

Recomendaciones para el acompañamiento de las perso- nas menores en el proceso de búsqueda de su identidad de genero

COMITÈ DE BIOÈTICA DE CATALUNYA

JULIO 2022

Recomendaciones para el acompañamiento de las personas menores en el proceso de búsqueda de su identidad de género

Introducción

Aunque socialmente el género masculino se atribuye al macho y el género femenino a la hembra, sexo y género no son equivalentes. Entendemos por sexo la distinción biológica de un individuo basándose generalmente en las características orgánicas (genitales) y cromosómicas. El género es el conjunto de factores que caracterizan a cada sexo cuando se inscribe en el entorno social. Las conductas e identidades de género que acompañan a esta inscripción social son influenciadas biológica y culturalmente y esta influencia varía a lo largo del tiempo.

Las estimaciones sugieren que la población trans podría estar entre el 0,1% y el 1,1% de los adultos en edad reproductiva (1) . Algunas personas desarrollan una identidad trans en la adolescencia, otras en la edad adulta; algunas ya en la infancia muestran un deseo de pertenecer al otro género, aunque no todas mantendrán ese deseo al hacerse adultas. Iniciada la pubertad, la transición médica es un componente central de la trayectoria de género de muchas personas trans que requiere tratamiento hormonal (y quirúrgico, en su mayoría con edad sanitaria, si así lo deciden).

Algunos estudios muestran que las personas trans que accedieron a bloqueadores de la pubertad durante la adolescencia tenían menos probabilidades de ideación suicida, ansiedad y depresión en comparación con aquellas que lo deseaban pero que no accedieron al tratamiento (2,3) . Estos datos apoyan las recomendaciones de 2017 de *The Endocrine Society* (4) y de la WPATH (5) que apuntaban que los niños y adolescentes que lo necesitan puedan acceder a estos tratamientos. Estos resultados también proporcionan evidencia en contra de las legislaciones que restringen el acceso de los adolescentes trans a la atención médica hormonal, puesto que esta restricción tiene resultados adversos para la salud mental de éstos (2)

En contrapartida a las respuestas medicalizadas, han aparecido otras identidades como “*queer*”, que cuestionan tanto el binarismo de género como la medicalización por la migración de género y la reproducción de roles de género. Reivindican que las personas puedan exhibir rasgos de ambas características, hasta ahora marcadas como exclusivas de un género determinado.

Este documento quiere contribuir a mejorar el acompañamiento en el proceso de búsqueda de la identidad de género de las personas menores que experimentan un desacuerdo con el género asignado al nacer ¹. El proceso de definición de la identidad sexual o de género de las personas menores trans es un camino personal difícil al que se suma una importante presión social, estigmatización, marginación y, muchas veces, violencia, que pueden dar lugar a conflictos y síntomas que conviene contener y tratar. La ansiedad, el estrés, las depresiones y el suicidio son más frecuentes en el colectivo trans en el que se dan, además, distintos factores interrelacionados (etnia, religión, cultura, pobreza, infancia...) que pueden aumentar la vulnerabilidad y complejidad del abordaje.

Este documento va dirigido a los profesionales que deben acompañar a las personas menores de edad que exploran cambios en su identidad respecto a su sexo/género, y a la ciudadanía en general (personas menores incluidas). Nuestras recomendaciones pretenden mejorar la atención a las personas menores trans por parte de los servicios y profesionales implicados. No incorpora aspectos más técnicos incluidos en otros protocolos ², como el modelo catalán de 2017 (6) .

Con el acompañamiento de las personas menores que manifiestan discordancia con su sexo/género, se trata 1) de ir averiguando si la discordancia es algo transitorio o está muy consolidada; y 2) de discernir con la persona menor los inconvenientes/beneficios de hacer o no hacer el tránsito y de cómo y cuándo hacerlo. Por la vulnerabilidad de la edad en la que la autonomía todavía no está forjada, partiremos de las siguientes categorías éticas:

1. El *reconocimiento de los niños como sujetos de derechos* (Art. 2 de la Convención de derechos del niño), entre ellos el de la identidad y el libre desarrollo de la personalidad.
2. La *protección a su vulnerabilidad*, protección que depende del riesgo de sufrir un daño y de la probabilidad de obtener un beneficio.
3. *El interés superior del menor* (Art. 3 de la Convención de los derechos del niño), que insta a respetar la voluntad y los deseos de la persona menor en un campo tan fundamental como es la construcción de su identidad de género y el libre desarrollo de la personalidad.
4. *La progresiva autonomía del menor* permite reconocer y amparar el derecho de las personas menores trans competentes a decidir libremente cómo determinan su identidad de género ³. La Ley orgánica 1/1996 LOPM establece que los menores de edad son “*sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad de modificar su propio medio personal y social*”, y dice “*la mejor manera de garantizar social y jurídicamente la protección a la infancia es promover su autonomía como sujetos*”. La Ley 25/2010, de 29 de julio, del libro segundo del Código Civil de Cataluña, relativo a la persona y la familia, en el artículo 212.2 sobre el consentimiento informado, dice: “*Las personas mayores de dieciséis años y las menores que tengan una madurez intelectual y emocional suficiente para comprender el alcance de la intervención en su salud deben dar el consentimiento por sí mismas, salvo en los casos en que la legislación de ámbito sanitario establezca otra cosa*” (7) . Se considera que la persona, aunque menor, va adquiriendo paulatinamente

¹ A excepción de las personas intersexuales, lo que se asigna al nacer es el género, puesto que el sexo viene predeterminado biológicamente.

