

Disforia de género y homosexualidad: Análisis clínico, conceptual y ético de su distinción diagnóstica en el contexto contemporáneo

Gender dysphoria and homosexuality: Clinical, conceptual, and ethical analysis of their diagnostic distinction in the contemporary context

<https://doi.org/10.47606/ACVEN/PH0477>

Salvatore Giuseppe Gullo-Rodríguez^{1*}

<https://orcid.org/0000-0002-1186-7537>

sgullo@uroosevelt.edu.pe

Recibido: 19/12/2025

Aceptado: 18/02/2026

RESUMEN

La despatologización de la homosexualidad en los manuales diagnósticos psiquiátricos marcó un avance histórico en la comprensión de la sexualidad humana, reconociendo la orientación homosexual como una variación natural. En contraste, la disforia de género sigue incluida en los sistemas diagnósticos actuales, lo que ha generado debate clínico, ético y social. Este artículo expone las diferencias fundamentales entre ambas categorías, señalando que la disforia de género no puede ser eliminada del ámbito clínico debido a que implica un sufrimiento psíquico real, estructural y persistente. A partir de un enfoque psicodinámico y clínico, se analiza cómo la identidad autopercebida en disonancia con el cuerpo biológico genera una fractura interna del yo, que lleva a una dependencia simbólica del entorno y a una necesidad compulsiva de validación externa. Esto no solo impacta a nivel clínico, sino que se proyecta en la exigencia de reconocimiento jurídico y social mediante la adjudicación de derechos que contradicen la realidad biológica y objetiva. El artículo sostiene que aplicar intervenciones afirmativas sin exploración clínica previa neutraliza el rol de la psicoterapia, impide comprender la etiología del malestar y refuerza mecanismos defensivos desorganizantes. Autores como McHugh, Marchiano y Evans advierten que la validación automática puede representar una forma de abandono clínico. Se concluye que la intervención ética y científica requiere sostener el principio de realidad, promoviendo la integración del yo y evitando que la clínica sea reemplazada por posturas ideológicas.

Palabras Clave: disforia de género, homosexualidad, diagnóstico clínico, identidad de sexual, salud mental, ética médica.

1. Universidad Roosevelt de Huancayo- Perú

* Autor de correspondencia: sgullo@uroosevelt.edu.pe

ABSTRACT

The depathologization of homosexuality in psychiatric diagnostic manuals marked a historic advance in the understanding of human sexuality, recognizing homosexual orientation as a natural variation. In contrast, gender dysphoria remains included in current diagnostic systems, which has generated ongoing clinical, ethical, and social debate. This article outlines the fundamental differences between both categories, arguing that gender dysphoria cannot be removed from the clinical domain due to its association with real, structural, and persistent psychological suffering. From a psychodynamic and clinical perspective, it analyzes how a self-perceived identity in dissonance with the biological body produces an internal fragmentation of the self, leading to symbolic dependence on the environment and a compulsive need for external validation. This condition not only has clinical implications but also extends into demands for legal and social recognition through the attribution of rights that contradict biological and objective reality. The article further contends that the application of affirmative interventions without prior clinical exploration neutralizes the role of psychotherapy, hinders the understanding of the etiology of distress, and reinforces disorganizing defensive mechanisms. Authors such as McHugh, Marchiano, and Evans caution that automatic validation may constitute a form of clinical abandonment. It is concluded that ethical and scientific intervention requires upholding the principle of reality, promoting the integration of the self, and preventing clinical practice from being replaced by ideological positions.

Keywords: gender dysphoria, homosexuality, clinical diagnosis, sexual identity, mental health, medical ethics.

INTRODUCCIÓN

Durante el último siglo, la comprensión científica de la sexualidad humana y de la identidad de género ha atravesado transformaciones paradigmáticas, impulsadas tanto por avances empíricos como por cambios socioculturales. Uno de los hitos más significativos fue la eliminación de la homosexualidad del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) en 1973 por la American Psychiatric Association (APA), decisión respaldada por evidencia que demostraba la ausencia de deterioro funcional inherente en personas homosexuales (Drescher, 2010; Hooker, 1957). Este proceso permitió redefinir los límites entre variaciones de la conducta humana y condiciones psicopatológicas, consolidando una perspectiva más inclusiva y basada en evidencia sobre la diversidad sexual.

En contraste, la disforia de género continúa siendo reconocida en los sistemas diagnósticos contemporáneos, como el DSM-5-TR (APA, 2022) y la CIE-11 (OMS, 2022), aunque con modificaciones orientadas a reducir la estigmatización. Este hecho ha generado un debate creciente en torno a su posible despatologización, frecuentemente sustentado en analogías con el caso de la homosexualidad. No obstante, dichas comparaciones resultan conceptualmente problemáticas, dado que la disforia de género se define por la presencia de malestar clínicamente

significativo, elemento central en cualquier diagnóstico en salud mental (Zucker, 2017). En este sentido, equiparar ambos fenómenos sin considerar sus diferencias estructurales puede conducir a interpretaciones reduccionistas y a decisiones clínicas potencialmente inadecuadas.

