

Transexualidad. Perspectiva ética y jurídica

Transgender. Legal and ethical insights

Isolina Riaño Galán

AGC de Pediatría, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. IUOPA-Departamento de Medicina-ISPA, Universidad de Oviedo. CIBERESP

A modo de introducción

Mi primer encuentro formal con la diversidad de género (DG) data del año 2013. Ese año el Comité de Ética Asistencial recibió una consulta formulada por la Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA) acerca el tratamiento de niños y adolescentes con disforia de género. Al constatar el incremento progresivo de los menores de edad, solicitan asesoramiento al Comité reconociendo que la atención en niños y adolescentes es una cuestión controvertida y de gran complejidad por las implicaciones éticas que conlleva.

Desde entonces he recorrido un camino de reflexión y aprendizaje muy enriquecedor, compartido con muchos otros profesionales y familias. El motor inicial fue la compasión, entendida como reconocimiento del sufrimiento de estos menores y sus familias, que me movió a procurar aliviarlo de algún modo, y que ha supuesto ampliar la mente y el corazón, salir de la zona de confort, cuestionar la rígida normatividad social respecto al género y descubrir la riqueza de la diversidad humana tanto de género como otras muchas.

Por ello, he aceptado la invitación a compartir esta reflexión sobre la DG desde una perspectiva ética y jurídica, que pone el acento en el interés superior del menor y el principio de protección frente a la vulnerabilidad. La mirada ética podría convertirse en una herramienta de protección para esos menores ante la potencial transfobia, que puede llevar al maltrato en el contexto familiar o escolar ⁽¹⁾.

¿Por qué hablar de Ética? En la salud o en la enfermedad no todo es ciencia y técnica. La ciencia y la técnica tratan de “hechos”. Pero, no es posible tomar decisiones sin valorar. Esto implica que no podemos limitarnos a la evidencia científica, sino que hemos de tener en cuenta los valores, que en sociedades plu-

ralistas como la nuestra no son homogéneos y están protegidos por el derecho a la libertad de conciencia. Por eso, es esencial hablar de ética. La ética trata de contestar a la pregunta por el deber “¿qué debo hacer?” o bien “¿qué es lo mejor que puedo hacer (en esta situación concreta)?”. Hablar de ética es hablar no de lo que es, sino de lo que debe ser de otra manera.

Resulta imprescindible conjugar la medicina basada en la evidencia con la medicina basada en los valores. La tarea del profesional es elegir la mejor opción en cada caso concreto, ¿qué se debe hacer? ¿qué debemos priorizar? ¿quién debe tomar las decisiones? ¿cómo gestionar la diversidad afectivo-sexual? ¿cuál es nuestra responsabilidad?

Los hechos como punto de partida para el análisis ético

En los últimos años, la demanda de la atención a menores con DG ha aumentado tanto en España como en todo el mundo. Este incremento podría explicarse, entre otras razones, por un contexto sociocultural que promueve mayor visibilidad, tanto de los recursos asistenciales como de los movimientos reivindicativos, con impacto en la opinión pública. Se han tramitado y aprobado normas para su regulación, asimismo se han elaborado múltiples guías de actuación ⁽²⁻⁴⁾.

En junio de 2018, la OMS publicó una nueva versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11). Dicha versión, largamente esperada, elimina la transexualidad del capítulo “trastornos mentales y de comportamiento” y la traslada a un capítulo nuevo sobre “Condiciones relacionadas con la salud sexual”, con el fin de garantizar la atención sanitaria a estas personas. La “patologización” y clasificación de estas situaciones plurales había sido un punto conflictivo ⁽⁵⁾.

De igual modo, los sucesivos cambios en la denominación (transexualidad, trastornos de la identidad de género, disforia de género, incongruencia de género, diversidad de género) pretenden evitar el estigma que acompaña a estas personas. El profesional sanitario no actuaría con la pretensión de “patologizar” el fenómeno, sino como garante de que las decisiones se adoptan de acuerdo con el estado de la ciencia y del interés superior del menor y su protección frente a la vulnerabilidad.