² Existen tratamientos hormonales para retrasar la pubertad y tratamientos hormonales para inducir cambios físicos (fenotipo) que corrijan la incongruencia de género. En los varones transgénero el principal objetivo del tratamiento con testosterona es detener la menstruación e inducir una virilización con un patrón masculino sexual, del cabello facial, la voz y contornos propios de hombre. En el caso de las mujeres transgénero, el tratamiento radica en antiandrógenos y hormonas femeninas. Aunque el objetivo de la terapia es reducir las características sexuales secundarias masculinas inducidas hormonalmente, no es posible su eliminación completa. Por ejemplo, en mujeres transgénero, los efectos de los andrógenos sobre el esqueleto, como una mayor altura, tamaño y forma de manos, pies, mandíbulas y pelvis, y la voz (prominencia de laringe), no pueden revertirse. Estos tratamientos hormonales tienen también sus efectos adversos, por eso son terapias que conviene que sean monitorizadas por especialistas dentro de equipos multidisciplinares. Entre estos efectos, los hay reversibles (los bloqueadores de la pubertad), parcialmente irreversibles (tratamientos hormonales) y más irreversibles, como sería la cirugía de conformidad de género o de reasignación de sexo (esta última requiere la mayoría de edad).

competencia para la toma de decisiones. La competencia tiene en cuenta los factores de riesgo a la vez que los recursos personales y del entorno con los que les cuenta la persona menor⁴.

5. El *derecho a la atención a la salud*.
6. *El respeto a la diversidad*, de forma que se garantice la igualdad de trato y oportunidades sin etiquetar las diferencias.

1. Los ejes sexo/género

La relación con el cuerpo y la forja de la identidad personal es una cuestión compleja y dinámica muy influenciada por el entorno social. La persona menor está más expuesta a influencias externas (familiares, amigos, semejantes, redes sociales, etc.). La mayor incidencia hoy en día de este fenómeno trans en personas menores tiene que ver con la presión social, pero también con la libertad y comprensión de los padres. La aceptación de la diferencia es primordial. Con sensibilización social y cambios legales se pretende aceptar más la diversidad de identidades, y si el proceso de búsqueda requiere acompañamiento y tratamientos médicos, es necesario que éstos sean adecuados a las necesidades de las personas y al conocimiento de la ciencia sobre sus efectos. Es necesario garantizar la información y consecuencias de los riesgos que implica tanto intervenir como no hacerlo, sobre todo si es irreversible.

Precisamente, porque entra en el sistema sanitario, bien por sufrimiento o por demanda de tratamiento farmacológico, por la irreversibilidad o consecuencias de este tratamiento y el deber de no dañar, es necesario registrarlo en la historia clínica y mencionarlo. Esto no debe significar ninguno de los dos extremos: ni la patologización ni el clientelismo. Entre estos dos polos extremos, el buen acompañamiento es el que queremos promover en este documento.

En 2018, la OMS elimina la transexualidad de la lista de enfermedades mentales (*transexualidad, trastorno de identidad de género, disforia de género*) y la cataloga como “incongruencia de género” dentro del grupo de comportamientos sexuales. Las categorías médicas sirven para describir un fenómeno y son requisito para informar de los motivos de tratamiento. Con frecuencia, el colectivo las ha vivido más como orientaciones para abordar el tratamiento que como etiquetas estigmatizantes. Pero no debería ser así con el cambio de mirada que aquí proponemos. Si la transición requiere intervenciones clínicas, es necesaria una evaluación médica y psicológica, como en el resto de intervenciones.

³ Yogyakarta, Principio 24-d: “*En todas las medidas o decisiones que afectan a niñas y niños, se debe velar porque un niño o una niña que esté en condiciones de formarse un juicio propio pueda ejercer el derecho a expresar sus opiniones con libertad y que éstas sean debidamente tenidas en cuenta en función de la edad y la madurez del niño*” (8).

⁴ La evaluación de la competencia lo es para una intervención específica y unas circunstancias concretas, y no representa juicio alguno sobre la capacidad de autodeterminación de la persona menor, como ya afirmó el Comité de Bioética de Cataluña en el documento sobre la persona menor en el ámbito de la salud: “*A efectos prácticos, conviene diferenciar entre el proceso de maduración de la persona, en el que intervienen factores genéticos, psicológicos y ambientales y que no es homogéneo en todas las áreas del desarrollo personal, y el grado de madurez, que capacita al menor para ejercer su autonomía y tomar decisiones en una situación concreta*” (7)

Para acceder a tratamientos es necesaria una evaluación clínica. No se da tratamiento a nadie por el mero hecho de pedirlo. Aparte de la responsabilidad profesional y del gasto de recursos públicos, es necesario averiguar las razones del deseo de cambio, de su sufrimiento, lo que requiere tiempo y conversaciones pausadas, y más en la etapa de la infancia y adolescencia.

La condición trans, como tal, debe dejar de ser considerada una patología mental, independientemente de su frecuencia estadística minoritaria pero en continuo crecimiento. Por este motivo, no siempre debe darse por sentado que el deseo de cambio de género oculta un problema mental. Esta apreciación puede ser la causa de mayor sufrimiento. No hace falta entrar en las causas de por qué las personas quieren ser trans, que pueden ser muy complejas, variadas y personales.

La cuestión fundamental es que los profesionales sepan acompañar a la autonomía y la competencia de la persona menor para ver si comprende las consecuencias sobre las decisiones que va tomando relativas a su identidad de género. No basta con que lo solicite, esta es una condición necesaria, pero no suficiente. No se trata tampoco de promover la asertividad trans, sin más y a la primera petición, sino de acompañarla en el proceso si es que quiere realizar el tránsito, y cómo y hasta qué punto quiere hacerlo. La demanda de tratamiento médico debe poder manifestarla, hay que escucharla y estudiarla conforme a la *lex artis* que en cada momento la comunidad científica establezca, sin olvidar que el responsable final de la intervención –o no intervención– médica será el equipo de profesionales, no el menor. Se trata también de descartar que el deseo de transición no cubra otras problemáticas sobre la relación con el cuerpo o con el entorno; y si los hay, ver cómo tratarlo todo. Todo ello requiere cautela y precaución para no empujar ni retrasar; siempre teniendo en cuenta lo siguiente: qué sabemos científicamente, qué desconocemos y qué dice el adolescente en ese proceso de descubrimiento personal que va haciendo.