Desde una perspectiva teórica, este debate se sitúa en la intersección entre modelos biomédicos, psicodinámicos y socioconstructivistas, los cuales ofrecen explicaciones diversas sobre la génesis y el significado del malestar asociado a la identidad de género. Mientras algunos enfoques priorizan la validación de la experiencia subjetiva como eje terapéutico, otros subrayan la necesidad de explorar las dinámicas intrapsíquicas que configuran la identidad y su relación con el cuerpo, destacando la importancia de mantener el principio de realidad como elemento organizador del psiquismo (Kernberg, 2016; Linguardi & McWilliams, 2017).

Metodológicamente, el presente artículo se inscribe en un enfoque cualitativo de tipo teórico-documental, sustentado en la revisión crítica y analítica de literatura científica relevante en el campo de la psicología clínica, la psiquiatría y la ética médica. Se realizó una selección intencional de fuentes provenientes de bases de datos académicas reconocidas (Scopus, Web of Science y SciELO), priorizando publicaciones indexadas, manuales diagnósticos internacionales (DSM-5-TR y CIE-11) y aportes teóricos clásicos y contemporáneos. El análisis se desarrolló mediante una estrategia de comparación conceptual, orientada a identificar diferencias estructurales entre la homosexualidad y la disforia de género, así como sus implicaciones clínicas y éticas. Este enfoque permitió integrar perspectivas diversas, garantizando un abordaje riguroso, reflexivo y fundamentado en evidencia.

En este contexto, el presente artículo tiene como objetivo analizar, con base en fundamentos teóricos clásicos y contemporáneos, las diferencias estructurales entre la homosexualidad y la disforia de género, abordando sus implicaciones clínicas, psicodinámicas y éticas. Asimismo, se busca problematizar los enfoques terapéuticos actuales, particularmente aquellos de carácter afirmativo, en función del principio de realidad, el rigor diagnóstico y la responsabilidad profesional.

DESARROLLO

La despatologización de la homosexualidad: un cambio histórico

Durante gran parte del siglo XX, la homosexualidad fue conceptualizada dentro del campo de la psiquiatría como una desviación o trastorno mental, influenciada por modelos biomédicos y psicoanalíticos que la asociaban con alteraciones del desarrollo psicosexual. Esta clasificación quedó formalmente establecida en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-II) publicado en 1968 por la American Psychiatric Association, donde la homosexualidad era incluida como una categoría diagnóstica susceptible de intervención clínica.

No obstante, a partir de la década de 1950 comenzaron a emerger investigaciones que cuestionaron esta perspectiva patologizante. Entre ellas, destaca el trabajo pionero de Evelyn Hooker (1957), quien, mediante un diseño metodológico riguroso y evaluaciones ciegas realizadas por expertos, demostró que los individuos homosexuales no presentaban diferencias significativas en términos

de ajuste psicológico respecto a individuos heterosexuales. Este hallazgo constituyó un punto de inflexión en la comprensión científica de la homosexualidad, al evidenciar que no existía un deterioro funcional inherente que justificara su clasificación como trastorno.

Posteriormente, durante las décadas de 1960 y 1970, una creciente acumulación de evidencia empírica, junto con la presión de movimientos sociales y profesionales críticos, impulsó una revisión profunda de los criterios diagnósticos vigentes. En 1973, la American Psychiatric Association tomó la decisión histórica de eliminar la homosexualidad del DSM, reconociendo que su inclusión previa carecía de sustento científico sólido y respondía, en gran medida, a prejuicios culturales y normativos de la época (Drescher, 2010).

Este cambio no solo implicó la retirada de una categoría diagnóstica, sino que representó una transformación epistemológica en la forma de entender la diversidad sexual. A partir de entonces, la homosexualidad pasó a ser concebida como una variación natural de la sexualidad humana, desvinculada de la noción de patología. En este nuevo marco, el malestar psicológico observado en algunas personas homosexuales comenzó a ser interpretado desde modelos como el estrés de minorías (Meyer, 2003), el cual atribuye dicho malestar a factores externos —como la discriminación, el estigma y la exclusión social— y no a la orientación sexual en sí misma.

En consecuencia, la comunidad científica concluyó que la homosexualidad no implica, per se, disfunción ni sufrimiento clínico inherente, y que su patologización no solo carecía de fundamento empírico, sino que además resultaba éticamente problemática al legitimar prácticas terapéuticas orientadas a su modificación. Este proceso marcó un precedente fundamental en la psiquiatría contemporánea, al establecer criterios más rigurosos para la definición de los trastornos mentales y al delimitar con mayor claridad la diferencia entre diversidad humana y psicopatología.

