

Reflexiones en torno a la atención a los menores con diversidad de género

Reflections on the care of children with gender diversity

Isolina Riaño-Galán

AGC de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. IUOPA-ISPA. Universidad de Oviedo. CIBERESP. Profesora asociada de Pediatría. Universidad de Oviedo (España)

Del trastorno a la diversidad

En los últimos años, la demanda de la atención a menores con diversidad de género ha aumentado tanto en España como en todo el mundo, demanda que afecta directamente a la endocrinología pediátrica. Todo ello ha sido acompañado de debate, con posturas muy polarizadas y ruido mediático. Merece, por tanto, ser objeto de reflexión.

Las causas de este incremento se desconocen. Entre otras razones, podría explicarse por el contexto sociocultural y los movimientos reivindicativos, con impacto en la opinión pública, que contribuyen a una mayor visibilidad. No se conoce exactamente la prevalencia de la diversidad de género en la infancia ni qué proporción continuarán experimentándola en la adolescencia y en la edad adulta.

Además, en España se han tramitado y aprobado normas para su regulación, entre ellas la Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI.

Sin duda, superar la visión patologizadora previa de las personas trans es muy positivo. La Organización Mundial de la Salud, en su nueva versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (11.^a edición), eliminó la transexualidad del capítulo

‘Trastornos mentales y de comportamiento’ y la trasladó a un capítulo nuevo sobre ‘Condiciones relacionadas con la salud sexual’, con el fin de garantizar la atención sanitaria a estas personas. De igual modo, los sucesivos cambios en la denominación (transexualidad, trastornos de la identidad de género, disforia de género, incongruencia de género y 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.

La identidad de género

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 en quienes la identidad de género puede no ser siempre inmutable, es decir, que no hay garantías en todos los casos de permanencia del género, 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 incertidumbre¹. La tendencia actual es a utilizar de forma indistinta los términos identidad sexual, identidad de género, género y sexo sentido, dependiendo del ámbito y del contexto. A veces uno se pierde con los términos, de tal modo que hay quienes hablan del laberinto del género y de la necesidad de superar el binarismo.

Correspondencia:

Isolina Riaño-Galán
AGC de Pediatría, Hospital Universitario Central de Asturias,
Oviedo, IUOPA-ISPA, Universidad de Oviedo, CIBERESP.
Profesora asociada de Pediatría, Universidad de Oviedo,
España
E-mail: rianoisolina@uniovi.es

La atención a los menores con diversidad de género

El manejo de la diversidad de género ha ido variando y se apoya en la escasa experiencia de algunas unidades de referencia con grupos heterogéneos. Es preciso reconocer que no hay suficientes estudios a nivel nacional ni internacional sustentados en la evidencia científica. 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 diversidad de género/incongruencia de género².

En estos últimos años se ha hecho un esfuerzo muy positivo desde grupos multidisciplinarios, con participación de los endocrinos pediátricos, para elaborar guías sobre cómo tratar a los menores y adolescentes trans³. 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 tratar su disforia (no siempre presente), sea con intervención psicológica, terapia hormonal, o con ambas 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 reducir a la persona a ser o no ser trans; y escuchar qué les preocupa para personalizar la atención.

Respecto al acompañamiento psicológico, debería estar dirigido a abordar experiencias de sufrimiento, discriminación o acoso escolar, así como a facilitar el bienestar y la estabilidad psicológica. Debemos entender que el malestar no es intrínseco a la diversidad de género, 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.

Por otro lado, no podemos ignorar que algunos países europeos, como el Reino Unido y Noruega (<https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-forbarn-og-unge-med-kjonnsinkongruens/sammendrag>), han decidido modificar sus directrices actuales de actuación. Consideran que las futuras guías clínicas deben basarse en las conclusiones proporcionadas por revisiones sistemáticas y no por estudios de baja calidad científica; limitan al ámbito de la investigación clínica cualquier intervención farmacológica o quirúrgica en adolescentes para ase-

gurar que se establecen protocolos éticos que favorezcan un correcto seguimiento de los pacientes, tanto en cuanto a la seguridad como en cuanto a la eficacia de los tratamientos. El inicio del tratamiento con estos fármacos se evaluará cuidadosamente para asegurarse de que se cumplen los criterios de elegibilidad y que la persona puede dar su consentimiento informado con garantías.

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.

Autonomía de los menores para decidir

Toda intervención clínica requiere la obtención del consentimiento informado, expresión del respeto a la autonomía. El problema radica en los 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, donde opera plenamente el principio de beneficencia y del interés superior del menor⁴. 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, y está delimitado tanto por la jurisprudencia como por la propia ley. Según la jurisprudencia, habría que entender el interés superior del menor como todo lo que le beneficia, en el sentido más amplio posible y no sólo de orden material, sino también social, psicológico, moral, etc.; todo lo que redunde en su dignidad como persona y 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.