No se conoce exactamente la prevalencia de la DG en la infancia, ni qué proporción continuarán experimentándola en la adolescencia y en la edad adulta. Según algunos autores, el hecho de que el paciente refiera “ser del otro sexo”, y no “desearía ser del otro sexo”, que su disforia sea muy intensa en la infancia, y que persista en la adolescencia son indicadores de que la DG persistirá ⁽⁶⁾. Sería deseable conocer qué factores predicen que la DG vaya a “persistir” ⁽⁷⁾. Hay que diferenciar los niños con “verdadera” DG de aquellos que presentan expresiones de género no normativas. Tampoco hay que confundir la orientación sexual con la identidad de género. Tal y como recoge la Figura 1 estos conceptos son diferentes, aunque muchas veces se utilizan como sinónimos, generando confusión.

Pero ¿qué es la identidad? La identidad la construye la propia persona; la constitución de la masculinidad o de la feminidad es el resultado de un proceso, que se va fraguando en interacción con el medio familiar, social y cultural. Si entendemos a los niños y niñas como personas en desarrollo, dependientes de su entorno, con una marcada plasticidad psicológica y donde la identidad de género puede no ser siempre inmutable, es decir, que no hay garantías en todos los casos de permanencia de la variabilidad de gé-

nero, es fundamental, actuar con prudencia, evitar la precipitación y creación de estereotipos, respetar los ritmos que cada persona necesita y aprender a vivir con la incertidumbre ⁽⁸⁾.

El manejo de la DG ha ido variando y se apoya en la escasa experiencia de algunas unidades de referencia con grupos heterogéneos. Aún no hay suficientes estudios a nivel nacional ni internacional, sustentados en la evidencia científica. Además, recientemente se sugieren formas diferentes de manejo, superando fórmulas basadas en estereotipos y buscando el acompañamiento y el respeto de la expresión y/o identidad de género en el ámbito familiar, social y educativo.

La experiencia clínica de los centros con más larga trayectoria muestra distintas situaciones y necesidades de las personas, insistiendo en un manejo multidisciplinar, continuado en el tiempo y con respuestas personalizadas, tal y como recoge la guía de consenso internacional sobre el tratamiento de las personas con DG/incongruencia de género publicada en noviembre de 2017 ⁽⁹⁾.

La mirada ética: los valores a tener en cuenta

Cada caso es único, no hay recetas simples, ni soluciones prefabricadas. Y por ello, debe ser analizado cuidadosamente desde los hechos a los valores implicados. Hemos de asumir la incertidumbre inherente no sólo a la práctica médica, sino a la vida misma, e intentar que participen en el proceso deliberativo todos los implicados, en la medida de sus posibilidades y grado de madurez, desde una ética de la responsabilidad.

Estos son algunos de los valores a considerar, recogidos en el Posicionamiento de la Asociación Española de Pediatría en relación con la DG en la infancia y la adolescencia ⁽¹⁰⁾:

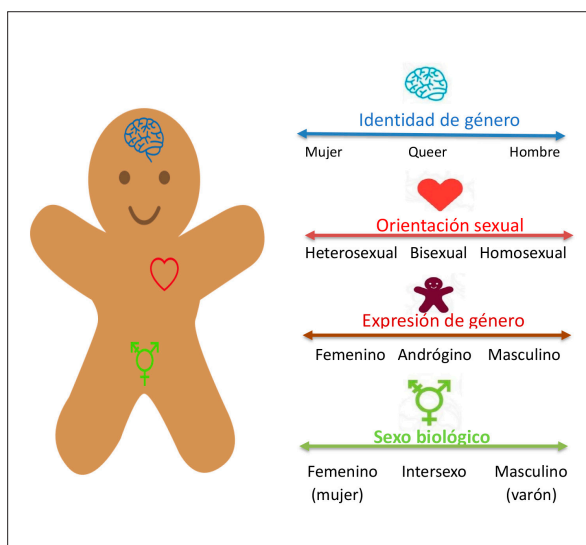


Figura 1. Conceptos en relación con el género y la diversidad sexual.

