

DOCUMENTACIÓN DE APOYO

El Frente Feminista (conformado por 539 asociaciones de 7 países de todo el mundo) se dirige en una acción conjunta a los ministros, ministras, consejeros y consejeras de sanidad de sus respectivos países para exigir que cesen los tratamientos con bloqueadores de la pubertad y hormonas cruzadas y las mutilaciones de cuerpos sanos a menores que se autodeterminan trans y se dé marcha atrás en leyes y protocolos que así lo permiten.



 **Front Féministe**



AMANDA
AGRUPACIÓN DE MADRES DE ADOLESCENTES
Y NIÑAS CON DISFORIA ACELERADA

 **Confluencia
Movimiento
Feminista**

**PARTIDO
FEMINISTAS
AL CONGRESO**

 **Feministes de
Catalunya**





ÍNDICE

POR UNA MEDICINA RESPONSABLE QUE NO
HORMONE NI MUTILE A MENORES. **3**

DISFORIA DE GÉNERO DE INICIO RÁPIDO
Y DESTANSIÓN, REALIDADES OBVIADAS POR EL
SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL..... **18**

LAS LEYES TRANS Y EL “MODELO AFIRMATIVO” EN
ESPAÑA **27**

DE HOMBRES ADULTOS A NIÑAS ADOLESCENTES..... **78**

POSICIONAMIENTO DE LAS ORGANIZACIONES
MÉDICAS Y CIENTÍFICAS **81**

POR UNA MEDICINA RESPONSABLE
QUE NO HORMONE
NI MUTILE A MENORES



La promoción que se está haciendo de la “transición de sexo” en menores no conformes con los estereotipos de género amenaza peligrosamente el sano desarrollo y la salud de niñas y niños. A través de la ideología transgenerista de la «identidad de género», se están desempolvando ideas sexistas de que existen cosas, gustos, actitudes, preferencias, etc., femeninas y masculinas, y que si éstas son opuestas al sexo es un indicador de que se nació “en el cuerpo equivocado” y se es “trans”.

Establecido ese falso autodiagnóstico, la menor, el menor, la adolescente exigirá los tratamientos médicos que modifiquen su cuerpo, con hormonas y cirugías, para adaptarlo a una “identidad de género” autopercibida.

En torno a un 85% de menores con malestares de género desisten espontáneamente tras superar la pubertad

SUPRESIÓN DE LA PUBERTAD: ¿Medicina o mala praxis?

EFFECTOS ADVERSOS PROBABLES DE LA SUPRESIÓN DE LA PUBERTAD

1 CEREBRO

Disminución de la inteligencia y el coeficiente intelectual; pérdida de memoria; deterioro de la memoria de aprendizaje, la atención, la función

ejecutiva y la capacidad visual-espacial; aumento del riesgo de demencia; hipertensión intracraneal y pseudotumor cerebri; evidencia anecdótica de tumores hipofisarios.

2 SALUD MENTAL

Depresión y otros trastornos del estado de ánimo; ansiedad; insomnio y trastornos del sueño; aumento de la respuesta emocional; aumento del riesgo de suicidio; evidencias anecdóticas de psicosis y manía

3 OJOS

Cataratas

4 TIROIDES

Deterioro de la función tiroidea; cambios en los niveles de las hormonas relacionadas con la tiroides; evidencias anecdóticas de hipotiroidismo, hipertiroidismo y tiroiditis

5 RIESGO CARDIOVASCULAR Y DIABETES

Mayor riesgo de infarto de miocardio, enfermedad cardíaca e ictus; mayor riesgo de diabetes de tipo 2; disminución de la frecuencia cardíaca en reposo; aumento de los factores de riesgo, como el aumento de peso, el porcentaje de grasa corporal, la resistencia a la insulina, los marcadores glucémicos y la rigidez arterial; evidencias anecdóticas de vasculitis, aterosclerosis y angina de pecho

6 DIGESTIVO Y URINARIO

Micción frecuente u orina con sangre; estreñimiento; náuseas y vómitos; dolor abdominal; evidencia anecdótica de pseudoobstrucción intestinal y mala motilidad intestinal

7 FERTILIDAD Y SEXUALIDAD

Castración química; falta de desarrollo sexual y regresión del desarrollo sexual; infertilidad potencialmente irreversible; sequedad y sangrado vaginal; síndrome de ovario poliquístico (SOP); disminución del tamaño del pene

8 ESQUELETO

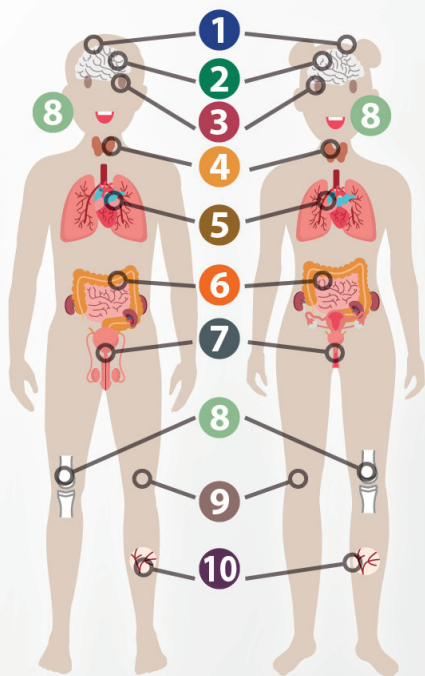
Pérdida de densidad mineral ósea (DMO) y disminución de la DMO máxima; mayor riesgo de fracturas y osteoporosis; enfermedad periodontal

9 DOLORES Y MALESTAR

Sofocos; dolores de cabeza y migrañas; dolor y granulomas en el lugar de la inyección; evidencia anecdótica de fibromialgia y otros trastornos de dolor crónico

10 SISTEMA INMUNE

Aumento de linfocitos innatos y mayor riesgo de enfermedades autoinmunes; pruebas anecdóticas de enfermedades autoinmunes en tiroides e intestino



Elaborado por La Alianza Contra el Borrado de Las Mujeres con datos de Lesbians United

En torno a un 85% de menores con malestares de género desisten espontáneamente tras superar la pubertad, mientras que quienes realizan una transición temprana persisten en la disforia. El asesoramiento, la ayuda psicológica y el apoyo para ayudarles a sentirse cómodos con sus cuerpos, explicarles que no hay conductas de chicas o chicos como la sociedad impone, permitirles pasar por una pubertad normal, es el curso de tratamiento óptimo. En lugar de enseñarles a identificarse en función de cuán bien se ajustan a las expectativas culturales prevalecientes sobre el sexo, deberíamos enseñarles que la verdad de su identidad sexual se basa en sus cuerpos.

Lejos de ser este el enfoque, se están limitando las valoraciones psicológicas a menores con disforia, calificando todo aquello que no se ciña al **"modelo afirmativo de género"** como *terapia de conversión*, cuando lo cierto es que la verdadera terapia de conversión es conducir a niñas y niños disconformes con los estereotipos sexistas a la hormonación y cirugías irreversibles.

Se están utilizando en menores medicamentos como los bloqueadores hormonales de la pubertad sin suficientes estudios que los avalen, en edades tempranas donde ni el cuerpo ni el cerebro se han desarrollado, y a pesar de haber manifestado efectos secundarios graves e irreversibles.

La investigación más reciente demuestra que los agonistas de la GnRH («bloqueadores de la pubertad») afectan o pueden afectar negativamente al esqueleto, al sistema cardiovascular, la tiroides, el cerebro, los genitales, sistema reproductivo, sistema digestivo, tracto urinario, músculos, ojos y sistema inmunológico. Los agonistas de la GnRH pueden ser perjudiciales para la salud mental y pueden aumentar el riesgo de suicidio. (Ver Anexo 1)

Se ha dicho que los bloqueadores son castración química y el término no es desproporcionado.

Una de las consecuencias de impedir el desarrollo pubertal es la atrofia genital, los órganos sexuales frenan su crecimiento y mantienen su aspecto y tamaño infantil, lo que deviene en muchos casos en la **imposibilidad de tener una vida sexual plena**.

En las transiciones de hombre a mujer, en concreto, este infradesarrollo impide el uso del tejido del pene para la construcción de la pared neovaginal, lo que obliga a utilizar parte del colon del paciente, sometiéndolo a una operación mucho más costosa, arriesgada y dolorosa.

En el caso de las chicas, **la infertilidad** es uno de los múltiples efectos secundarios de los tratamientos, lo que las con-

ENDOMETRIOSIS Y LUPRON

¿Qué es LUPRON?

Lupron es una inyección de agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (LHn) administrada cada mes o cada tres meses. Agonistas de la LHn detienen la producción de estrógeno y rápidamente comienzan una menopausia artificial.

Por un tiempo, Lupron puede detener las hormonas que contribuyen a la progresión de la endometriosis. La enfermedad sigue creciendo cuando se acaba el medicamento. Generalmente, tratamiento con Lupron se limita a 6 meses.

Lupron es **controvertido** debido a sus efectos secundarios comunes. Comentarios de pacientes también son variados.

- 48% dijeron que Lupron fue insoportable o que no ayudó con el dolor de endometriosis
- 53% dijeron que Lupron ayudó a darles alivio de corto plazo de dolor pélvico

Si su médico le está recomendando Lupron u otra medicina de agonista de la LHn, investigue bien el medicamento y asegúrese que entienda todos los riesgos y beneficios para poder tomar la mejor decisión para su cuerpo.

Otros agonistas de la LHn recetados para la endometriosis:
 Orilissa (Eliquis) Goserelin (Zoladex) Triptorelin
 Buserelin Nafarelin

De Corto Plazo (mientras se usa el medicamento)						De Largo Plazo (o no completamente reversibles)				
sofocos	dolor de cabeza	dolor muscular y articular	dolor respiratorio y de pecho	dolor óseo	pérdida de memoria	51.67% reportaron efectos secundarios de 6+ meses	23% reportaron efectos secundarios de 5+ años	posible pérdida de movilidad		
depresión	pérdida de libido	cambios de humor severos	náusea/problemas digestivos	fatiga	insomnio				pérdida ósea	dolor muscular y articular
mareo	sequedad vaginal	pérdida ósea	visión borrosa	problemas de habla/lenguaje	aumento de peso				problemas de memoria	daño nervioso

Fuentes: Luprongm.com, National Women's Health Network, Center for Endometriosis Care, Hormones Matter, Natural Fertility Info, Endometriosis.org

Los efectos secundarios del Lupron, usado como bloqueador de la pubertad, son bien conocidos en el tratamiento de la endometriosis.

Fuente: endometriosis.org



vierte en potenciales consumidoras de otra rama del negocio clínico-farmacéutico.

Como protocolo estándar, las clínicas aconsejan a sus pacientes [extraer y congelar los óvulos](#) antes de comenzar el proceso de transición.

Estos óvulos son congelados y conservados para darles un uso futuro, bien implantándolos en sus parejas, si estas fueran mujeres, o en ellas mismas, en caso de no haberse sometido a la extracción del útero. ■

como **“experimental”**; todos ellos han limitado su uso a entornos de investigación y propuesto el acompañamiento y la ayuda psicológica para abordar la disforia / malestares de género de menores y adolescentes.

En 2022, la [Academia Nacional de Medicina de Francia](#) emitió un comunicado de prensa en el que advierte a los médicos que **los crecientes casos de identidad transgénero en**

PRIMERO, NO HACER DAÑO

Las [últimas investigaciones](#) y la debilidad de los estudios en los que se basa la terapia afirmativa, han llevado a países como [Suecia](#), [Finlandia](#), [Noruega](#), [Dinamarca](#) o [Reino Unido](#) a cambiar sus políticas en relación con el uso de bloqueadores de la pubertad. **Las autoridades sanitarias de estos países han calificado el tratamiento con hormonas**

No hay estudios suficientes que avalen el uso de bloqueadores de la pubertad como tratamiento para la disforia



los jóvenes a menudo lo son por influencia social y que se necesita mucha precaución en el tratamiento. La Academia llama la atención sobre el hecho de que los tratamientos hormonales y quirúrgicos conllevan riesgos para la salud y tienen efectos permanentes, y que no es posible distinguir una identidad trans duradera de una fase pasajera del desarrollo de un adolescente. La mastectomía está permitida en Francia a partir de los 14 años.

En Reino Unido, el cierre de Tavistock, la única clínica para menores de la sanidad pública, envuelta durante años en la polémica por [denuncias](#)¹² de praxis dudosa, y el [caso Keira Bell](#)¹³, ha significado un punto de inflexión en el tratamiento de menores autodiagnosticados como trans. El informe Cass¹⁴, dirigido por la doctora Hilary Cass -ex presidenta del Royal College of Paediatrics and Child Health- por encargo del gobierno británico, ha señalado claramente el camino para el abordaje de la disforia de género en menores: **prudencia, apoyo psicológico, evaluación exhaustiva, integral e interdisciplinar y más investigación** con una recopilación de datos rutinaria y consistente que no ha existido hasta ahora, "lo que significa que no es posible realizar un seguimiento preciso de los resultados y los caminos que han seguido menores y jóvenes".

Las conclusiones del informe Cass, [recogidas por el NHS](#)¹⁵ -la sanidad pública británica- son válidas para cualquier país que asuma el modelo afirmativo y estigmatice el acompañamiento psicológico:

1. Un aumento significativo y pronunciado de las referencias [\(Ver más adelante\)](#)

2. Cambios marcados en los tipos de pacientes remitidos [que no se comprenden bien](#)

El perfil clásico de los pacientes-varones adultos que quieren cambiar el aspecto de su sexo- está siendo superado en cifras por chicas adolescentes que rechazan su sexo. Un número significativo de menores presentan trastornos del espectro autista y otras necesidades de salud mental

3. Evidencia internacional escasa y no concluyente para [respaldar la toma de decisiones clínicas](#)

Esto ha llevado a una falta de consenso clínico y opiniones polarizadas sobre cuál debería ser el mejor modelo de atención para niños y jóvenes que experimentan incongruencia de género y disforia. ■



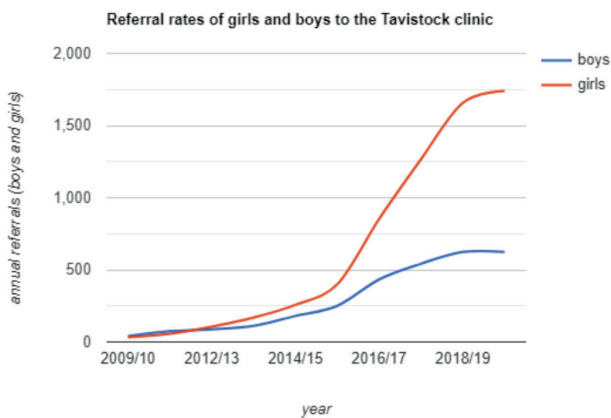
2021-2022: El Hospital Karolinska y la Junta Nacional de Salud y Bienestar de **Suecia** ponen fin a todo uso de bloqueadores de la pubertad y hormonas cruzadas en menores fuera de los estudios clínicos

Dinamarca se suma a la lista de países que han restringido drásticamente las transiciones de género entre los jóvenes. Frente al 65% de 2018, hoy en día, sólo el 6% de las derivaciones están aprobadas para la transición hormonal y a ningún menor se le permite realizar la transición quirúrgica.

Fuente: <https://segm.org/Denmark-sharply-restricts-youth-gender-transitions>.

UN CRECIMIENTO EXPONENCIAL DE MENORES

Lo que sí se conoce con certeza es que **aumenta** de forma alarmante el número de menores y adolescentes, especialmente, chicas –en 7 de cada 10 casos- que quieren cambiar la apariencia de su sexo.



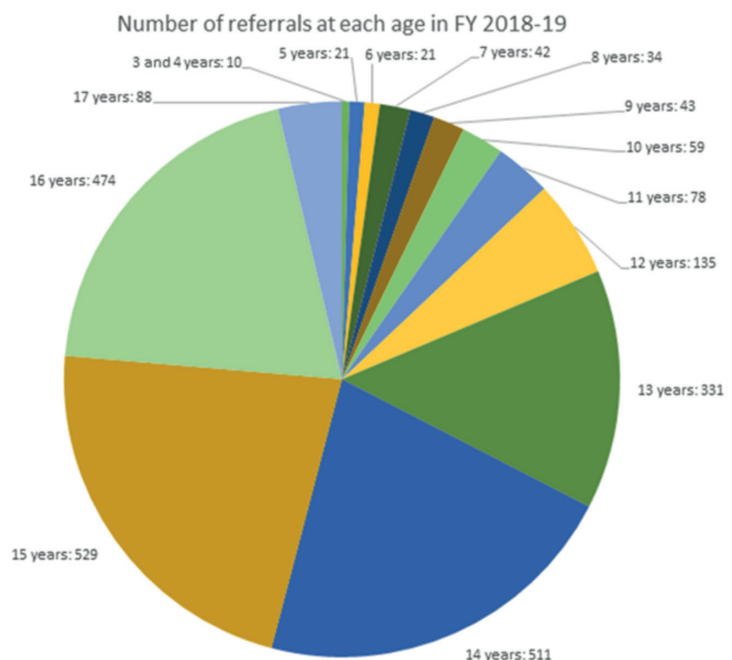
Fuente: Transgender Trend

El número total de derivaciones para 2018/2019 solo en Inglaterra fue de 624 niños y 1.740 niñas. En menos de una década se ha producido un aumento del 1.460% en las derivaciones de niños y un asombroso aumento del 5.337% en las de niñas.

El Council for Choices in Healthcare de **Finlandia** reconoce la transición médica para menores como “una práctica experimental”

Reino Unido: Este desglose por edades muestra que los menores de 12 a 17 años representan el 80% de las derivaciones para ser tratados con hormonas.

Fuente: Transgender Trend



Hasta 2010, una media de unos 200 pacientes al año [acudían](#)¹⁷ a una clínica de género en los Países Bajos, el país desde donde se expandió el llamado [protocolo holandés](#)¹⁸, incluidos unos 60 niños y jóvenes. En torno a 2013, el número de registros se duplica repentinamente y, a partir de ese momento, la línea sube abruptamente. En 2022 había casi 6.000 personas en lista de espera y más de 5.000 en tratamiento, incluidos unos 1.600 menores. El crecimiento también es enorme en ese grupo, con otros 1.800 en lista de espera.

En EEUU, un [análisis reciente](#)¹⁹ de reclamaciones de seguros realizado por Komodo Health concluyó que casi 18.000 menores estadounidenses comenzaron a tomar bloqueadores de la pubertad u hormonas entre 2017 y 2021, y el número aumenta cada año. Las encuestas destinadas a medir la prevalencia han encontrado que alrededor del 2% de los adolescentes en edad de escuela secundaria se identifican como "transgénero".

Recientemente, en septiembre de 2023, un grupo de organizaciones ha recordado que el uso de bloqueadores de la pubertad para tratar la disforia de género es *off label*, y que nunca ha sido evaluado por la USA Food and Drugs Administration. Por ello [solicitan](#)²⁰ a la FDA que inicie una revisión sistemática de este uso *off label* y alerten a fabricantes y



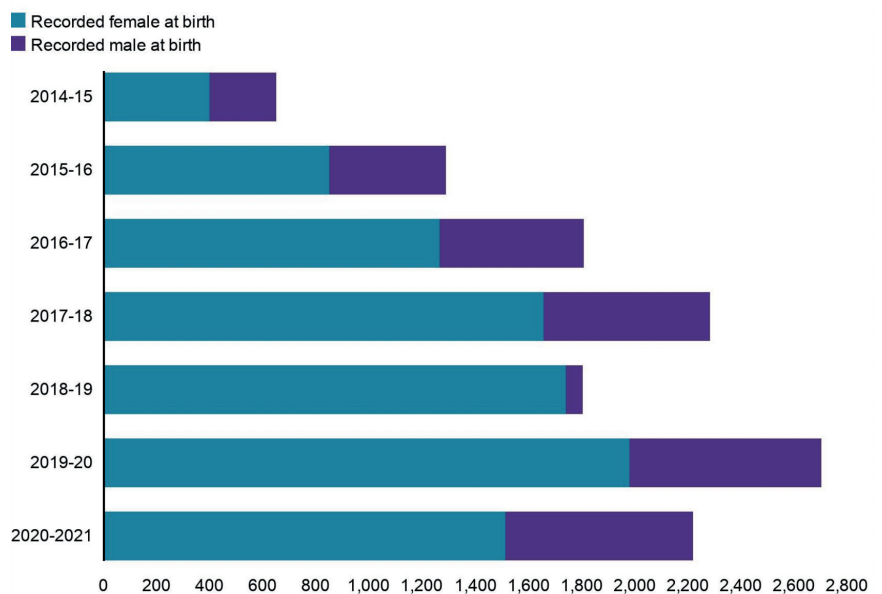
La Academia Nacional de Medicina de **Francia** llama la atención sobre el hecho de que los tratamientos hormonales y quirúrgicos conllevan riesgos para la salud y tienen efectos permanentes

Reino Unido. En menos de una década se ha producido un aumento del 1.460% en las derivaciones de niños y un asombroso aumento del 5.337% en las de niñas. (*Transgender Trend*)

Reino Unido: Estas cifras para el aumento de derivaciones a clínicas de género en Inglaterra se corresponden con las que se conocen de otros países en los que se ha impuesto la terapia afirmativa.

Fuente: Tavistock and Portman NHS Foundation Trust

Referrals by sex recorded at birth



Includes referrals that were not accepted. Does not include referrals in Scotland.

Source: Tavistock and Portman NHS foundation Trust



El uso de bloqueadores de la pubertad para tratar la disforia de género es *off label* en **Estados Unidos**



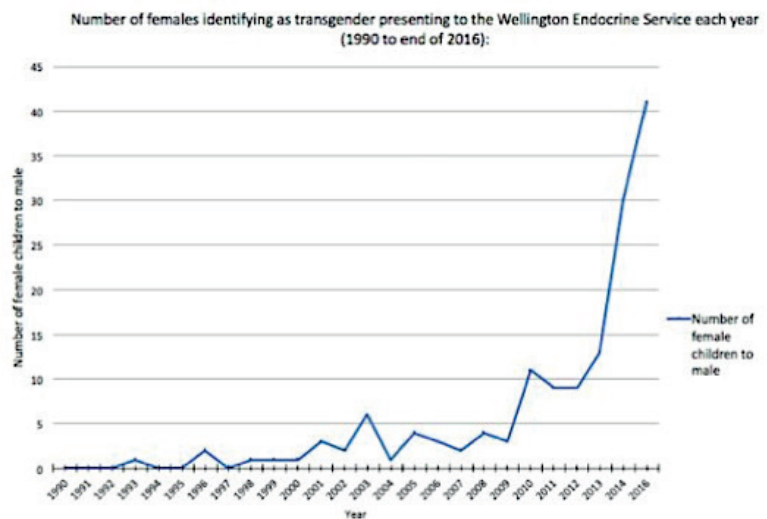
profesionales sanitarios de las consecuencias de la promoción ilegal de este uso.

Mientras tanto, el número de clínicas privadas que se enfocan en proporcionar hormonas y cirugías ha crecido en Norteamérica de unas pocas hace una década a más de 400 en la [actualidad](#)²⁴

Un [gran negocio](#)²⁵ se levanta sobre la salud y la integridad de la infancia.

En **Nueva Zelanda** se repite el mismo patrón de incremento exponencial de niñas que afirman ser trans

Fuente: *National Library of Medicine - National Center of Biotechnology Information*
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29346355/>



Numerosas [investigaciones](#) ya han cuestionado que los menores puedan dar un consentimiento plenamente informado y valorar las consecuencias de decisiones que afectarán a toda su vida. También ponen en duda las altas tasas de suicidios

y de riesgo de suicidios que se suponen para los adolescentes y jóvenes trans y que son uno de los argumentos del transactivismo para defender y promover la hormonación y mutilación de menores. ■

DISFORIA DE GÉNERO DE INICIO RÁPIDO

El concepto Disforia de Género de Inicio Rápido fue propuesto por [Lisa Littman](#) en 2018²⁴ para describir la disforia que aparece por primera vez durante la pubertad o incluso en la primera juventud. Recogía Littman en su estudio los testimonios de padres que describen cómo la aparición de la disforia de género parecía ocurrir en el contexto de pertenecer a un grupo de pares donde uno, varios o incluso todos los amigos se han vuelto disfóricos de género y se han identificado como transgénero durante un mismo período de tiempo. Los padres también informan que sus hijos mostraron un aumento en el uso de las redes sociales/Internet antes de revelar su identidad transgénero. Los médicos han informado que las presentaciones pospubertales de disforia de género en mujeres que parecen tener un inicio rápido es un fenómeno cada vez más frecuente en sus clínicas.



La DGIR es más frecuente en niñas (7 de cada 10 casos) que en un alto grado suelen tener de fondo problemas mentales subyacentes sin tratar, en particular trastornos del espectro autista. En algunos casos se han documentado antecedentes de abusos sexuales y de acoso escolar.

[Lisa Littman es o ha sido miembro de varias organizaciones profesionales, entre ellas el Colegio Estadounidense de Medicina Preventiva (ACPM), la Asociación Estadounidense de Salud Pública (APHA), la Sociedad para la Salud y Medicina de los Adolescentes (SAHM), la Sociedad de Planificación Familiar (SFP), la Sociedad Internacional Academy of Sex Research (IASR) y la Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH)]. ■

Es altamente dudoso que los menores puedan dar un auténtico consentimiento informado sobre decisiones médicas que condicionarán toda su vida.

DE LA TRANSICIÓN SOCIAL A LA TRANSICIÓN QUIRÚRGICA

El proceso por el cual una niña, un niño, es conducido a la medicación y a las mutilaciones empieza a menudo en la escuela.

En nuestro país, [los protocolos educativos de las CCAA](#)²⁴ promueven y alientan la transición social de menores y adolescentes que se autodeterminan como trans. Se conoce como transición social el cambio de nombre, de los pronombres, ... que usará la comunidad educativa para dirigirse a un menor.

Implica también que ese menor elegirá qué espacios diferenciados por sexo quiere usar (baños, vestuarios, espacios deportivos...) y supone que toda la comunidad educativa deberá respetar las elecciones de ese menor. Cualquier resistencia a tratarle por el sexo autopercebido se considerará acoso y transfobia.

Por tanto, se está obligando a profesorado, alumnado y personal no docente a negar la evidencia y a suscribir un conjunto de creencias acientíficas sobre el sexo.

Según los protocolos educativos, el desacuerdo de progenitores o tutores a que su hija, hijo, realice esa transición social se podrá considerar situación de riesgo y llevar a la intervención de los servicios sociales.

Lejos de ser inocua, la transición social es la cinta transportadora a la transición médica. Como han señalado investigadores como [Kenneth Zucker](#), la transición social aumenta drásticamente la tasa de persistencia de la disforia de género en comparación con los menores que no pasan este tipo de intervención. En la misma línea se ha pronunciado el ya citado informe Cass.

También está documentado que los bloqueadores de la pubertad, lejos de ser un botón de pausa, son una cinta transportadora al uso de hormonas de sexo cruzado. La casi totalidad de menores que han tomado bloqueadores toman posteriormente testosterona o estrógenos.

TRANSICIÓN
SOCIAL

BLOQUEADORES

HORMONAS
CRUZADAS

INTERVENCIÓN
QUIRÚRGICA



El número de cirugías de “afirmación de género” casi se triplicó en Estados Unidos entre 2016 y 2019, según un [nuevo análisis](#) publicado en JAMA Network Open en agosto de 2023. El número de intervenciones aumentó desde las alrededor de 4.550 en 2016 a unas 13.000 en 2019. Según el análisis, alrededor de 48.000 pacientes se sometieron a cirugías entre 2016 y 2020.

Un [estudio](#) realizado por Komodo reveló que, entre 2018 y 2021, se realizaron en EEUU al menos 776 mastectomías en chicas de entre 13 y 17 años a las que se les había diagnosticado disforia de género.

En Reino Unido, las dobles mastectomías en adolescentes y jóvenes se han [multiplicado por diez](#) en una década²⁶.

Aunque se esté ofreciendo una imagen edulcorada, la cirugía de “afirmación de género” en las pacientes trans-masculinas tienen un porcentaje muy alto de complicaciones, que varía según la experiencia del Hospital que lo realice y de la opción quirúrgica, estando en el orden del 60 al 85% . Son datos de un [estudio](#)²⁷ publicado en 2023 por la Sociedad Canaria de Pediatría.

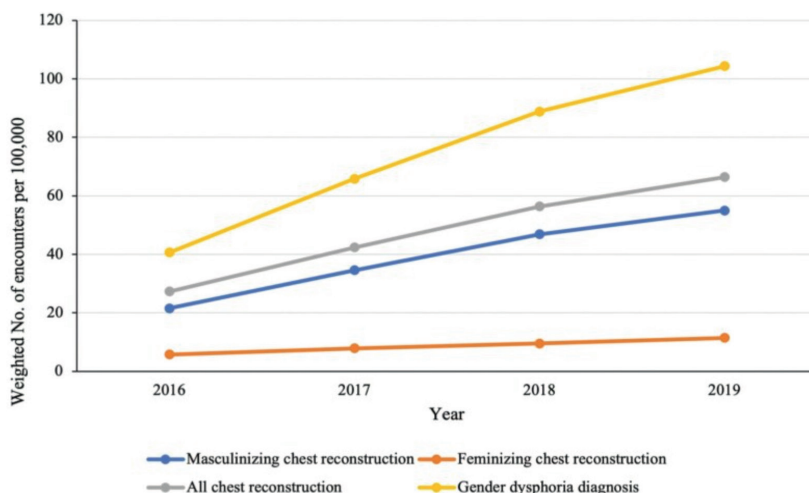


De 48.019 pacientes sometidos a cirugías: un 52,3% tenían entre 19 y 30 años y el 7,7% entre 12 y 18 años

- El 56,6% de las operaciones fueron de mama y tórax.
- El 35,1% de las operaciones fueron cirugías genitales: histerectomía, vaginoplastia y orquiectomía. (Fuente: JAMA Network)

Nueva Zelanda. Evolución temporal de la reconstrucción torácica ambulatoria de afirmación de género por cada 100.000 encuentros, 2016-2019.