Es clave realizar un adecuado proceso de información, asesoramiento y decisión informada. La información debe incluir las posibilidades y limitaciones del tratamiento hormonal, incluyendo que se trata de un uso fuera de ficha técnica, evitando crear expectativas no realistas, así como explicar las consecuencias. Es tarea difícil, pues aún se desconocen posibles efectos a largo plazo⁵.

Un aspecto que hay que tener en cuenta es el denominado '*affective forecasting*', es decir, los sesgos emocionales que tienen las decisiones de futuro de los seres humanos⁶. Esto lleva a un optimismo terapéutico, que consiste en minimizar los posibles daños y maximizar los beneficios esperados. Por ello, una información adecuada y el acompaña-

miento son esenciales para ayudar a ajustar las expectativas⁷.

Hacia una autonomía relacional

El respeto de la autonomía de las personas ha sido una conquista, reconociendo la libertad individual para tomar las propias decisiones basadas en las creencias y valores, y de acuerdo con el proyecto vital. Pero absolutizar la autonomía y la autodeterminación lleva a un individualismo que ignora la fragilidad y vulnerabilidad de la condición humana, que ha quedado bien patente para todos durante la pandemia. Ello significa que todos necesitamos cuidado y respeto⁸. Además, somos responsables, tenemos el deber de cuidar y preocuparnos del otro vulnerable⁹. Como señala Victoria Camps, hay que reconocer que existe un derecho a ser cuidado y un deber de cuidar que no admite excepciones, que afecta a todo el mundo y cuya responsabilidad ha de ser asumida individual y colectivamente¹⁰. Los seres humanos no somos átomos solitarios, desconectados; estamos integrados en una red de relaciones con otros seres humanos y en un contexto cultural concreto¹¹.

Más allá del marco legal y regulatorio, es importante desarrollar una cultura de atención a los menores que los incorpore no sólo en la toma de decisiones, sino en todos los procesos de información y participación. El menor no es un ser aislado de su entorno al que es necesario 'proteger' ante la participación de los padres en las decisiones. Una comprensión de la teoría del menor maduro focalizada en defender la autonomía del menor frente a la de sus padres puede olvidar cuestiones fundamentales de la naturaleza humana, los aspectos relacionales y del desarrollo. Por ello, es necesario dar el paso del respeto a la autonomía al modelo de respeto a la autonomía relacional¹². Entender la autonomía desde un aspecto relacional permite incorporar factores vinculados al desarrollo y proceso de maduración, así como considerar factores socioculturales, familiares, personales, psicobiográficos y de aprendizaje. En este ámbito surge el modelo de toma de decisiones compartida, modelo de especial interés en la atención a menores con diversidad de género.

Este modelo de participación progresiva y relacional intenta no sólo la participación del menor, sino la promoción de su desarrollo. Las personas, para poder alcanzar sus capacidades potenciales, requieren una interacción, un entorno y ambientes adecuados, que les faciliten herramientas y les promuevan experiencias de desarrollo. Por ello, más allá de la pregunta ética sobre si un menor puede decidir o no sobre una decisión sanitaria concreta, la relación con el menor debe tener otro objetivo, más amplio: capacitar o posibilitar la ma-

duración del menor, aportando las condiciones necesarias para su desarrollo.

Superar la medicalización

La transexualidad 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. Lo que resulta urgente es actuar en el ámbito educativo y social, evitando 'patologizar' la diferencia.

Miquel Missé, en su libro *A la conquista del cuerpo equivocado*¹³, cuestiona el discurso imperante de modificación corporal y alerta acerca de la creciente medicalización. Insiste que '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'.

Por su parte, Sabel Gabaldon insiste en la necesidad de impulsar la transición desde un modelo médico a otro fundamentado en los derechos humanos, en los derechos del niño, en el que los profesionales de la salud asumimos un rol de acompañamiento, pero dejamos de tener la facultad de determinar las formas de entender y vivir las identidades y expresiones de género, las orientaciones y prácticas sexuales, y las transformaciones corporales que, en su caso, se puedan llevar a cabo¹⁴.

Por ello, es imprescindible la 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, no adelantarse a las necesidades e identidades posibles de los niños y jóvenes, y no introducir etiquetas que puedan ser erróneas, sino escucharlos en su proceso de maduración, apoyándoles durante su crecimiento¹⁵.

Es preciso buscar un equilibrio entre sus demandas y expectativas y lo que realmente podemos ofrecer. Con frecuencia, acuden sabiendo por adelantado todo lo que quieren, informados a través de las redes sociales (Instagram, YouTube, otras personas trans, etc.). Pretenden transformar con 'urgencia' sus deseos en derechos exigibles, algo que, por otra parte, impregna nuestro entorno social.

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 la familia.

Promover el buen trato

No podemos olvidar que cada caso es único y, por ello, debe analizarse cuidadosamente, buscando el interés superior del menor. Los menores con diversidad de género 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. Hemos de afirmar con rotundidad que los colores, los juegos, los nombres o 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'¹⁶. Como expresa Susan Stryker, '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'¹⁷.