Siendo la sexualidad humana una gran pulsión que se manifiesta en conductas a menudo complejas que, como otras muchas, pueden comportar dificultades y necesitar acompañamientos, las personas trans, como el resto, también pueden tener obstáculos internos en la vivencia de su sexualidad. Muchas personas trans no piden ser atendidas porque tienen una enfermedad o un trastorno, sino por los sufrimientos que les generan los obstáculos que encuentran en el libre ejercicio de sus derechos más fundamentales, y quieren tener información rigurosa sobre el motivo de su sufrimiento y, si es necesario, conocer los posibles tratamientos farmacológicos y sus efectos.

En línea con este modelo de derechos, se promulgan en 2006 los Principios de Yogyakarta (8) , sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género (ampliados y actualizados en 2017), y que son recogidos en 2009 por parte del Consejo de Europa (9) . En Cataluña diversas leyes garantizan los derechos de las personas trans, como son la Ley 11/2014, de 10 de octubre, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia; la Ley 19/2020, de 30 de diciembre, de igualdad de trato y no discriminación, y la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y oportunidades en la infancia y la adolescencia (en concreto, su artículo 30 alude al derecho a la identidad).

Acompañar a las personas menores para facilitar el proceso de toma de decisiones y un mejor tránsito, si así lo deciden, exige valorar a la persona en su integridad (biopsicosocial), como titular de derechos e integrada en diferentes contextos. Por eso, es necesario escuchar a las personas en particular y las demandas de los colectivos trans también en su diversidad. Pero aquí nos centraremos en el sufrimiento de las personas menores y sus familias, en su comprensión y necesidad de acompañamiento. Es primordial respetar la diversidad con la que se viven las identidades personales y el proceso de cambios que se producen en estos años de infancia y adolescencia. Hay que tratar a cada persona en función de su proceso y de su ritmo.

Una buena muestra de la complejidad del tema, y más cuando tratamos de personas menores, se pone de manifiesto en las siguientes tablas sobre las diferentes expectativas de las personas trans, sus asociaciones y los profesionales que las atienden ⁽¹⁰⁾ :

Tabla 1 Demandas más frecuentes de las personas transgénero al Sistema Sanitario Español.	
Demandas de las personas transgénero usuarias de las UIG	Demandas de personas transgénero que provienen del activismo y asociaciones
Solicitud de recursos sanitarios y disminución de listas de espera quirúrgicas.	Solicitud de despatologización y autodeterminación de género y de tratamiento.
Solicitud de atención por profesionales sanitarios con experiencia (equipos especializados de referencia).	Solicitud de descentralización, y por lo tanto asistencia en proximidad en Atención Primaria o especialista de área.
Evaluación inicial, asesoramiento y acompañamiento psicológico.	Autodeterminación de género y de tratamiento.
Identificación mayoritariamente binaria (hombre-mujer) y en consecuencia tratamientos de afirmación de género masculinizantes o feminizantes.	Críticas al modelo binario y desmedicalización.
Deseo de invisibilización e inclusión social.	Deseo de visibilidad y empoderamiento trans

⁵ Fuente: Nuevos modelos de atención sanitaria para las personas transgénero en el sistema sanitario español: demandas, controversias y reflexiones. Gómez-Gil, E.; Esteva de Antonio, I.; Fernández, M.; Almaraz, M.; Hurtado, F.; Gómez Balaguer, M.; Asenjo N. et al. GG. Rev Esp Salud Pública. 2020;94. Tablas 1, 2 y 3.

Tabla 2 Demandas más frecuentes de los profesionales pertenecientes a las Unidades de Identidad de Género del Sistema Sanitario Español en relación a la atención a personas transexuales y transgénero.
Decisiones legislativas y sanitarias no basadas en posicionamientos ideológicos.
Evaluación multidisciplinar por profesionales con experiencia que garantice la calidad y seguridad en el proceso de reafirmación de género.
Participación de profesionales de psicología y salud mental.
Actuaciones basadas en evidencias científicas disponibles y en guías clínicas.
Incremento de los recursos sanitarios.
Regulación sanitaria y protección legal ante tratamientos hormonales no incluidos en ficha técnica, o en abordajes basados en la autodeterminación de tratamiento.

Tabla 3 Preocupaciones de los profesionales pertenecientes a las Unidades de Identidad de Género del Sistema Sanitario Español en relación a los nuevos modelos de atención a las personas transexuales y transgénero.
Riesgo de toma de decisiones sanitarias sin suficiente base empírica ni consenso entre asociaciones, profesionales y legisladores.
Riesgos de la ausencia de valoración previa por profesionales de la salud mental con experiencia en el tema.
Riesgos de la descentralización: profesionales sin o con escasa experiencia.
Posible incremento de arrepentimientos y de transición.
Disminución futura del conocimiento científico sobre el tema.
Desmarque del modelo sanitario del resto de países de nuestro entorno.
Riesgo de burnout de los profesionales sanitarios.

Como ya hemos dicho, el sexo biológico es la distinción de un individuo en base a su composición cromosómica (cariotipo: 46XX/46XY u otras posibles fórmulas cromosómicas compatibles con la vida) y que determina un gran número de características físicas. Desde el punto de vista biológico, el binarismo sexual es la base de la reproducción humana. Una amplia mayoría de voces científicas avala una visión binaria del sexo. Aunque el sexo se distribuye mayoritariamente de forma predeterminada biológica y binariamente en la naturaleza, su transposición a la cultura humana –el género– puede admitir variaciones como las que estamos viendo cada vez más frecuentemente.