Fuente: National Library of Medicine - National Center of Biotechnology Information <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35863009/>



Bajo el término calculadoramente equívoco de "cirugías de reasignación"²⁹ de sexo o de género se está promocionando un mercado²⁹ que no deja de crecer. El tamaño del mercado de la cirugía de reasignación de sexo de EE. UU. se estimó en 2.100 millones de dólares en 2022 y se prevé que crezca a una tasa de crecimiento anual compuesta (CAGR) del 11,25 % entre 2023 y 2030.

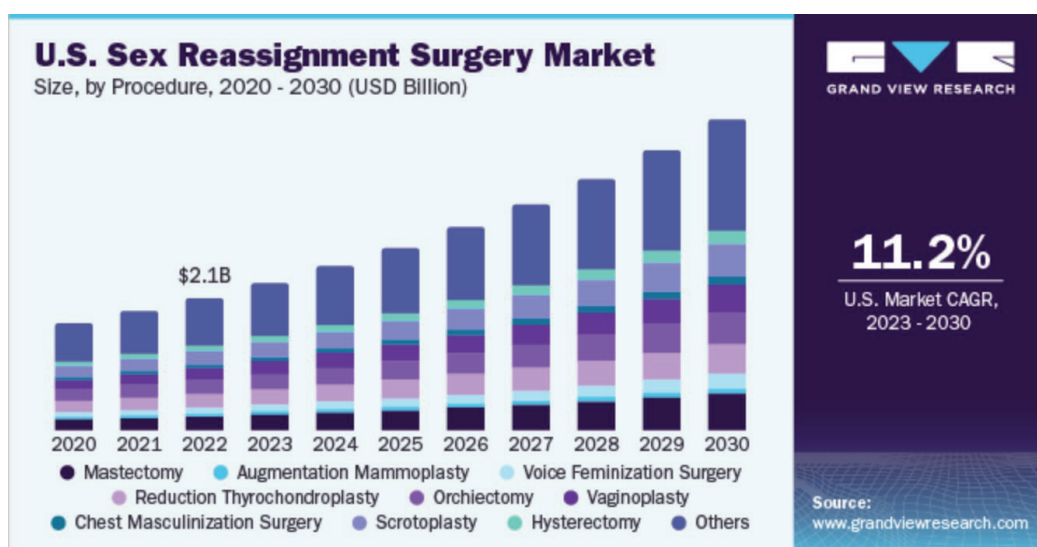
Para el mercado europeo, se prevé un crecimiento del 11,5% para el mismo periodo.

Páginas oficiales de gobiernos, como el de Australia³⁰, reconocen que se están realizando cirugías genitales por debajo

de las edades legalmente establecidas: 16 años para cirugía de torax, o 18 años para cirugía genital.

La versión 8 de las Normas de Atención (SOC8) de la Asociación Profesional Mundial de la Salud Transgénero (WPATH), cuyos estándares se tienen en cuenta en todo el mundo, ha eliminado todos los requisitos de edad mínima para las cirugías «afirmativas de género».

Diferentes organizaciones³¹ han señalado la ideologización de WPATH, despreocupada hoy por un enfoque cuidadoso y prudente de los cuidados en torno al género y centrada, en cambio, en la promoción de la ideología transgenerista. ■



Según un estudio de la **Sociedad Canaria de Pediatría**, las cirugías de afirmación de género en mujeres presentan entre un 60 a un 85% de complicaciones

En **Reino Unido**, las dobles mastectomías en adolescentes y jóvenes se han multiplicado por diez en una década




NOTAS

- 1 <https://www.thenewatlantis.com/publications/growing-pains>
- 2 <https://www.thefp.com/p/top-trans-doctors-blow-the-whistle>
- 3 <https://www.nbcnews.com/feature/nbc-out/transgender-men-eager-have-biological-kids-are-freezing-their-eggs-n975331>
- 4 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5979264/>
- 5 <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2022.2121238>
- 6 https://segm.org/Sweden_ends_use_of_Dutch_protocol
- 7 <https://www.tabletmag.com/sections/science/articles/finland-youth-gender-medicine>
- 8 <https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjonnsinkongruens/sammendrag>
- 9 https://www.genderclinicnews.com/p/doubt-in-denmark?r=130uly&utm_campaign=post&utm_medium=web
- 10 <https://www.england.nhs.uk/commissioning/spec-services/npc-crg/gender-dysphoria-clinical-programme/implementing-advice-from-the-cass-review/>
- 11 <https://segm.org/France-cautions-regarding-puberty-blockers-and-cross-sex-hormones-for-youth>
- 12 <https://archive.ph/20220810234700/https://www.thetimes.co.uk/article/4e7fc538-18dc-11ed-b1f4-627a202c7457#selection-1315.0-1335.230>
- 13 <https://www.persuasion.community/p/keira-bell-my-story>
- 14 <https://cass.independent-review.uk/publications/interim-report/>
- 15 <https://www.england.nhs.uk/commissioning/spec-services/npc-crg/gender-dysphoria-clinical-programme/implementing-advice-from-the-cass-review/>
- 16 <https://www.genderhq.org/increase-trans-females-nonbinary-dysphoria>
- 17 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29463477/>
- 18 <https://contraelborradodelasmujeres.org/bloqueadores-de-la-puertad-boton-de-pausa-o-aceleradores-para-la-transicion/>
- 19 <https://www.bmj.com/content/380/bmj.p382#ref-3>
- 20 <https://www.regulations.gov/document/FDA-2023-P-3767-0001>

- 21 <https://www.gendermapper.org/>
- 22 <https://contraelborradodelasmujeres.org/el-negocio-de-la-mutilacion-infantil/>
- 23 <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2022.2046221>
- 24 <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0202330>
- 25 https://contraelborradodelasmujeres.org/wp-content/uploads/2023/05/ACBM_Protocolos_Educativos_032023_07_web.pdf
- 26 <https://www.dailymail.co.uk/news/article-11473279/Top-surgeon-says-sex-change-breast-removals-tenfold-decade.html>
- 27 <https://sctfe.com/diagnostico-por-la-imagen-de-las-complicaciones-de-la-cirugia-de-afirmacion-de-genero-en-los-pacientes-trans-hombre/>
- 28 <https://www.clinicbarcelona.org/en/assistance/tests-and-procedures/sex-reassignment-surgery>
- 29 <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/us-sex-reassignment-surgery-market>
- 30 <https://www.healthdirect.gov.au/gender-affirming-surgery>
- 31 <https://genspect.org/wpath-explained/>

ANEXO1: EFECTOS DE LOS BLOQUEADORES DE LA PUBERTAD Y ESTUDIOS DE REFERENCIA

CATEGORÍA	EFECTOS PROBABLES	ESTUDIOS DE REFERENCIA
Esqueleto	Pérdida de densidad mineral ósea (DMO) y disminución de la DMO máxima; mayor riesgo de fracturas y osteoporosis; enfermedad periodontal	<i>Klink et al. 2015; Vlot et al. 2017; Nguyen, Lairson, Swartz, and Du 2018</i>
Riesgo cardiovascular y Diabetes	Mayor riesgo de infarto de miocardio, enfermedad cardíaca e ictus; mayor riesgo de diabetes de tipo 2; disminución de la frecuencia cardíaca en reposo; aumento de los factores de riesgo, como el aumento de peso, el porcentaje de grasa corporal, la resistencia a la insulina, los marcadores glucémicos y la rigidez arterial; evidencias anecdóticas de vasculitis, aterosclerosis y angina de pecho	<i>Jespersen, Nørgaard, and Borre 2014; Wojniusz et al. 2016; Nguyen, Lairson, Swartz, and Du 2018; Nokoff et al. 2021</i>
Tiroides	Deterioro de la función tiroidea; cambios en los niveles de las hormonas relacionadas con la tiroides; evidencias anecdóticas de hipotiroidismo, hipertiroidismo y tiroiditis	<i>Du et al. 2019; Naderi, Soheilrad, and Haghshenas 2019</i>
Cerebro	Disminución de la inteligencia y el coeficiente intelectual; pérdida de memoria; deterioro de la memoria de aprendizaje, la atención, la función ejecutiva y la capacidad visual-espacial; aumento del riesgo de demencia; hipertensión intracraneal y pseudotumor cerebri; evidencia anecdótica de tumores hipofisarios.	<i>Mul et al. 2001; Green et al. 2002; Wojniusz et al. 2016; Robinson et al. 2019; Huang et al. 2020; Tan et al. 2020</i>
Salud mental	Depresión y otros trastornos del estado de ánimo; ansiedad; insomnio y trastornos del sueño; aumento de la respuesta emocional; aumento del riesgo de suicidio; evidencias anecdóticas de psicosis y manía	<i>Joffe et al. 2013; Tavistock and Portman NHS Foundation Trust 2015; Stenbæk et al. 2016; Wojniusz et al. 2016</i>
Sexualidad y fertilidad	Castración química; falta de desarrollo sexual y regresión del desarrollo sexual; infertilidad potencialmente irreversible; sequedad y sangrado vaginal; síndrome de ovario poliquístico (SOP); disminución del tamaño del pene	<i>Smith and Urry 1985; Decensi et al. 1989; Yeshaya et al. 1998; Chiavaroli et al. 2010; Finlayson et al. 2016; Johnson and Finlayson 2016; Cheng et al. 2019</i>
Digestivo y Urinario	Micción frecuente u orina con sangre; estreñimiento; náuseas y vómitos; dolor abdominal; evidencia anecdótica de pseudoobstrucción intestinal y mala motilidad intestinal	<i>Hammar et al. 2013; Ek et al. 2015; Center for Drug Evaluation and Research 2017</i>
Dolores y malestar	Sofocos; dolores de cabeza y migrañas; dolor y granulomas en el lugar de la inyección; evidencia anecdótica de fibromialgia y otros trastornos de dolor crónico	<i>Joffe et al. 2013; Fukui et al. 2015; Shore et al. 2019</i>
Ojos	Cataratas	<i>Al-Enezi, Kehinde, Behbehani, and Sheikh 2007; Beebe-Dimmer et al. 2011</i>
Sistema inmune	Aumento de linfocitos innatos y mayor riesgo de enfermedades autoinmunes; pruebas anecdóticas de enfermedades autoinmunes en tiroides e intestino	<i>Hsu, Lin, Wang, and Huang 1997</i>



DISFORIA DE GÉNERO DE INICIO RÁPIDO Y DESTANSIÓN, REALIDADES OBVIADAS POR EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

AMANDA

AGRUPACIÓN DE MADRES DE ADOLESCENTES
Y NIÑAS CON DISFORIA ACELERADA

AMANDA

AGRUPACIÓN DE MADRES DE ADOLESCENTES
Y NIÑAS CON DISFORIA ACELERADA

DGIR Y DESTANSIÓN,
REALIDADES OBVIADAS POR EL
SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL.

La disforia de género de inicio rápido (DGIR) se ha descrito recientemente como la aparición, en la adolescencia o juventud temprana, de un profundo malestar con el propio sexo sin que durante la infancia se hubiera mostrado jamás dicho malestar. Este fenómeno se diferencia del clásico trastorno de la identidad de género, que se presenta, por lo general, en niños a edades muy tempranas o en hombres adultos de mediana edad.

Las características principales de la DGIR pueden resumirse en:

- Aparición repentina en la adolescencia, sin malestar previo en este sentido, pero con un historial de vulnerabilidad emocional y social.
- Incremento exponencial de su incidencia en países occidentales.
- Inversión del sexo tradicionalmente asociado a disforia, el masculino, pues se presenta principalmente en niñas y chicas adolescentes.

Se manifiesta en adolescentes y jóvenes vulnerables emocional y socialmente, con características, historias personales y/o problemáticas de salud mental previas que dificultan su socialización con iguales. Creemos que es significativo que muchas y muchos de ellos presentan altas capacidades, rasgos del espectro autista y/o déficit de atención. Existe una alta prevalencia de problemas tales como depresión, ansiedad, autolesiones, bullying, e incluso, en algunos casos, situaciones de abusos sexuales previos a su autodiagnóstico como trans. También hay un alto porcentaje que manifiesta dudas respecto a su orientación sexual o ésta es claramente no heterosexual.

Los relatos de las familias coinciden en un uso de internet y redes sociales exacerbado a raíz de la pandemia y en un consumo de contenidos que refuerzan una visión de lo transgénero como trasgresor y sinónimo de felicidad, con un análisis superficial de lo que supone la transición médica y sin ofrecerles información respecto a los efectos perjudiciales sobre la salud. Todo ello, junto los cambios propios de la pubertad y adolescencia, indica la existencia de un fenómeno de contagio social, ya descrito en otros trastornos como la bulimia y la anorexia.

Así, tras recibir durante un tiempo mensajes por redes sociales que incitan a autodiagnosticarse como trans, un importante número de adolescentes, especialmente chicas, consideran que sus dificultades se resolverán si transicionan social y médicamente. Por este motivo, casi al tiempo de declararse trans, solicitan realizar cambios en su nombre, pronombres, forma de vestir..., pero también bloqueadores de la pubertad, hormonaciones cruzadas o cirugías, de las cuales se han informado por internet, a través de influencers y foros trans, obviando todos sus efectos no deseados.

Además, nos parece necesario apuntar cómo la difusión de contenidos acientíficos relativos a las identidades de género va calando en los centros educativos, a través de cursos de formación del profesorado y a través de talleres dirigidos al alumnado, impartidos por transactivistas sin la necesaria formación en pedagogía y psicología evolutiva. Esto es especialmente peligroso, por cuanto contribuye al contagio social del fenómeno de la DGIR.

Fuente: Littman, L., 2018. Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports”.

En nuestro país, las estadísticas confirman esta alarmante tendencia social que se refleja en el aumento exponencial de la demanda de atención en las Unidades de Identidad de Género (UIG) de adolescentes y jóvenes con este perfil.

Adjuntamos el informe que la organización Feministas de Catalunya ha realizado con datos solicitados a la Generalitat de Catalunya sobre la evolución de la demanda de atención en el Servei Trànsit, servicio de atención ambulatoria a personas transgénero creado por la Generalitat en 2012 y, actualmente, presente en 7 centros de atención médica primaria. Este informe muestra un cambio de perfil de la demanda que coincide con el perfil presente en el fenómeno conocido como Disforia de Género de Inicio Rápido, así como un incremento exponencial de la misma. No sólo se ha triplicado el número de personas atendidas en este servicio, sino que, además, las adolescentes y jóvenes de sexo femenino entre los 15 y los 24 años constituyen el grupo más numeroso de personas atendidas. Estas cifras son una muestra de la tendencia que se observa también en otras comunidades autónomas, según los datos recogidos por Confluencia Movimiento Feminista, cuyo informe también se aporta.

Cada vez hay más datos que indican que las transiciones social y médica no resuelven el malestar de estos jóvenes y adolescentes con DGIR. En los últimos años, se han descrito muchos casos de personas que renuncian a su decisión en cuanto a su identidad de género; en ocasiones, antes de haber iniciado el tratamiento médico (desistidores), y en otras, después de la transición médica (destransicionadores). De nuevo, parece que estos jóvenes se están encontrando en las redes sociales, así en Reddit, bajo el subreddit R/detrans, jóvenes de diversos países están empezando a contar sus casos. Un dato interesante es que, en agosto de 2021, este grupo tenía 17.000 miembros y, a 14 de septiembre de 2023, ya son 50.105, muchos de ellos de nuestro país.

La mayoría de estos y estas jóvenes no se atreven a hablar abiertamente de sus experiencias porque quienes les apoyaron en su transición –transactivistas y amistades- no sólo dejan de hacerlo, sino que, además, les acusan de transfobia internalizada y les hacen el vacío. El miedo a la pérdida de la red de apoyo social es alegado en muchos casos para explicar cómo tras la transición social decidieron iniciar el tratamiento médico, aun cuando tenían serias dudas al respecto.

No se sabe a ciencia cierta la prevalencia de las destransiciones. Se estima que más del 75% de las y los destransicionadores no informan de su destransición a los servicios de identidad de género que les atendieron en su transición. El principal motivo que dan para no hacerlo es que no confían en el equipo profesional que les atendió, pues no indagaron en el origen de su malestar. Ante esta situación, tanto los protocolos del ámbito educativo como médicos vigentes, y de acuerdo a los establecido por las actuales leyes autonómicas, dificultan una aproximación prudente y exploratoria que cuestione el autodiagnóstico de disforia de género.

En el caso concreto de la agrupación AMANDA , se ha observado una tasa de desistimiento cercana al 30%, en un plazo promedio de 6 meses si se adopta una postura de espera atenta y terapia exploratoria de diversos malestares, dando tiempo a que las y los adolescentes y jóvenes maduren y acepten los cambios de sus cuerpos en esta etapa de

Sin embargo actualmente en el ámbito sanitario, frente al planteamiento inicial de las Unidades de Identidad de Género (UIG) como equipos altamente

especializados interdisciplinarios (psiquiatra/ psicología clínica, endocrinología y cirugía), la aprobación en los últimos años de “leyes trans” autonómicas basadas en el derecho a la autodeterminación de la identidad de género ha conllevado, en la mayoría de Comunidades, la aprobación de protocolos y criterios de actuación consensuados con el transactivismo que solo contemplan la afirmación como única actuación posible. Esto ha supuesto, en gran parte de las UIG, un cambio de modelo de atención, no siendo requisito para el tratamiento la valoración psicológica/psiquiátrica y desarrollándose la atención psicosocial en función de la demanda del paciente o su familia como mero acompañamiento en el proceso de transición.

Este posicionamiento afirmativo de algunas UIG y del sistema sanitario español no está respaldado por gran parte de los profesionales sanitarios. En mayo de 2022, el grupo de ética de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria ha publicado su manifiesto: “Protección a menores con disconformidad-disidencia de sexo-género” en el que reclama prudencia en el manejo de los menores con disforia de género y, sobre todo, valorar muy detenidamente la necesidad de comenzar tratamientos médicos y quirúrgicos; en esta misma línea se ha pronunciado la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Madrid en su documento de posicionamiento de septiembre de 2022. Un grupo de Profesionales Sanitarias Feministas han emitido un comunicado frente a las leyes y protocolos “trans” al que ya se han adherido más de 600 profesionales de la salud y en el que manifiestan su preocupación por la actitud clínica promovida por los protocolos actuales en cuanto al tratamiento de los menores.

“De especial preocupación es la actitud clínica con menores de edad, permitiendo que, sin ningún tipo de evaluación a priori que descarte comorbilidades (espectro autista, trastornos alimentarios, depresión, etc.), historia de malos tratos o abusos sexuales, influencia de las redes sociales, homosexualidad no aceptada, etc., puedan iniciar la “transición de sexo”, sin tener en cuenta la falta de madurez suficiente para entender la magnitud que conlleva”.

A estos manifiestos le han seguido los manifiestos de la Asociación de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNYA) y de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), y más recientemente el del Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM) que manifiesta la necesidad de que los menores

sean atendidos por equipos médicos multidisciplinares especializados durante todo el proceso, para disminuir el riesgo de no persistencia y los posibles daños psicológicos y orgánicos que un proceso acelerado de transición de género puedan tener. Adjuntamos enlace a todos los manifiestos de sociedades médicas y científicas.

TESTIMONIOS DE FAMILIAS AFECTADAS DE LA AGRUPACIÓN AMANDA

Estos son sólo algunos testimonios de una pequeña muestra de las más de 600 familias de la Agrupación. Con ellos queremos mostrar algunas de las complejas situaciones que se esconden detrás de la autodeterminación de género de nuestras hijas e hijos y las respuestas que actualmente se están dando desde las instituciones:

“Mi hija tiene trastorno límite de la personalidad y es lesbiana. Durante el confinamiento su salud mental empeoró mucho y, al poco de acabar este, conoció a un chico trans y nos comunicó que no era lesbiana sino un chico trans. Como es mayor de edad, pidió ser atendida en Transit. Le atendió por videoconferencia una ginecóloga que no le preguntó por sus antecedentes y, al terminar la videoconferencia, le llegó por correo electrónico la receta de la testosterona, sin siquiera hacerle analíticas previas. Su salud mental sigue empeorando”.

(Cataluña)

“Tengo dos hijas, de 16 y 12 años, ambas con altas capacidades y dificultad de relación con iguales. La mayor hace tres años conoció a un grupo de chicos y chicas trans, no binarios, de género fluido, e inició transición social. Desde entonces, su popularidad subió como la espuma. Ahora me encuentro que la pequeña me dice que ella también es trans. Aunque sea por estadística, esto no tiene sentido”.

(Cataluña)

“Mi hija de 17 años nos contó que era trans, sin que previamente hubiese ninguna señal en ese sentido. Sí la veíamos triste y con pocos amigos. Su padre y yo nos informamos sobre el funcionamiento de la Unidad de Género, pero nos preocupaba precipitarnos, por lo que le propusimos que hiciese terapia para abordar su tristeza y sus problemas de relación. Ocho meses después nos ha dicho que se había equivocado, que no es un chico, que lo que le pasa es que tiene complejos físicos, especialmente con su pecho. Cuando ahora la miro, me aterra pensar que si hubiésemos pedido cita en la Unidad de Género seguramente estaría ya hormonándose”.

(Andalucía)

“Somos tres amigas y nuestras hijas, de 14 años, también son amigas desde la infancia. Las tres acuden al mismo grupo scout. Hace aproximadamente un año que las tres se han declarado trans”.

(Madrid)

“Actualmente mi hija tiene 20 años. Tiene altas capacidades y es muy sensible. Con 15 años tuvo su primer ingreso psiquiátrico por trastorno de conducta alimenticia y autolesiones, tras

llevar 5 años con diversos problemas psicológicos. Poco después nos dijo que era trans y fue derivada a la Unidad de Transexualidad e Identidad de Género (UTIG); que yo sepa no hubo coordinación de ésta con el equipo de salud mental que la trataba. Su psiquiatra intentó hablar con la Unidad de Género y no hubo manera. Allí, no vieron problema alguno para su transición y le dijeron que tenía derecho a pedir la hormonación, sin que ningún médico o psicólogo tuviera que dar el visto bueno. Eso sí, mientras fuera menor de edad yo tenía que firmar que estaba de acuerdo. Tuve muchísimos problemas con ella porque como madre decidí que no la dejaría hacer nada hasta los 18 años y continuó tratamiento psiquiátrico. Ha sido diagnosticada de trastorno límite de la personalidad y ha tenido varios intentos de suicidio. Al poco de cumplir la mayoría de edad, cuando creía que retomaría la asistencia a la UTIG, me dio las gracias por no haberla dejado hormonarse, porque ya no quería ser un chico. Hace poco fue capaz de contar a su terapeuta y a nosotros que sufrió abuso sexual en la infancia por parte de un familiar. Sigue en tratamiento en salud mental, donde consideran que el trauma sufrido está en el origen de toda su problemática”.

(Madrid)

“Mi hija está en tratamiento psiquiátrico desde los 17 años; su diagnóstico: depresión severa, ansiedad y trastorno de conducta alimentaria, posteriormente han detectado que tiene asperger, lo que le provoca problemas de socialización. Poco antes de cumplir la mayoría de edad nos dijo que cree que era trans y que querría transicionar. Su psiquiatra de la Seguridad Social considera contraproducente tomar una decisión de este calado en su estado actual. Pese a esto, al ser mayor de edad, solicitó cita en la Unidad de Género y, tras dos citas, le han dado cita para el endocrino para iniciar hormonación, sin coordinarse con su psiquiatra. Vamos a presentar los informes médicos que tenemos para solicitar que los tengan en cuenta, pero esto nos está costando la relación con ella”.

(Valencia)

“Hace poco nos enteramos de que en el instituto usaban pronombres masculinos y un nombre masculino para referirse a mi hija. El equipo de orientación del instituto la derivó a una asociación LGTBIQ+. Nadie nos había comunicado nada. Tiene 16 años y lo supimos por terceros. No entendemos cómo nos comunican por mail una falta de asistencia, pero no piensan que tienen que informarnos en persona de una cuestión tan seria. Cuando expresamos nuestra queja, nos mostraron un artículo de la ley Rhodes; con el que argumentan que no hay nada que hablar con nosotros. Les parece normal que en una misma clase haya varios chicos trans, incluyendo alguna que se ha hecho ya la mastectomía”.

(Asturias)

LAS LEYES TRANS Y EL “MODELO AFIRMATIVO” EN ESPAÑA



**Confluencia Movimiento
Feminista**

Las leyes trans y el “modelo afirmativo” en España

Análisis descriptivo de su impacto en la salud de personas adultas y menores



Confluencia Movimiento
Feminista



© Autor: Confluencia Movimiento Feminista, 2023



Los contenidos de esta obra están sujetos a una licencia Creative Commons 4.0 con las cláusulas de Reconocimiento, No comercial y Sin obras derivadas. Se permite la reproducción, la distribución y la comunicación pública siempre que se cite al autor y no se haga uso comercial.



Índice

1 Resultados principales	3
2 Introducción	5
3 Primeras consultas	8
3.1 Andalucía	8
3.1.1 De Atención Primaria a Endocrinología	8
3.1.2 Menores de 14 años	9
3.1.3 Mujeres y menores de edad	9
3.2 Asturias	11
3.3 Islas Baleares	13
3.3.1 Cambio de nombre en la tarjeta sanitaria (2017-2021)	13
3.3.2 Derivación desde Atención Primaria a especialidades	14
3.4 Canarias	15
3.5 Cantabria	16
3.6 Castilla y León	17
3.7 Cataluña	18
3.8 Comunidad de Madrid	20
3.9 Región de Murcia	21
3.9.1 Menores (2017-2022, hasta julio). HCUVA.	21
3.9.2 Todas las edades (julio 2021 - julio 2022) HMM.	22
3.10 Comunidad Foral de Navarra	23
3.11 País Vasco	24
3.11.1 Personas atendidas en la UIG	24
3.11.2 Primeras consultas en especialidades de la UIG	24
3.12 Comunidad Valenciana	26
4 Bloqueadores de pubertad y hormonas cruzadas	28
4.1 Canarias	28
4.2 Castilla y León	28
4.3 Comunidad de Madrid	29
4.4 Región de Murcia	29
4.5 Comunidad Valenciana	30
5 Cirugías	31
5.1 Andalucía	31
5.2 Canarias	31
5.3 Cantabria	32
5.4 Castilla y León	33
5.5 Región de Murcia	33
5.6 País Vasco	34
5.7 Comunidad Valenciana	35
6 Estimación del impacto a nivel estatal	36
7 Conclusiones	38





1 Resultados principales

Cada vez más personas atendidas. Cada vez más mujeres. Cada vez más jóvenes. Cada vez más menores de edad.

- Los datos analizados revelan un aumento exponencial del volumen de personas atendidas por las unidades especializadas en el tratamiento de la identidad de género en todas las CC.AA. Por ejemplo, en la **Comunidad Valenciana**, el número de personas atendidas crece más del 10.000% entre 2016 y 2021. En **Cataluña** el crecimiento es del 7000% entre 2012 y 2021, aumentando un 40% entre 2020 y 2021 el número de casos nuevos. En **Madrid**, entre enero y agosto de 2022, de un total de 848 visitas a Endocrinología desde las unidades de identidad de género de 6 hospitales públicos, casi la mitad fueron primeras consultas.
- El análisis también muestra de forma clara y general en todas las CC.AA. que el incremento de pacientes en primeras visitas a las Unidades de Identidad de Género es, por edad, más pronunciado en personas adolescentes y adultas jóvenes, y por sexo, en mujeres. Por ejemplo, en **Cantabria**, el 65% de las personas atendidas en Psicosexología tienen menos de 21 años y la mayoría son mujeres. En **Murcia** entre 2017 y 2022, de los menores de edad atendidos en Endocrinología infantil el 60% son niñas. Del total de personas «trans» atendidas, el 64% tiene menos de 19 años, con la máxima concentración en la adolescencia, entre los 15 y los 19 años.
- En la línea temporal, el incremento de primeras visitas de mujeres respecto a hombres es especialmente relevante en personas adolescentes y adultas jóvenes. Por ejemplo, en la **Comunidad Valenciana**, entre 2012 y 2021, el número de niñas y chicas adolescentes atendidas en consultas externas y salud mental relacionadas con la identidad de género se ha incrementado un 9100% frente al 4600% de aumento, en niños y chicos adolescentes.
- En la línea temporal, va disminuyendo la edad promedio de los pacientes en primeras visitas. Por ejemplo, En **Cataluña**, entre 2012 y 2020 la edad media de las personas atendidas por el Servei Trànsit desciende de 34 a 22 años. En **Andalucía**, en la Unidad de Atención a las Personas Transexuales de Málaga, el porcentaje de menores de edad (respecto a mayores) en Endocrinología ha aumentado de forma constante desde 2016, siendo el 11% en 2016 y el 48% en 2022.
- Las derivaciones desde Atención Primaria se dirigen hacia Endocrinología, es decir, directamente a tratamientos de supresión de la pubertad o a la prescripción de hormonas de sexo cruzado. Por ejemplo, en el **País Vasco**, la derivación a Endocrinología es la que más ha aumentado respecto a otras especialidades de la Unidad de Identidad de Género, con un 1800% de aumento de derivaciones desde 2010. En **Baleares**, de las 9 especialidades de la Unidad de Identidad de Género, el 66% de las derivaciones se hacen a Endocrinología, que de 2017 a 2021 se han multiplicado por 3.
- A Salud Mental se recomienda derivar desde Atención Primaria a menores en tratamiento hormonal como «acompañamiento psicoemocional». En personas adultas y menores, cuando sientan resistencia o rechazo a su «transición» por parte de su entorno, quedando prohibida toda psicoterapia no afirmativa. De forma general, en Andalucía, como en otras comunidades, las guías de atención sanitaria prohíben derivar



a salud mental como requisito previo al inicio de la terapia hormonal o de las intervenciones quirúrgicas en Adultos. En infancia y adolescencia se recomienda explícitamente no establecer como requisito previo a la terapia hormonal la valoración por Salud Mental.