Disforia de género: naturaleza y diagnóstico actual

La disforia de género es definida en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR) de la American Psychiatric Association como una incongruencia marcada y persistente entre el sexo asignado al nacer y la identidad de género experimentada, acompañada de un malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento del individuo. Este elemento — el sufrimiento— constituye el núcleo del diagnóstico, diferenciándolo de otras expresiones de la diversidad humana en las que no existe afectación funcional intrínseca.

A diferencia de la homosexualidad, cuya despatologización se fundamentó en la ausencia de disfunción psicológica inherente, la disforia de género no se define por la identidad en sí misma, sino por el malestar subjetivo asociado a la vivencia de incongruencia. En este sentido, el foco clínico no recae en la identidad de género como fenómeno, sino en la intensidad, persistencia y repercusión del sufrimiento psíquico que puede derivarse de dicha condición (Zucker, 2017; Byne et al., 2018).

En el ámbito internacional, la Organización Mundial de la Salud introdujo una modificación relevante en la CIE-11 al reclasificar la denominada “incongruencia de

género” fuera del capítulo de trastornos mentales, ubicándola dentro de las condiciones relacionadas con la salud sexual. Esta decisión respondió principalmente a la necesidad de reducir el estigma asociado al diagnóstico, manteniendo al mismo tiempo una categoría clínica que permita el acceso a servicios de salud, intervenciones médicas y reconocimiento legal (Reed et al., 2019).

Sin embargo, esta reclasificación no implica la eliminación de su relevancia clínica ni la desaparición del sufrimiento asociado. Por el contrario, tanto el DSM-5-TR como la CIE-11 conservan criterios diagnósticos operativos, definidos y clínicamente significativos, que permiten identificar casos en los que la incongruencia entre el cuerpo y la identidad genera un impacto sustancial en la salud mental del individuo. Desde esta perspectiva, la evolución diagnóstica debe entenderse como un ajuste terminológico y categorial orientado a equilibrar el acceso a atención con la reducción del estigma, más que como una negación de la existencia del malestar clínico.

Históricamente, los sistemas previos como el DSM-IV y la CIE-10 conceptualizaban esta condición bajo categorías explícitamente patologizantes, como el “trastorno de identidad de género”. La transición hacia el término “disforia de género” en el DSM-5 representó un cambio conceptual significativo, desplazando el énfasis desde la identidad hacia el sufrimiento, lo cual permitió una aproximación más centrada en el bienestar del paciente y menos en la categorización normativa de la identidad (Drescher, 2015).

No obstante, es importante señalar que la atenuación del lenguaje diagnóstico no modifica la realidad clínica subyacente. La evidencia empírica ha documentado que las personas que experimentan disforia de género presentan, en promedio, mayores tasas de depresión, ansiedad, autolesiones e ideación suicida en comparación con la población general (Dhejne et al., 2016; Turban et al., 2020). Estos hallazgos refuerzan la necesidad de mantener un marco clínico que permita evaluar, comprender y abordar el malestar de manera estructurada y profesional.

En este contexto, intentar minimizar la complejidad o la gravedad de la disforia de género por razones exclusivamente sociopolíticas puede conducir a una comprensión incompleta del fenómeno. La reclasificación diagnóstica, aunque relevante en términos de desestigmatización, no elimina la necesidad de intervención clínica, ni sustituye el papel de la evaluación psicológica rigurosa. Por el contrario, subraya la importancia de desarrollar abordajes terapéuticos que integren el reconocimiento del sufrimiento subjetivo con el análisis profundo de sus determinantes psicológicos, biológicos y sociales.

En síntesis, la disforia de género se mantiene como una condición clínicamente significativa cuyo abordaje requiere un equilibrio entre sensibilidad ética, rigor diagnóstico y fundamentación científica. Su evolución en los sistemas clasificatorios refleja un intento de armonizar estos elementos, sin renunciar a la responsabilidad clínica de atender el sufrimiento psíquico que la caracteriza.

Comparación clínica y conceptual: homosexualidad vs. disforia de género

La distinción entre homosexualidad y disforia de género constituye un elemento fundamental para el análisis clínico, conceptual y ético de ambas condiciones. Aunque en el discurso contemporáneo suelen agruparse dentro del marco de la diversidad sexual y de género, desde una perspectiva científica y diagnóstica representan fenómenos cualitativamente distintos, tanto en su estructura psicológica como en sus implicaciones clínicas.

La homosexualidad se refiere a la orientación del deseo hacia personas del mismo sexo, sin implicar necesariamente conflicto interno, deterioro funcional o sufrimiento intrínseco. Por el contrario, la disforia de género se caracteriza por una incongruencia persistente entre el sexo biológico y la identidad autopercebida, cuyo rasgo definitorio es la presencia de malestar clínicamente significativo (American Psychiatric Association, 2022; Zucker, 2017). Esta diferencia estructural justifica la necesidad de abordajes clínicos diferenciados y evita simplificaciones que puedan comprometer la precisión diagnóstica.