1. El interés superior del menor, respetando en la medida de lo posible, la voluntad y los deseos del menor en un campo tan fundamental para la persona como es la construcción de la identidad de género y el libre desarrollo de la personalidad. No debemos olvidar que, al tratarse de menores y adolescentes, la capacidad de decisión de sus representantes legales, sus padres, queda limitada por el principio de beneficencia de manera que siempre habrán de actuar en el mejor interés de su representado, su hijo. Los padres no pueden decidir libremente sobre sus hijos, sino solo en términos que garanticen su interés y no le ocasionen daño.
2. Principio de protección frente a la vulnerabilidad. El menor es vulnerable en la medida en que no solo se ve expuesto a determinados riesgos, sino que, en atención a su condición, contexto

o circunstancias, no dispone de medios para enfrentarse a ellos sin sufrir un daño. El grado de protección que se les ofrece debería depender del riesgo que corren de sufrir daño y de la probabilidad de obtener un beneficio.

3. Acompañamiento y escucha activa del propio relato del niño o niña, posibilitando la expresión de su propia identidad y asegurando que el relato es auténtico y no está condicionado por agentes externos (socio-familiares) o internos (emocionales). Es decir, se debe promover el acompañamiento, no añadir sufrimiento, no poner obstáculos, pero tampoco empujar ni manipular. Es preciso impulsar la transición desde un modelo biomédico a otro fundamentado en los derechos humanos, en el que los profesionales de la salud asumimos un rol de acompañamiento, sin juzgar.
4. Prudencia, puesto que la construcción de la identidad de género es un proceso. Tanto las familias como los profesionales deberían respetar los ritmos que cada persona necesita, aprendiendo a vivir con la incertidumbre, no adelantarse a las necesidades e identidades posibles de los niños y jóvenes, no introducir etiquetas que puedan ser erróneas, sino escucharlos en su proceso de maduración, apoyándoles durante su crecimiento.
5. Responsabilidad. Responsabilidad entendida como «el deber de cuidar y preocuparse del otro vulnerable»⁽¹¹⁾. El papel de los profesionales sanitarios será de garantes del bien del menor, buscando siempre el mayor beneficio desde un juicio prudencial y no actuando como meros prescriptores. Es necesario huir de extremos que o bien banalizan lo que siente el menor o prescriben tratamientos a demanda del menor o familia.
6. Reconocimiento. Es un imperativo ético reconocer un valor positivo en la diversidad. Reconocimiento que en los niños y adolescentes permite transformar una situación conflictiva en una situación de cooperación para afrontarla de forma más positiva. Ello puede reflejarse en cada una de las esferas del reconocimiento: a) emocional: supone ser aceptado tal y como es; reconocer al adolescente en su individualidad, en su contexto personal y social, genera autoconfianza; b) legal, como sujeto de derechos y deberes, lo cual suscita autorrespeto, y c) social: se concreta en reconocer las contribuciones positivas, generando autoestima. En otras palabras, respetar el grado de autonomía que tenga en cada momento, dejándole ejercer sus derechos progresivamente, según su madurez y escuchándolo y educando sus valores y expectativas.
7. Respeto a la diversidad. Más allá del género, lo importante es la persona. Es necesario promover

un cambio de mirada social, capaz de superar los estereotipos que suponen discriminación para evitar sufrimiento innecesario. Considerar que la respuesta a estas situaciones tan complejas y diversas es facilitar el acceso a una medicación o a una cirugía es una simplificación. Lo que resulta urgente es actuar en el ámbito educativo y social, evitando “patologizar” la diferencia.

Los menores con DG no deberían ser un problema. Si se les permite expresarse y se les protege contra actitudes de discriminación, quizás no sea necesario apresurarse en adoptar otras medidas. El problema lo genera la propia sociedad por su rigidez y empeño en encasillar y etiquetar (¡los colores, los juegos, los nombres, la ropa no tienen género!). La causa principal del sufrimiento de estos menores no es su diferencia con los demás sino la ignorancia y la intolerancia del “otro”⁽¹²⁾. Como expresa Susan Stryker (2013) “el respeto a las personas trans* no consiste en “tolerar” las expresiones no convencionales de género; no sólo hay que cambiar las leyes para prohibir la discriminación, sino que forma parte de un «imperativo ético» más amplio que supone reconocer un valor positivo en la diversidad. Es decir, el respeto depende de un reconocimiento del valor de “lo otro”, de lo distinto a uno”.