- Los datos registrados como «sin registrar el sexo» o sexo «no binario» o «no saben o no contestan» o «en proceso de encontrar su identidad de género» aumentan de forma importante en los últimos años. Por ejemplo, en **Canarias**, se pasa de 116 personas registradas como NB, NS, NC en 2020 a 479 en 2021. En **Cataluña**, el número de casos en los que no se registra el sexo aumenta un 110,5 % (más del doble) del 2020 al 2021. Otro ejemplo: en los datos recibidos de **Cantabria**, el 15% de las personas atendidas constan «en proceso de definir su identidad de género o no binarias».
- En los datos recibidos en los que podemos inferir el sexo de las personas intervenidas quirúrgicamente, observamos un mayor número de mujeres que de hombres. Basten dos ejemplos: en **Cantabria**, el 82 % son mujeres y en **Canarias** son mujeres hasta el 87 %.
- Las intervenciones quirúrgicas que se realizan sobre mujeres implican una muy superior pérdida de funciones biológicas y esterilidad que las que se realizan sobre hombres. Por ejemplo, en **Canarias**, el 100 % de las operaciones a mujeres tienen efectos funcionales irreversibles y el 20 % implican esterilidad.
- Las intervenciones quirúrgicas que predominan en hombres son las mamoplastias (implantes mamarios) y la modificación de la voz. En mujeres, las dobles mastectomías y las histerectomías con doble anexectomía. Esta tendencia se observa en todas las comunidades sobre las que tenemos datos, independientemente de su volumen. En este caso, por ejemplo, los datos de **Castilla y León** registran el doble de intervenciones totales en mujeres (52, de las cuales 37 son mastectomías) que en hombres (24, de las cuales 21 son implantes mamarios y feminización de la voz).



2 Introducción

Confluencia Movimiento Feminista se creó en julio de 2020 con el objetivo de aunar esfuerzos entre organizaciones feministas del Estado español y lograr una mayor fuerza política para la consecución de la agenda feminista, que aspira a una sociedad más justa y a la emancipación de las mujeres de su opresión histórica. Pero nuestro objetivo urgente e inmediato era impedir que siguieran avanzando las ideas transgeneristas y las leyes que pretenden consagrar el concepto de «identidad de género» y de «autoidentificación del sexo» en el sistema jurídico español, en paralelo a la expansión global del capitalismo neoliberal.

Al rechazar la definición del sexo como una realidad material, las reformas legislativas que adoptan la ideología transgenerista afectan gravemente a los derechos de las mujeres y destruyen las políticas de igualdad destinadas a revertir la opresión por razón de sexo que sufrimos, un grave retroceso en los derechos conquistados por la lucha feminista. Las ideas y las leyes transgeneristas, además, necesitan instalar la idea de que existe una «infancia trans» para conseguir sus fines y para ello disponen de un enorme apoyo financiero por parte de quienes están obteniendo el mayor beneficio. El aumento de los beneficios de la industria médico-farmacéutica de la identidad de género ha sido ampliamente documentado, aunque cuente con un aparato de propaganda que oculta sus fines espurios con discursos de apariencia progresista que, sin embargo, están basados en valores individualistas y deseos subjetivos inducidos por el mercado.

En junio de 2021, Confluencia Movimiento Feminista organizó un webinar titulado *Por las puertas de atrás: cómo está penetrando la agenda queer en España*¹, dedicado a exponer la penetración de la ideología de la identidad de género en las leyes de diversas CC.AA. desde 2014, donde se analizaron diferentes casos de lo que ya se estaba introduciendo con total opacidad en todos los ámbitos -educativo, sanitario, incluso en leyes contra la violencia machista- y su impacto en los derechos de las mujeres y en la salud de la población, en especial de las y los menores de edad.

En diciembre de ese mismo año, ante la enorme preocupación por el avance de la ideología transgenerista y la prisa del gobierno por llevar a su aprobación una ley trans estatal, nos propusimos solicitar los datos más relevantes del mismo a todas las consejerías de salud de las CC.AA., para conocer de primera mano qué impacto están teniendo las leyes y protocolos «trans» aprobados y en vigor, ante la ausencia de datos públicos o accesibles que nos permitieran conocer el alcance del fenómeno «trans» en la población.

Nuestra motivación surge, principalmente, de la inquietud y la alarma del caso de Reino Unido, cuyo gobierno encargó una investigación independiente en 2018 al conocer el escalofriante dato de que había aumentado en un 4400% el número de solicitudes de niñas y chicas adolescentes que se habían dirigido a la Clínica Tavistock-Portman, a la que era todavía la unidad de tratamiento de la identidad de género en la sanidad pública, para solicitar una «transición de sexo». Ante tal dato ni el gobierno ni la sociedad británica podían dejar de hacerse la pregunta clave: **¿qué les estaba pasando a las niñas y a las adolescentes?** Y, en paralelo, nosotras nos formulábamos la otra pregunta, como hemos ya señalado: **¿a qué se debía la prisa de nuestro gobierno y la supuesta necesidad de legislar para dar pie a**

¹Véase: <https://www.youtube.com/watch?v=187P65XjgdQ>



la libre autodeterminación del sexo y la eliminación del sexo como categoría objetiva en las leyes, basándose en una falacia anticientífica, contraria a los derechos de las mujeres y la salud de los y las menores? Sin datos y sin evaluar el impacto del modelo afirmativo, ¿cómo seguían con su empeño de promulgar leyes que afectan a toda la población?

Para ello procedimos a registrar 19 solicitudes de información (a las 17 CC.AA. y a las 2 ciudades autónomas) de todos los casos atendidos por las unidades especializadas en las CC.AA., por edad, sexo, año y tipo de tratamiento del que eran objeto. En este documento se presentan algunos resultados y tendencias identificadas sobre el volumen y la evolución de las personas atendidas, así como los tratamientos médicos y quirúrgicos a personas adultas y menores sanas realizados desde el llamado «modelo afirmativo» de la identidad de género que siguen los protocolos sanitarios de la mayoría de las CC.AA. Modelo afirmativo que, recordamos, se basa en el autodiagnóstico de la persona sobre su identidad sexual y el acompañamiento de su transición con los medios farmacológicos y quirúrgicos disponibles. Este modelo, cuestionado ya en diversos países que lo habían aplicado y están dando marcha atrás por sus nefastas consecuencias, se basa en prácticas que no responden adecuadamente y con garantías a la ética sanitaria, como expone el Comunicado de posicionamiento de las profesionales Sanitarias Feministas contra las leyes trans lanzado en agosto de 2022².

Las compañeras de Cataluña consiguieron formar un equipo de investigación propio en su comunidad y gestionaron directamente la demanda de datos, llegando a elaborar el informe pionero en España sobre el impacto de un servicio derivado del protocolo catalán, el informe *De hombres adultos a niñas adolescentes: cambios, tendencias e interrogantes sobre los casos atendidos por el Servei Trànsit de 2012 a 2021*³. Tanto los resultados como los interrogantes que plantea el informe ya han sido mencionados y recogidos incluso en el documento de posicionamiento hecho público por el Consejo del Colegio de Médicos catalanes el pasado viernes 20 de enero sobre la diversidad de género en las personas menores de edad⁴. Un documento que, incluso sin compartir completamente nuestra posición sobre la consideración de la «condición trans» como un fenómeno socialmente construido y avalado por grandes intereses médico-farmacéuticos, declara claras varias cuestiones fundamentales:

- Que hay que priorizar las herramientas de abordaje psicológico por encima del farmacológico en el caso de los menores siguiendo la experiencia de países como Reino Unido, Suecia, Finlandia, Francia y Australia;
- Que la evidencia científica sobre los beneficios de bloqueadores de la pubertad es escasa y que hay que tener en cuenta que tanto los fármacos bloqueadores de la pubertad como la terapia hormonal de afirmación (es decir, la que intenta lograr modificaciones físicas para parecer del otro sexo) se utilizan fuera de ficha técnica, lo que se conoce como *off label*. Esto quiere decir que ninguno de estos fármacos está aprobado para su uso en los casos de disforia en el registro de medicamentos, siendo además fármacos que tienen efectos adversos y carecen de suficientes estudios a largo plazo;

²Adhesión al Comunicado de Profesionales Sanitarias frente a las leyes y protocolos «trans»: <https://bit.ly/3oRPb4T>

³Véase el informe completo y los documentos resumen de los principales resultados aquí: <https://feministes.cat/es/publicaciones/informe-transit-cataluna-2022>

⁴Véase el documento completo aquí: <https://www.ccmc.cat/ca/publicacions/home>



- Basándose en los datos del informe realizado sobre el Servei Trànsit en Cataluña, también exponen que no se conocen las causas del aumento exponencial de casos de menores y, en especial, del aumento entre las adolescentes, ni las causas de los casos de comorbilidad;
- Que la demanda de un o una menor sobre la «incongruencia de género» debe ser acogida y acompañada adecuadamente desde una perspectiva evolutiva y desde una atención integral interdisciplinaria evaluando su malestar, sus necesidades y las de su entorno.

Es decir, recomiendan interrogarse en primer lugar sobre el origen del malestar, como reclamamos las profesionales feministas. De manera que proponen una evaluación integral por equipos multidisciplinares y no prescribir tratamientos con los que los profesionales no estén familiarizados -según exponen literalmente-, ni están avalados por la evidencia científica, ni por la comunidad médica.

Los datos que presentaremos a continuación intentan ofrecer un panorama sobre lo que ocurre en el conjunto del Estado, teniendo en cuenta la complejidad y las limitaciones que ha supuesto el análisis por las razones que se exponen a continuación.

A lo largo del año 2022 se han ido recibiendo, con cuantagotas y no sin varias reclamaciones e insistencias, diversas respuestas de las CC.AA. Hemos recibido respuestas denegando la solicitud por impropia, y faltando por lo tanto al derecho de acceso a la información pública -por supuesto, anonimizada; o bien, respuestas que alegan la inexistencia de una base de datos sobre el particular. Hemos recibido, también, el silencio absoluto como respuesta por parte de los siguientes territorios del Estado: Andalucía⁵, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, La Rioja, Ceuta y Melilla.

En total, hemos recibido respuesta de 13 CC.AA. (Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Navarra, Madrid, Murcia, País Vasco y Comunidad Valenciana), aunque ninguna de ellas se ha ajustado a la solicitud⁶. Nos han remitido datos sin desagregar por sexo ni por edad, o bien por grupos de edad demasiado grandes que mezclan etapas distintas del desarrollo vital; o bien sin registrar el sexo; datos solamente sobre algunos años; datos de tratamientos hormonales e intervenciones quirúrgicas sin que se conozca a quién se han aplicado, y serias limitaciones como estas. En este sentido, téngase en cuenta que hemos adaptado la terminología empleada por algunas fuentes cuando se refiere a las personas (mujeres trans = hombres; hombres trans = mujeres). Esas fuentes de datos están referenciadas en todos los apartados que muestran gráficos y tablas sobre las CC.AA.

⁵Información suplida con algunos datos que sí pudo obtener y han sido cedidos por la Agrupación Amanda.

⁶La comunidad de Aragón no ha sido incluida en el presente informe debido a la baja calidad de los datos recibidos. En el caso de la Comunidad de Madrid, se han incluido los pocos datos recibidos.

3 Primeras consultas

3.1 Andalucía

Análisis de los datos remitidos por el Servicio Andaluz de Salud sobre endocrinología de las Unidades de Atención a Personas Transexuales (UAPT)

3.1.1 De Atención Primaria a Endocrinología

En Andalucía, las personas de todas las edades que dicen ser trans* y requieren tratamientos bloqueadores de la pubertad o con hormonas de sexo cruzado, deben comunicarlo en consultas de Atención Primaria (Medicina de Familia o Pediatría, según la edad). «Una vez que la persona transexual expresa en la consulta de Atención Primaria su necesidad de empezar un tratamiento para adecuar sus características sexuales secundarias a su identidad de género, se aplica, según la edad, cada uno de los Procesos Asistenciales Integrados mencionados para que reciba la atención sanitaria más oportuna posible».

A partir de la Ley 2/2004, las y los pacientes que desean tratamientos bloqueadores de la pubertad o con hormonas cruzadas, se derivan al servicio de Endocrinología de la UAPT. En el caso de que manifiesten que experimentan «rechazo social, transfobia u otros problemas» en familia, centro educativo o en su entorno, podrían ser derivadas también a la unidad de Salud Mental.

En cada una de las 8 provincias andaluzas existe una UAPT integrada por uno o más hospitales. Las personas menores de 14 años son atendidas en las UAPT de Almería, Cádiz, Granada (menores de Granada y Málaga), Jaén y Sevilla (menores de Sevilla, Huelva y Córdoba).

Esta información viene recogida en la guía de información sobre Atención Sanitaria a las Personas Transexuales⁷, en la que, además queda recogido que no se apliquen códigos diagnósticos a la transexualidad. (imagen 1). Existe, paralelamente, la correspondiente guía de Atención Sanitaria a personas transexuales en la Infancia y la Adolescencia⁸.

Imagen 1: Evolución del número de personas atendidas en Andalucía, 2012-2021

- Informar, en caso de demanda clara, del tratamiento para evitar el desarrollo de caracteres sexuales secundarios no deseados (bloqueo de la pubertad) y/o propiciar el desarrollo de caracteres sexuales secundarios deseados (tratamiento hormonal cruzado).
- No aplicar códigos diagnósticos de enfermedad a la transexualidad.
- Nunca establecer, como requisito previo, al inicio de la terapia hormonal o las intervenciones quirúrgicas un proceso de evaluación por la Unidad de Salud Mental.
- Promover el acompañamiento y apoyo psicoemocional, a la persona transexual y/o a su familia si lo desea, durante todo el proceso de tratamiento.
- Realizar derivación a la Unidad de Atención a Personas Transexuales

⁷Véase: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/guia_transexuales.pdf

⁸Véase: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/pa_3_pai-transex-infancia.pdf

3.1.2 Menores de 14 años

Las personas con menos de 14 años que requirieron por primera vez atención en endocrino son menos numerosas que las de 14 años o más, algo por otra parte consecuente con el hecho de que hay más población de más de 14 que de 9 a 14, que es el rango de edad de las y los menores que solicitan bloqueadores de la pubertad e incluso hormonas de sexo cruzado. Sin embargo, el número crece más deprisa en las menores de 14, con un incremento del 255 % en solo 2 años, período 2019-2021 (gráfico 1 y gráfico 2).

Gráfico 1: Porcentaje de menores de 14 atendidos en Andalucía 2015-2021

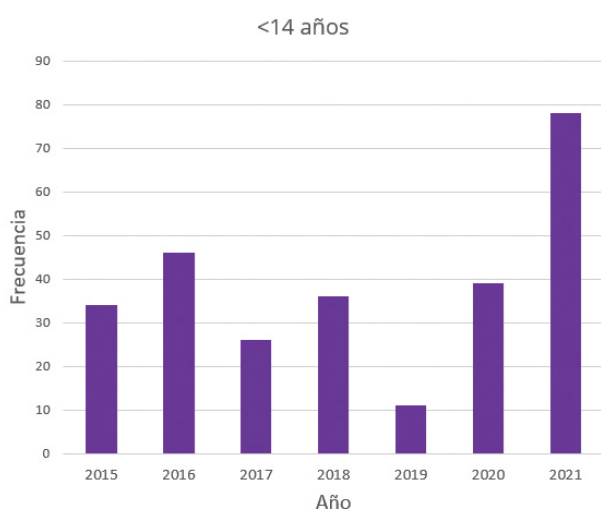
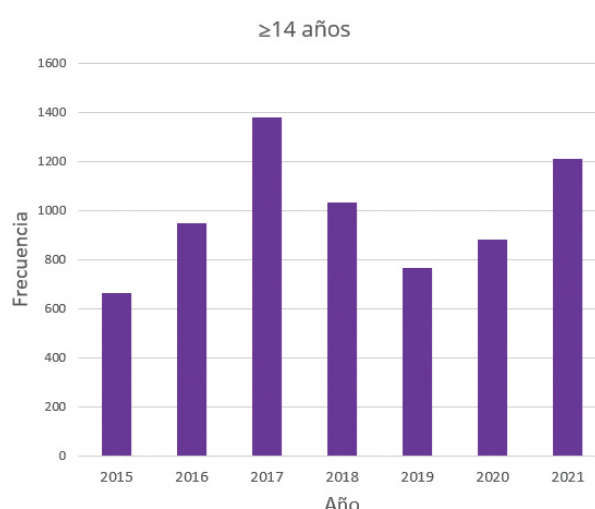


Gráfico 2: Mayores de 14 atendidos en Andalucía 2015-2021



De una población dividida en estos dos grandes grupos de edad no podemos obtener más información, ni sobre el sexo de esas personas ni sobre menores de edad en el grupo que engloba de 14 años a la mayoría de edad.

3.1.3 Mujeres y menores de edad

El incremento en menores de edad podemos conocerlo mediante las primeras visitas a endocrino de la UAPT de Málaga, que dejó de atender una parte de menores (<14 años) a partir de 2014 cuando se distribuyeron en otras cuatro provincias. Desde 2016 el porcentaje de menores sobre todas las personas atendidas crece de forma continua hasta el 610 % en octubre de 2022, pasando del 10 % a casi la mitad de todas las personas atendidas (gráfico 3). En el período 1999-2009 los menores de edad constituían el 8 % del total de pacientes.

Respecto al sexo de las personas atendidas, las mujeres de cualquier edad han pasado de ser el 29 % de todas las personas atendidas en 2010 al 52 % en los primeros 10 meses de 2022 (gráfico 4).

En cuanto a menores de edad, las mujeres, fueron aumentando su proporción hasta que en 2017 superan en porcentaje a los hombres y continúan a un nivel superior hasta el último año reportado (gráfico 5).



Gráfico 3: Porcentaje de menores atendidos en Andalucía 2010-2022

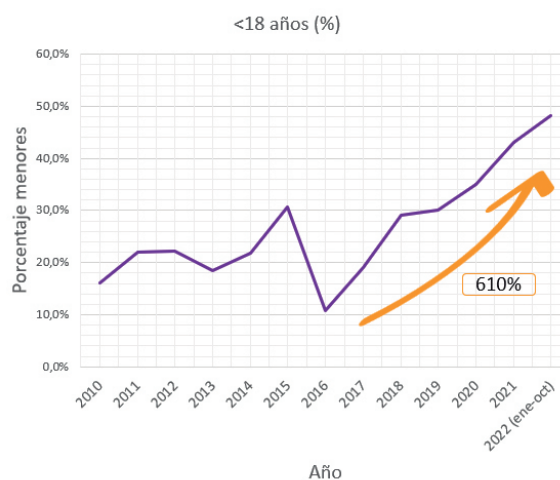


Gráfico 4: Porcentaje de mujeres y hombres atendidos en Andalucía 2010-2022

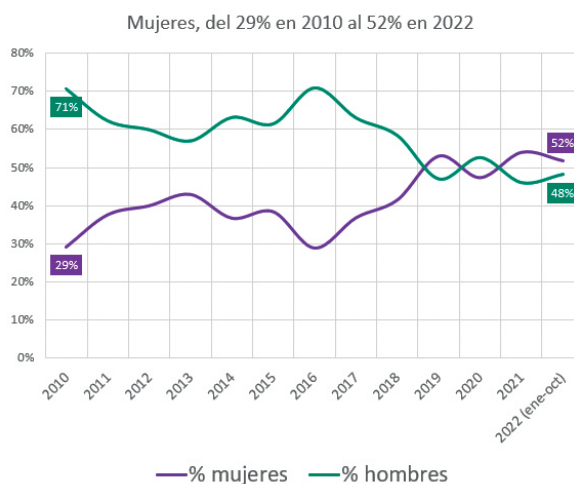
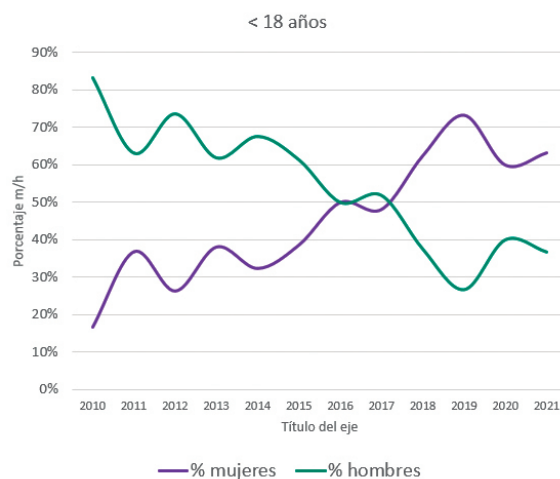


Gráfico 5: Porcentaje de menores atendidos en Andalucía por sexo 2010-2022





3.2 Asturias

Análisis de los datos remitidos por el Servicio de Salud del Principado de Asturias sobre las Unidades de Tratamiento de Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA)

La UTIGPA, situada en un centro hospitalario de Avilés, se crea en 2007. Los datos que nos han facilitado abarcan hasta 2018, cuando aún no se había producido el segundo y más grande boom de personas atendidas en el resto de CC.AA. (período 2020-2021). No nos han proporcionado evolución temporal, sino datos estáticos del período.

Antes de mostrar el análisis de la información recibida, mencionamos la única referencia que recoge datos específicos por año, «Ratio sexo/género de los adolescentes con disforia de género de la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género de Asturias»⁹, que subraya que el último año del período 2016-2018 fue el que tuvo mayor demanda de menores de edad.

Los datos recibidos comprenden el período 2007-2018 y el número de personas atendidas en la UTIGPA es de 341. En las siguientes tablas, anotamos los datos con las mismas expresiones¹⁰ del escrito recibido. Posteriormente las adaptamos para los gráficos al método que utilizamos en este informe para referirnos al sexo: «mujer», «hombre» y «sin datos».

Personas atendidas en Asturias

Tabla 1: Número de personas atendidas por sexo

Sexo	Número
Mujeres	80
Hombres	124
Estado intersexual	137

Tabla 2: Porcentaje de personas atendidas por edad

Menores de 18	10 %
Entre 18 y 30	39 %
Entre 31 y 49	37 %
Mayores de 50	4 %

Tabla 3: Porcentaje de desistimientos

Estado de tratamiento	
Continúan	59 %
Abandonan	35 %
Excluidas	6 %

Los pocos datos que hemos recibido de Asturias, aun sin ley trans autonómica, permiten observar nuevamente las tendencias que se van repitiendo: de las 341 personas atendidas entre 2007 y 2018, la mayoría son jóvenes entre 18 y 30 años, seguidos del grupo de 31 a 50 (gráfico 6), y en la mayoría de los casos no consta el sexo de la persona atendida. En los casos en los que sí consta, predominan los hombres (gráfico 7). Recordemos que el punto de inflexión de la dinámica de crecimiento y perfil demográfico por sexo que estamos observando empieza generalmente después de 2017-2018.

Asturias es la única comunidad que nos proporciona casos de desistimiento, es decir, de personas que tras las primeras consultas abandonan sin llegar a iniciar tratamientos; y de exclusiones, es decir, personas en las que se valora no iniciar un tratamiento (gráfico 8). Solo

⁹Véase: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-ratio-sexo-genero-adolescentes-con-disforia-S1698031X20300273>

¹⁰El Servicio de Salud del Principado de Asturias no explicita la definición de «estado intersexual», presente en la Tabla 1.

Las leyes trans y el "modelo afirmativo" en España

Análisis descriptivo de su impacto en la salud de personas adultas y menores



el 59% de las personas que inician el proceso continúan para un tratamiento farmacológico o quirúrgico, este último derivado al Hospital Carlos Haya de Málaga.

Gráfico 6: Porcentaje de personas atendidas en Asturias por grupos de edad

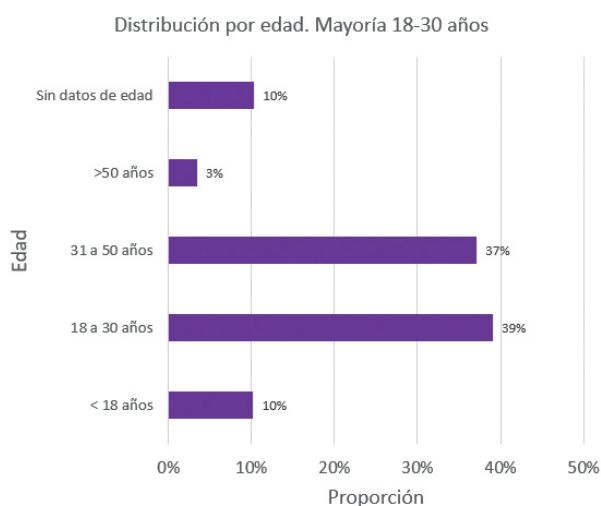


Gráfico 7: Porcentaje de personas atendidas en Asturias por sexo

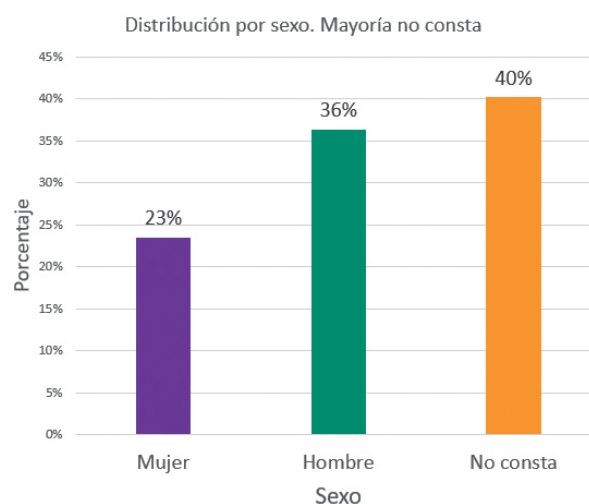
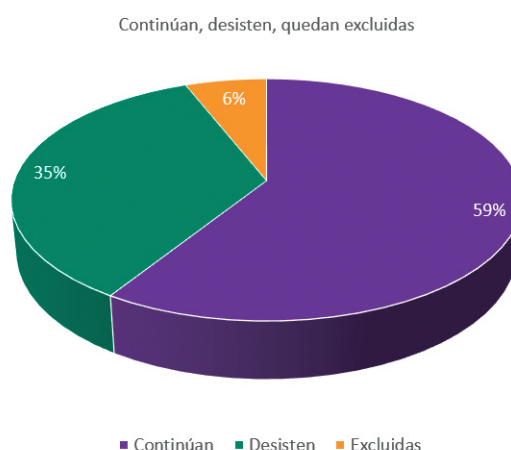


Gráfico 8: Porcentaje de transiciones y desistimientos en Asturias



En cuanto a menores de edad, aunque no nos proporcionan la línea de tiempo, el artículo «Ratio sexo/género de los adolescentes con disforia de género de la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género de Asturias»¹¹, referido al período 2016-2018, señala 2018 como el año en el que hubo más demandas, siendo de mujeres el 93%.

¹¹Fernández, Guerra, Revuelta, Villaverde. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-ratio-sexo-genero-adolescentes-con-disforia-S1698031X20300273>



3.3 Islas Baleares

Análisis de los datos remitidos por la Conselleria Salut i Consum

3.3.1 Cambio de nombre en la tarjeta sanitaria (2017-2021)

Veamos ahora qué nos dicen los datos proporcionados por la CA de las Islas Baleares. En primer lugar, aportan un dato interesante a partir de los cambios de nombre y sexo en la tarjeta sanitaria. En los datos por sexo y edad destaca, en todos los años sobre los que hay datos, el grupo de mujeres de 14-23 años (77%) y la insignificante incidencia por sexo y edad desde los 34 años en adelante (gráfico 9), una información que resalta, desde otra perspectiva en el gráfico 10.