Tabla 1.
Comparación sistemática de ambas categorías:

Aspecto	Homosexualidad	Disforia de género
Naturaleza	Orientación sexual	Incongruencia entre sexo biológico e identidad autopercebida
Malestar clínico	No intrínseco; cuando existe, suele derivar de factores sociales (Meyer, 2003)	Esencial para el diagnóstico; constituye el núcleo clínico
Necesidad de intervención	No requiere tratamiento clínico	Requiere evaluación psicológica, psicoterapia y, en algunos casos, intervención médica
Reconocimiento legal	No depende de diagnóstico clínico	Frecuentemente requiere validación diagnóstica para acceso a derechos y tratamientos
Objeto del conflicto	Dirección del deseo hacia personas del mismo sexo	Relación conflictiva entre el cuerpo biológico y la identidad percibida

Desde un punto de vista clínico, esta diferenciación permite establecer que la homosexualidad no constituye una condición que requiera intervención terapéutica, mientras que la disforia de género sí implica, en muchos casos, la necesidad de un abordaje clínico integral. Tal como señalan diversos autores, el error de equiparar ambas categorías puede conducir a una extensión indebida del paradigma de despatologización, ignorando que en la disforia de género el sufrimiento psíquico es un criterio diagnóstico central y no un elemento secundario o contextual (Drescher, 2015; Levine, 2018).

Asimismo, desde una perspectiva psicodinámica, la diferencia radica en la naturaleza del conflicto. En la homosexualidad, el eje principal se sitúa en la elección de objeto, sin comprometer necesariamente la estructura del yo. En contraste, en la disforia de género el conflicto se ubica en el núcleo de la identidad, involucrando la relación del sujeto con su propio cuerpo, lo que puede generar fenómenos de

escisión, disonancia identitaria y desorganización psíquica cuando no se procesa adecuadamente (Kernberg, 2016; Lingiardi & McWilliams, 2017).

En síntesis, la comparación clínica y conceptual evidencia que la homosexualidad y la disforia de género no son categorías equivalentes ni intercambiables. Reconocer esta distinción no implica desvalorizar ninguna experiencia humana, sino fortalecer el rigor científico y clínico necesario para comprender cada fenómeno en su complejidad, evitando reduccionismos que puedan afectar tanto la práctica terapéutica como la formulación de políticas en salud mental.

Justificación para mantener el diagnóstico de disforia de género

La permanencia del diagnóstico de disforia de género dentro del campo clínico no responde únicamente a una tradición clasificatoria, sino a la necesidad de reconocer, evaluar y abordar un conjunto de manifestaciones psicológicas caracterizadas por un malestar significativo. Desde esta perspectiva, el diagnóstico no debe entenderse como un mecanismo de estigmatización, sino como una herramienta clínica indispensable para la comprensión del sufrimiento psíquico y la planificación de intervenciones terapéuticas adecuadas. Su eliminación, lejos de favorecer al paciente, podría generar vacíos diagnósticos y limitaciones en el acceso a servicios de salud, afectando directamente la calidad de la atención.

- **Presencia de sufrimiento clínico**

Uno de los argumentos centrales para mantener el diagnóstico de disforia de género radica en la evidencia consistente de la presencia de malestar psicológico intenso, persistente y clínicamente objetivable. Este malestar constituye el criterio fundamental del diagnóstico según el DSM-5-TR de la American Psychiatric Association y se manifiesta en múltiples dimensiones del funcionamiento psíquico. Diversos estudios han documentado que las personas con disforia de género presentan tasas significativamente elevadas de ansiedad, depresión, autolesiones e ideación suicida en comparación con la población general (Dhejne et al., 2016; Turban et al., 2020). Estas manifestaciones no pueden ser comprendidas únicamente como producto de factores externos, sino que en muchos casos reflejan un conflicto interno profundo relacionado con la incongruencia identitaria. Desde un enfoque psicodinámico, este sufrimiento puede interpretarse como resultado de una escisión en la estructura del yo, donde el sujeto experimenta una disonancia persistente entre su vivencia subjetiva y su realidad corporal. Esta fractura genera una inestabilidad identitaria que compromete la coherencia del self y la capacidad de integración psíquica (Kernberg, 2016; Lingiardi & McWilliams, 2017).

En este sentido, la existencia de un malestar clínicamente significativo no solo justifica la inclusión de la disforia de género dentro del ámbito diagnóstico, sino que exige un abordaje psicoterapéutico riguroso orientado a la comprensión y elaboración del conflicto interno.

- **Acceso a intervenciones médicas y responsabilidad clínica**

Otro elemento fundamental que justifica la permanencia del diagnóstico es su función como puerta de acceso a intervenciones médicas y psicológicas dentro de los sistemas de salud. En la mayoría de los contextos sanitarios, los tratamientos hormonales y las intervenciones quirúrgicas requieren un diagnóstico formal que avale su indicación, garantizando así un mínimo de evaluación clínica previa.