Mirada jurídica

El Estado no puede obstaculizar que un sujeto desarrolle su proyecto de vida de conformidad con el género que es sentido y, más aún, debe actuar positivamente a favor de ello, según los principios de libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana. Sin embargo, en el ámbito de los menores de edad, donde la capacidad de decisión se encuentra limitada, el Estado ha de adoptar también una posición esencial de garante.

Por ello, desde una perspectiva jurídica, el problema resulta del hecho de ser menores de edad, en ocasiones con edades muy tempranas, que muestran una DG. El Derecho distingue entre decisiones con consecuencias reversibles e irreversibles, de manera que en este último caso su capacidad de decisión puede verse limitada o, incluso, excluida hasta alcanzar la mayoría de edad. El problema radica en aquellos tratamientos que conlleven consecuencias irreversibles para la integridad física del menor o que impliquen riesgos de especial relevancia. No debemos olvidar, que nos movemos, en el ámbito del consentimiento por representación, quedando limitadas las facultades de decisión de los padres, y operando plenamente el principio de beneficencia y del interés superior del menor. El propio Código Penal dispone que la esterilización y cirugía transexual realizadas por un facultativo es punible penalmente cuando el otorgante sea menor de edad, no siendo válido ni siquiera el consentimiento prestado por sus representantes legales⁽¹³⁾.

La búsqueda del interés superior del menor es un criterio no sólo ético sino también legal. Es uno de los denominados “conceptos jurídicos indeterminados”, o principio general que debe presidir cualquier decisión que afecte a un menor, estando delimitado tanto por la Jurisprudencia, como por la propia ley. Según la Jurisprudencia, habría que entender el interés superior del menor, como todo aquello que le beneficia, en el sentido más amplio posible y no solo de orden material, también social, psicológico, moral..., todo lo que redunde en su dignidad como persona, en la protección de sus derechos fundamentales. Y todo ello, más allá de las preferencias personales de sus padres, tutores, guardadores, médicos o administraciones públicas. Así, la Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor, establece que: “Todo menor tiene derecho a que su interés superior sea valorado y considerado como primordial, en todas las acciones y decisiones que le conciernen tanto en el ámbito público como privado”.

La reforma de la Ley 1/1996, por las de 2015, ha introducido los siguientes criterios para interpretación y aplicación a cada caso del interés superior del menor (artículo 2):

- a. La protección del derecho a la vida, supervivencia y desarrollo del menor y la satisfacción de sus necesidades básicas, tanto materiales, físicas y educativas como emocionales y afectivas. Se recogen así los principios de no maleficencia y beneficencia.
- b. La consideración de los deseos, sentimientos y opiniones del menor, así como su derecho a participar progresivamente, en función de su edad, madurez, desarrollo y evolución personal, en el proceso de determinación de su interés superior. Manifiesta el principio de autonomía.
- c. La conveniencia de que su vida y desarrollo tenga lugar en un entorno familiar adecuado y libre de violencia. Aplica el principio de justicia.
- d. La preservación de la identidad, cultura, religión, convicciones, orientación sexual e identidad de género o idioma del menor, así como la no discriminación del mismo por éstas o cualesquiera otras condiciones, incluida la discapacidad, garantizando el desarrollo armónico de su personalidad. Una vez más considera el principio de autonomía.

Estos criterios generales serán valorados en su conjunto conforme a criterios de necesidad y proporcionalidad, entre los que destacan la edad y madurez del menor, junto con la necesidad de garantizar su igualdad y no discriminación por su especial vulnerabilidad, ya sea por la carencia de entorno familiar, sufrir maltrato, su discapacidad, su orientación sexual e

identidad de género, su condición de refugiado, solicitante de asilo o protección subsidiaria, su pertenencia a una minoría étnica, o cualquier otra característica o circunstancia relevante.