Gráfico 9: Cambios de nombre en la tarjeta sanitaria por grupos de edad en Baleares, 2017-2021

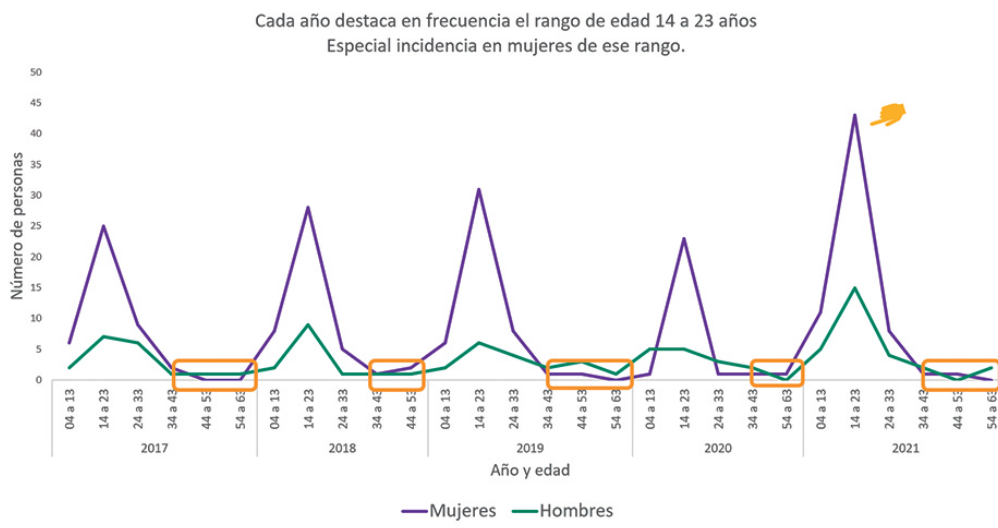
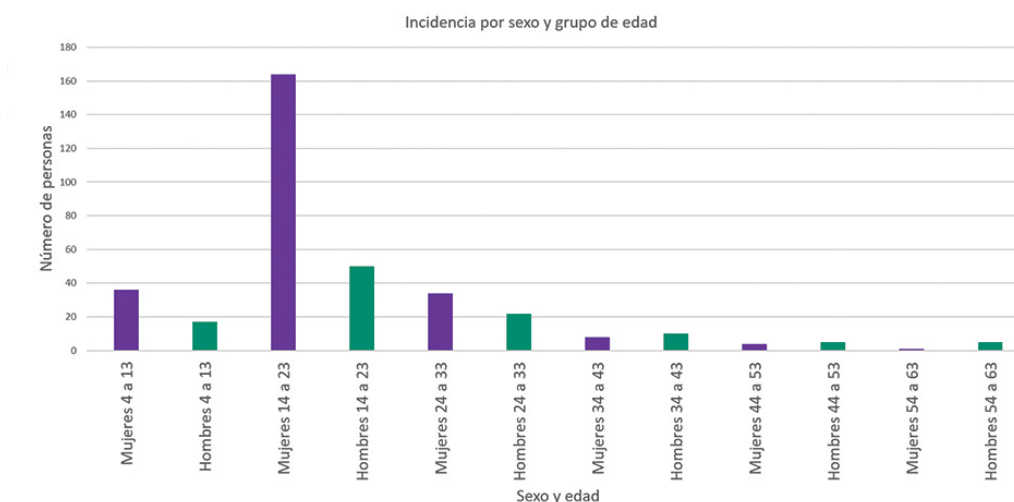


Gráfico 10: Incidencia de los cambios de nombre en la tarjeta sanitaria por sexo y edad en Baleares





3.3.2 Derivación desde Atención Primaria a especialidades

Endocrinología es la especialidad más demandada con el 66 % de todas las derivaciones de 2017 a 2021.

Gráfico 11: Derivaciones por especialidades de las personas atendidas en Baleares.

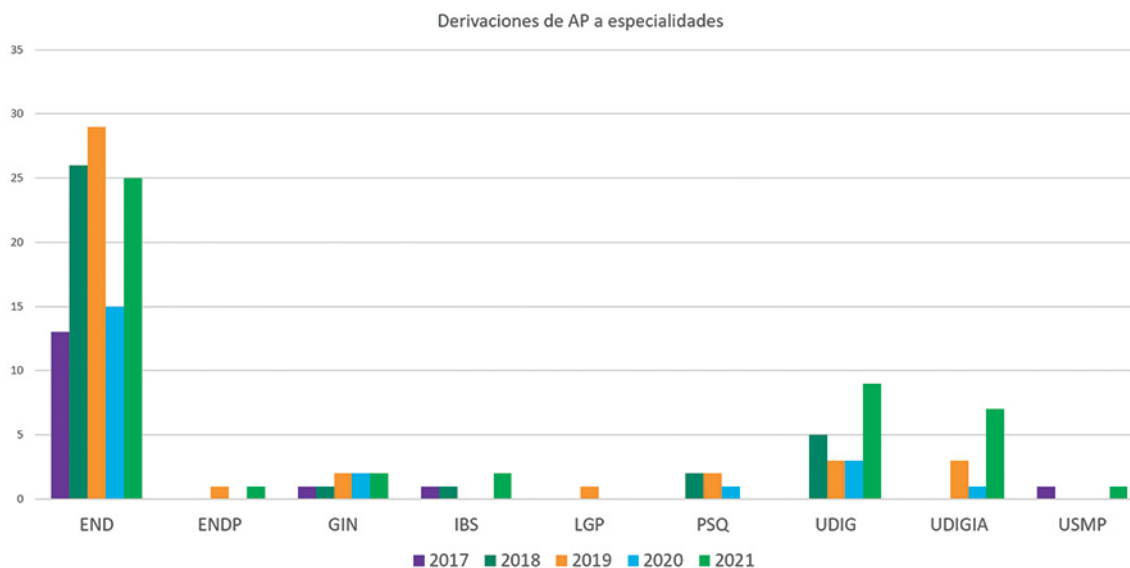


Tabla 4: Significado de los códigos de las especialidades en Baleares

Código	Especialidad
END	Endocrinología
ENDP	Endocrinología pediátrica
GIN	Ginecología
IBS	Institut Balear per a la salut mental de la infància i l'adolescència
LGP	Logopedia y foniatría
PSQ	Psiquiatría
UDIG	Unidad de Identidad de Género
UDIGIA	Unidad de identidad de género infantojuvenil
USMP	Unidad de salud mental pediátrica



3.4 Canarias

Datos remitidos por el Servicio Canario de Salud

En el caso de Canarias solamente tenemos datos de los años 2020 y 2021, pero hemos podido calcular los casos de personas atendidas, su distribución por sexo y el incremento de un año a otro. En las dos provincias canarias han sido atendidas 190 personas en 2020 y 647 en 2021. El incremento es espectacular (gráfico 12 y tabla 6) al tratarse de un solo año de distancia, pero lo más sorprendente es su distribución: aumenta, sobre todo, el número de personas que se autodefinen no binarias o que no saben / no contestan o no hay datos sobre su sexo (NB-NS-NC-SD) seguido de las mujeres y los hombres.

Tabla 5: Incremento interanual 2020-2021 de personas atendidas en Canarias por sexo

Sexo	%
Mujeres	177 %
Hombres	125 %
NB/NS/NC	3600 %

Tabla 6: Primeras consultas a psicología por edad en Canarias

	Las Palmas		Tenerife	
	2020	2021	2020	2021
Edad media	24	25	22	21
Máxima	66	62	57	58
Mínima	6	7	5	4
Mediana	21	22	18	18

Han recibido por primera vez atención psicológica 494 personas en ambas provincias en el período 2020-2021. De la edad, nos envían los datos de la siguiente tabla, en la que hay que destacar la corta edad de las personas más jóvenes (4 a 7 años), la media de edad entre 21 y 25 años y la mediana 3 o 4 puntos inferior a la media, lo que significa que hay más personas por debajo de la edad media que por encima. En el gráfico 13 vemos su distribución por sexo, con el mayor porcentaje de mujeres y un 4% personas sin datos.

Gráfico 12: Personas atendidas en Canarias por sexo y año

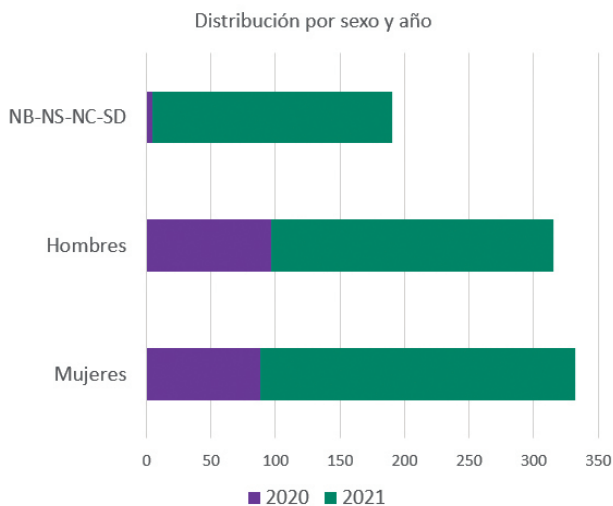
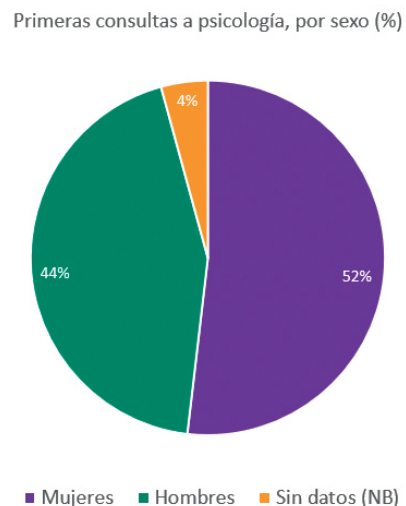


Gráfico 13: Primeras consultas a psicología por sexo en Canarias

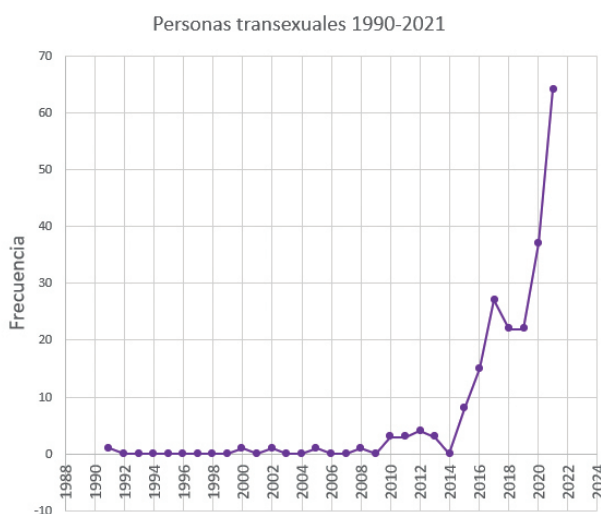


3.5 Cantabria

Análisis de los datos remitidos por el Servicio Cántabro de Salud sobre las consultas de psico-sexología

En Cantabria nos proporcionan datos de personas transexuales, en terminología de la fuente, atendidas a través de consulta de psico-sexología. Es importante destacar, como muestra el gráfico 14, el incremento de personas atendidas entre 2015 y 2021, que es del 700 %.

Gráfico 14: Personas atendidas en el área de psico-sexología de Cantabria, 1990-2021



La distribución por edad y sexo en Cantabria arroja las siguientes tendencias: la edad predominante se sitúa entre los 16 y los 20 años (gráfico 15), y las mujeres son el 49% de los casos (gráfico 16). También se registra el 15% de una categoría en proceso de definición de la identidad de género.

Gráfico 15: Distribución por edad de personas atendidas en Cantabria

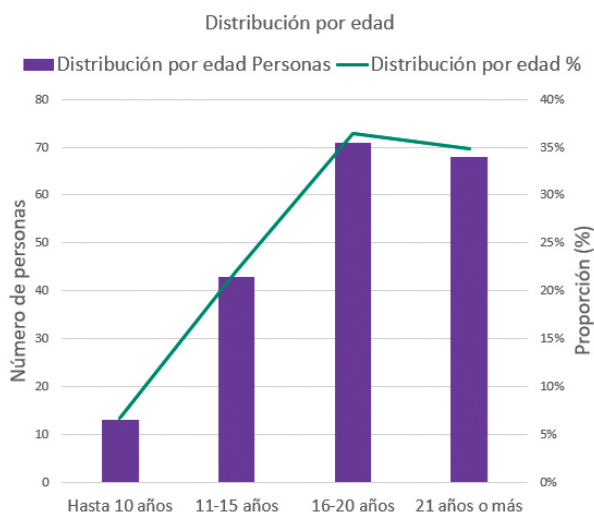
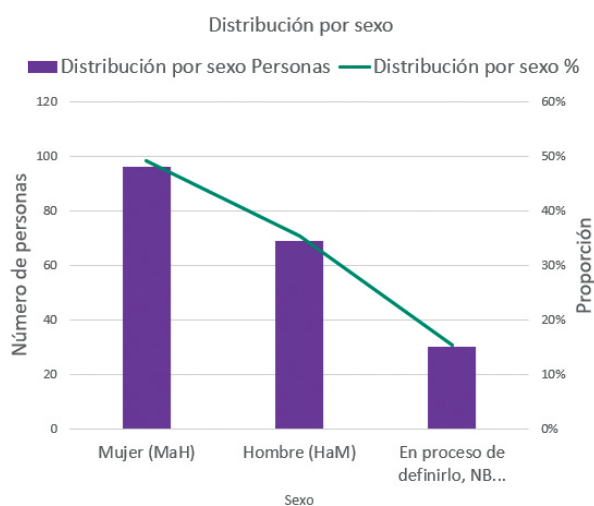


Gráfico 16: Distribución por sexo de personas atendidas en Cantabria





3.6 Castilla y León

Análisis de los datos remitidos por la Consejería de Sanidad sobre las consultas en la UIG

Castilla y León cuenta con tres UIG, ubicadas en el Complejo Asistencial Universitario de Burgos (CAUBU), Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUVA) y Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA), que fueron constituidas en 2019 para dar cobertura a todo el territorio de Castilla y León. La información proporcionada corresponde a la actividad realizada en dichas unidades desde ese año, así como los datos registrados por los hospitales de Salamanca y Clínico de Valladolid, de personas atendidas desde 2012 y 2014, respectivamente.

En Castilla y León, que no dispone de ley trans autonómica ni de protocolos trans vigentes, el 62 % de nuevos pacientes entre 2012 y 2021 son mujeres (gráfico 17), aunque el número de hombres ha aumentado más rápidamente con un incremento de 1400 % en el período (gráfico 18).

Gráfico 17: Personas atendidas en Castilla y León por sexo, 2012-2021

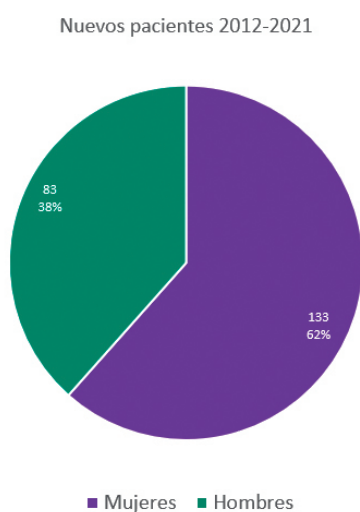
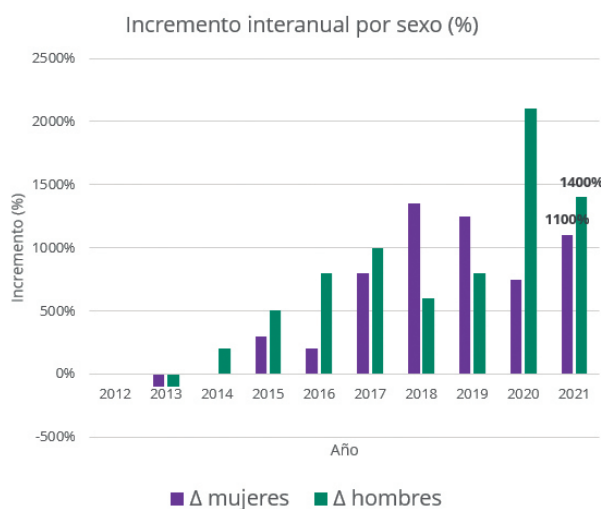


Gráfico 18: Incremento interanual de las personas atendidas en Castilla y León por sexo





3.7 Cataluña

Análisis de los datos remitidos por el Departament de Salut sobre el Servei Trànsit

Ahora veremos algunos datos clave procedentes del informe sobre el Servei Trànsit de Cataluña. En este primer gráfico (gráfico 19) se observa el aumento de más del 7000% en el número de personas atendidas en 10 años. Los casos de 2021 suponen un 40% más que en 2020. El gráfico 20 muestra crecimiento y variación en el perfil por edad y sexo de los casos atendidos: cada vez más mujeres, cada vez más menores.

Gráfico 19: Personas atendidas en Cataluña 2012-2021

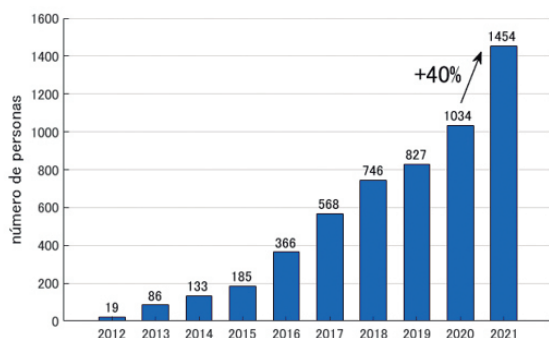


Gráfico 20: Menores de 25 años atendidos en Cataluña por grupos de edad, 2012-2021

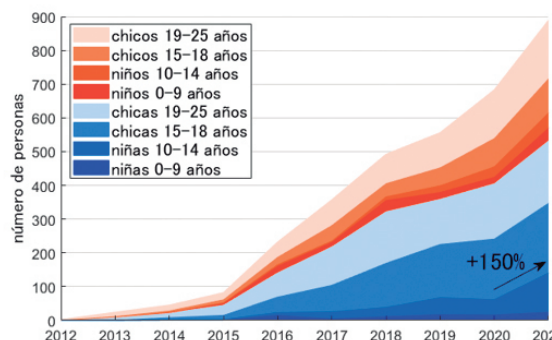


Gráfico 21: Personas atendidas en Cataluña por sexo, 2012-2021

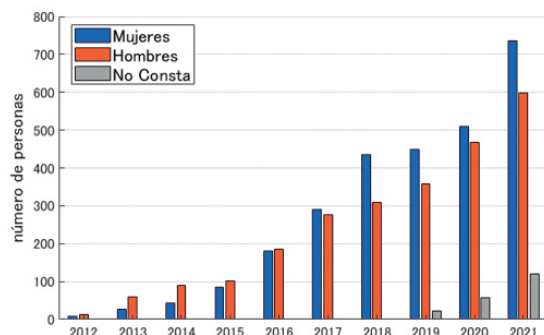
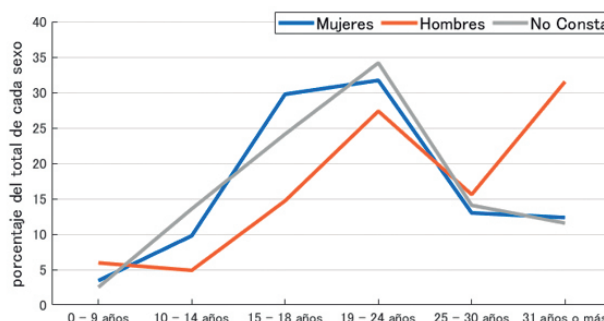


Gráfico 22: Porcentaje de personas atendidas en Cataluña por grupos de edad



En los gráficos 21 y 22 observamos el crecimiento sostenido a lo largo de la serie de diez años, con un perfil claro de sexo y edad, y un preocupante aumento del no registro del sexo, que por la tendencia de los datos registrados bajo esta categoría, corresponde probablemente

Las leyes trans y el "modelo afirmativo" en España

Análisis descriptivo de su impacto en la salud de personas adultas y menores



a casos de niñas y mujeres, de manera que el aumento de los casos de niñas y mujeres es incluso más alto del que observamos.

A pesar de sus limitaciones, al tratarse de la serie de datos más completa de las que disponemos sobre casos atendidos entre las CC.AA. de las que tenemos datos, se ha podido establecer el claro patrón demográfico de sexo y edad que revela casuísticas muy distintas: predominio de varones hasta los 9 años, claro predominio de niñas, adolescentes y jóvenes hasta los 30 años, y claro predominio de hombres adultos a partir de esa edad, como muestra el gráfico 23.

Y, finalmente, vemos con mayor detalle el caso de las niñas y adolescentes entre 10 y 14 en Cataluña con un aumento del 5.700% entre 2015 y 2021. Un dato que no puede dejar indiferente a la sociedad y las autoridades, que también se revela en la mayoría de las CC.AA., como se puede observar.

Gráfico 23: Distribución de las personas atendidas en Cataluña por sexo

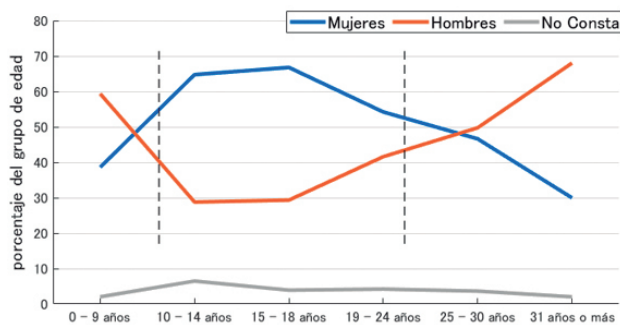
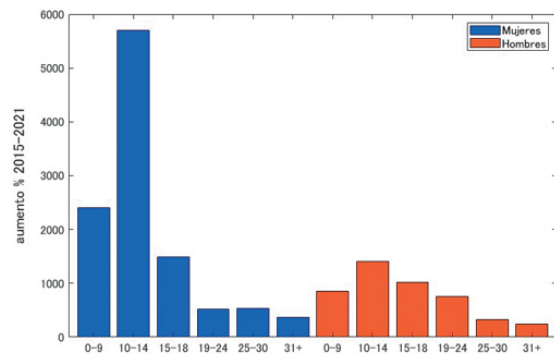


Gráfico 24: Incremento de las personas atendidas en Cataluña por grupos de edad





3.8 Comunidad de Madrid

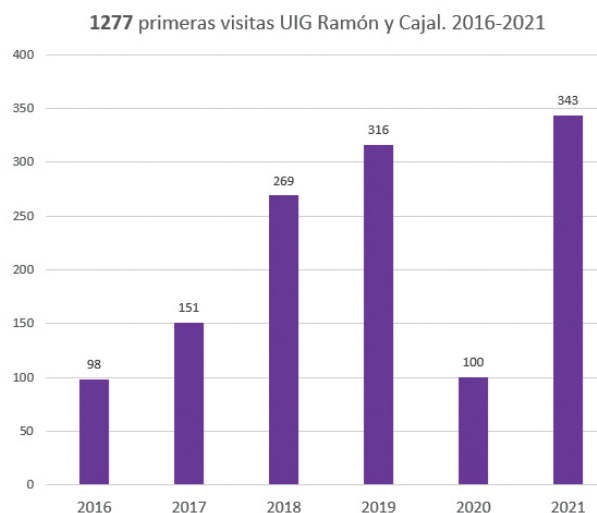
Análisis de los datos remitidos por la Dirección General del Proceso Integrado de Salud de la Consejería de Sanidad

También los pocos datos que tenemos de la Comunidad de Madrid proceden de los obtenidos por la Agrupación Amanda. El número de primeras visitas para consultas de Identidad de género entre 2016 y 2021 ha sido de 1277, con un incremento del 250%. Por otra parte, entre enero y agosto de 2022, de un total de 848 visitas a Endocrinología desde las unidades de identidad de género de 6 hospitales públicos, casi la mitad fueron primeras consultas.

Tabla 7: Primeras consultas a Endocrinología enero-agosto 2022 en la Comunidad de Madrid

Hospital	Núm.
H.U. Ramón y Cajal	190
H.U. de Getafe	8
H.U. de Móstoles	1
H.U. Clínico San Carlos	34
H.G.U. Gregorio Marañón	45
F. Jiménez Díaz	28
Total general	306

Gráfico 25: Primeras visitas UIG Ramón y Cajal, 2016-2021



3.9 Región de Murcia

Análisis de los datos remitidos por la Consejería de Salud

3.9.1 Menores (2017-2022, hasta julio). HCUVA.

Para la Región de Murcia no disponemos de datos de menores atendidos en endocrino infantil del HCUVA desagregados por año, lo que ha impedido calcular incrementos. Solo podemos decir que el 60 % han sido niñas (gráfico 26) y que el 79 % han sido menores entre los 11 y los 18 años entre 2017 y julio de 2022.

Gráfico 26: Menores atendidos por endocrino infantil en la Región de Murcia por sexo, 2017-2022

Menores atendidos en endocrino infantil. Por sexo. 2017 a julio 2022

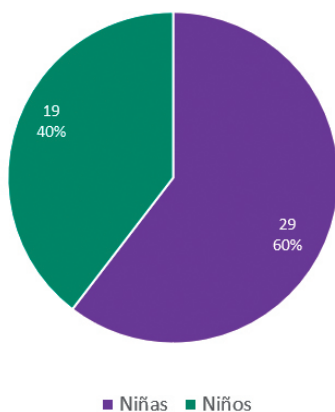


Gráfico 27: Menores atendidos por endocrino infantil en la Región de Murcia por edad, 2017-2022

Menores atendidos en endocrino infantil. Por edad. 2017 a julio 2022

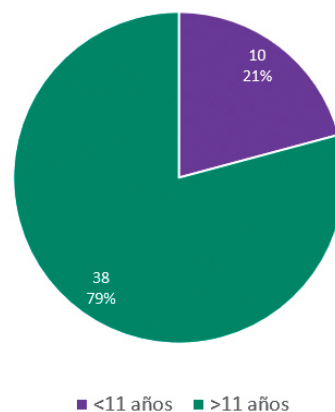


Gráfico 28: Personas atendidas en la Región de Murcia por sexo

Por sexo. Mayoría mujeres

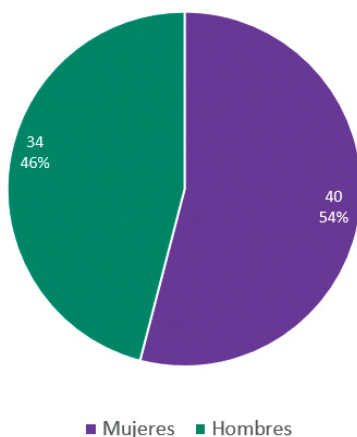
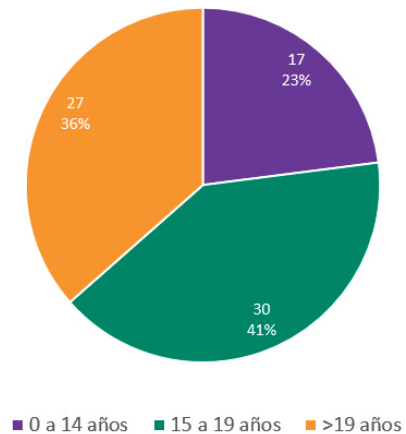


Gráfico 29: Personas atendidas en la Región de Murcia por edad

Por edad, mayoría 15-19 años





3.9.2 Todas las edades (julio 2021 - julio 2022) HMM.

En el conjunto de personas atendidas de todas las edades en endocrino del Hospital Morales Meseguer, predominan las mujeres (gráfico 28, en la página anterior), y que por edad predomina el grupo de 15 a 19 años (gráfico 29, en la página anterior). El rango >19 abarca muchas edades, mientras que el 15-19 contiene solo 5 y, sin embargo, en él se centra la mayor parte de los tres rangos, de lo que se infiere una alta concentración de personas en torno a los 15-19 años en un período de solo un año de duración.

3.10 Comunidad Foral de Navarra

Análisis de la información recibida del Servicio Navarro de Salud

«Las cifras de pacientes atendidos en las Unidades de Transexualidad en los últimos diez años se refieren a la incidencia a lo largo de este período, personas atendidas como nuevas cada año en la UNATI (Unidad de Atención a los Trastornos de Identidad de Género del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea-SNS-O del 2011 al 2017) y TRANSBIDE¹² (Actual Unidad de Transexualidad, Transgénero e Intersexualidad del SNS-O desde 2018), y desagregadas por sexo.»

Entre 2012 y 2021 y utilizando los términos empleados por la fuente, han sido atendidas 304 personas transexuales, de las cuales 139 serían mujeres y 165 hombres. Aunque en nuestra solicitud pedíamos expresamente los datos por sexo, no por sexo sentido, + una vez realizado un primer análisis sobre los mismos, deducimos que se trataría de 165 mujeres y de 139 hombres.

Se observa claramente el efecto multiplicador de 2015, 2017 y 2020, que ya hemos observado en series anuales de otras comunidades autónomas, sobre los años sucesivos (gráfico 30). El incremento exponencial entre 2012 y 2021 es del 3600% en mujeres y del 250% en hombres (gráfico 31).