Estas intervenciones, además de implicar modificaciones corporales significativas, conllevan riesgos médicos, implicaciones irreversibles en algunos casos y un impacto económico considerable tanto para el individuo como para los sistemas de salud pública. Por ello, su indicación debe estar sustentada en criterios clínicos rigurosos que aseguren la pertinencia del tratamiento y la protección del paciente.

La eliminación del diagnóstico podría generar un escenario en el que dichas intervenciones se realicen sin una evaluación integral del estado psicológico del individuo, debilitando el rol de la clínica y desplazando el análisis terapéutico por decisiones basadas exclusivamente en la autopercepción. Autores como Paul R. McHugh (2004) y Marcus Evans (2021) han advertido sobre los riesgos de sustituir la evaluación clínica por modelos de intervención no exploratorios, señalando que esto puede comprometer la calidad de la atención y limitar la comprensión del malestar subyacente.

En este sentido, el diagnóstico no solo cumple una función clínica, sino también una función ética y de responsabilidad profesional, al garantizar que las decisiones terapéuticas se tomen en un marco de evaluación informada, prudente y fundamentada.

- **Reconocimiento legal y dimensión simbólica del diagnóstico**

El diagnóstico de disforia de género también cumple un papel relevante en el ámbito jurídico y social, al servir como base para el reconocimiento de derechos, la modificación de documentos oficiales y el acceso a protecciones legales frente a la discriminación. En muchos sistemas legales, este reconocimiento depende de la validación clínica del sufrimiento del individuo.

Sin embargo, este proceso también introduce complejidades éticas y sociales que deben ser abordadas con rigor. Desde una perspectiva clínica, el reconocimiento externo puede interpretarse como parte de una dinámica en la que el sujeto busca sostener su identidad a través de la validación del entorno. Este fenómeno, ya descrito en tu manuscrito, puede reflejar una dependencia simbólica en la que el otro —familia, instituciones o sociedad— se convierte en un elemento central para la estabilidad del yo.

Si bien el reconocimiento legal puede contribuir a reducir el malestar en determinados contextos, también plantea interrogantes sobre los límites entre la validación social y la resolución del conflicto interno. La literatura sugiere que las respuestas externas, por sí solas, no garantizan la integración psíquica del individuo, lo que refuerza la necesidad de mantener un enfoque clínico que no sustituya la exploración terapéutica por soluciones exclusivamente normativas.

En conjunto, la presencia de sufrimiento clínico, la necesidad de regulación en el acceso a intervenciones médicas y el papel del diagnóstico en el ámbito jurídico configuran un marco sólido para justificar la permanencia de la disforia de género como categoría clínica. Lejos de representar un instrumento de estigmatización, el diagnóstico constituye una herramienta fundamental para garantizar una atención integral, ética y basada en evidencia, orientada a la comprensión profunda del malestar y a la promoción del bienestar psicológico del individuo.

Identidad de género como núcleo estructurante de la personalidad

Dentro del aparato psíquico, la identidad de género constituye una de las dimensiones más tempranas y fundamentales en la organización de la autoconciencia. Desde los primeros momentos del desarrollo, el ser humano comienza a estructurar su experiencia subjetiva en relación con su corporalidad, configurándose como un sujeto sexuado que se ubica simbólicamente dentro de un sistema de diferenciación. Esta identificación inicial no solo implica un reconocimiento del propio cuerpo, sino también la integración progresiva de representaciones internas, vínculos relacionales y significados culturales asociados al ser hombre o mujer.

Desde una perspectiva psicodinámica, autores como Otto Kernberg (2016) y Lingiard y McWilliams (2017) han señalado que la identidad personal se construye a partir de la integración coherente de experiencias corporales, afectivas y simbólicas. En este sentido, la identidad de género no es un elemento periférico, sino un componente estructurante del yo, estrechamente vinculado al sentimiento de continuidad, coherencia y unidad psíquica.

Cuando un individuo se percibe como perteneciente al sexo opuesto al que le corresponde biológicamente, se activa una tensión profunda entre el cuerpo físico, la autopercepción interna y la realidad externa. Esta disonancia introduce un conflicto estructural que puede comprometer la estabilidad del yo, generando efectos desorganizantes sobre la personalidad, especialmente cuando dicha incongruencia es persistente y no logra ser integrada psíquicamente.

- **Impacto en la identidad: escisión del yo y disonancia interna**

La vivencia de pertenecer al sexo opuesto introduce una fisura en la estructura identitaria que puede comprenderse como una forma de escisión del yo. Esta fractura se manifiesta como una disonancia cognitivo-emocional en la que el individuo experimenta una separación entre su cuerpo y su autopercepción.

Entre las manifestaciones más relevantes se encuentran:

- Una división entre cuerpo y mente, en la que la anatomía es vivida como extraña, inadecuada o incluso ajena.
- Una pérdida de coherencia narrativa del yo, particularmente en etapas como la pubertad, donde los cambios corporales intensifican el conflicto identitario.
- Una desorganización de los roles sociales y familiares, derivada de la incongruencia entre la identidad interna y las expectativas externas.