En España, la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, en la Exposición de Motivos señala que “la transexualidad, considerada como un cambio de la identidad de género, ha sido ampliamente estudiada ya por la medicina y por la psicología. Se trata de una realidad social que requiere una respuesta del legislador, para que la inicial asignación registral del sexo y del nombre propio puedan ser modificadas, con la finalidad de garantizar el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad de las personas cuya identidad de género no se corresponde con el sexo con el que inicialmente fueron inscritas”.

Esta Ley (art. 1.1) atribuía la legitimación para instar la rectificación registral a “toda persona de nacionalidad española, mayor de edad y con capacidad suficiente para ello” aunque por Sentencia del Tribunal Constitucional 99/2019, de 18 de julio, se declaró su inconstitucionalidad por incluir en el ámbito subjetivo de la prohibición a los menores de edad con “suficiente madurez” y que se encuentren en una “situación estable de transexualidad”. Así pues, en la actualidad la rectificación registral no está condicionada a la mayoría de edad de la persona solicitante, lo que implica, dar audiencia al menor de edad para verificar si tiene suficiente madurez y una situación estable de transexualidad (punto 2 del fallo de la sentencia 685/2019, de 17 de diciembre).

Y, ¿qué debemos hacer?

La falta de evidencia científica supone incertidumbre en cuanto a cuál es el mejor interés del menor que nos obliga a ser muy prudentes e, incluso, a favor de retrasar al máximo los tratamientos que tengan consecuencias irreversibles, intentando la protección de la integridad corporal de la persona menor de edad. No obstante, pueden darse situaciones en que las interferencias y el retraso en las intervenciones médicas oportunas para adolescentes pueden prolongar el malestar y contribuir a una apariencia que podría provocar abusos y estigmatización.

Del dilema al problema. Por lo general, a la hora de afrontar un problema ético en la asistencia sanitaria no solemos encontrarnos con la disyuntiva absoluta de tener que elegir entre dos únicas opciones, sino ante varios cursos de acción posibles que debemos identificar. Por ello es preferible hablar de problemas éticos en vez de la expresión dualista dilemas éticos.

En la DG podríamos identificar por ejemplo como cursos de acción extremos: a) la opción de no tratar con terapia hormonal cruzada hasta que cumplan los

16 años, edad a la que se les considera capacitados para entender la información necesaria para tomar decisiones en el ámbito de la atención a la salud ante una oferta de un tratamiento acorde a *lex artis*, por no darse las garantías suficientes como para considerar el tratamiento seguro, poniendo en duda la validez del consentimiento por representación, anteponiendo el principio de no maleficencia de una manera absoluta; b) la opción opuesta de tratar a los niños diagnosticados de DG cuyos padres así lo solicitan y cumplen los requisitos clínicos establecidos en los estándares existentes, maximizando el criterio autonomista. Entre estos dos extremos han de existir diferentes posibilidades que abren un abanico de cursos de acción intermedios.

Es clave realizar un adecuado proceso de información, asesoramiento y decisión informada. La información debe incluir las posibilidades y limitaciones del tratamiento hormonal evitando crear expectativas no realistas, así como explicar las consecuencias (pérdida de la fertilidad, la salud ósea, la talla, el funcionamiento psicológico y el desarrollo mental).

En estos últimos años, se ha hecho un esfuerzo muy positivo desde grupos multidisciplinares, con participación de los endocrinos pediátricos para elaborar guías sobre cómo tratar a los menores y adolescentes trans. No obstante, hemos de evitar caer en la aplicación de esas guías con la mejor voluntad, pero de forma acrítica, olvidando que cada menor es único y por tanto no hay soluciones únicas válidas para todos. Por ello, debemos explorar la manera más adecuada de resolver su disforia (no siempre presente), sea con intervención psicológica, terapia hormonal, intervención quirúrgica, o con todas ellas o con ninguna. Antes de considerar cualquier tratamiento médico, debería realizarse una valoración exhaustiva de los factores psicosociales y familiares, evitando dejarnos presionar por las prisas de las familias para resolver cuanto antes el “problema” o bien reducir a la persona a ser o no ser trans. Y escuchar que les preocupa para personalizar la atención. Hay personas trans que expresan que lo único que les molesta es tener la regla, mientras que otros demandan la modificación corporal.