Gráfico 30: Personas atendidas en Navarra por sexo, 2012-2021

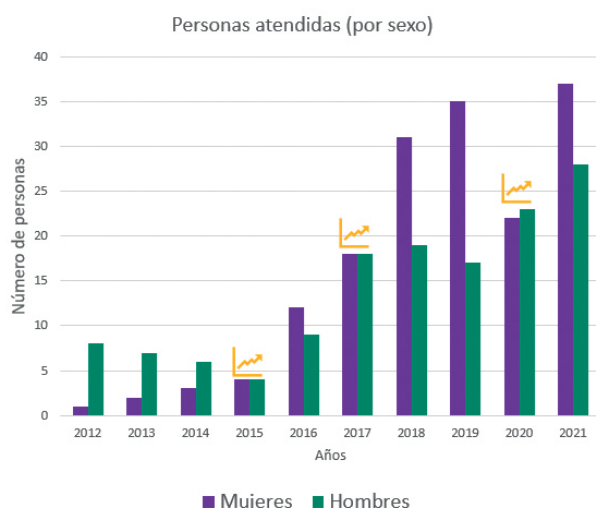
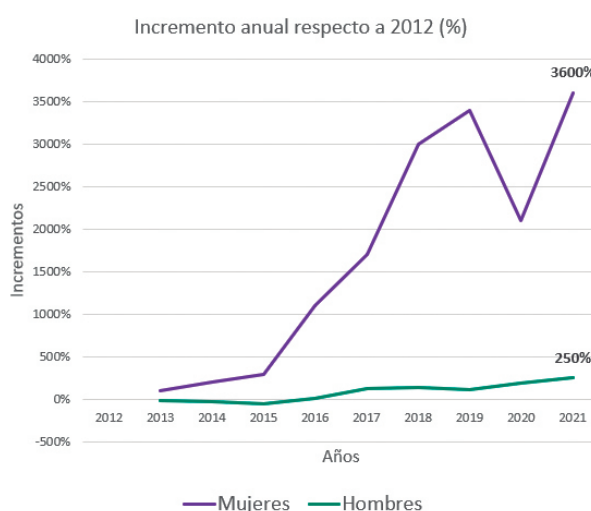


Gráfico 31: Incremento de personas atendidas en Navarra por sexo



¹²El nuevo modelo de atención de Transbide, regulado mediante Orden Foral, establece la libre autodeterminación de la identidad sexual, derecho que no podrá ser limitado, restringido, dificultado o excluido, debiendo interpretarse y aplicarse las normas siempre a favor del libre y pleno ejercicio del mismo. Los tratamientos médicos o quirúrgicos necesarios para el mejor desarrollo de la identidad sentida se realizarán a demanda de la persona interesada, previa entrevista de acogida, validación y acreditación de su condición de transexualidad mediante la oportuna autodeclaración. Ya no será precisa la intervención de especialistas en psiquiatría ni la inclusión de un diagnóstico codificado en el ámbito de la salud mental.

3.11 País Vasco

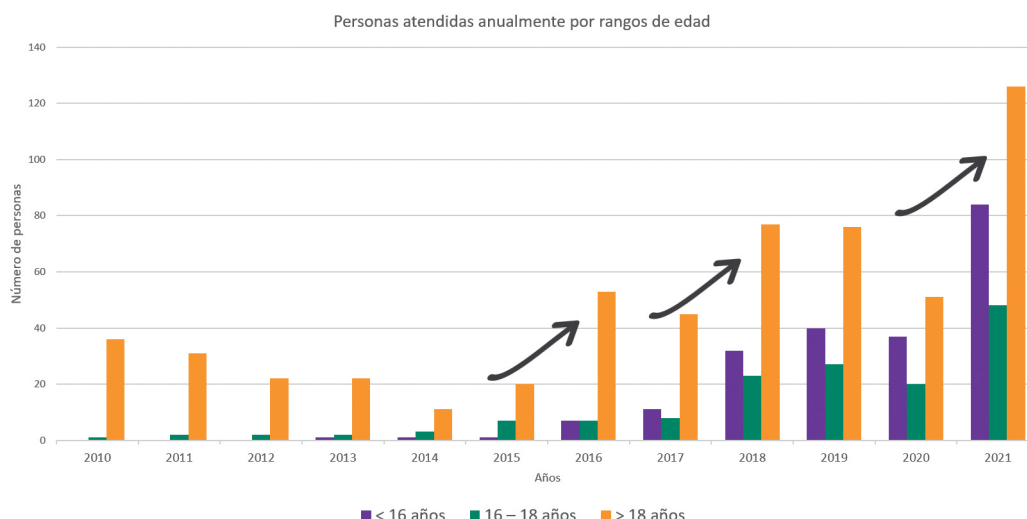
Análisis de la información recibida del Departamento de Salud del País Vasco

A los datos correspondientes al período 2010-2020 que hemos recibido en Confluencia Movimiento Feminista, hemos agregado la serie 2021 de los obtenidos por la agrupación Amanda.

3.11.1 Personas atendidas en la UIG

Entre 2010 y 2021 han sido atendidas 934 personas. A partir de los datos del País Vasco hemos podido calcular un incremento sostenido con tres importantes saltos cuantitativos, 2015-2016, 2017-2018 y 2020-2021 (gráfico 32).

Gráfico 32: Personas atendidas anualmente en el País Vasco por rangos de edad, 2010-2021



En el gráfico 33 analizamos qué grupos de edad han intervenido en mayor o menor medida en esos saltos, viendo los incrementos porcentuales que cada grupo de edad ha experimentado. El año multiplicador 2015 lo provoca el grupo <16 (que a partir de 2016 tiene un incremento sostenido superior a los otros dos grupos), mientras que en 2017 y 2020 el auge de personas atendidas viene determinado por el grupo <16 seguido del 16-18. Los incrementos en >18 años, por su irrelevancia, no intervienen en los saltos cuantitativos del conjunto. En este gráfico podemos apreciar, además, que el incremento en el período es mayor cuanto menor es la edad. Hay que tener en cuenta que el de <16 se produce entre 2013 y 2021, ya que antes no hubo ninguna persona atendida en ese rango de edad.

3.11.2 Primeras consultas en especialidades de la UIG

Endocrinología ha tenido un incremento porcentual constante desde 2010, para desembocar con el 1800% en 2021. En el siguiente gráfico se muestran todos los incrementos, que son negativos en Ginecología y Urología.

Las leyes trans y el "modelo afirmativo" en España

Análisis descriptivo de su impacto en la salud de personas adultas y menores



Gráfico 33: Incrementos anuales de personas atendidas en el País Vasco respecto al primer año

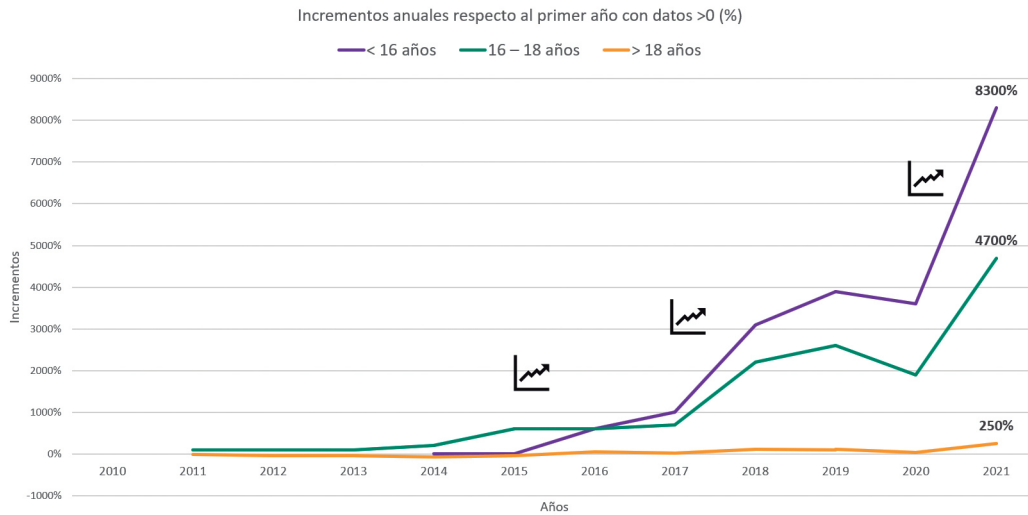
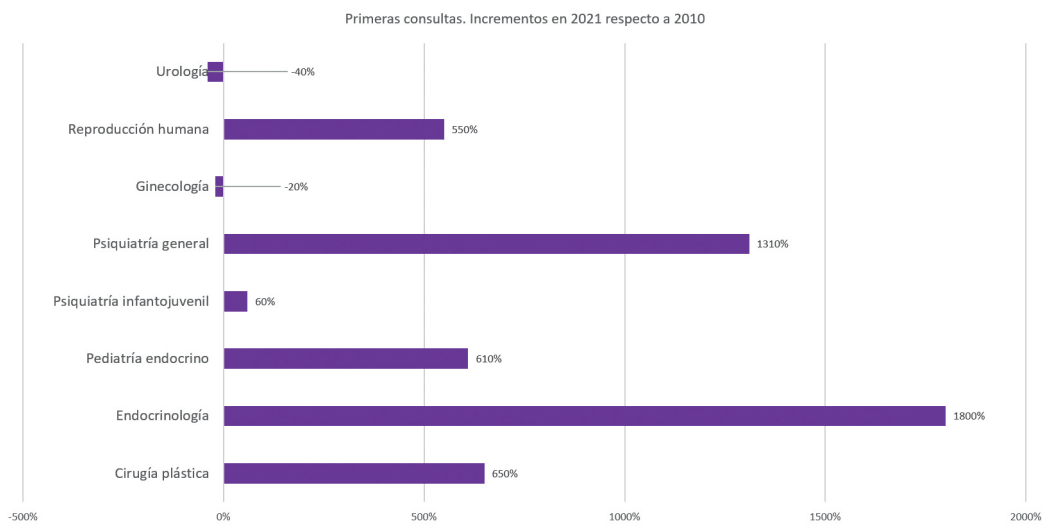


Gráfico 34: Incrementos de las primeras consultas del 2012 al 2021 en el País Vasco





3.12 Comunidad Valenciana

Análisis de la información remitida por la Dirección General de Asistencia Sanitaria sobre las personas atendidas en Cex y Salud Mental

De la Comunidad Valenciana tenemos datos de personas atendidas en consultas externas y salud mental relacionados con disforia de género entre 2012 y 2021, con un crecimiento exponencial a partir de 2015 (gráficos 35 y 36), y entre 2017 y 2018 ya con más mujeres que hombres (gráfico 36).

Gráfico 35: Evolución de las personas atendidas en la Comunidad Valenciana, 2012-2021

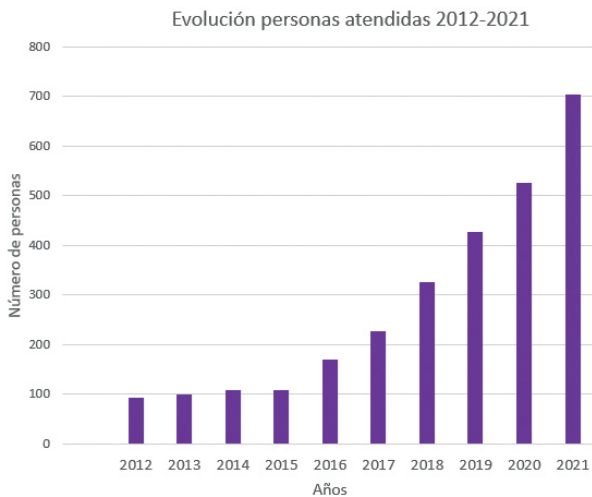


Gráfico 36: Personas atendidas en la Comunidad Valenciana por edad y sexo

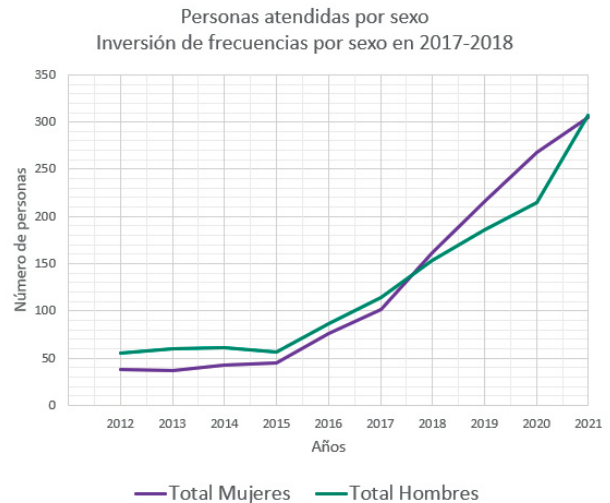


Gráfico 37: Evolución de las personas atendidas en la Comunidad Valenciana por sexo, 2012-2021

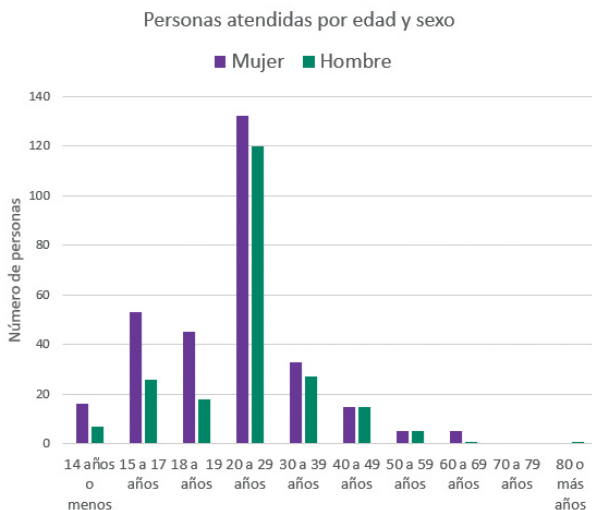
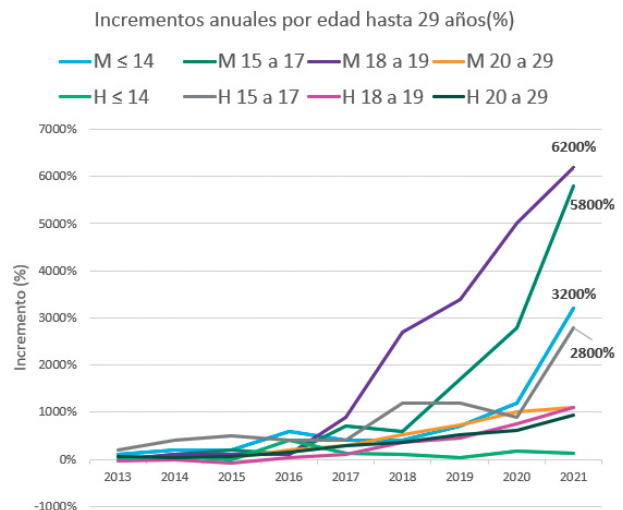


Gráfico 38: Incrementos anuales por edad hasta 29 años en la Comunidad Valenciana, 2013-2021



Las leyes trans y el "modelo afirmativo" en España

Análisis descriptivo de su impacto en la salud de personas adultas y menores

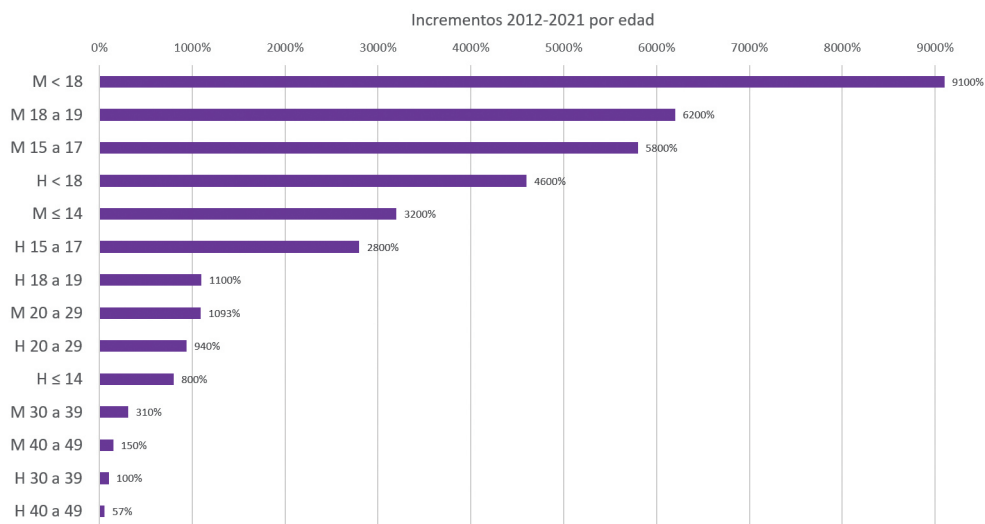


Los gráficos 36 y 37 (en la página anterior) muestran también muy claramente el patrón que se repite cuando se dispone de series de datos desagregados por sexo, edad y año. En el conjunto de la serie temporal, el grupo de edad joven de 20 a 29 años, seguido de los grupos de edad adolescentes, son los más numerosos, con un claro predominio de las mujeres. Entre los menores, como se observa en el gráfico 37, el crecimiento es constante y el número de casos de chicas ya supera al de los chicos entre 2017 y 2018.

Hemos visto la incidencia en número por edad. Dentro de un crecimiento generalizado, en el gráfico siguiente vamos a ver cómo se mueve cada grupo de edad, es decir, los aumentos que experimenta a lo largo del período. Los mayores incrementos porcentuales en 2021 respecto a 2012 se producen, en este orden, en: mujeres de 18 a 19 años, mujeres de 15 a 17 años, mujeres de 14 años o menos y hombres de 15 a 17 años. Cada grupo alcanza su incremento exponencial a partir de un año concreto, como se puede ver en el gráfico 38 (en la página anterior). 2020 es el punto de arranque para mujeres de 14 años o menores y para hombres de 15 a 17 años.

En el gráfico 39 están ordenados los incrementos significativos por edad hasta los 50 años. En la lista están incluidos, por su relevancia, los de menores de edad de ambos sexos. En resumen: en menores de edad, el mayor incremento se produce en mujeres. En mayores de edad, el mayor incremento se produce en las mujeres más jóvenes.

Gráfico 39: Incremento de las personas atendidas en la Comunidad Valenciana por edad





4 Bloqueadores de pubertad y hormonas cruzadas

En este capítulo nos centramos en los datos sobre los tratamientos administrados que han proporcionado algunas CC.AA. La fuente de información es la misma, para cada comunidad, que la indicada en el capítulo «Primeras consultas».

4.1 Canarias

En el caso de Canarias, de nuevo solo con datos de los años 2020 y 2021 se produce un incremento interanual del 31 % de los menores que inician tratamientos con bloqueadores de la pubertad y del 105 % de las personas que inician tratamientos con hormonas cruzadas.

4.2 Castilla y León

En Castilla y León, a pesar del número reducido de menores en terapia de supresión de la pubertad, se observa un crecimiento entre 2014 y 2021, superior en niños que en niñas (gráfico 40). En cuanto al número de personas que se someten a tratamientos con hormonas cruzadas, el aumento es también constante, con mucho mayor número de mujeres (gráfico 41).

Gráfico 40: Personas con terapia de suspensión de la pubertad en Castilla y León, 2012-2021

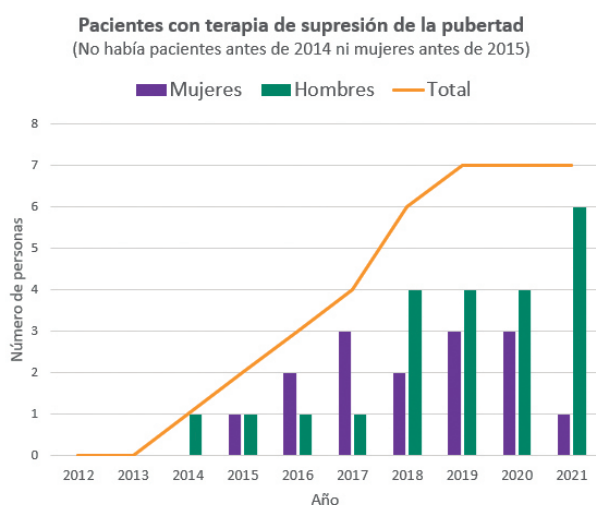
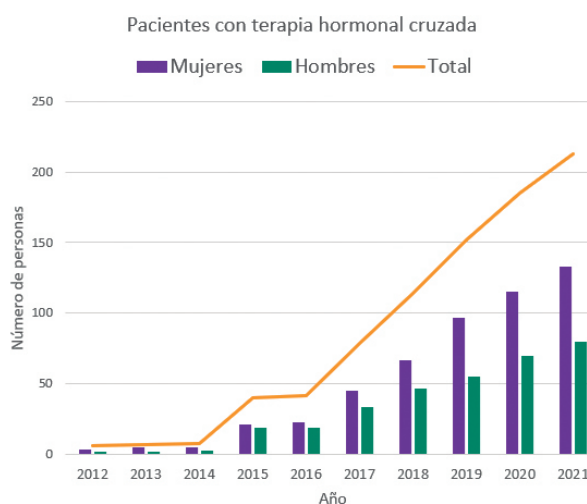


Gráfico 41: Personas con terapia hormonal cruzada en Castilla y León, 2012-2021

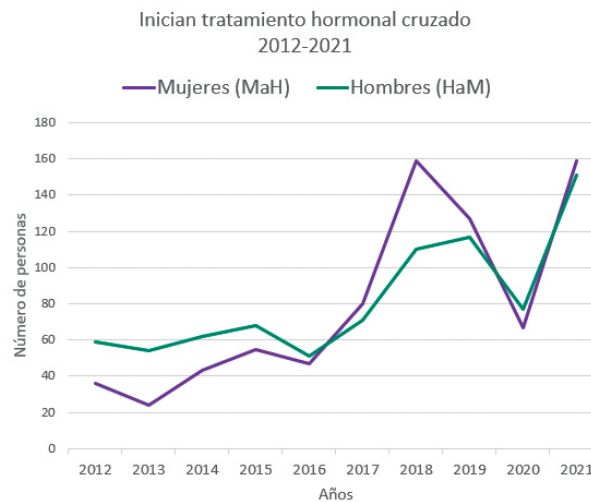




4.3 Comunidad de Madrid

En la Comunidad de Madrid, inician tratamiento con hormonas cruzadas cada vez un mayor número de personas, más mujeres que hombres, con dos puntos de inflexión al alza, en 2016 y 2020.

Gráfico 42: Personas que inician hormonación cruzada en la Comunidad de Madrid, 2012-2021



4.4 Región de Murcia

En la Región de Murcia, en los tratamientos con bloqueadores de la pubertad en menores entre julio de 2021 y julio de 2022 hay un claro predominio de las niñas (gráficos 43 y 44).

Gráfico 43: Personas en tratamiento de hormonación cruzada en la Región de Murcia por sexo

Tratamiento bloqueador pubertad. Por sexo
Mayoría mujeres

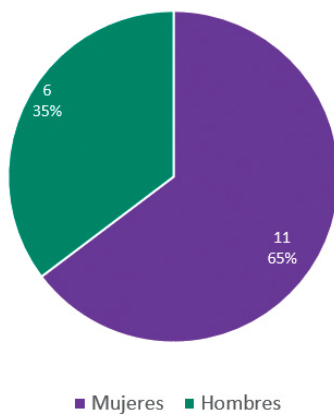
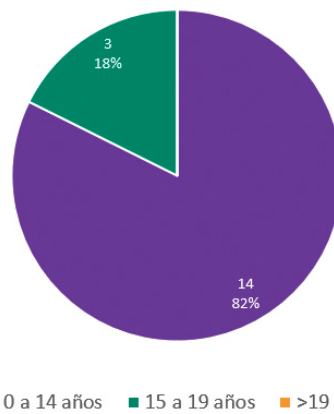


Gráfico 44: Personas en tratamiento de bloqueadores de la pubertad en la Región de Murcia por edad

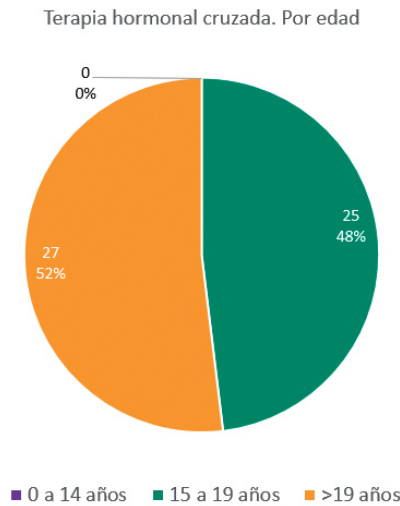
Tratamiento bloqueador pubertad. Por edad
Lógicamente la mayoría tiene menos de 15 años





En cuanto al tratamiento con hormonas cruzadas, se reparten al 50% por sexo. Por edad, podemos calcular que se concentra en adolescentes entre 15 y 19 años, dado que el grupo de edad siguiente proporcionado es de mayores de 19 años en bloque (gráfico 45).

Gráfico 45: Personas en tratamiento de hormonación cruzada en la Región de Murcia por edad



4.5 Comunidad Valenciana

La Comunidad Valenciana también ha proporcionado datos de tratamientos con hormonas cruzadas por el período de un año, de julio de 2021 a junio de 2022. Aumenta de forma clara y constante el número de prescripciones, con predominio de los hombres, y el grupo de edad entre los 16 y los 20 años en ambos sexos, seguido del grupo de edad de 21 a 25 años, para disminuir significativamente a medida que avanza la edad.

Gráfico 46: Número de recetas desagregadas por sexo en la Comunidad Valenciana

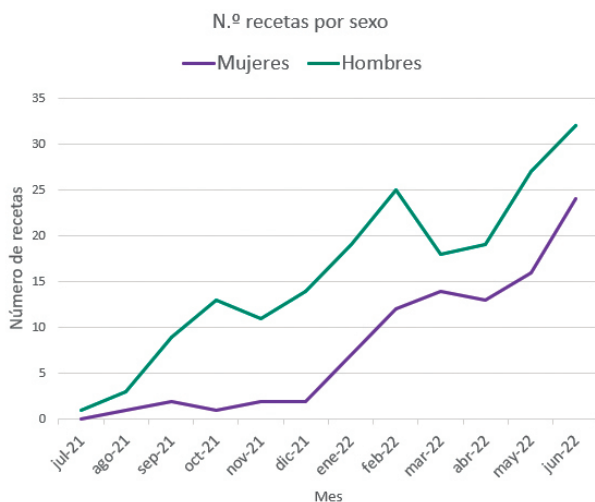
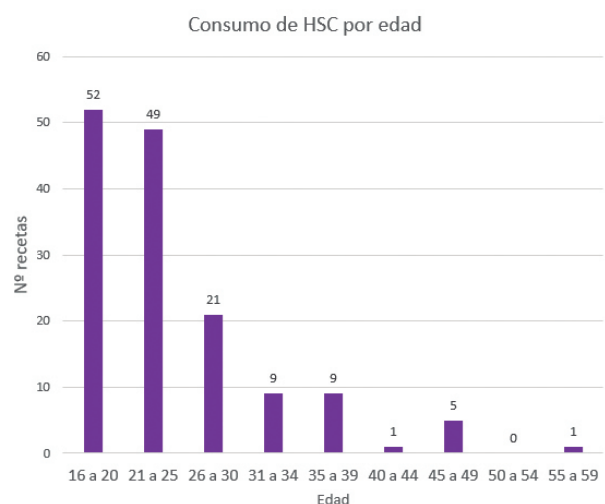


Gráfico 47: Consumo de HSC por edad en la Comunidad Valenciana



5 Cirugías

Al contrario que las consultas y prescripción de fármacos, en cirugía hay derivación de pacientes a otras CC.AA., principalmente a Andalucía. Las CC.AA. que reportan cirugías entendemos que solo refieren aquellas realizadas en sus territorios. Pocas CC.AA. refieren las cirugías que derivan a otras. En consecuencia:

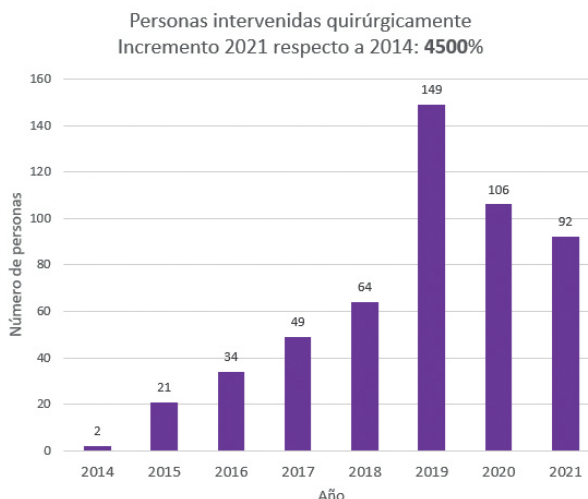
- Los reportes de cirugías con poco volumen no necesariamente implican que en esa comunidad autónoma se operen menos personas que en otra.
- A falta de otra información, nos ceñimos a mostrar los datos enviados por las CC.AA. y a los análisis que estos permitan.

Por otra parte, salvo Castilla y León, ninguna CA diferencia por sexo las intervenciones quirúrgicas que nos comunica. Del tipo de intervención hemos deducido el sexo en la mayor parte de los casos.

5.1 Andalucía

En Andalucía, el número de personas intervenidas quirúrgicamente entre 2014 y 2021 ha crecido un 4500%, con un máximo en 2019.

Gráfico 48: Personas intervenidas quirúrgicamente en Andalucía, 2014-2021



5.2 Canarias

En el caso de Canarias, es impactante el número y la proporción de mastectomías realizadas entre 2018 y 2021 relacionadas exclusivamente, recordemos, por motivos de disforia de género, con el número más alto de intervenciones totales también en 2019 (gráfico 49).