La condición humana no es una realidad abstracta ni un universal biológico, sino que se configura y constituye a partir de los contextos vitales de cada persona; depende del desarrollo de los espacios sociales y tiempos históricos en los que se vive y de cómo la persona se adapta a sus circunstancias. Inevitablemente, estamos determinados a heredar condiciones biológicas, una lengua, una moral, unos conocimientos y todo tipo de juicios que, en forma de pre-juicios (los heredamos antes de haberlos podido juzgar) sólo los podemos corregir o abandonar con el paso del tiempo, bien por falta de cimentación, por la adquisición de nuevos conocimientos o por la constatación del sufrimiento evitable que generan. Algunos ejemplos son las diferentes consideraciones sobre el trato a los animales, la esclavitud humana, la desigualdad entre hombres y mujeres y, lo que ahora aquí nos ocupa, las consideraciones sobre la infancia y la adolescencia (últimamente se ha reducido la infancia a los 10 primeros años de vida y se ha alargado la adolescencia mucho más que en otras épocas históricas). Los cambios conceptuales que se van produciendo con el paso del tiempo dependen de contextos, cosmovisiones y mentalidades.

Sin embargo, es necesario evitar la polarización de dos extremos según los cuales o todo es construcción (social y cultural) o todo es predeterminación biológica. Sin duda que muchas características que nos constituyen como humanos nos vienen dadas por razones biológicas y culturales que no podemos más que aceptar; pero otros son fruto de una elección y una re/construcción. Las líneas que separan unas y otras no pueden ser marcadas fijamente. Cuando las personas no encajan en estas líneas, habría que ampliar la mirada y cuestionar antes los marcos que las personas. Se requieren todavía grandes cambios para ampliar la mirada a la diversidad humana, más allá del binarismo de género.

Desde esta actitud crítica y reconocible de los inevitables prejuicios que toda época arrastra y genera, es necesario desproblematizar la identidad trans. Sin embargo, hay que evitar simplificaciones, estereotipos y esencialismos sobre lo que significa ser hombre, mujer o trans. La condición humana requiere estar integrada en un contexto que posibilita o dificulta el desarrollo personal, este contexto es interseccional y, por tanto, con múltiples y variadas dimensiones. Es necesario un acompañamiento personalizado sobre el proceso que se inicia, con sus riesgos e inconvenientes, pero también con la posibilidad de resolver el malestar, si es que efectivamente las causas del mismo se deben a la discordancia entre sexo y género.

Desde un punto de vista ético, una vez aceptamos que dependemos siempre de factores biológicos y culturales que nos vienen dados, ¿Qué hacemos con esto? ¿Qué reconsideración podemos hacer? Estas preguntas forman parte del proyecto personal de apropiarse de la propia vida en la búsqueda de una identidad más o menos estable (11) . Desde el respeto y fomento de la autonomía de la persona y desde el derecho a un sistema público universal de salud, aquellas personas no conformes con su sexo/género, deben ver reconocidos sus derechos y respetadas sus decisiones. En el caso de las personas trans, es necesario promover estudios y que sus voces puedan exponer sus realidades, y facilitar los cambios legales, políticos y sociales en defensa de sus derechos. Esto implica facilitarles los procesos administrativos de cambio de nombre y sexo, garantizando, cuando así lo deseen, la accesibilidad a los tratamientos y su continuidad.

Huyendo de simplificaciones o extremos polarizados, habría que distinguir dos dimensiones. Por un lado, el apoyo a las personas que sufren por el género adjudicado, que buscan acompañamiento en la búsqueda de su identidad y que deben decidir si realizar el

tránsito social o también los tratamientos hormonales. Para mejorar esta primera dimensión, se necesitan equipos interdisciplinarios y cercanos.

Por otra parte, la cuestión de las evidencias científicas sobre estos tratamientos para modificar el fenotipo (adecuación, riesgos, indicación, etc.). En este sentido ya se dispone de algunas evidencias pero es necesaria más investigación (12) . Así se ha pronunciado, entre otros, el Nuffield Council ⁶ . Para tratar la segunda dimensión es también conveniente establecer registros y centros de datos, intercambios de la información y debate científico sobre las experiencias y evidencias disponibles. Pero hacer esperar a tener evidencias puede generar más sufrimiento. No informar de la falta de evidencia, dañará la alianza terapéutica. Decir que una sociedad que supere la transfobia hará innecesarios los tratamientos porque las personas serán aceptadas es pedir a quien sufre que siga sufriendo mientras esa sociedad llega. Ésta es la gestión de la complejidad del tema que ha generado últimamente un debate, en nuestra opinión, demasiado polarizado.

2. El mejor acompañamiento posible: integral, cercano, personalizado e informado

Cuando se trata de personas menores es necesario un acompañamiento en el proceso, cauteloso en cuanto a las decisiones sobre la identidad que quieren adoptar, y sin convertir en un problema su circunstancia más allá de los interrogantes que la persona se plantea. El reto de este documento es mejorar la vida cotidiana de las personas menores que viven con discordancia su identidad respecto al sexo/género, mediante la creación de entornos de serenidad y reconocimiento, para que puedan llevar a cabo un proyecto de búsqueda y desarrollo de su identidad personal.

Durante la infancia y la adolescencia, períodos primordiales en el desarrollo de la persona, se precisa cierta estabilidad emocional, una escolaridad acogedora (que va más allá de disponer de un protocolo de atención a las personas menores trans) y vínculos positivos para respetar las diferencias y autonomías personales. Por eso, es importante que las personas menores trans o en proceso de búsqueda de su identidad de género puedan gozar de una vida cotidiana sosegada. En este sentido, debería respetarse el género propio que manifiesten las personas menores. Una buena opción es el fomento de las prácticas mixtas durante la infancia, sin segregación por sexo/género, puesto que facilitan la educación en valores y una adecuada socialización.