Respecto al acompañamiento psicológico, debería estar dirigido a abordar experiencias de sufrimiento, discriminación o acoso escolar, así como facilitar el bienestar y la estabilidad psicológica. Debemos entender que el malestar no es intrínseco a la DG, sino a menudo fruto de reacciones discriminatorias del entorno. La valoración y el asesoramiento psicológico pueden ser instrumentos de éxito en la transición de género en lugar de impedimentos para el ejercicio de la elección.

Se debe promover una investigación clínica de calidad que cumpla los requisitos éticos con los menores

como protagonistas para aumentar la evidencia que nos permita disminuir la incertidumbre ⁽¹⁴⁾.

Escuchando a los protagonistas, con voces críticas

Desde la afirmación de que no existe un modelo único, sino tantos como personas trans, podríamos hablar de múltiples transexualidades.

Puede ser de interés facilitar el contacto con asociaciones y grupos de iguales, con el objetivo de que conozcan la experiencia de otras personas con DG, que no necesariamente tiene que incluir la modificación corporal.

Miquel Missé en su libro *A la conquista del cuerpo equivocado* ⁽¹⁵⁾ cuestiona el discurso imperante de modificación corporal y alerta acerca de la creciente medicalización. “La experiencia trans no desaparece cambiando el cuerpo. No es un error que hay que corregir, ni una marca que hay que borrar. Es una forma de vivir el género diversa como tantas otras. Y no desaparece. Por mucho que uno se esfuerce modificando el cuerpo, siempre habrá en él diferencias con respecto a las personas cis: no tendrá la regla, no podrá quedarse embarazada, podrá quedarse embarazado, no tendrá una estatura determinada, tendrá algunas cicatrices...”. “Cuando un chico va a comenzar el tránsito para ser una chica, hay que explicarle que no será una mujer, sino una mujer trans; que no podrá hacer desaparecer algunas características físicas”. “El enfoque para mí no debería centrarse en el derecho al propio cuerpo en el sentido de modificarlo sino en la libertad de vivir el propio cuerpo sin malestares ni violencias, sin presiones que derrumban nuestra autoestima”.

Y señala tres ejemplos de situaciones reales:

1. Una madre que acude a una organización de familias de menores transexuales porque cree que tiene una hija trans. En la asociación le recomiendan enseñarle videos de operaciones (vaginoplastias) en YouTube para que sea consciente de que hay un modo posible de solucionar el malestar con sus genitales.
2. Una madre que pregunta como aliviar la profunda angustia que siente su hijo de 7 años porque no sabe si debería congelar sus óvulos o no por si más adelante quiere tener hijos.
3. Una madre expone que su hija de 8 años está muy triste porque desea hacerse una vaginoplastia y le faltan todavía 10 años de espera. Tiene miedo de que no llegue a los 18 si no se opera antes.

“Y yo me pregunto: ¿no nos estamos pasando con toda la información que damos a estas personitas en torno a

la transformación corporal? ¿no les estamos generando más frustración que otra cosa dado que muchos de estos tratamientos tardarán años en darse?

¿No estaremos contribuyendo a idealizar la idea de que el cambio corporal nos da la felicidad?

...se les expone a un tipo muy concreto de narrativas que depositan toda la expectativa en el cambio del cuerpo... se les arrebató la posibilidad de vivirlo de otra manera y se inunda su imaginario de posibilidades para las que les queda una larga espera cuando no son inalcanzables”

Es importante que se pueda debatir sobre los cómo, los cuándo y los porqués, precisamente porque es difícil y requiere diálogos abiertos.

También, resulta interesante la postura de King Jedet (“Ni siquiera yo sé quién soy ni si acabaré definiéndome” <https://www.youtube.com/watch?v=6LXem7pGqrc>) que denuncia la presión social para etiquetar, también desde la propia comunidad LGTBI, y solo pide respeto.