Analizando los datos desde otra perspectiva, con los datos de Canarias podemos afirmar que el tratamiento quirúrgico tiene una incidencia y unos efectos irreversibles diferenciales por

Las leyes trans y el "modelo afirmativo" en España

Análisis descriptivo de su impacto en la salud de personas adultas y menores



sexo. En el caso de las mujeres, con un número muy superior de intervenciones quirúrgicas de efectos irreversibles, a nivel funcional y de esterilidad (gráfico 50).

Gráfico 49: Intervenciones quirúrgicas por año en Canarias, 2018-2021

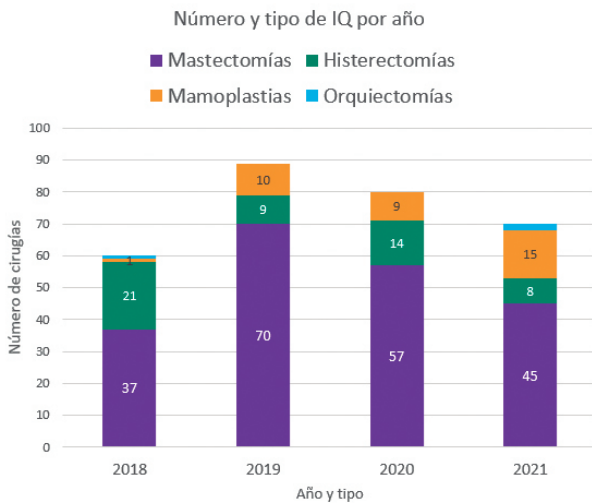
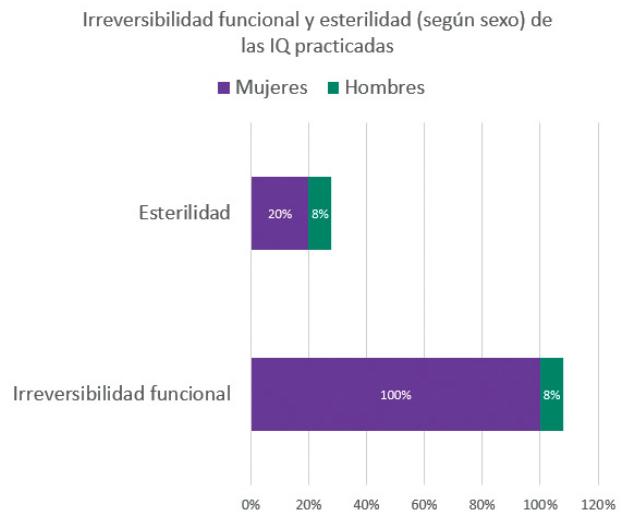


Gráfico 50: Irreversibilidad funcional y esterilidad de las intervenciones quirúrgicas en Canarias, 2018-2021



5.3 Cantabria

En Cantabria podemos observar igualmente que se producen 3 veces más cirugías en mujeres que en hombres y, por lo tanto, son tratamientos con más efectos irreversibles, más determinantes, en mujeres (gráfico 51). En cuanto a las cirugías genitales, son derivadas a Andalucía y no podemos determinar el sexo de las personas a las que se les habrían practicado (gráfico 52).

Gráfico 51: Intervenciones quirúrgicas en Cantabria, 2018-2021

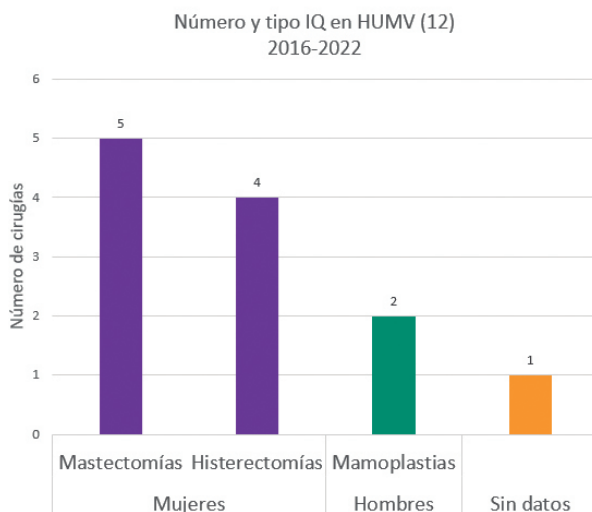
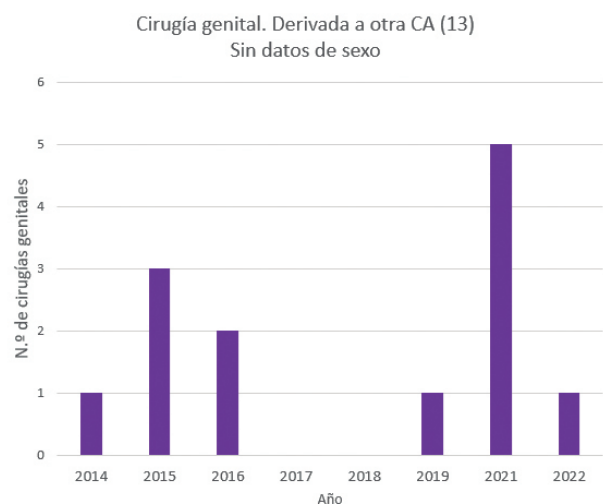


Gráfico 52: Cirugías genitales de Cantabria derivadas a otras comunidades, 2014-2022

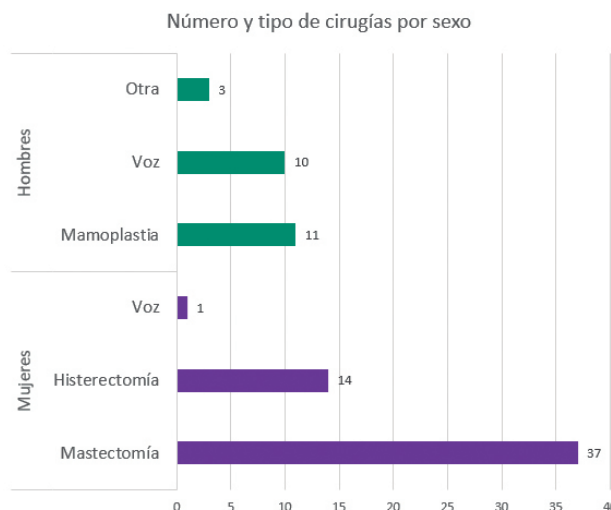




5.4 Castilla y León

Además de un mayor número de intervenciones sobre mujeres, las IQ por las que ellas optan conllevan un porcentaje superior de irreversibilidad y esterilidad que aquellas que se practican sobre hombres.

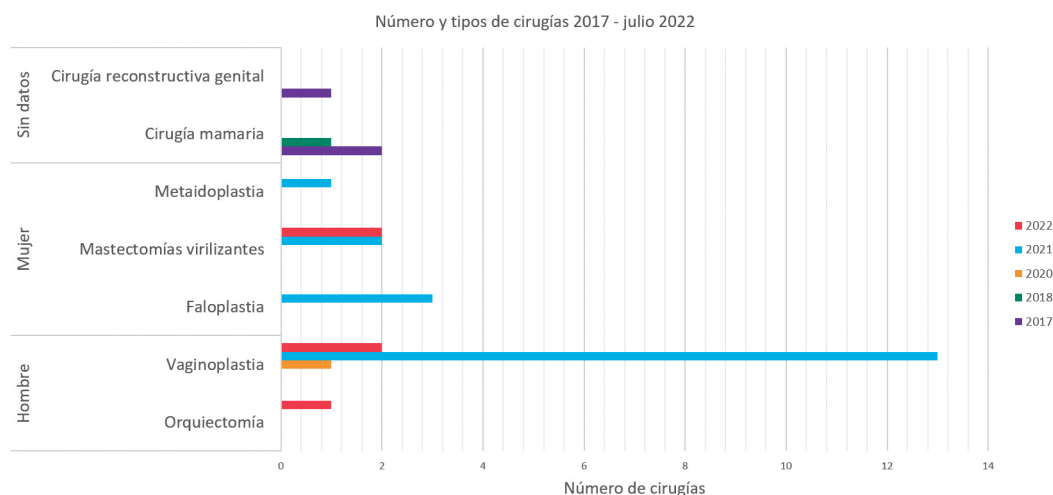
Gráfico 53: Número y tipo de cirugías por sexo en Castilla y León



5.5 Región de Murcia

En Murcia se practican tanto cirugías genitales como virilizantes y feminizantes. El 59% se practican sobre cuerpos de hombre, aunque hay un 14% de las que no podemos determinar el sexo.

Gráfico 54: Tipos de cirugías en la Región de Murcia





5.6 País Vasco

Se puede constatar la doble tendencia al aumento global de cirugías y al predominio de las intervenciones en las mujeres, con un aumento exponencial entre 2020 y 2022 (gráficos 55 y 56).

Gráfico 55: Intervenciones quirúrgicas por sexo y año en el País Vasco

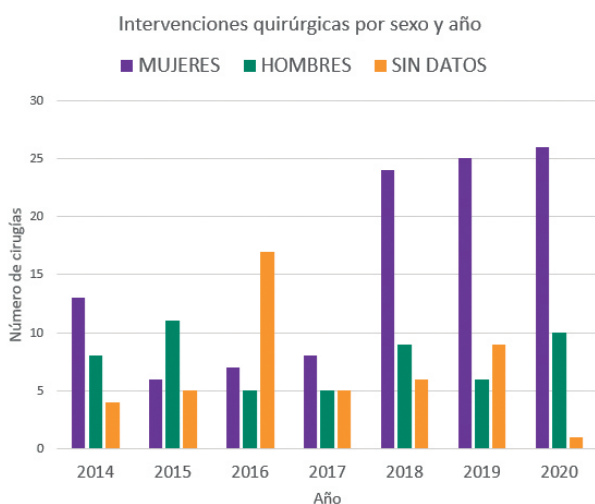
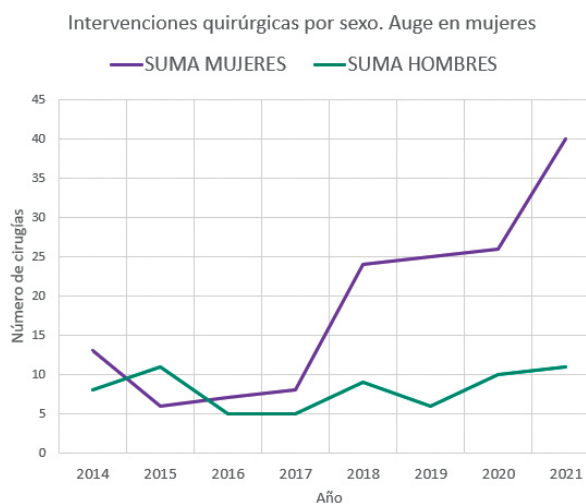
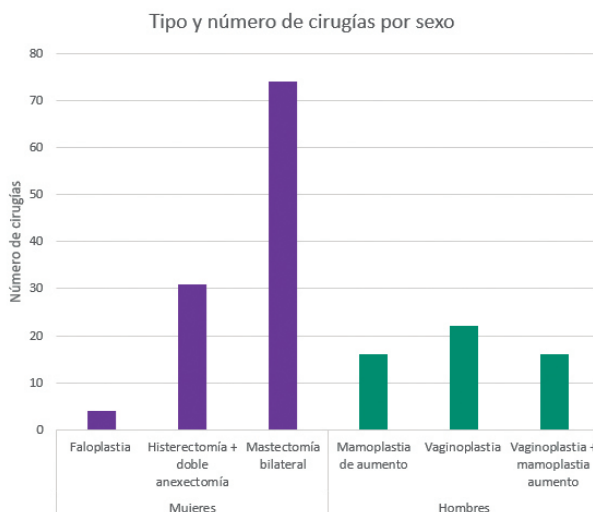


Gráfico 56: Intervenciones quirúrgicas por sexo en el País Vasco



Las intervenciones quirúrgicas en las mujeres duplican a las de hombres en número, con los mayores efectos irreversibles ya mencionados por los tipos de intervenciones que se les practican. Destaca, por otra parte, el tipo de cirugías que se practica a los hombres: en casi un tercio de ellas se trata de implantes mamarios (gráfico 57).

Gráfico 57: Tipos de intervenciones quirúrgicas por sexo en el País Vasco





5.7 Comunidad Valenciana

Los datos que nos envía la DGAS (Dirección General de Asistencia Sanitaria) se refieren exclusivamente a cirugías genitales de unos tipos muy específicos. El número reportado es de 81 cirugías genitales realizadas entre 2012 y 2021, dejando fuera las de mayor volumen y más auge, como las mastectomías, mamoplastias y de las cuerdas vocales. Sabemos por referencias fiables que la actividad quirúrgica específica trans es alta, siendo una de las pocas CC.AA. que no deriva a sus pacientes. Analizamos la información recibida de la DGAS (gráficos 58 y 59) y añadimos datos publicados por elDiario.es¹³ en marzo de 2022, que cifra en 565 las intervenciones realizadas desde 2017 (gráfico 60). En estas inferimos el sexo de las personas, cuando es posible, por el tipo de cirugía. Estos gráficos de la Comunidad Valenciana muestran también la tendencia a mayor número de cirugías en mujeres y en un inquietante rango de edad entre 15 y 44 años.

Gráfico 58: Cirugías genitales por sexo y año en la Comunidad Valenciana

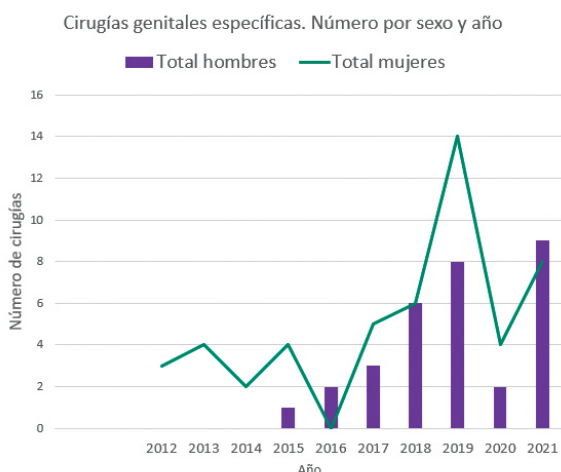


Gráfico 59: Distribución por sexo y edad de cirugías en la Comunidad Valenciana

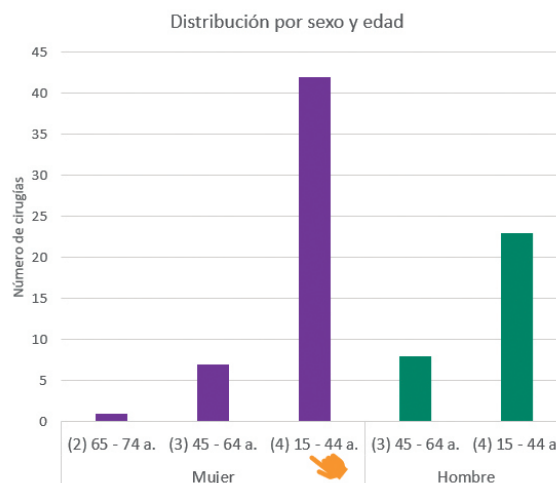
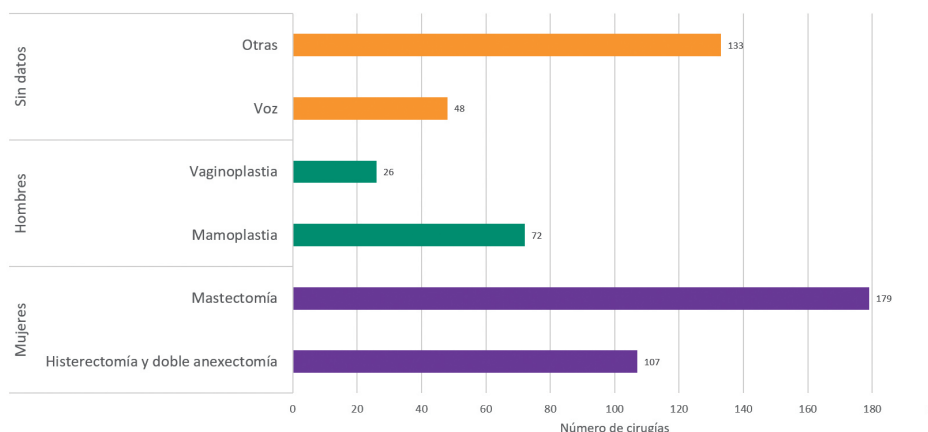


Gráfico 60: Distribución por sexo y tipo de cirugía en las intervenciones de la Comunidad Valenciana



¹³Véase: https://www.eldiario.es/comunitat-valenciana/sanidad-valenciana-realiza-600-intervenciones-quirurgicas-cambio-sexo-cinco-anos_1_8822169.html

6 Estimación del impacto a nivel estatal

A partir de los datos analizados de las CC.AA. y teniendo en cuenta la población que representan aquellas que nos han proporcionado información, hemos calculado, mediante proyección proporcional simple, el total de personas de todo el país que habrían sido afectadas en cada una de las categorías (personas atendidas, bloqueadores de pubertad, HSC y cirugías) y los años en los que habría tenido lugar. Todo ello teniendo en cuenta que nos referimos exclusivamente al circuito sanitario público, es decir, sin contar con las personas tratadas en la sanidad privada y, en algunas CC.AA., sin incluir Pediatría en el sector público. Se trata, por lo tanto, de **estimaciones muy conservadoras**. Sin lugar a dudas, la realidad arrojaría cifras muy superiores.

Observaciones:

Personas atendidas: Las que habrían iniciado la transición social, que mayoritariamente entran en el circuito sanitario trans* de la terapia afirmativa, o «cinta transportadora», término acuñado por Mrs "A.", una de las demandantes junto a Keira Bell.¹⁴

Bloqueadores y hormonas: Personas que habrían iniciado tratamientos con bloqueadores o con HSC.

Imagen 2: Estimación a nivel estatal

Estimación a nivel estatal hasta 2021 a partir del análisis de nuestra base de datos			
	Población	Datos reportados Datos estimados	Período estimado
Atendidas			
Población CCAA con datos. Atendidas	39.678.364	17.379	
Población España - Cifras estimadas	47.385.107	20.755	2017-2021
Bloqueadores pubertad			
Población CCAA con datos. B pubertad	6.070.614	127	
Población España - Cifras estimadas	47.385.107	991	2019-2021
Hormonas			
Población CCAA con datos. Hormonas x	13.724.406	3.535	
Población España - Cifras estimadas	47.385.107	12.205	2018-2021
Cirugías			
Población CCAA con datos. Cirugías	39.019.132	2.128	
Población España - Cifras estimadas	47.385.107	2.584	2016-2021

Distribución estimada por sexo		
Personas atendidas		
Mujeres	21%	4.358
Hombres	20%	4.151
No nos habrían notificado sexo	59%	12.245
Total	100%	20.755
Bloqueadores de pubertad		
Mujeres	20%	198
Hombres	21%	208
No nos habrían notificado sexo	59%	585
Total	100%	991
Hormonas cruzadas		
Mujeres	46%	5.566
Hombres	36%	4.423
No nos habrían notificado sexo	18%	2.217
Total	100%	12.205
Cirugías		
Mujeres	39%	1.004
Hombres	18%	466
No nos habrían notificado sexo	43%	1.114
Total	100%	2.584

Distribución estimada por edad		
Categoría	Rango largo o estándar	Máxima concentración
Atendidas	9 a 40 años	14 a 25 años
B. Pubertad	9 a 14 años	-
Hormonas x	16 a 48 años	16 a 25 años
Cirugía	16 a 40 años	-

En resumen, en España, en los cinco años que van de 2017 a 2021 y de forma acelerada en los últimos dos, como resultado de un crecimiento exponencial paralelo a la aprobación de leyes y protocolos trans en las CC.AA. basados en el llamado «modelo afirmativo», un **mínimo de 20.755 personas entre los 9 y los 40 años**, más mujeres que hombres, concentradas en el grupo de edad de 14 a 25 años, habrían sido atendidas en las unidades de identidad de género.

¹⁴Pérez Álvarez y Errasti. Págs. 188 y 193. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/3001.pdf>

Las leyes trans y el "modelo afirmativo" en España

Análisis descriptivo de su impacto en la salud de personas adultas y menores



Un mínimo de **12.205 personas sanas**, entre 2018 y 2021, más mujeres que hombres, concentradas en la franja de edad de 16 a 25 años, habrían iniciado tratamientos con **hormonas cruzadas**.

Un mínimo de **1000 mujeres sanas**, entre 2016 y 2021, habrían sido **intervenidas quirúrgicamente** con efectos irreversibles que incluyen la doble amputación de mamas y otras extracciones de sus genitales.

Y un mínimo de **1000 menores sanos**, entre 2019 y 2021, habrían iniciado **tratamientos para detener artificialmente su desarrollo puberal** con fármacos sin ficha técnica, de forma experimental, con efectos dañinos e irreversibles para su salud.



7 Conclusiones

- 1. Se confirman las tendencias identificadas en Cataluña por el informe del Servei Trànsit: aumenta cada vez más el número de casos globales, con un crecimiento cada vez mayor de mujeres y de menores, especialmente de niñas y chicas adolescentes.**
- 2. Se identifican aumentos importantes a partir de 2015 y, sobre todo, en 2017,** momento en el tiempo que coincide con despliegue de la implementación de los protocolos educativos y sanitarios trans en la mayoría de las CC.AA. Además de esta coincidencia, el volumen de casos se dispara con el efecto del confinamiento en 2020 en todas las CC.AA. analizadas, confinamiento que comporta una mayor exposición a las redes sociales y mayor consumo audiovisual, con una presencia desproporcionada de estrategias de captación transactivista que se dirige específicamente a las y los adolescentes.
- 3. Se han detectado, asimismo, algunas diferencias en la evolución y el perfil de los casos entre CC.AA.:** Aunque con suma prudencia, podemos observar diferencias entre CC.AA. con o sin ley trans: en las CC.AA. sin ley trans claramente hay más hombres y un menor ritmo de crecimiento en casos de mujeres y menores. También se observan diferencias entre CC.AA. con modelos de atención centralizados o descentralizados en el territorio, con una proporción mayor de casos en los modelos descentralizados. Es decir, donde se instala un servicio y se empieza a publicitar la ideología transgenerista, se producen más casos.
- 4. Se observa un patrón diferencial muy preocupante entre procesos reversibles (hombres) y procesos irreversibles (mujeres y menores).** En el caso de los hombres: algunos tratamientos pueden afectar a su salud, pero otros no. Por ejemplo, implantes mamarios. En mujeres y menores, en cambio, los tratamientos, además de afectar a su salud, afectan a sus funciones fisiológicas en las mujeres (disminuyen o destruyen la posibilidad de gestar, o tienen efectos no investigados en caso de embarazo tras tratamientos con hormonas cruzadas) y afectan al desarrollo físico e incluso al desarrollo completo del lóbulo frontal.
- 5. Se observa cómo influye la ideología transgenerista en la atención sanitaria a través del llamado «modelo afirmativo», basado en el autodiagnóstico, el rechazo de la exploración psicológica y el acceso rápido a tratamientos hormonales y cirugías.** A pesar de los pocos datos disponibles y de su fragmentación, si el rechazo al propio cuerpo sexuado y la búsqueda de modificaciones hormonales y quirúrgicas para parecerse al otro sexo **no se considera una enfermedad, tampoco se registra el diagnóstico con un código.** Lo hemos observado en los datos obtenidos por los servicios de salud de Andalucía y de Cataluña, por lo menos. Por la misma razón, tampoco tiene un código la prescripción de tratamientos con ciertos medicamentos que se usan como bloqueadores de la pubertad, pero son en realidad, **«off-label», «sin ficha técnica»**, así que **no pueden registrarse como tratamientos indicados para una condición médica de disforia**, distinta a la que se aplican normalmente, como, por ejemplo, el cáncer de próstata o incluso como castradores químicos en el caso de los violadores reincidentes.



6. **Y, sobre todo, se constata a nivel estatal un problema muy importante de falta de calidad y comparabilidad de los datos y/o falta de criterios unificados de registro**, lo que supone una gran dificultad para analizar de forma transversal la realidad de las distintas CC.AA., además de la **fragmentación** de los datos y los datos **incompletos** sobre casos atendidos y sobre prescripciones hormonales administradas, o cirugías practicadas. Finalmente, y no por ello menos importante, es una clara negligencia médica **no registrar el sexo** de las personas atendidas y tratadas como si no fuera un dato crucial en cualquier acto clínico, y aún más en este ámbito.

Ante estas constataciones, no podemos permanecer indiferentes. **Son muchos los interrogantes que nos planteamos**, suficientes para fundamentar la paralización de la Ley Trans. También nos parecen **evidentes las demandas que debemos formular al gobierno** central y a los gobiernos autonómicos. Por ejemplo:

¿Con qué criterio se registran los datos y cómo piensan las autoridades sanitarias evaluar el impacto del «modelo afirmativo» aplicado en las CC.AA. en la salud de la población menor y adulta, dada su falta absoluta de coherencia, calidad y comparabilidad?

¿A qué atribuyen las autoridades sanitarias y las responsables de igualdad y educación la claramente desproporcionada incidencia de la disforia de género que parece afectar a tantos menores y, en especial a tantas niñas, adolescentes y jóvenes en España? ¿Qué piensan hacer al respecto?

El título del webinar que dio a conocer estos datos por primera vez en enero de 2023 llevaba por título **¿Esterilización legal o psicoterapia clandestina?** Por una parte, hacía referencia al proceso que parece deducirse de las tendencias observadas; pero, por otra, quería llamar la atención sobre las consecuencias de imponer el modelo afirmativo de atención y tratamiento a las personas con disforia de género, que rechaza la exploración psicológica y las preguntas clave sobre el origen del malestar y el aumento de los casos que se producen. El texto de la Ley Trans pendiente de su debate en el Senado mientras cerramos este informe, incluye multas y sanciones muy graves a las y los profesionales de la salud mental, de las que ya se han tenido ejemplos en España con la aplicación de las leyes y protocolos trans de las CC.AA. Esta es una de las muchas inquietudes que se desprenden del análisis realizado.

Por todo ello, exigimos que se lleven a cabo registros de calidad de todos los datos referentes a personas que acuden a las unidades de tratamiento de la disforia de género y de los tratamientos de los que sean objeto, y que se unifiquen los datos para todo el Estado de manera que se pueda investigar su incidencia. Exigimos, asimismo, que se investigue en profundidad qué impacto está teniendo la aplicación del «modelo afirmativo» transgenerista y que se descarte dicho modelo siguiendo la línea que han iniciado los países de nuestro entorno que han constatado sus nefastas consecuencias, especialmente en la población menor y en las mujeres. Finalmente, exigimos la paralización de la tramitación de la Ley Trans y la derogación de las leyes trans autonómicas, así como los protocolos sanitarios y educativos que se derivan de ellas, porque constituyen un atentado a los derechos de las mujeres y al libre y sano desarrollo de niños, niñas, adolescentes y jóvenes sin estereotipos de género.

8 Anexos

Anexo 1: Leyes y protocolos trans aprobados en las CC.AA., 2014-2022

CC.AA.	Ley LGTBI	Ley Trans	Protocolo Educativo	Protocolo Sanitario
Andalucía	Sí (2018)	Sí (2014)	Sí (2015)	Sí (2016) Menores y adultos
Aragón	Sí (2019)	Sí (2019)	No (Instrucciones internas 2016)	Instrucción 2016
Asturias	No (Proyecto 2022)		No (Proyecto coeducativo 2020)	No
Baleares	Sí (2016)	No	Sí (2016) Actualización (2020)	Sí (2019)
Canarias	Sí (2014)	Sí (2021)	Sí (2017) Actualizaciones (2018, 2020,2021)	Sí (2019)
Cantabria	Sí (2020)	No	No	Sí (2018)
Castilla La Mancha	Sí (2022)	No	Sí (2016)	Sí (2018) Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.
Castilla y León	No (Proyecto 2019)		No. (Aprobado 2018, suspendido 2019)	No
Cataluña	Sí (2014)	Sí (2022)	Sí (2017)	Instrucción (2017)
Ceuta				
Euskadi	Sí (2012)	Sí (2019, modifica 2012)	Sí (2016)	Guía incluida en guía general (2016)
Extremadura	Sí (2015)	No	Instrucción interna (2020)	Sí (2019)
Galicia	Sí (2014)	No	Sí (2016)	No
La Rioja	No	Sí (2022)	No	En proyecto
Madrid	Sí (2016)	Sí (2016)	Sí (2018)	2022
Melilla			Sí (2019)	
Murcia	Sí (2016)	No	No	Sí (2020)
Navarra	Sí (2017)	Sí (2017)	Sí (2016)	Sí (2018)
Valencia	Sí (2018)	Sí (2017)	Sí (2016)	Sí (2017) UIG

Las leyes trans y el "modelo afirmativo" en España

Análisis descriptivo de su impacto en la salud de personas adultas y menores



Anexo 2: Cronología de la penetración de la ideología transgenerista en el ordenamiento jurídico de las CC.AA.