Para realizar todo este proceso de la forma más saludable posible, generando estabilidad emocional, escolaridad acogedora y vínculos, los profesionales del ámbito clínico (pediatras, médicos y enfermeras de atención primaria y otras especialidades médicas o enfermeras, servicios de identidad de género, etc.) deben tener una buena formación para saber acompañar a las personas menores trans que demanden sus servicios. El acompañamiento se dirige hacia la liberación de corsés o estereotipos sexo/género que entorpecen el proceso de búsqueda de la identidad, una búsqueda que sólo se puede transitar en primera persona. Esto no excluye informar sobre las diferentes y variadas asociaciones de personas trans y familiares que existen en el territorio, sin confundir el papel de cada uno.

El buen acompañamiento promueve que las decisiones que se tomen en un momento de su vida permitan mantener abierta su capacidad de seguir decidiendo y poder, en un futuro, si así lo quieren, formar una familia. Por eso es necesario explicitar los riesgos sobre

⁶ <https://www.nuffieldbioethics.org/topics/health-and-society/gender-identity>

la fertilidad de los tratamientos hormonales cruzados. En este sentido, para preservar las opciones reproductivas con su propio material biológico, se les debe ofrecer información de las posibilidades de criopreservación de sus gametos, ya que a pesar de la reproducción no es una prioridad en esta etapa de la vida, puede convertirse en muy importante en la edad adulta. Es primordial explicar bien el procedimiento y las probabilidades futuras de éxito reproductivo empleando este material criopreservado.

Dado que este transitar se da siempre en un entorno social, el acompañamiento debería ser integral, a nivel familiar, comunitario y de ciudad. El desarrollo saludable de toda persona exige la acogida en las tres esferas de reconocimiento: emocional, legal y social, que permiten el desarrollo de la autoconfianza, el autorespeto y la autoestima (13) .

En tanto que seres sociales, relacionales, éste es un proceso complejo que se vive subjetiva e intersubjetivamente. Hay que fomentar una actitud de escucha para comprender mejor por qué las personas menores quieren realizar una transición social con tratamientos farmacológicos. Entre las personas trans hay un 40% de prevalencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida (14) ; entre los jóvenes trans es de un 48% (15) . Hay que reconocer que parte de la disminución del sufrimiento radica en la aceptación social de la diferencia, así como en la formación de los profesionales sanitarios sobre estas diferencias y sus abordajes. El riesgo de no prevenir la transición social y/o farmacológica de quien sufre una gran angustia por causa del género es mayor que el riesgo de arrepentimiento de una pequeña minoría de personas que reciben la atención médica (2,3) .

Se trata de acompañar a la persona menor hacia mayores grados de autonomía, también a su familia, con el objetivo de evitar un sufrimiento por razón de la búsqueda de identidad de género de su familiar, e ir decidiendo si quiere realizar el tránsito con tratamiento farmacológico, sin él o abandonarlo. Si la persona quiere el tratamiento farmacológico, principalmente hormonal, se trata de que tome conciencia de las consecuencias que puede tener y de las evidencias todavía escasas que tenemos de sus efectos a largo plazo.

Asimismo, la evaluación de la competencia por parte de los profesionales debe ser más dinámica, pluridisciplinar y proactiva para aumentar los grados de autonomía. A mayor irreversibilidad o consecuencias muy dañinas (como el impacto en la fertilidad) más competencia debe exigirse. Porque toda decisión clínica implica una valoración clínica; y todo tratamiento, un razonamiento clínico.

Es necesario escuchar a la persona menor y darle herramientas para ir aumentando su grado de autonomía según su proceso de maduración. En este sentido, si quiere acceder a tratamientos (bloqueadores de la pubertad, hormonación cruzada, etc.), es necesario proporcionarle conocimientos, tanto a la persona menor como a su familia o a sus tutores legales, sobre lo que deberá tomar, cómo deberá tomarlo, los posibles efectos adversos y las consecuencias de sus decisiones. Así, en el marco de la toma de decisiones es necesario partir del derecho a la libre determinación del género de la persona menor que debe reflejarse en su consentimiento, si es mayor de 16 años o entre los 12 y los 16 si los profesionales consideran que tiene competencia suficiente para entender el alcance de la actuación ⁷, y siempre después de ser informado de las ventajas y desventajas del tratamiento y de la posibilidad de interrumpirlo o reducirlo. En caso de falta de competencia suficiente, el menor, al menos, debe ser informado y asentir el tratamiento y, posteriormente, disponer del consentimiento de sus representantes legales. En cuanto a una posible

cirugía de reasignación de sexo, entendemos que debería haberse alcanzado al menos la mayoría de edad sanitaria (16 años).

Acompañar no significa emplear terapias de conversión ni asertivas frente a la simple demanda de la persona menor, sino estar al lado caso por caso. En diferentes guías, como desde la Organización de Naciones Unidas (2015) y del Parlamento Europeo (2018), se explicita que las llamadas "terapias de conversión"⁸, que buscan "modificar" la orientación sexual o identidad de género de jóvenes LGBTI son ineficaces y no tienen ninguna base científica ni ética. Actualmente, este tipo de terapias están prohibidas en cinco países europeos (Alemania, España, Suiza, Países Bajos y Noruega). El acompañamiento debe ser prudente, sin confundir la prudencia con la inacción. Acompañar psicológicamente a la persona menor y su familia no significa ni forzar ni retrasar, sencillamente exige estar al lado y facilitar los procesos que impliquen las decisiones que la persona menor va tomando.

Para las personas trans, una de las grandes dificultades –traducidas en muchas ocasiones en violencias cotidianas– es la adecuación a los cánones estéticos y corporales que permitirán una vida “normal” sin ser objeto de señalamientos y burlas por tener un cuerpo no estereotipado. Reducir la insatisfacción a través de la adecuación corporal que la persona necesita le permite centrarse en lo que realmente es importante para su desarrollo: estudios, amistades, relaciones sociales, etc. Es importante evitar imágenes finalistas demasiado cerradas o incluso demasiado optimistas, basadas en el ideal de cuerpo y aspecto que desea tener, y presentadas como la solución de todos los problemas. Las expectativas deben ser realistas ya que no todos los caracteres sexuales secundarios son reversibles por igual. Las terapias hormonales no deberían proponerse como la solución a todos los problemas, porque pueden generar otros de nuevos, algunos incluso tardíos, y de los que no tenemos todavía suficiente evidencia científica. Por eso es necesario ponderar muy bien los riesgos y beneficios. Los adolescentes trans y sus familias deben participar en un análisis de riesgo-beneficio sobre resultados a largo plazo, con el beneficio más inmediato de evitar resultados perjudiciales en la salud mental y asociados a la ausencia de tratamiento hormonal (16,17).