Esta escisión puede generar una experiencia persistente de extrañeza, angustia y alienación, tanto respecto al propio cuerpo como al entorno social. Desde

esta perspectiva, el malestar no se reduce únicamente a factores externos como el rechazo social, sino que encuentra su origen en una fractura interna del aparato psíquico, caracterizada por la dificultad para integrar el yo corporal con el yo autopercibido.

En este punto se configura el núcleo del sufrimiento clínico: la imposibilidad de reconocerse plenamente en la propia biología produce una inestabilidad identitaria que no logra resolverse internamente. Como consecuencia, emerge una necesidad intensa de validación externa, en la cual el reconocimiento por parte del entorno —familia, sociedad, instituciones— se convierte en un soporte indispensable para sostener una identidad que carece de consolidación intrapsíquica.

Este fenómeno transforma al otro en un espejo estructural del yo. Cuando dicha validación es insuficiente o inconsistente, el individuo puede experimentar un incremento significativo de la angustia, la disociación e incluso tendencias autodestructivas, evidenciando una dependencia simbólica que incrementa la vulnerabilidad psicológica.

- **Desestructuración de la personalidad: efectos clínicos**

Cuando la disforia de género se presenta de forma intensa y persistente, puede afectar múltiples dimensiones del funcionamiento de la personalidad, especialmente en ausencia de un acompañamiento terapéutico adecuado.

Entre los efectos clínicamente observables destacan:

- Inestabilidad de la autoimagen, reflejada en cambios frecuentes en la forma de percibirse, nombrarse o comportarse, en un intento de alcanzar coherencia identitaria.
- Alteraciones en la adaptación funcional, que se manifiestan en dificultades para sostener vínculos, desempeños académicos o laborales.
- Elevada comorbilidad psiquiátrica, incluyendo ansiedad, depresión, ideación suicida, autolesiones y trastornos de la conducta alimentaria (Dhejne et al., 2016).
- Sufrimiento relacional, vinculado al conflicto entre la autopercepción y el reconocimiento social.
- Distorsiones en la percepción corporal, que en algunos casos pueden adquirir características de tipo disociativo o sugestivo.

En relación con este último punto, se han descrito manifestaciones en las que el individuo refiere experiencias subjetivas incongruentes con su fisiología, tales como la vivencia de funciones biológicas propias del sexo opuesto. Estas expresiones pueden interpretarse como intentos del psiquismo de resolver simbólicamente la incongruencia identitaria, evidenciando el impacto del conflicto sobre la integración psicosomática del yo.

En este contexto, cuando la identidad se sostiene sobre una disociación persistente entre cuerpo y autopercepción, el funcionamiento psíquico puede entrar en una dinámica de tensión constante, orientada a mantener una autodefinición que no logra consolidarse internamente. Esta situación, lejos de resolverse

espontáneamente, tiende a generar un desgaste emocional significativo y una progresiva desorganización psicológica.

- **Implicancias en la objetividad y el principio de realidad**

Desde el punto de vista clínico, uno de los aspectos más relevantes del fenómeno es el conflicto entre la identidad autopercebida y la realidad biológica objetiva. Esta disonancia plantea un desafío directo al principio de realidad, entendido como la capacidad del yo para reconocer y adaptarse a las condiciones objetivas del entorno.

El individuo puede experimentar una tensión constante entre lo que sabe racionalmente sobre su cuerpo y lo que siente subjetivamente respecto a su identidad. En algunos casos, esta discrepancia puede generar fenómenos de despersonalización, extrañamiento corporal o rechazo del propio cuerpo, que se aproximan a experiencias disociativas.

Es importante precisar, desde el rigor clínico, que estas manifestaciones no deben generalizarse ni clasificarse de forma simplista dentro de categorías como la psicosis, sino comprenderse dentro de un espectro de alteraciones en la integración del self y del esquema corporal. No obstante, sí reflejan un nivel significativo de conflicto con la realidad, que puede intensificar el malestar si no es abordado adecuadamente.

- **La lucha por la integración: objetivo del proceso terapéutico**

Desde una perspectiva clínica y ética, el objetivo del abordaje terapéutico no debe centrarse en la afirmación automática ni en la negación de la experiencia del paciente, sino en la facilitación de un proceso de integración psíquica.

En este sentido, la intervención debe orientarse a:

- Integrar las partes escindidas del yo, promoviendo la articulación entre autopercepción, corporalidad y realidad externa.
- Diferenciar entre deseo, mecanismos defensivos y realidad, especialmente en contextos donde existen idealizaciones o identificaciones no consolidadas.
- Construir una identidad más estable y coherente, que permita al individuo sostener su experiencia subjetiva sin perder el contacto con la realidad.

Este proceso implica acompañar al paciente en la elaboración de su conflicto interno, favoreciendo una comprensión más profunda de su vivencia y promoviendo un equilibrio entre el respeto por su experiencia subjetiva y la preservación del principio de realidad como eje organizador del psiquismo.