Reflexiones finales

Cada vida humana constituye un proyecto propio, único e inescindible, que cada uno tiene derecho a configurar. La DG es una situación compleja que puede ocasionar vulnerabilidad, discriminación y sufrimiento. Por ello, resulta imprescindible promover un cambio de mirada social, capaz de superar estereotipos que suponen discriminación. Como profesionales tenemos la obligación de protegerles frente a la vulnerabilidad y evitar el sufrimiento innecesario, no reduciendo a la persona a su condición trans. Más allá del género lo importante es la persona. Considerar que la respuesta a estas situaciones tan complejas y diversas es facilitar el acceso a una medicación o a una cirugía es una simplificación. Debemos pensar juntos para abrir caminos que promuevan su desarrollo integral e integrado.

Finalizo con una llamada a la prudencia a la hora de informar y hacer prescripciones para no generar expectativas falsas. Es imprescindible abrir nuestra mente, transformando el dilema (trato o no trato) en búsqueda de alternativas puesto que no hay una solución única. Nosotros, como profesionales no somos quienes tenemos que determinar qué es lo bueno para ese niño, para esa niña concreta. Es de gran ayuda disponer de guías clínicas correctas y actualizadas pero nuestra responsabilidad es saber a quién, cómo y cuándo aplicarlas con prudencia, con calidad y calidez, asumiendo la incertidumbre y complejidad.

Conflictos de intereses

La autora declara no tener conflictos de intereses en relación con este artículo.

Referencias Bibliográficas

1. del Río Pastoriza I. Diversidad de género en la infancia y la adolescencia: una mirada ética. *Bol Pediatr* 2019; 59: 188-92.
2. Guía de atención integral a las personas en situación de transexualidad de la Comunidad Autónoma Vasca, 2016 .Available at: <https://www.euskadi.eus/informacion/guia-de-atencion-integral-a-las-personas-en-situacion-de-transexualidad/web01-s2osa/es/>.
3. Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Asuntos Sociales. Guía de Atención a Menores con Diversidad de género: programa LGTB de la Comunidad de Madrid. Consejería de Asuntos Sociales, 2015. Available at: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM013919.pdf>.
4. Tinahones Madueño FJ, Asensi Díez R, Callejas Pozo JE, Hoyos Gurrea R, López Narbona M, López Siguero JP et al. Proceso asistencial integrado. Atención sanitaria a personas transexuales en la infancia y adolescencia. Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2016. Available at: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-at-transexuales-infancia-adolescencia.html>.
5. Suess Schwend A, Winter S, Chiam Z, Smiley A, Cabral Grinspan M. Depathologising gender diversity in childhood in the process of ICD revision and reform. *Global Public Health* 2018. <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1427274> [Epub ahead of print].
6. Steensma TD, McGuire JK, Kreukels BP, Beekman AJ, Cohen-Kettenis PT. Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52:582-90.
7. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 47:1413-23.
8. Gabaldón S. La transexualidad medicalizada: una mirada ética. *Bioética & debat* 2016; 22: 3-8.
9. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017; 102:1-35.
10. Riaño I, del Río I, Chueca MJ, Gabaldón S, de Montalvo F. Posicionamiento de la Asociación Española de Pediatría en relación con la diversidad de género en la infancia y la adolescencia: mirada ética y jurídica desde una perspectiva interdisciplinar. *An Pediatr (Barc)*. 2018; 89(2):123.e1-123.e6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.02.012>.

11. Torralba, F. *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y Problemas*. Fundación Mapfre Medicina. Madrid, 2002.

12. Fiorita F, Bonet de Luna C. Cambiando el relato: miradas transformadoras ante la diversidad de género. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2020;22 [forthcoming].

13. De Montalvo Jaaskelainen, F. Problemas legales acerca del tratamiento médico de la disforia de género en menores de edad transexuales. *Revista General de Derecho Constitucional*, 2017; 24: 1-32.

14. Nuffield Council on Bioethics. *Children and clinical research: ethical issues*. London: Nuffield Council on Bioethics; 2015. Available at: www.nuffieldbioethics.org/children. [Traducido al español en: *Los niños y la investigación clínica: aspectos éticos*. Fundación Víctor Grífols i Lucas, 2015].

15. Missé M. *A la conquista del cuerpo equivocado*. 2ª ed. Barcelona-Madrid: Egales; 2018.