Aunque el centro de atención es la persona menor, ésta depende del entorno familiar, escolar y comunitario. Éstos también deben poder contar con el acompañamiento de los profesionales. Los profesionales que acompañan en este proceso de tráfico deben ofrecer a la persona menor y sus familiares y entorno afectivo una información contrastada, suficiente y de calidad, que les permitan tomar las decisiones que más les convengan en el proceso de consolidación de la identidad vivida.

La presión social que excluye y estigmatiza a este colectivo es grande y viene de lejos, generando a menudo desorientación o sufrimiento de la persona menor y sus familiares. A veces, los padres, madres o tutores legales, deseando evitarles este sufrimiento, intentan

⁷ Según la Ley 41/2002: entre los 12 y 15 años, si tienen suficiente madurez a criterio del profesional, es válido su consentimiento, excepto en decisiones de “grave riesgo”, que es necesario el de los padres o tutores. Igualmente, así lo prevé el arte. 212.2 del Código Civil de Catalunya (Ley 25/2010 del Libro Segundo del Código Civil de Catalunya, relativo a la persona y familia).

⁸ Estas terapias, forzadas y en contra de la voluntad de la persona, querían corregir la incongruencia o la orientación sexual actuando sobre el cerebro y acorde con los principios conductistas.

disuadirles de pedir acompañamiento; o, por el contrario, lo piden rápidamente para resolver de una vez la cuestión de la identidad. La no aceptación por parte de familiares y compañeros es un importante predictor conocido de depresión y suicidio en adolescentes trans (18) . En los casos extremos que se demuestre que ambos representantes o tutores legales se niegan a acompañar a la persona menor en su tránsito, es adecuado ponerle a disposición figuras sociosanitarias de apoyo, para poder vivir con serenidad la búsqueda de su identidad. Y siempre ofrecerse a acompañar al tráfico de la familia para la aceptación de su hijo.

Las decisiones sobre posibles tratamientos nunca son fáciles ni para los menores, ni para las familias ni los profesionales. Desde el año 1998, en el que se establece el Protocolo holandés de atención a menores, se plantean diferentes opciones de tratamiento (guías y protocolos que garantizan una buena práctica asistencial) avaladas por las sociedades de endocrinología desde el año 2009 (4,19) y por los Standars of Care (SOC) for Transgender Health de la WPATH (The World Professional Association for Transgender Health), 2012 (5) , y con suficiente bibliografía que demuestra una mejora en el bienestar emocional y disminuye las ideas suicidas en un 69% en este colectivo (20) . Estas guías y protocolos recomiendan no empezar un tratamiento antes del inicio de la pubertad, mientras no se disponga de un conocimiento científico más completo. En el caso de administrar bloqueadores de la pubertad, se indica que no se deben empezar antes del inicio de ésta. Si así lo quieren y después de haber considerado sus consecuencias, los adolescentes pueden comenzar posteriormente la terapia hormonal de feminización-masculinización. Lo mejor es que, fruto del acompañamiento profesional, las decisiones de tratamiento sean compartidas entre el adolescente, la familia y los profesionales de la salud.

En este acompañamiento, las administraciones deben facilitar el acceso a los preparados hormonales y procedimientos quirúrgicos, en su caso, necesarios para mejorar su bienestar psicológico y su integración social. Asimismo, deben facilitar los trámites burocráticos pertinentes, como los cambios de nombre y sexo en los registros públicos y los documentos de identidad y pasaporte. Algunas voces proponen reconsiderar la obligatoriedad de registrar el sexo de nacimiento y valorar otras opciones, como la posibilidad de omitirlo o ponerlo como indeterminado. Se deberían valorar muy bien las consecuencias de implementar alguna de estas medidas, entre otras razones por los distintos tratamientos que hombres/mujeres deben recibir y mejorar su seguimiento, con la consecuente pérdida de información desde la perspectiva de género, debido a que el sexo no consta en ninguna parte.

Otro debate radica en el modelo y la organización de servicios (10) . La excesiva descentralización no permite tener registros, se nos escapa información sobre casos atendidos, modelo de atención o formación que poseen y reciben los profesionales asistenciales. Un modelo centralizado permitiría recopilar datos, registrar y disponer de evidencias y conocimiento sobre el mejor abordaje de este colectivo. Esta centralización no debería significar burocratización, homogeneización ni despersonalización. Es necesario ordenar los protocolos y los modelos de atención para evitar arbitrariedad y desconocimiento. Todo ello permitirá mejorar el acompañamiento.

Hay que insistir en que en el supuesto de que exista problemática mental, ésta no debería ser un obstáculo “per se” para recorrer el camino de la libre determinación de género. Pero, en estos casos, deberá valorarse en conjunto y antes de pasar a intervenciones invasivas, sopesar bien sus consecuencias, no dar por supuesto que el trastorno mental es el

único que debe tratarse. El acompañamiento por parte de los profesionales de la salud mental (psicoterapia, psicología clínica/psiquiatría) debería realizarse desde un abordaje integral, bio-psico-social y con coordinación entre los profesionales para realizar un seguimiento mejor.