Dimensión psicodinámica del malestar y su repercusión jurídica y simbólica

Desde la perspectiva psicodinámica, uno de los núcleos más relevantes del conflicto en la disforia de género radica en que el malestar no puede comprenderse exclusivamente como resultado de factores externos —como el rechazo social o la discriminación—, sino que emerge, en muchos casos, desde una fractura psíquica en la interioridad del sujeto. Este conflicto se configura como una dificultad en la

integración de tres dimensiones fundamentales del yo: el cuerpo biológico, el yo corporal (la vivencia del cuerpo) y el yo ideal o autopercebido.

Cuando el aparato psíquico no logra articular estas representaciones de manera coherente, se produce una escisión interna que compromete la estabilidad del self, generando una angustia estructural persistente. Tal como señalan Otto Kernberg (2016) y Lingiardi y McWilliams (2017), la identidad se sostiene sobre la integración de experiencias corporales y representaciones internas; cuando esta integración falla, el sujeto puede experimentar una desorganización identitaria que afecta su sentido de continuidad y coherencia.

Ante la imposibilidad de resolver esta tensión desde el interior, el individuo tiende a externalizar el conflicto, buscando en el entorno una validación constante que permita sostener su autopercepción. Esta dinámica configura una dependencia simbólica del otro —familia, sociedad, instituciones, cuerpo médico—, que pasa a desempeñar una función estructurante en la identidad. El reconocimiento externo deja de ser un complemento relacional para convertirse en una condición necesaria de estabilidad psíquica.

En este contexto, el otro opera como un espejo indispensable del yo. Cuando dicha validación es insuficiente, ambivalente o ausente, el sujeto puede experimentar un incremento significativo del malestar, manifestado en forma de angustia, disociación o desorganización emocional. Esta dependencia simbólica incrementa la vulnerabilidad psicológica, ya que la estabilidad identitaria queda supeditada a factores externos difíciles de controlar.

Desde esta perspectiva, la demanda del sujeto no se limita al reconocimiento interpersonal, sino que se expande hacia una exigencia de reconfiguración simbólica de la realidad social. Esta puede manifestarse en:

- Modificaciones legales y documentales (nombre, sexo registral).
- Acceso a derechos, cuotas o beneficios asociados al sexo opuesto.
- Inclusión en espacios diferenciados por criterios biológicos (deporte, servicios, categorías legales).

Desde el enfoque clínico-psicodinámico, estas demandas pueden interpretarse como estrategias de compensación simbólica frente a una fractura interna no resuelta. El sujeto no solo busca ser reconocido en su vivencia subjetiva, sino que requiere que el entorno valide dicha vivencia como si fuera equivalente a la realidad objetiva, en un intento de reducir la disonancia interna.

No obstante, esta dinámica plantea implicaciones clínicas y éticas relevantes. La validación externa, aunque puede generar un alivio parcial del malestar, no garantiza por sí misma la integración psíquica del individuo. Por el contrario, en algunos casos, puede reforzar la disociación entre cuerpo, identidad y realidad, al desplazar el conflicto desde el interior hacia el entorno sin resolver su núcleo estructural.

Desde esta óptica, el acompañamiento terapéutico no debe centrarse en la convalidación automática de la autopercepción, sino en la exploración profunda del conflicto psíquico, promoviendo la integración entre las distintas dimensiones del yo. Esto implica un abordaje clínico que respete el sufrimiento subjetivo del paciente,

pero que al mismo tiempo preserve el principio de realidad como eje organizador del psiquismo.

En este sentido, la aplicación de modelos afirmativos de forma automática y sin evaluación clínica rigurosa puede resultar problemática. Diversos autores han advertido sobre este riesgo. Paul R. McHugh (2004) señala que una validación acrítica puede convertir al terapeuta en un colaborador pasivo de la narrativa del paciente, limitando la función analítica de la clínica. Por su parte, Lisa Marchiano (2017) advierte que validar sin explorar puede obstaculizar los procesos de individuación e integración del yo, mientras que Marcus Evans (2021) plantea que afirmar sin una evaluación profunda puede constituir una forma de abandono clínico encubierto.

En consecuencia, el desafío clínico contemporáneo no radica en elegir entre validación o negación, sino en sostener un enfoque terapéutico que permita comprender la complejidad del fenómeno, integrar la experiencia subjetiva con la realidad objetiva y promover una organización psíquica más estable. Solo desde esta perspectiva es posible abordar de manera ética y científica la disforia de género, evitando reduccionismos que puedan comprometer tanto la salud mental del paciente como el rigor de la práctica clínica.