La aplicación de la nueva y polémica Ley trans requerirá ajustes, y quedan cuestiones varias que resolver. Por ejemplo, parece indispensable que el dato del sexo asignado al nacer conste en la base de datos de la tarjeta sanitaria, de modo que se pueda cumplir el deber de asistencia integral y personalizada conforme a las necesidades particulares de cada persona. La necesidad de conocer el sexo asignado al nacer se evidencia en patologías que afectan exclusivamente a determinados órganos o para cribados de salud pública. Todo ello ha de ir acompañado de medidas que protejan dicha información, tanto desde la perspectiva de los datos personales como de la intimidad.

Retos actuales y futuros

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 incertidumbre¹⁸. Sólo de ese modo podremos dar respuestas a tantas preguntas y superar tantas opiniones polarizadas que no ayudan a los menores y sus familias, que necesitan apoyo e información para tomar decisiones.

El debate y la polémica no deben distraernos de nuestro foco fundamental, que no es otro que la búsqueda del interés superior del menor. Por tanto, no debemos olvidar incluir la mirada ética, que podría convertirse en una herramienta de protección para esos menores ante la potencial transfobia, que puede llevar al maltrato en el contexto familiar o escolar¹⁹.

Debemos seguir reflexionando juntos para abrir caminos que promuevan el desarrollo integral e integrado de los menores con diversidad de género, donde se reconozca la riqueza de la diversidad, sin requerir que sea tamizada por tratamientos o actitudes patologizantes. Es imprescindible superar el dilema (trato o no trato) en búsqueda de alternativas, puesto que no hay una solución única, y todo ello en el marco de equipos multidisciplinares. Como profesionales, no somos quienes tenemos que determinar qué es lo bueno para ese menor concreto. Disponer de guías clínicas correctas y actualizadas es de enorme ayuda, pero nuestra responsabilidad es saber a quién, cómo y cuándo aplicarlas con prudencia, con calidad y calidez, asumiendo la incertidumbre y la complejidad.

Bibliografía

1. Gabaldón S. La transexualidad medicalizada: una mirada ética. *Bioética & Debate* 2016; 22: 3-8.
2. 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* 2017; 102: 1-35.
3. Moral-Martos A, Guerrero-Fernández J, Gómez Balaguer M, Rica Echevarría I, Campos-Martorell A, Chueca-Guindulain MJ, et al. Guía clínica de atención a menores transexuales, transgéneros y de género diverso. *An Pediatr* 2022; 96: 349.e1-11.
4. 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.
5. Allgayer RMCM, Borba GD, Moraes RS, Ramos RB, Spritzer PM. The effect of gender-affirming hormone therapy on the risk of subclinical atherosclerosis in the transgender population: a systematic review. *Endocrine Pract* 2023; 29: 498-507.

6. Gilbert DT, Wilson TD. Propection: experiencing the future. *Science* 2007; 317: 1351-4.
7. Kurtz JL. Affective forecasting. In Diener E, Oishi S, Tay L, eds. *Handbook of well-being*. Salt Lake City, UT: DEF Publishers; 2018; 1-10.
8. Fineman MA. *The autonomy myth. A theory of dependency*. New York: The New Press; 2004.
9. Torralba F. *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina; 2002.
10. Camps V. *Tiempo de cuidados*. Barcelona: Arpa; 2021.
11. Walter JK, Ross LF. Relational autonomy: moving beyond the limits of isolated individualism. *Pediatrics* 2014; 133 (Suppl 1): S16-23.
12. Esquerda Aresté M, Cambra FJ, Bofarull M. Autonomía relacional en pediatría. *Rev Iberoam Bioética* 2023; 22: 1-11.
13. Missé M. *A la conquista del cuerpo equivocado*. 2 ed. Barcelona-Madrid: Egales; 2018.
14. Gabaldon Fraile S. Aspectos éticos implicados en la medicalización de las personas trans en la infancia y adolescencia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente* 2018; 65: 17-24.
15. Riaño Galán I, del Río Pastoriza I, Chueca Guindulain M, Gabaldón Fraile S, de Montalvo Jáaskeläinen F. Posicionamiento técnico 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 multidisciplinar. *An Pediatr (Barc)* 2018; 89: 123.e1-123.e6.
16. Fiorita F, Bonet de Luna C. Cambiando el relato: miradas transformadoras ante la diversidad de género. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2020; 22: e121-32.
17. Stryker S. *Historia de lo trans: las raíces de la revolución de hoy*. Madrid: Continta me tienes; 2017.
18. Nuffield Council on Bioethics. *Children and clinical research: ethical issues*. London: Nuffield Council on Bioethics; 2015. [Traducido al español en: *Los niños y la investigación clínica: aspectos éticos*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2015].
19. Del Río Pastoriza I. Diversidad de género en la infancia y la adolescencia: una mirada ética. *Bol Pediatr* 2019; 59: 188-92.