Recomendaciones

1. Se debe considerar a la persona menor en la búsqueda de su identidad de género como titular de derechos (en concreto, a su identidad y libre desarrollo de la personalidad) desde la perspectiva de su competencia progresiva y desde su interés superior, haciéndola protagonista de su proceso de búsqueda.
2. Hay que ofrecer a las personas menores en busca de su identidad de género un trato digno y respetuoso y tratamientos integrales e integrados por profesionales expertos.
3. Es necesario el acompañamiento de los padres, madres y tutores legales para que sepan acompañar a sus hijos en el proceso de tránsito. En el caso extremo de que ninguno de los representantes legales quiera acompañarles en su tránsito, es recomendable poner a disposición de la persona menor figuras sociosanitarias para que pueda realizar el proceso de búsqueda de identidad en un entorno de estabilidad y vínculos saludables.
4. Las personas menores trans deben tener una buena acogida por parte del personal asistencial que los trate y la administración sanitaria debe garantizarla.
5. Cualquier intervención profesional es pedagógica y debe orientarse a generar estabilidad emocional, escolarización acogedora y vínculos que empoderen en el proceso de desarrollo de la autonomía de la persona menor.
6. El acompañamiento a la persona menor trans debe asumir que las identidades de género pueden ser tanto binarias como no binarias.
7. Hay que formar a todos los profesionales involucrados en una visión crítica de los ejes sexo/género hegemónicos para mejorar la atención en los casos de tratamientos de personas trans. Igualmente, habría que formarlos para que puedan detectar situaciones en las que pueda existir esta incongruencia y así poder derivar a los menores (y familia) hacia equipos multidisciplinares que puedan ofrecer una atención integral y que puedan excluir otros trastornos (mentales o no) asociados.
8. Es necesaria experiencia, mucha prudencia y cautela en la prescripción de tratamientos hormonales, dada la limitada evidencia que existe tanto sobre la eficacia como sobre los posibles efectos adversos a largo plazo. Tal y como indican las guías y protocolos clínicos, no debe iniciarse tratamiento hormonal antes del inicio de la pubertad mientras no se disponga de un conocimiento científico más completo. Dada la irreversibilidad de la decisión, no es recomendable realizar tratamientos quirúrgicos por debajo de los 16 años, mayoría de edad sanitaria.

9. Es necesario generar evidencia científica sobre la salud de las personas trans en su proceso de transición física, psicológica y social.
10. Para mejorar la calidad de la atención, la transparencia y la seguridad de las personas atendidas, y evitar la arbitrariedad o el desperdicio de conocimiento, es necesario protocolizar y consensuar las pautas de atención y evaluación, así como mejorar la coordinación entre las diferentes unidades, profesionales y servicios implicados.
11. Es recomendable disponer de registros de datos e información sobre el acompañamiento de las personas menores trans para generar conocimiento y poder evaluar la calidad de la prestación.
12. Para mejorar el conocimiento sobre la calidad del acompañamiento de las personas menores trans, es necesario potenciar las investigaciones dentro de las diferentes administraciones públicas y, en especial, en el ámbito de la salud y la educación.
13. Dado que la terminología en relación con las identidades de géneros y sexualidades está en continua evolución, se aconseja a los profesionales de la salud que se actualicen y se comprometan con los cambios que se van consensuando.

Glosario:

- **Adolescencia:** período del desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la infancia y que comienza con la pubertad.
- **Binarismo de género (género binario):** convicción de que sólo existen dos géneros, el masculino y el femenino y que la identidad de género debe coincidir con uno de ellos que, de acuerdo con la mayoría de rasgos biológicos, se asigna al nacer.
- **Cisgénero:** designa a las personas en las que coinciden la identidad de género asignado al nacer y la expresión de género y el sexo.
- **Competencia:** capacidad de tomar una decisión concreta en un determinado momento. Es necesario distinguir la competencia (o capacidad de hecho) de la capacidad legal.
- **Consentimiento informado:** proceso paulatino y continuado, en ocasiones plasmado en un documento, mediante el cual una persona competente y adecuadamente informada acepta o no, en función de sus valores, someterse a determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
- **Despatologización trans:** perspectiva teórico-activista que reivindica como un derecho humano el reconocimiento y la protección de la expresión de la identidad sexual y de género y que deja de conceptualizar la condición trans como trastorno mental.
- **Disforia de género:** diagnóstico de la última clasificación de la APA, DSM-5 (2013), que define el sufrimiento debido a la aversión de la persona a los propios

genitales. El grado de disforia es variable, y depende en gran medida de las presiones externas que se hayan sufrido respecto a su cuerpo y su identidad. No es sinónimo de transexualidad: hay personas trans que no sufren un conflicto con sus genitales y no encuentran ventajas en someterse a operaciones plásticas.