Año	Leyes y protocolos aprobados; instrucciones internas emitidas	Enlaces directos a los textos aprobados
2014	Ley trans en Andalucía Ley LGTBI y trans en Cataluña Ley LGTBI y trans en Galicia	https://www.boe.es/buscar/pdf/2014/BOE-A-2014-8608-consolidado.pdf https://boe.es/diас/2014/11/20/pdfs/BOE-A-2014-11990.pdf https://www.boe.es/eli/es-gal/2014/04/14/2/cont
2015	Ley LGTBI y trans en Extremadura Protocolo educativo trans en Andalucía	https://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/web/convivencia-escolar/protocolo-de-actuacion-sobre-identidad-de-genero
2016	Ley LGTBI y trans en Baleares Ley LGTBI y trans en Madrid Ley LGTBI en Murcia Protocolo educativo trans en Baleares Protocolo educativo trans en Castilla-La Mancha Protocolo educativo trans en Euzkadi Protocolo educativo trans en Extremadura Protocolo educativo trans en Galicia Protocolo educativo trans en Valencia Protocolo sanitario trans en Andalucía Instrucción, protocolo sanitario trans en Aragón	https://www.boe.es/eli/es-ba/2016/05/30/e https://www.boe.es/eli/es-md/2016/03/29/2/cont https://boe.es/buscar/pdf/2016/BOE-A-2016-6170-consolidado.pdf https://www.caib.es/sites/convivencia/330658 https://institutomujer.castillalamancha.es/files/documentos/paginas/archivos/protocolo-menores-trans-enero-2017.pdf https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/fin_doc_esc_inclusiva/es_def/adultos/escuela-inclusiva/9202016002c_Pub_EJ_protokoloko_trans_c.pdf http://www.edu.xunta.gal/portals/sites/web/files/identidade_de_genero_caderno_1.pdf https://dogr.gva.es/datos/2016/12/27/pdf/2016_10425.pdf
2017	Ley LGTBI y trans en Valencia Ley LGTBI y trans en Navarra Protocolo educativo trans en Canarias Protocolo educativo trans en Cataluña Protocolo sanitario trans en Valencia	https://www.boe.es/buscar/pdf/2017/BOE-A-2017-5118-consolidado.pdf https://www.boe.es/buscar/pdf/2017/BOE-A-2017-8527-consolidado.pdf https://www3.gobiermodcanarias.org/medusa/contenidos/digitales/protocolotrans/index.html https://www.edubcn.cat/ca/centres_serveis_educatius/proteccio_infancia_i_adolescencia/protocol_support_alumnat_transgenera
2018	Ley trans en Aragón Ley LGTBI y trans en Andalucía Ley LGTBI en Valencia Protocolo educativo trans en Madrid Protocolo sanitario trans en Cantabria Protocolo sanitario trans en Castilla-La Mancha Protocolo sanitario trans en Navarra	https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-7154 https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-1549-consolidado.pdf https://www.scsalud.es/documentos/2162705/2529917/Atenci%3C%3Bm+a+Personas+Transsexuales.pdf/es128888-3d8f-8c12-0eed-6ab95f74a3cd?t=1529918376599
2019	Ley trans en Euzkadi Ley LGTBI y trans en Aragón Protocolo educativo trans en Melilla Protocolo sanitario trans en Baleares Protocolo sanitario trans en Canarias Protocolo sanitario trans en Extremadura	https://sanidad.castillalamancha.es/saladeprensa/notas-de-prensa/el-sescam-formara-sobre-los-protocolos-de-actuacion-para-prevenir-la-lexnavarra https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2019-10599 https://www.boe.es/eli/es-ar/2018/12/20/18 https://www.ibsalut.es/info-ciudadania/cuidar-la-salud/2302-protocolo-integral-de-atencion-sanitaria-de-personas-trans https://apapcanarias.files.wordpress.com/2022/02/protocolo-de-atencion-sanitaria-a-personas-trans-1a.pdf
2020	Ley LGTBI y trans en Cantabria Protocolo sanitario trans en Murcia	https://www.boe.es/eli/es-cb/2020/11/11/8 https://www.murciasalud.es/portal_sanitario_de_la_Regi%3C%3Bn+de_Murcia_Protocolo_Regional_de_Atenci%3C%3Bn+a+Personas+Trans
2021	Ley trans en Canarias	https://www.boe.es/eli/es-cn/2021/06/07/2
2022	Ley trans en La Rioja Ley LGTBI y trans en Castilla-La Mancha Protocolo sanitario trans en Madrid	https://www.boe.es/eli/es-ri/2022/02/23/2 https://www.boe.es/eli/es-cm/2022/05/06/5/cont



**Confluencia Movimiento
Feminista**



RESUMEN EJECUTIVO

23 de enero de 2023

Confluencia Movimiento Feminista presenta el informe basado en el estudio de los datos de las CC.AA.:

Las leyes trans y el "modelo afirmativo" en España. Análisis de su impacto en la salud de personas adultas y menores.

#NoLeyTrans #NoLeyesTrans

Desde 2014 se han aprobado 40 textos autonómicos en forma de leyes trans y LGTBI, protocolos educativos y protocolos sanitarios trans que validan el modelo afirmativo de atención a las personas que rechazan su cuerpo sexuado y desean pertenecer al otro sexo.

Nuestra preocupación a la hora de realizar este [informe](#) ha sido doble. La primera, el avance de la ideología transgenerista y la prisa del gobierno por llevar a su aprobación una ley trans estatal. La segunda, la comprobación de la ausencia de datos públicos o accesibles que nos permitieran conocer el alcance del fenómeno "trans" en la población. Ante ambas preocupaciones, solicitamos en diciembre de 2021 los datos de volumen de casos por edad, sexo y tratamientos a todas las consejerías de salud de las CCAA para conocer de primera mano qué impacto ya estaban teniendo las leyes y protocolos "trans" aprobados y en vigor.

En el Reino Unido, el gobierno encargó una investigación en 2018 al conocer el escalofriante dato del aumento del 4400% en el número de solicitudes de niñas y chicas adolescentes que se habían dirigido a la Clínica Tavistock-Portman para solicitar una "transición de sexo". Ni el gobierno ni la sociedad británica podían dejar de hacerse la pregunta clave: **¿qué les estaba pasando a las niñas y a las adolescentes?**

Confluencia Movimiento Feminista se formulaba, además, otra pregunta: **¿a qué se debía la prisa de nuestro gobierno y la supuesta necesidad de legislar para dar pie a la libre autodeterminación del sexo y la eliminación del sexo como categoría objetiva en las leyes, basándose en una falacia anticientífica,**

contraria a los derechos de las mujeres y la salud de los y las menores? Sin datos y sin evaluar el impacto del modelo afirmativo, ¿cómo seguían con su empeño de promulgar leyes que afectan a toda la población?

Como parte de esta misma iniciativa, Feministes de Catalunya presentó el 8 de noviembre de 2022 el informe [De hombres adultos a niñas adolescentes: cambios, tendencias e interrogantes sobre los casos atendidos por el Servei Trànsit 2012-2021](#), ya sobradamente conocido e incluso citado por el documento de posicionamiento del Consejo de Colegios de Médicos catalanes del 20 de enero de 2023), [L'atenció a la diversitat de gènere en persones menors d'edat](#), que coincide con la mayoría de nuestras posiciones. Ahora, tras un gran esfuerzo metodológico para analizar y comparar los datos desiguales y fragmentarios de las 13 CC.AA que nos han enviado información, presentamos el estudio del impacto de las leyes y protocolos trans en España. No hemos obtenido ninguna respuesta de Andalucía, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, La Rioja, Ceuta y Melilla. En algunos casos, hemos suplido la información con otras fuentes y con datos cedidos por la Agrupación Amanda.

A continuación se exponen los **resultados** más importantes de nuestro análisis **en 10 puntos**, ilustrados con ejemplos de distintas CC.AA.

En términos generales, **se identifican cuatro grandes tendencias**, que refuerzan resultados anteriores estatales e internacionales: Cada vez más personas atendidas. Cada vez más mujeres. Cada vez más jóvenes. Cada vez más menores de edad.

1. Los datos analizados revelan un aumento exponencial del volumen de personas atendidas por las unidades especializadas en el tratamiento de la identidad de género en todas las CC.AA. Por ejemplo, en la **Comunidad Valenciana**, el número de personas atendidas crece más del 10.000% entre 2016 y 2021. En **Cataluña** el crecimiento es de 7000% entre 2012 y 2021, aumentando un 40% entre 2020 y 2021 el número de casos nuevos. En **Madrid**, solo entre enero y agosto de 2022, de un total de 848 visitas a Endocrinología desde las unidades de identidad de género de 6 hospitales públicos, casi la mitad fueron primeras consultas.
2. El análisis también muestra de forma clara y general en todas las CC.AA. que el incremento de pacientes en primeras visitas a las Unidades de Identidad de Género es, por edad, más pronunciado en personas adolescentes y adultas jóvenes, y por sexo, en mujeres. Por ejemplo, en **Cantabria**, el 65% de las personas atendidas en Psico-sexología tienen menos de 21 años y la mayoría son mujeres. En **Murcia** entre 2017 y 2022, de los menores de edad atendidos en Endocrinología infantil el 60% son niñas. Del total de personas 'trans' atendidas, el 64% tiene menos de 19

años, con la máxima concentración en la adolescencia, entre los 15 y los 19 años.

3. En la línea temporal, el incremento de primeras visitas de mujeres respecto a hombres es especialmente relevante en personas adolescentes y adultas jóvenes. Por ejemplo, en la **Comunitat Valenciana**, entre 2012 y 2021, el número de niñas y chicas adolescentes atendidas en consultas externas y salud mental relacionadas con la identidad de género se ha incrementado un 9100% frente al 4600% de aumento, en niños y chicos adolescentes.
4. En la línea temporal, va disminuyendo la edad promedio de los pacientes en primeras visitas. Por ejemplo, en Cataluña, entre 2012 y 2020 la edad media de las personas atendidas por el Servei Trànsit desciende de 34 a 22 años. En **Andalucía**, en la Unidad de Atención a las Personas Transexuales de Málaga, el porcentaje de menores de edad (respecto a mayores) en Endocrinología ha aumentado de forma constante desde 2016, siendo el 11% en 2016 y el 48% en 2022.
5. Las derivaciones desde Atención Primaria se dirigen hacia Endocrinología, es decir, directamente a tratamientos de supresión de la pubertad o a la prescripción de hormonas de sexo cruzado. Por ejemplo, en el **País Vasco**, la derivación a Endocrinología es la que más ha aumentado respecto a otras especialidades de la Unidad de Identidad de Género, con un 1800% de aumento de derivaciones desde 2010. En **Baleares**, de las 9 especialidades de la Unidad de Identidad de Género, el 66% de las derivaciones se hacen a Endocrinología, que de 2017 a 2021 se han multiplicado por 3.
6. A Salud Mental se recomienda derivar desde Atención Primaria a menores en tratamiento hormonal como “acompañamiento psicoemocional”. En personas adultas y menores, cuando sientan resistencia o rechazo a su ‘transición’ por parte de su entorno, quedando prohibida toda psicoterapia no afirmativa. De forma general, en **Andalucía**, como en otras comunidades, las guías de atención sanitaria prohíben derivar a salud mental como requisito previo al inicio de la terapia hormonal o de las intervenciones quirúrgicas en adultos. En infancia y adolescencia se recomienda explícitamente no establecer como requisito previo a la terapia hormonal la valoración por Salud Mental.
7. Los datos registrados como “sin registrar el sexo” o sexo “no binario” o “no saben o no contestan” o “en proceso de encontrar su identidad de género”

aumentan de forma importante en los últimos años. Por ejemplo, en **Canarias**, se pasa de 116 personas registradas como NB, NS, NC en 2020 a 479 en 2021. En **Cataluña**, el número de casos en los que no se registra el sexo aumenta un 110,5% (más del doble) del 2020 al 2021. Otro ejemplo: en los datos recibidos de **Cantabria**, el 15% de las personas atendidas constan “en proceso de definir su identidad de género o no binarias”.

8. En los datos recibidos en los que podemos inferir el sexo de las personas intervenidas quirúrgicamente, observamos un mayor número de mujeres que de hombres. Basten dos ejemplos: en el **País Vasco**, el 70% son mujeres y en **Canarias** son mujeres hasta el 87%.
9. Las intervenciones quirúrgicas que se realizan sobre mujeres implican una muy superior pérdida de funciones biológicas y esterilidad que las que se realizan sobre hombres. Por ejemplo, en **Canarias**, el 100% de las operaciones a mujeres tienen efectos funcionales irreversibles y el 20% implican esterilidad.
10. Las intervenciones quirúrgicas que predominan en hombres son las mamoplastias (implantes mamarios) y la modificación de la voz. En mujeres, las dobles mastectomías y las histerectomías con doble anexectomía. Esta tendencia se observa en todas las comunidades sobre las que tenemos datos, independientemente de su volumen. Este es el caso, por ejemplo, de los datos de **Castilla y León**, con el doble de intervenciones totales en mujeres (52, de las cuales 37 son mastectomías) que en hombres (24, de las cuales 21 son implantes mamarios y feminización de la voz).

Finalmente, a partir de los datos analizados de las CC.AA. y teniendo en cuenta la población que representan aquellas que nos han proporcionado información, hemos calculado, mediante proyección proporcional simple, que representarían los resultados para el conjunto de España. Es decir, hemos calculado el total de personas de todo el Estado que habrían sido afectadas en cada una de las categorías (personas atendidas, personas en tratamiento con bloqueadores de la pubertad, con HSC y cirugías) y los años en los que había tenido lugar su incidencia. Todo ello teniendo en cuenta que nos referimos exclusivamente al circuito sanitario público, es decir, sin contar con las personas tratadas en la sanidad privada y, en algunas CC.AA., sin incluir Pediatría en el Sector Público. Se trata, por lo tanto, de estimaciones muy conservadoras. Sin lugar a dudas, la realidad arrojaría cifras muy superiores. Este es nuestro cálculo:

Imágen 2: Estimación a nivel estatal

Estimación a nivel estatal hasta 2021 a partir del análisis de nuestra base de datos			
	Población	Datos reportados Datos estimados	Período estimado
Atendidas			
Población CCAA con datos. Atendidas	39.678.364	17.379	
Población España - Cifras estimadas	47.385.107	20.755	2017-2021
Bloqueadores pubertad			
Población CCAA con datos. B pubertad	6.070.614	127	
Población España - Cifras estimadas	47.385.107	991	2019-2021
Hormonas			
Población CCAA con datos. Hormonas x	13.724.406	3.535	
Población España - Cifras estimadas	47.385.107	12.205	2018-2021
Cirugías			
Población CCAA con datos. Cirugías	39.019.132	2.128	
Población España - Cifras estimadas	47.385.107	2.584	2016-2021

Distribución estimada por edad		
Categoría	Rango largo o estándar	Máxima concentración
Atendidas	9 a 40 años	14 a 25 años
B. Pubertad	9 a 14 años	-
Hormonas x	16 a 48 años	16 a 25 años
Cirugía	16 a 40 años	-

Distribución estimada por sexo		
Personas atendidas		
Mujeres	21%	4.358
Hombres	20%	4.151
No nos habrían notificado sexo	59%	12.245
Total	100%	20.755
Bloqueadores de pubertad		
Mujeres	20%	198
Hombres	21%	208
No nos habrían notificado sexo	59%	585
Total	100%	991
Hormonas cruzadas		
Mujeres	46%	5.566
Hombres	36%	4.423
No nos habrían notificado sexo	18%	2.217
Total	100%	12.205
Cirugías		
Mujeres	39%	1.004
Hombres	18%	466
No nos habrían notificado sexo	43%	1.114
Total	100%	2.584

- En España, en los cinco años que van de 2017 a 2021 y de forma acelerada en los últimos dos, como resultado de un crecimiento exponencial paralelo a la aprobación de leyes y protocolos trans en las CC.AA. basados en el llamado “modelo afirmativo”, un **mínimo de 20.755 personas entre los 9 y los 40 años**, más mujeres que hombres, concentradas en el grupo de edad de 14 a 25 años, habrían sido atendidas en las unidades de identidad de género.
- Un mínimo de **12.205 personas sanas**, entre 2018 y 2021, más mujeres que hombres, concentradas en la franja de edad de 16 a 25 años, habrían iniciado tratamientos con **hormonas cruzadas**.
- Un mínimo de **1000 mujeres sanas**, entre 2016 y 2021, habrían sido intervenidas quirúrgicamente con efectos irreversibles que incluyen la doble amputación de mamas y otras extracciones de sus genitales.
- Y un mínimo de **1000 menores sanos**, entre 2019 y 2021, habrían iniciado tratamientos para detener artificialmente su desarrollo puberal con fármacos sin ficha técnica, de forma experimental, con efectos dañinos e irreversibles para su salud.

El [webinar](#) que dio a conocer estos resultados por primera vez llevaba por título **¿Esterilización legal o psicoterapia clandestina?** Por una parte, hacía referencia al proceso que parece deducirse de las tendencias observadas; pero, por otra, quería llamar la atención sobre las consecuencias de imponer el modelo afirmativo de atención y tratamiento a las personas con disforia de género, que rechaza la exploración psicológica y las preguntas clave sobre el origen del malestar y el aumento de los casos que se producen. **El texto de la Ley Trans pendiente de su debate en el Senado mientras cerramos este informe, incluye multas y sanciones muy graves a las y los profesionales de la salud mental**, de las que ya se han tenido ejemplos en España con la aplicación de las leyes y protocolos

trans de las CC.AA. Esta es una de las muchas inquietudes que se desprenden del análisis realizado.

Por todo ello, **exigimos que se lleven a cabo registros de calidad de todos los datos referentes a personas que acuden a las unidades de tratamiento de la disforia de género y de los tratamientos de los que sean objeto**, y que se unifiquen los datos para todo el Estado de manera que se pueda investigar su incidencia.

Exigimos, asimismo, que se investigue en profundidad qué impacto está teniendo la aplicación del “modelo afirmativo” transgenerista y que se descarte dicho modelo siguiendo la línea que han iniciado los países de nuestro entorno que han constatado sus nefastas consecuencias, especialmente en la población menor y en las mujeres.

Finalmente, **exigimos la paralización de la tramitación de la Ley Trans y la derogación de las leyes trans autonómicas, así como los protocolos sanitarios y educativos que se derivan de ellas**, porque constituyen un atentado a los derechos de las mujeres y al libre y sano desarrollo de niños, niñas, adolescentes y jóvenes sin estereotipos de género.

DE HOMBRES ADULTOS
A NIÑAS ADOLESCENTES



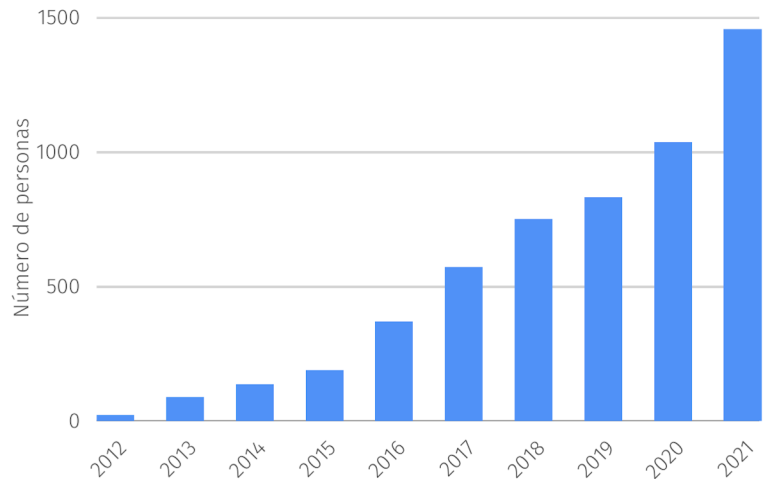
**Feministes de
Catalunya**

Se cuadruplica el número de personas atendidas

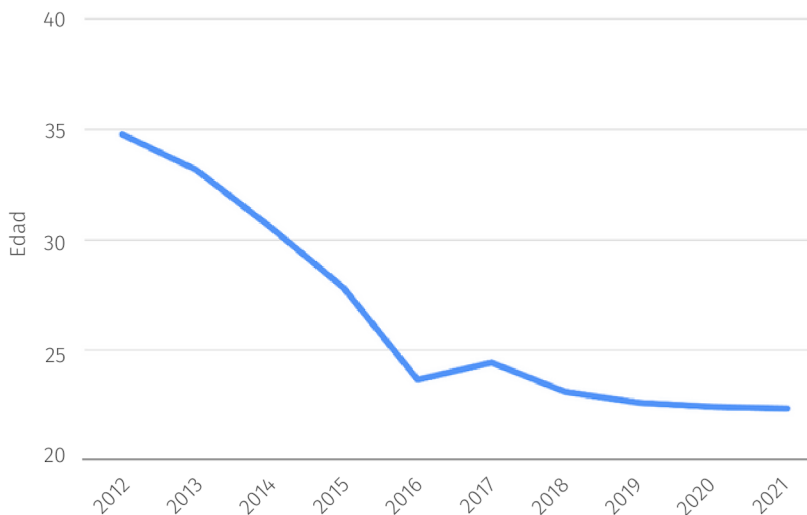
Desde la creación en 2012 del Servei Trànsit especializado en disforia de género en Cataluña, el número de personas atendidas ha crecido de forma sostenida.

Entre 2016 y 2021, el número de personas atendidas se ha cuadruplicado, pasando de 366 en 2016 a 1.454 en 2021.

Evolución del número de personas atendidas



Media de edad en el tiempo



La media de edad ha caído 12 años

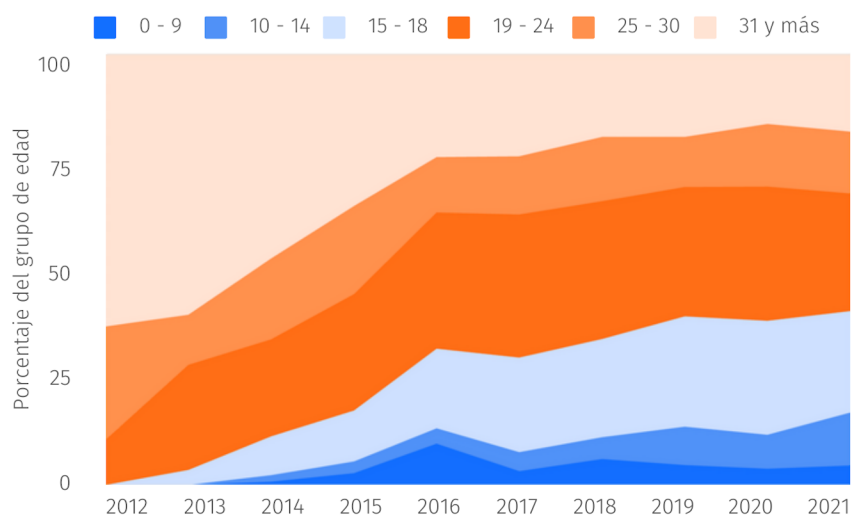
Del total de personas atendidas entre 2012 y 2021, un tercio (34,9%) eran menores de edad y dos tercios (67,8%) eran menores de 25 años.

La media de edad de las personas atendidas ha caído 12 años del 2012 al 2021, de los 34 años en 2012 hasta los ~22 años.

Los menores son el 40% de los casos nuevos

Mientras que los primeros años del Servei Trànsit el grupo de edad predominante era el de mayores de 30 años, en los últimos años se han disparado los grupos de edad de los 15 a los 24 años, que han resultado mayoritarios (entre ambos suman más de la mitad de los casos totales, un 52,2%).

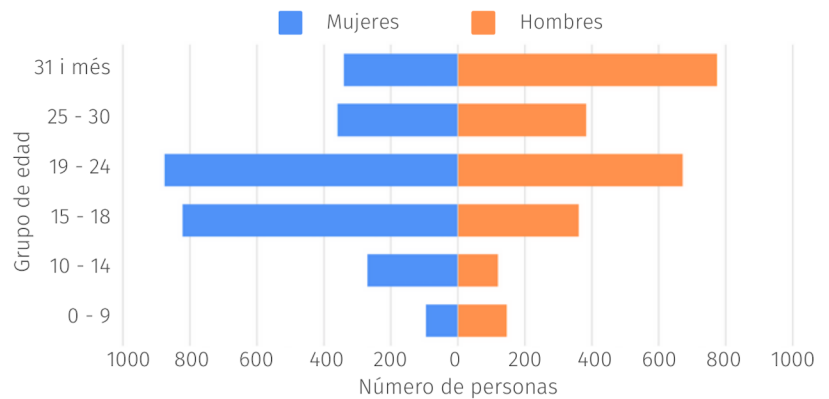
Distribución de la edad en el tiempo



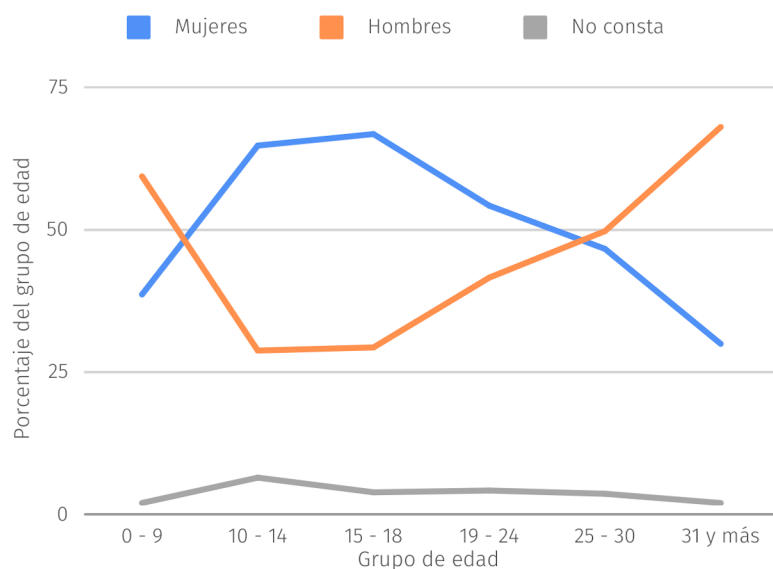
Hay un patrón de edad claro, persistente y diferenciado por sexo

Los grupos de edad mayoritarios entre las mujeres son el de 15 a 18 años (29,8% de los casos) y el de 19 a 24 años (31,7%). El grupo mayoritario entre los hombres es el de 31 años o más, que supone un tercio (33,7%) del total de casos.

Personas atendidas por sexo y edad



Distribución de mujeres y hombres por grupo de edad



Podemos diferenciar 3 grupos de edad de forma muy clara:

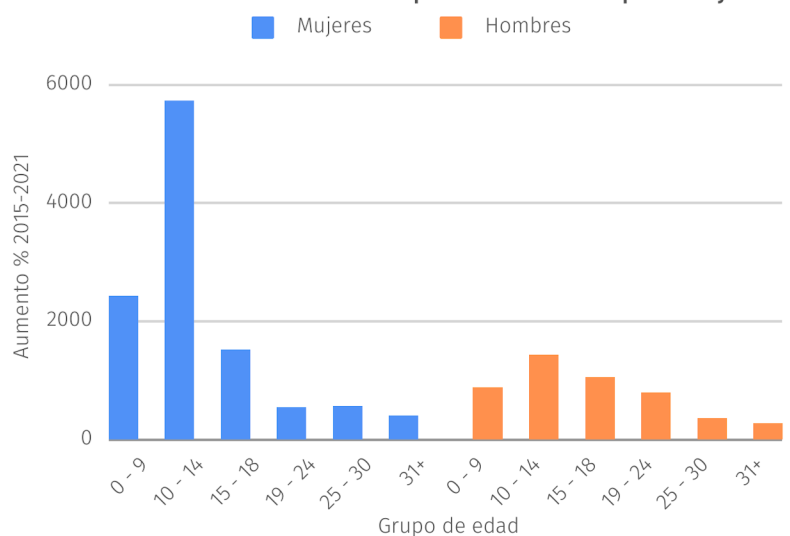
1. En los menores de 10 años, hay un 60,6% de niños y un 39,4% de niñas.
2. Entre los 10 y los 24 años, el 65,1% son chicas, mientras que los chicos son el 34,9%.
3. Entre los mayores de 25 años, el 60,6% son hombres, y el 39,4% son mujeres.

Este patrón apunta a casuísticas muy diferentes.

El número de niñas de 10 a 14 años se ha disparado un 5700% entre 2015 y 2021

Se están disparando los casos de chicas preadolescentes y adolescentes sin que se entiendan las causas. Otros países como Reino Unido y Finlandia lo han investigado y han actuado en consecuencia.

Crecimiento acumulado del número de personas atendidas por sexo y edad





POSICIONAMIENTO
DE LAS ORGANIZACIONES MÉDICAS
Y CIENTÍFICAS

COMUNICADO

La Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense (SEPJF) sobre el anteproyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI (“Ley Trans”), publicado en el Boletín Oficial de las Cortes Generales el 12 de septiembre de 2022.

ANTECEDENTES

La Sociedad Española de Psicología Jurídica y Forense (SEPJF) se creó en 2006 con los objetivos generales de promover la investigación científica y la difusión de conocimientos en el campo de la Psicología Jurídica y Forense, y, en particular: 1) A contribuir a la producción de los conocimientos, a la difusión y a la utilización de las contribuciones de la investigación en Psicología Jurídica y Forense. En este ámbito se esforzará en aportar una **ayuda técnica a los profesionales**, a los operadores jurídicos y a las **Instituciones Públicas**. 2) A promover el **progreso de las técnicas** y a la creación de cualquier material susceptible de **aumentar el rigor de los métodos** propios de los psicólogos jurídicos y forenses.

El **Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)** aprobó el 26 de junio de 2016, la Resolución 32/2 de Protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género en la que "deplora profundamente los actos de violencia y discriminación que, en todas las regiones del mundo, que se cometen contra personas por su orientación sexual o identidad de género".