CONCLUSIONES

El análisis desarrollado a lo largo del presente estudio permite establecer, con claridad conceptual y fundamento clínico, que la homosexualidad y la disforia de género constituyen fenómenos cualitativamente distintos, tanto en su naturaleza como en sus implicaciones diagnósticas, terapéuticas y éticas. Mientras la homosexualidad ha sido reconocida como una variación legítima de la sexualidad humana, carente de disfunción intrínseca, la disforia de género se define por la presencia de un malestar psíquico significativo que compromete la estabilidad del yo y el funcionamiento del individuo.

En este sentido, la extrapolación del proceso histórico de despatologización de la homosexualidad hacia la disforia de género resulta conceptualmente inapropiada y clínicamente riesgosa. La evidencia revisada demuestra que el criterio fundamental que justifica la intervención clínica en la disforia de género es la existencia de sufrimiento persistente, el cual no puede ser reducido exclusivamente a factores sociales, sino que implica, en muchos casos, una conflictiva intrapsíquica profunda relacionada con la integración de la identidad.

Desde la perspectiva psicodinámica, se ha evidenciado que el núcleo del malestar radica en una escisión entre el yo corporal, la autopercepción y la realidad objetiva, lo que genera una inestabilidad identitaria que tiende a externalizarse mediante la búsqueda de validación constante. Este fenómeno no solo tiene implicaciones clínicas, sino también jurídicas y sociales, en tanto se traduce en demandas de reconocimiento que buscan reconfigurar el entorno simbólico como mecanismo de compensación frente al conflicto interno.

Asimismo, el análisis de las intervenciones terapéuticas contemporáneas pone de manifiesto la necesidad de mantener un enfoque clínico riguroso, que no sustituya la exploración del conflicto psíquico por la validación automática de la

identidad. Si bien los modelos afirmativos pueden ofrecer alivio inmediato, su aplicación acrítica puede limitar la comprensión etiológica del malestar y dificultar la integración estructural del yo, lo que plantea importantes desafíos éticos para la práctica profesional.

En consecuencia, se concluye que la permanencia del diagnóstico de disforia de género dentro del ámbito clínico resulta necesaria no como mecanismo de estigmatización, sino como herramienta para garantizar una atención integral, ética y basada en evidencia. El abordaje terapéutico debe orientarse a la comprensión profunda del sujeto, promoviendo la integración de las dimensiones en conflicto y respetando tanto la experiencia subjetiva como el principio de realidad.

Finalmente, se recomienda a futuros investigadores profundizar en el estudio interdisciplinario de la disforia de género, integrando perspectivas clínicas, neuropsicológicas, sociales y culturales, con el fin de desarrollar modelos explicativos más completos y estrategias de intervención que respondan de manera efectiva a la complejidad del fenómeno. Asimismo, resulta fundamental fortalecer el debate académico desde una base científica rigurosa, evitando reduccionismos ideológicos que puedan comprometer la calidad de la investigación y la práctica clínica.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). APA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). APA.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). APA.
- Byne, W., Bradley, S. J., Coleman, E., Eyler, A. E., Green, R., Menvielle, E. J., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Pleak, R. R., & Tompkins, D. A. (2018). Report of the American Psychiatric Association Task Force on treatment of gender identity disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 47(2), 315–332. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0997-3>
- Dhejne, C., Van Vlerken, R., Heylens, G., & Arcelus, J. (2016). Mental health and gender dysphoria: A review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 44–57. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115753>
- Drescher, J. (2010). Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the DSM. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 427–460. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9531-5>
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5(4), 565–575. <https://doi.org/10.3390/bs5040565>
- Evans, M. (2021). *Freedom to think: The need for thorough assessment and treatment of gender dysphoric children*. SEGM.
- Herek, G. M. (2009). Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: A conceptual framework. *Perspectives on Psychological Science*, 4(1), 65–69. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01111.x>

- Hooker, E. (1957). The adjustment of the male overt homosexual. *Journal of Projective Techniques*, 21(1), 18–31.
<https://doi.org/10.1080/08853126.1957.10380742>
- Kernberg, O. F. (2016). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. Jason Aronson.
- Levine, S. B. (2018). Informed consent for transgendered patients. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(6), 585–594.
<https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1405308>
- Levine, S. B. (2019). Reconsidering informed consent for transgender patients. *Archives of Sexual Behavior*, 48(7), 1967–1972.
<https://doi.org/10.1007/s10508-019-01541-7>
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2017). *Psychodynamic diagnostic manual* (2nd ed.). Guilford Press.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Clasificación internacional de enfermedades (CIE-11)*. OMS.
- Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., Cohen-Kettenis, P. T., Arango-de Montis, I., Parish, S. J., Cottler, S., Briken, P., Saxena, S., & Medina-Mora, M. E. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *The Lancet Psychiatry*, 6(4), 292–303.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30402-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30402-7)
- Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M., & Keuroghlian, A. S. (2020). Pubertal suppression for transgender youth and mental health outcomes. *Pediatrics*, 145(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1725>
- Zucker, K. J. (2017). The DSM-5 diagnostic criteria for gender dysphoria. *International Review of Psychiatry*, 29(3), 264–270.
<https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1296412>