- **Derechos personales:** derechos subjetivos esenciales que tiene todo ser humano por el mero hecho de serlo. El ser humano es sujeto de estos derechos desde el mismo momento en que es capaz de gozarlos. Aluden a un conjunto de características fundamentales que atienden a la protección y defensa de la persona individual y de sus atributos: la vida y la integridad física; la integridad moral; la intimidad; la imagen; el secreto de la correspondencia o las comunicaciones; la individualidad a través del nombre, etc. Son anteriores a su reconocimiento por parte de las leyes; lo que éstas hacen es positivarlos y garantizarlos.
- **Derechos de la personalidad:** derechos de las personas a desarrollar su propia personalidad y construir su identidad.
- **Expresión de género:** modo en que la persona expresa su género. Incluye la forma de vestir o el comportamiento, considerados femenino o masculino según los roles tradicionales atribuidos a ser mujer u hombre.
- **Género asignado:** asignación de la persona a uno u otro género, según su sexo (cromosómico obtenido cuando se realiza un diagnóstico prenatal o cariotipo fetal) o sus genitales externos, en el momento de la ecografía prenatal o del nacimiento, y que consta en sus datos registrales.
- **Género queer:** persona cuya identidad de género no se alinea con la comprensión binaria del género.
- **Identidad de género:** autoconcepción del género, es decir, la identificación personal con los roles que socialmente se atribuyen a hombres y mujeres; puede o no coincidir con el sexo y es independiente de la orientación sexual y afectiva.
- **Incongruencia de género:** diagnóstico utilizado en la última clasificación de la OMS (CIM-11) de 2018, con las mismas características que la disforia de género pero, a diferencia de ésta, no consta entre los trastornos mentales sino en las "condiciones relacionadas con la salud sexual".
- **Interseccionalidad:** alude a las múltiples categorías y dimensiones que confluyen en las causas de opresión o privilegio de las personas. Supone que las personas no somos explicables desde una única categoría dicotómica, no somos sólo hombres o mujeres, adultos o jóvenes, migrantes o autóctonos, ricos o pobres, sino una confluencia de todas ellas.
- **Patologización:** proceso por el que se categorizan como anormales o como enfermedades características que forman parte de la diversidad humana.
- **Persona menor:** persona que no tiene reconocida la plena capacidad de obrar por su carencia de madurez para ejercerla. La legislación española la reconoce a todos los efectos a los 18 años y a los 16 años en relación con las decisiones que afectan al propio cuerpo (ámbito sanitario). Igualmente, el Código Civil de Cataluña y la Ley 41/2002 de autonomía del paciente reconocen al menor la posibilidad de dar el consentimiento entre los 12 y 16 años si se valora que tiene madurez suficiente para comprender el alcance de la actuación. La Ley orgánica 1/1996 de protección jurídica del menor establece que los menores de edad son "sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad de modificar su propio medio personal y social" y dice que "la mejor forma de garantizar la protección social y jurídica en la infancia es promover su autonomía como sujetos".

- **Proceso de transición (o de tránsito):** proceso personal y particular de autoafirmación de la identidad que busca la adaptación progresiva a la identidad de género vivida.
- **Pubertad:** etapa de desarrollo físico y cambios hormonales que conduce a la etapa de maduración sexual. La edad de aparición de la pubertad es variable según cada persona.
- **Sexo registral:** inscripción del nacimiento de una persona en el Registro Civil para dejar constancia de su sexo/género.
- **Terapias de conversión:** prácticas pseudocientíficas y nocivas para intentar alterar la expresión de género, la identidad de género o la orientación sexual de una persona.
- **Trans:** persona que tiene o desea expresar una identidad de género distinta a la asignada al nacer.
- **Transfobia:** actitudes y sentimientos negativos, incluidos la discriminación y la violencia, contra personas que se identifican o son percibidas como trans.

Referencias bibliográficas:

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. The Gap Report. Geneva, Switzerland; 2014.
2. Turban JL, King D, Kobe J, Reisner SL, Keuroghlian AS. Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults. Radix AE, editor. PLoS One. 12 de enero de 2022;17(1):e0261039.
3. Green AE, DeChants JP, Price MN, Davis CK. Association of Gender-Affirming Hormone Therapy With Depression, Thoughts of Suicide, and Attempted Suicide Among Transgender and Nonbinary Youth. J Adolesc Heal. Diciembre de 2021;0(0).
4. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 1 de noviembre de 2017;102(11):3869-903.
5. WPATH. Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming people - WPATH World Professional Association for Transgender Health [Internet]. 2012 [citado 7 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.wpath.org/publications/soc>
6. Dirección General de Planificación en Salud. Modelo de atención a la salud de las personas trans*. Barcelona; 2017.
7. Comité de Bioética de Catalunya. La persona menor de edad en el ámbito de la salud. Barcelona; 2009.
8. Alston Philip, Anmeghichean Maxim, Cabral Mauro, Cameron Edwin et al. Principios de Yogyakarta. 2007.
9. Consejo de Europa. Derechos Humanos e Identidad de Género. CommDH/IssuePaper. 2009;(29 de julio):23.
10. Gómez-Gil, E.; Esteva de Antonio, I.; Fernández, M.; Almaraz, M.; Hurtado, F.;

- Gómez Balaguer, M.; Asenjo N. et al. GG. Nuevos modelos de atención sanitaria para las personas transgénero en el sistema sanitario español: demandas, controversias y reflexiones. *Rev Esp Salud Pública*. 2020;94.
11. Fausto-Sterling A. *Cuerpos Sexuados. La política de género y la construcción sexual*. Santa Cruz de Tenerife: Melusina; 2020.
 12. Hyde JS, Bigler RS, Joel D, Tate CC, van Anders SM. The future of sex and gender in psychology: Five challenges to the gender binary. *Am Psychol*. 1 de febrer de 2019;74(2):171-93.
 13. Honneth A. *La lucha por el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Crítica; 1997.
 14. James S, Herman J, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi L. *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington DC; 2016.
 15. Nodin N, Peel E, Tyler A, Rivers I. *The RaRE Research Report. LGB&T mental health risk and resilience explored*. London: PACE; 2015. 110 p.
 16. Eisenberg ME, Gower AL, McMorris BJ, Rider GN, Shea G, Coleman E. Risk and Protective Factors in the Lives of Transgender/Gender Nonconforming Adolescents. *J Adolesc Heal*. 2017;61(4):521-6.
 17. King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. Vol. 8, *BMC Psychiatry*. BioMed Central; 2008. p. 70.
 18. Turban JL, Keuroghlian AS. Dynamic Gender Presentations: Understanding Transition and “De-Transition” Among Transgender Youth. Vol. 57, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2018.
 19. WC H. Guidelines for pubertal suspension and gender reassignment for transgender adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. octubre de 2011;20(4):725-32.
 20. Growinguptransgender. Puberty Blockers – Overview of the research [Internet]. 2020. Disponible a: <https://growinguptransgender.com/2020/06/10/puberty-blockers-overview-of-the-research/>

Este documento se aprobó en la 122 reunión plenaria del CBC, del día 8 de junio de 2022. En el grupo de trabajo que se constituyó para su elaboración participaron diferentes profesionales, algunos de los cuales no han considerado oportuno suscribir la versión finalmente aprobada.