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** en la 11ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, **CIE-11**, en 2018, pasó de considerar la transexualidad como un **trastorno de identidad sexual a condiciones relativas a la salud sexual, *Discordancia de género***. En el mismo sentido, la **Asociación de Psiquiatría Americana (APA)**, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (**DSM-5**) en 2013, sustituye el diagnóstico de trastorno de identidad de género por el de ***Disforia de género, un diagnóstico que involucra un malestar significativo asociado a una discordancia entre la identidad de género y el sexo físico o asignado al nacer, con el que las personas afectadas no se identifican ni sienten como propio***. En ambos manuales, se considera la discordancia–disforia de género como un problema clínico y no un trastorno.

La **Ley 3/2007**, de 15 de marzo, reguladora de la **rectificación registral de la mención relativa al sexo** de las personas, reconoce a las personas **transexuales mayores de edad** y de nacionalidad

española la posibilidad de modificar la asignación registral de su sexo, sin necesidad de someterse a un procedimiento quirúrgico de reasignación de sexo y sin procedimiento judicial previo, aunque manteniendo la necesidad de disponer de un diagnóstico de disforia de género.

El Proyecto de Ley tiene como objetivo la autodeterminación del género (cambiar sexo por género con cambio registral) y se recoge como un derecho de las llamadas *personas trans* al que atribuye una función terapéutica basándose exclusivamente en la consecución de un deseo, sin mediación de criterio profesional alguno, tanto para las personas mayores de edad como para los menores, con limitaciones y con algunas cautelas en función de la edad (menores 16 años acorde a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

Al respecto, la **Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNYA)**, en su comunicado sobre el anteproyecto de ley de la denominada Ley *Trans*, plantea múltiples cuestiones relativas a la protección del interés superior de los menores. Acertadamente, puesto que consideramos que el anteproyecto presume la capacitación de los progenitores en conocimientos científicos y legales para tomar esa decisión. Y señalamos especialmente, la responsabilidad civil o penal si las consecuencias de dicha decisión produjeran un daño a su hijo/a tanto físico como psicológico, y también con el paso del tiempo una vez adquirida la madurez psicológica por parte del menor.

Asimismo, el texto legislativo en tramitación contempla la posibilidad de denunciar a los profesionales, que realicen evaluaciones y apliquen tratamientos que cuestionen los contenidos de la ley que contempla para ello un catálogo de sanciones administrativas.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Por parte de esta Sociedad (SEPJF) se ha realizado el estudio del **anteproyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI**, presentado por el Gobierno (Ministerio de Igualdad) al Congreso para su debate y aprobación estando actualmente en trámite en la Comisión de Igualdad del Congreso. Además, se han analizado los informes que ya se han evacuado por parte de los órganos consultivos constitucionales (i.e., Consejo de Estado y Consejo General del Poder Judicial), los manuales de clasificación de la OMS y la American Psychiatric Association, así como los manifiestos de colegios y asociaciones profesionales (e.g., Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, Consejo General de la Psicología; AEPNYA), colectivos médico-psiquiátricos o de organizaciones civiles (e.g., colectivos, feministas, asociaciones de padres). También se ha revisado la literatura clínica y científica al respecto y estudiado los informes de otros países con leyes reguladoras de la transexualidad.

La literatura epidemiológica está informando de un incremento exponencial en la incidencia en la discordancia–disforia de género entre los menores y adolescentes con su sexo biológico. Así en Gran Bretaña la incidencia se ha incrementado el 4.515% (Mcrath y Raine, 2021) y en Suecia el 1.500% (Orange, 2022). Tendencia similar se está observando en España (Becerra Fernández, 2020). Datos que distan mucho de la prevalencia observada entre adultos nacidos varones, que oscila entre 0,005 y el 0,014%, y en adultas nacidas mujeres que fluctúa entre el 0,002 y el 0,003% (APA, 2013). En suma, el autodiagnóstico expresado en el deseo de la persona es mayormente sobrediagnóstico.

En la ley se motiva que el deseo de la persona de transitar sea suficiente por la voluntad de *despatologizar*, lo que supone la eliminación del requerimiento de un diagnóstico clínico (Ley 3/2007) que preste aval a la decisión de la persona lego o de sus representantes legales, también legos en esta materia. En términos de salud, el deseo de la persona supone obviar el diagnóstico diferencial de otros problemas o categorías diagnósticas. De este modo, se deja sin atención a personas adultas, pero sobre todo adolescentes y niñas y niños que requieren de acompañamiento en un proceso complejo y que suele venir asociado con otros problemas de salud (comorbilidad y multimorbilidad; APA,2013). Esta situación es aún más preocupante en las disforias de aparición súbita o de inicio rápido (ROGD: Rapid-Onset of Gender Dysphoria) que afecta sobre todo a las niñas (7 de cada 10 menores remitidas a las clínicas de género son niñas; Shrier 2021) y jóvenes, que se caracteriza por la presencia de disconformidad con el sexo biológico de inicio súbito. En todo caso, los tratamientos hormonales y quirúrgicos que acompañan al proceso de transición física tienen un trasfondo patológico contrario a la alegada despatologización que busca la norma.

En el anteproyecto de Ley, **se establecen 3 niveles de decisión sobre la autodeterminación del sexo**: 1) un acto voluntario del individuo con capacidad legal para la toma de decisiones de salud (≥ 16 años), 2) una decisión voluntaria de los menores con asistencia de sus representantes legales para la franja de edad de los 14 a los 16 años y 3) tras aprobación judicial para los menores de entre 12 y 14 años. Resaltando que no será necesaria una valoración médica o psicológica, con lo cual se descarta la identificación de la disforia de género y el diagnóstico diferencial de otros problemas que pudieran provocar una decisión errónea. Sin embargo, creemos que corresponde a los profesionales de la salud mental (médicos/as y psicólogos/as), que en España deben de cumplir unos requisitos de formación y de acreditación, precisamente para garantizar los derechos de los/as ciudadanos/as. Entrando en **las implicaciones jurídico-forenses**, ha de tenerse en cuenta, en cumplimiento del ordenamiento jurídico y especialmente de la protección de los menores y de las personas vulnerables, **el papel de las evaluaciones psicológicas se torna en imprescindible**, pero también de los/as ciudadanos/as mayores de edad y de los intereses de la Administración.

Las tasas de persistencia de la disforia de género desde la infancia a la adolescencia o la edad adulta varían. En los nacidos varones, la persistencia oscila entre el 2,2 y el 30%, en tanto que, en las nacidas mujeres, la persistencia oscila entre el 12 y el 50 % (APA, 2013). Asimismo, estudios de campo sobre las llamadas **destransiciones** tras terapia afirmativa hallaron un 6,9% de destransiciones a los 16 meses de iniciar el tratamiento al que sumar un 3,4% de personas que presentaban un patrón de atención médica sugestivo de destransición (Hall, Mitchell y Sachdeva, 2021). Con otras medidas de las destransiciones y persistencia, Boyd et al. 2022 encontraron que un 12% de quienes habían empezado con tratamientos hormonales o bien destransicionaron o requerían evaluaciones adicionales, y un 20% cesaron el tratamiento por motivos diversos.

Los temas objeto de intervención o evaluación forense son de distinta índole, tanto para **la determinación del grado de madurez** y la **capacidad para tomar decisiones** en la inscripción registral, como para dar el consentimiento en las llamadas **transiciones** con o sin intervenciones médico-quirúrgicas. Igualmente, es necesario realizar una evaluación clínica-forense, para establecer **un diagnóstico diferencial** de la existencia o no de problemas asociados a la disconformidad sexual u otros problemas, incluidos los motivos registrados en las destransiciones, tal que ratifiquen o rectifiquen el estado subjetivo (deseo). En suma, el deseo de la persona de transicionar no es suficiente por ser inestable y estar sobrediagnosticado por lo que ha de estar acompañado de un estudio psicológico de la estabilidad y de la validez del autodiagnóstico.

Por otra parte, debido al impacto que este fenómeno social tiene en las familias y ante posibles y probables **conflictos familiares**, se debería proveer en la ley, a través de la **mediación familiar**, la intervención de profesionales de la psicología jurídica, para garantizar los derechos y deberes de ambas partes (hijos/as y progenitores).

La discriminación que sufren las personas por motivo de su orientación sexual, así como los procesos de victimización a los que se han podido ver expuestos requieren de la **intervención psicológica desde la victimología**.

Igualmente, es importante el papel forense como testigos-peritos en las llamadas **destransiciones** que revierten, a menudo, en procedimientos judiciales de reclamación a profesionales y administraciones.

Además, la actual redacción del proyecto de Ley afecta directamente, entre otras, a la aplicación de la Ley 1/2004 de Protección Integral contra la Violencia de Género, a la Ley Orgánica 3/2007 para la Igualdad efectiva entre mujeres y hombres, a la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia, a la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de Garantía Integral de la Libertad Sexual.

Por todo lo expuesto, y atendiendo a requerimientos tanto profesionales como deontológicos, las sociedades y organizaciones profesionales de la psicología debemos posicionarnos y participar en el debate social que existe sobre el llamado fenómeno *trans* aportando nuestro conocimiento científico sobre la disforia o incongruencia de género y cuantos aspectos psicológicos, sociales, psicojurídicos y forenses pueden estar relacionados.

RESOLUCIÓN

Como resultado de todo lo anteriormente expuesto desde la SEPJF, proponemos que la redacción definitiva de la Ley contemple que:

Los profesionales de la psicología forense que actúan como peritos, tienen que intervenir realizando **evaluaciones clínicas-forenses de las personas con disforia–disconformidad de género** (APA, 2013; OMS, 2018) a cualquier edad. Y en todo caso con los menores y personas vulnerables, sin perder de vista a los progenitores o tutores legales, si procediera. Destacando que contamos a la fecha con técnicas forenses **para evaluar el grado de madurez para otorgar el consentimiento**, así como para el **diagnóstico diferencial**.

El consentimiento necesario para iniciar el proceso de transición ha de incluir no sólo los tratamientos hormonales y quirúrgicos, sino también la exploración y acompañamiento psicológico y la intervención que el profesional determine.

Esta Sociedad recuerda a todos los que evalúen que **el error no admisible** (error punible, error sujeto a responsabilidad) es validar una transición que derive posteriormente en una destransición (error en el diagnóstico diferencial). Este error puede dar (está dando ya en derecho comparado) lugar a demandas contra clínicos y peritos y contra la administración pública por daños. Además, **se recuerda a todos los profesionales la obligación de defender el mejor interés del menor y de un diagnóstico diferencial de otros problemas**.

Los daños de índole física (de carácter irreversible y crónicos) estarían acompañados de daños de índole psicológica (expresado como “daño moral” en el ámbito jurídico). Un **daño psicológico** que, dada la magnitud del estresor y la duración de éste, va a cursar casi con total probabilidad como **daño severo y crónico**. También, disponemos de técnicas forenses para la evaluación y cuantificación del daño psicológico (moral) avaladas científicamente.

Atendiendo a la experiencia de otros países, que están recibiendo demandas de compensación de daños, advertir que quien asumiría la responsabilidad y la compensación del daño sería, a la espera de las resoluciones judiciales, la Administración (art. 106 de la Constitución Española). En este sentido, ya se han desarrollado técnicas de evaluación forense científicamente validadas para la evaluación y cuantificación del daño psicológico.

Otra de las contingencias que atañe a la Psicología Jurídica y Forense es la protección y evaluación forense frente a daños causados por actos de violencia y discriminación. La Resolución 32/2 del Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas advierte de la vulnerabilidad del colectivo LGTBI). El desempeño de la Psicología Jurídica capacita para el desarrollo e implementación de programas de concienciación, prevención y restauración del daño psicológico a través de la asistencia psicológica especializada; y la psicología forense para la demostración del caso, y evaluación y cuantificación para su compensación del daño psicológico. Finalmente, el cambio de sexo registral (*autodeterminación de género*) puede generar problemas en el desempeño de los profesionales de la Psicología Jurídica y Forense, en casos como, la violencia de género y, sobre todo, en los delitos contra la libertad sexual a la hora de interpretar hechos y potenciales acciones delictivas.

COMUNICADO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

La Asociación Española de Pediatría (AEP) y la Sociedad de Psiquiatría Infantil (SPI-AEP) se adhieren al comunicado de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia (AEPNYA) sobre la Ley Trans

Solicitan que se tenga en consideración la perspectiva, conocimiento y experiencia que pueden aportar los médicos psiquiatras de la infancia y adolescencia y advierten de que no hacerlo es una negligencia grave institucional en el cuidado de los niños

Madrid, 29 de octubre de 2022._ La Asociación Española de Pediatría (AEP) se adhiere, a través de su Sociedad de Psiquiatría Infantil (SPI-AEP) al [comunicado](#) emitido recientemente por la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia (AEPNYA) relativo a la Ley Trans, de septiembre/2022. Reclaman que se cuente con asesoramiento de expertos en la salud mental de la infancia para valorar la repercusión de esta ley en los derechos y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes.

Como recoge el citado documento elaborado por AEPNYA, los niños y adolescentes tienen derecho a recibir una atención médica integral -física y mental- que favorezca su desarrollo, y a que prevalezca el interés superior del menor en las decisiones judiciales que se tomen respecto a cualquier cuestión relevante para sus vidas. Tener en consideración la perspectiva, conocimiento y experiencia que pueden aportar los médicos psiquiatras de la infancia y adolescencia es esencial y no hacerlo, una negligencia grave institucional en el cuidado de los niños.

Sobre la Asociación Española de Pediatría

La Asociación Española de Pediatría es una sociedad científica que representa a cerca de 12.000 pediatras que trabajan tanto en el ámbito hospitalario como de atención primaria. Está integrada por todas las sociedades científicas de pediatría regionales y las sociedades de pediatría de las distintas especialidades. El principal objetivo de la asociación es velar por la adecuada atención sanitaria, fomentar el desarrollo de la especialidad, tanto en sus aspectos asistenciales como en los docentes y de investigación, además de asesorar a todas aquellas instituciones competentes en asuntos que puedan afectar o afecten a la salud, desarrollo e integridad del niño y del adolescente, así como divulgar e informar a la población sobre cuestiones de salud infantil.


Comunicado AEBI respecto al Proyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI



1. El Proyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI, popularmente conocida como ley trans, está generando un vivo debate en la sociedad. Un debate estimulado por la tramitación de la ley por la vía de urgencia sin aportar el gobierno una auténtica razón que justifique este procedimiento. Desde la Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI) queremos exponer nuestra opinión sobre algunos de los aspectos de la ley que nos parecen cuestionables desde la perspectiva de nuestra área de trabajo. Éstos se centran en tres ámbitos: salud, menores y agentes sanitarios.

2. En cuanto a la salud de las personas con problemas de identidad de género, consideramos, por un lado, que es un error la utilización del término trans para englobar a distintas realidades como son la transexual, intersexual o transgénero. Por otra parte, la ley tiene un marcado carácter intervencionista y desmedicalizador. Por ejemplo, es un sinsentido devaluar, cuando no demonizar, el diagnóstico diferencial, un elemento importante para distinguir, que no patologizar (causa por la que se desprecia en la ley), sino que busca descartar posibles trastornos o situaciones que puedan hacer creer que hay un problema de identidad de género cuando no es así. Evidentemente esto beneficia enormemente a las personas y ayuda a su propia libre deliberación. En este sentido, por ejemplo, cabría preguntarnos si alguien en su sano juicio rechazaría una segunda opinión antes de una intervención quirúrgica. Creemos que no. Cuestión que consideramos muy importante dado el efecto de contagio que se está dando con la aparición de conflictos de identidad de género de inicio rápido entre menores y adolescentes. En tercer lugar, la propuesta de ley no se ocupa de aquellas personas que, en un momento determinado, deciden abandonar los tratamientos o detransicionar, estas situaciones no deberían ser obviadas y tendrían que ser recogidas en la ley desde una perspectiva sanitaria, económica y de los derechos humanos.

3. Por lo que respecta a los menores, la ley otorga a estos una capacidad de decisión muy superior a la que tienen en cualquier otro proceso que pueda requerir de su consentimiento, algo que es muy llamativo por: la dificultad de la determinación de si el menor es transexual; las dudas sobre si el menor tiene capacidad de entender las consecuencias de su decisión a corto y largo



plazo; y el riesgo que supone ofrecer al menor tratamientos sin las suficientes garantías de seguridad y eficacia. En conclusión, la ley adopta la opción de la afirmación de género sin tener en cuenta otras opciones como, por ejemplo, la espera vigilante, opción que están adoptando en otros países – Suecia, Reino Unido o Francia- con mayor experiencia en la resolución de estos conflictos. Ese talante de afirmación farmacológica de género conlleva tratamientos con medicamentos que no están aprobados en la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para esa finalidad ni para esa edad y que, algunos de ellos, dependiendo del medicamento y del tiempo de utilización, dejarán una huella indeleble en el menor en lo que respecta a la reproducción, desarrollo fisiológico, etc. El interés superior del menor consiste en proteger el desarrollo integral del mismo, de forma que pueda tener una vida plena a nivel material y afectivo. Por lo tanto, hay que ser muy prudentes para que las decisiones en esa edad tengan en cuenta todos sus derechos y que el ejercicio de alguno de ellos no pueda hipotecar el ejercicio de otros más adelante en su vida.

4. Por último, se ha obviado la opinión de los profesionales sanitarios a la hora de elaborar un texto que tiene uno de sus principales ejes en los procesos de transición de género sustentados en la farmacología y cirugía. Sin embargo, la ley va a repercutir directamente en esos profesionales que van a verse forzados a intervenir (bien legalmente o bien por la presión ideológica de ser señalados) en un proceso de transición de género, aunque no tengan la seguridad de que está indicado o que entienden que no deben prescribir y dispensar unos medicamentos no autorizados para el fin que se persigue, etc. Consideramos que el proyecto en su afán de ampliar derechos subjetivos debe contemplar la realidad de la evidencia científica, así como sus límites y la necesidad de respetar la conciencia del profesional.

5. En conclusión, no hay duda de que las personas transexuales necesitan de un marco legal adecuado. Pero el proyecto de ley que está siendo sometido a debate en el parlamento no reúne a nuestro parecer los mínimos requisitos de prudencia ética a la hora de proponer acciones, ni de respetar la salud y bienestar de las personas transexuales y menos de aquellas que crean serlo sin serlo, o de aquellas que hayan descubierto que no lo son y quieren detransicionar.

30.10.2022

Gracias por aceptar nuestras cookies

Puede ocultar este mensaje o saber más sobre las cookies.

Ocultar

Más info



FUNDACIÓN PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL



Seleccionar idioma | ▼

Miércoles, 6 Septiembre 2023

Inscríbete **jt**

MÉDICOS Y PACIENTES .COM

OMC

FUNDACIONES OMC

ACTUALIDAD

ORGANIZACIONES

PACIENTES

INVESTIGACIÓN

MULTIMEDIA

Ley Trans

Los informes de equipos médicos multidisciplinares constituyen una garantía para los menores solicitantes de autodeterminación de género

El Consejo General de Médicos (CGCOM) manifiesta, al respecto de la denominada *Ley Trans*, que los informes de equipos médicos multidisciplinares constituyen una garantía para los menores solicitantes de autodeterminación de género y que este aspecto debería de estar recogido por dicha norma legal. La asistencia a los menores por parte de equipos médicos multidisciplinares especializados durante todo el proceso de la autodeterminación de género disminuiría el riesgo de no persistencia en el deseo de transexualidad y los riesgos psicológicos y orgánicos derivados de un proceso acelerado de la transición de género

Madrid | 02/11/2022 | medicosypacientes.com |



El

anteproyecto normativo recoge el procedimiento de cambio registral en tres tramos de edad: los mayores de 16 años podrán cambiar de sexo por su cuenta y sin requisitos adicionales a su libre voluntad, salvo un período de reflexión de tres meses; los menores de entre 14 y 16 años necesitarán el permiso de sus representantes legales y la ley prevé que los menores de entre 12 y 14 años que quieran cambiar de sexo deban aportar un informe judicial.

El CGCOM, en base a un análisis jurídico, ético y deontológico, considera que la exigencia de un diagnóstico médico multidisciplinar de la disforia de género no puede considerarse que vulnere los derechos fundamentales de la persona. Por ello, entiende que el planteamiento del anteproyecto, al legitimar a los mayores de 14 años y menores de 16 para solicitar la rectificación de la mención registral del sexo sin más condiciones que la asistencia de sus representantes legales, no resulta adecuado para proteger el mejor interés del menor comprendido en esa franja de edad que carezca del suficiente grado de madurez o cuya situación de transexualidad no esté estabilizada.

La recomendación del CGCOM se alinea con las legislaciones de Alemania, Bélgica, Dinamarca, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Noruega, Portugal, Reino Unido o Suecia, donde se exigen condicionantes como mayoría de edad, autorización de representantes legales o intervención judicial para los menores o un informe médico descriptivo de la situación. La propuesta normativa española va en una dirección distante de estos planteamientos europeos, al exigir solamente la manifestación de voluntad del interesado.

La corporación médica comparte el dictamen del informe promulgado por el Poder Judicial en donde se propone extender el procedimiento de jurisdicción voluntaria de los 12 a los 17 años, que es el mecanismo previsto en el anteproyecto de Ley Trans pero solo para los menores de entre 12 y 14. De modo coherente con dicha afirmación, debe tenerse en cuenta que las intervenciones médicas dirigidas a la ejecución del proceso de transexualidad exigen una especial prudencia en menores, dada la irreversibilidad de muchas de las terapéuticas precisas para el proceso de transexualización.

Resulta conveniente someter el ejercicio del derecho de rectificación de la mención registral del sexo por parte de los menores de dieciséis años a las condiciones de "suficiente madurez" y "estabilidad en la situación de transexualidad", del mismo modo que se exigen para los menores de catorce años y mayores de doce. Además, entendemos que lo procedente es que el control de su concurrencia se haga en sede jurisdiccional, a través del procedimiento de jurisdicción voluntaria.

No parece necesario ni proporcionado desvincular la rectificación registral de la mención relativa al sexo de todo elemento probatorio que acredite, de un modo u otro, cierta estabilidad en la identidad sexual libremente definida por la persona. En base a este precepto, **desde el Consejo General de Médicos recomendamos la exigencia de un informe médico multidisciplinario especializado como elemento clave de garantía para el solicitante.**

El CGCOM quiere expresar su **firme defensa al derecho de las personas a no ser discriminadas por motivos de orientación sexual, identidad sexual, expresión de género o características sexuales, tal y como recoge esta norma.**

Sin embargo, la configuración de un régimen específico de protección reforzada, independiente y ajeno al régimen de protección general, e incluso del régimen de protección específico de otros colectivos contemplados en este anteproyecto, determina la existencia de ciertas y notables ventajas generadoras de posibles situaciones de discriminación en relación con el resto de los ciudadanos y con otros colectivos que ya ostentan o que pudieran ser merecedores de idéntica protección reforzada.

Finalmente, la corporación también manifiesta su **apoyo a la ley en lo que respecta a la atención sanitaria integral a personas intersexuales**, que se prevé que se realice de acuerdo con los principios de autonomía, decisión y consentimiento informado, no discriminación, asistencia integral, calidad, especialización, proximidad y no segregación, desde un enfoque despatologizador.

OPINIÓN

Firmas

Editorial

Artículos

Análisis

Post Destacados

REVISTA DEL CONSEJO GENERAL DE MÉDICOS



PROFESIÓN MÉDICA 52 MAYO 2023

Responsabilidad
de los residentes de
Ciencias de la Salud,
tutores y especialistas

2022



OMC   



VPC Validación Periódica de la Colegiación

MÉDICOS Y PACIENTES .COM



Contacto | Quiénes somos | Aviso Legal | Política de cookies | Política de privacidad | Mapa web | RSS
© Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

Proyecto de Ley para la Igualdad Real y Efectiva de las Personas Trans

Reflexiones de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria ante la Ley Trans

Madrid, 26 de octubre de 2022.- Al afectar directamente a la población infantil y adolescente, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) considera su responsabilidad manifestarse sobre el Proyecto de Ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI, conocida como Ley Trans. En este sentido, recomienda promover un debate reflexivo, extremar la prudencia en las actuaciones destinadas a los niños y adolescentes y revisar algunos aspectos del proyecto.

El colectivo pediátrico representado considera que el Proyecto de Ley Trans no valora en la medida que sería deseable la participación que los padres y los profesionales sanitarios en el proceso de autodefinición sexual de los niños y niñas.

La adolescencia es un periodo en el que las personas pueden tener una cierta indefinición e inseguridad sobre los roles sexuales y otros aspectos del desarrollo personal. La ayuda de profesionales sanitarios, en especial de la salud mental, puede jugar un papel importante en el desarrollo de la identidad y orientación sexual.

La atención sanitaria a las personas trans, como al conjunto de pacientes y usuarios del sistema sanitario, debe guiarse por los principios de seguridad, calidad, equidad, confidencialidad y accesibilidad.

Finalmente, en opinión de AEPap, se echa en falta un debate social, necesario para conseguir una regulación más ajustada a las necesidades de las personas trans y un mayor consenso.

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)

La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria se constituye como una Federación de Asociaciones de Pediatras que trabajan en Atención Primaria (AP), de carácter científico y profesional, sin fines lucrativos, que representa a más de 5.300 pediatras de AP en el estado español. En su seno se encuentran diferentes Grupos de Trabajo sobre diversas materias (Grupo de Prevención en la Infancia y Adolescencia, Grupo de Vías Respiratorias, Pediatría Basada en la Evidencia, Docencia MIR, Cooperación Internacional, Patología del Sueño infanto-juvenil, Grupo de Investigación, Grupo Profesional, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Grupo de Educación para la Salud, Grupo de Patología Infecciosa, Grupo de Ecografía Clínica Pediátrica, Grupo de Relaciones con Europa y el Grupo de Gastro-Nutrición). Los objetivos principales de esta Asociación son: promover el desarrollo de la Pediatría en la Atención Primaria, buscar el máximo estado de salud del niño y del adolescente, promocionar su salud, prevenir la enfermedad y facilitar su recuperación en caso de contraerla, fomentar y ejercer la docencia sobre Pediatría de Atención Primaria del pregraduado y postgraduado (Médicos Residentes de Pediatría, Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y profesionales del ámbito de la Atención Primaria), fomentar y

ejercer la investigación, coordinar los diferentes programas sanitarios relacionados con el niño, recoger los problemas e inquietudes relacionados con el ejercicio de la Pediatría de Atención Primaria y representar los intereses de sus socios en el marco de las leyes y ante los distintos organismos (Administraciones Públicas Sanitarias y Docentes, otros órganos o entidades Nacionales o Internacionales), y coordinar con otras asociaciones similares (regionales, nacionales o internacionales) actividades y proyectos encaminados a la mejora de la Pediatría en Atención Primaria.

Para más información:

BERBÉS– Gabinete de prensa de AEPap

Rosa Serrano / Ana García

686 16 97 27 / 664256702

rosaserrano@berbes.com / mardelasheras@berbes.com

Ley Trans. Así, no.

Desde la Junta Directiva de la Asociación de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia estamos altamente preocupados por el impacto que la forma y el contenido de la llamada Ley Trans está teniendo y previsiblemente tenga en mucha mayor medida, sobre los menores de edad con dificultades en su desarrollo socio-emocional e identitario.

Los menores y los adultos trans necesitan que se protejan sus derechos, pero para ello no se puede poner en peligro el cumplimiento de otros derechos primordiales: que los niños tienen derecho a una atención médica integral, física y mental, que favorezca su desarrollo; y que en las decisiones judiciales que se tomen respecto a cualquier cuestión relevante para la vida del niño o adolescente debe prevalecer el interés superior del menor. Ambos son dos principios bastante universales y difícilmente contestables.

La versión actual de la llamada Ley Trans, de septiembre/2022 tiene, al menos, 3 problemas fundamentales que como médicos psiquiatras de la infancia y adolescencia debemos señalar:

1. La Ley no solo no protege, sino que pone en riesgo el derecho fundamental de los niños a una atención médica integral (que debe incluir una valoración física y de salud mental del niño y su entorno ante malestares emocionales).
2. La Ley establece que la persona encargada del Registro Civil facilitará a la persona que solicite el cambio registral toda la información sobre las consecuencias jurídicas de la rectificación que hagan, pero no establece que haya alguien y quien debe ser ese alguien que facilite información sobre las consecuencias, positivas y negativas y beneficios y riesgos previsibles sobre la salud mental y física de cualquier decisión o intervención transicionadora que se realice.
3. Se acuña un nuevo término, "identidad sexual", confuso en sí mismo y sin definirlo en relación a los términos ya existentes, paso clave en todo proceso de acuñar un nuevo término cuyo uso se pretende extender. En este sentido se ignora (se anula) un término/realidad tan relevante como el sexo (RAE: Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas) sin una discusión fundamentada ni consensuada de las consecuencias de su eliminación como referente terminológico.

Respecto a la forma, una Ley tan importante en cuanto a proteger los derechos de las personas trans, pero a la vez de calado tan determinante sobre la conceptualización de aspectos tan importantes en el desarrollo del niño como el sexo, la identidad de género, la identidad de forma más global, la expresión de género o la personalidad, debería tramitarse de la forma más reflexiva y colaborativa posible. Y con un análisis de riesgos claro. Creemos que tener en consideración la perspectiva, conocimiento y experiencia que podemos aportar

los médicos psiquiatras de la infancia y adolescencia es esencial y no hacerlo, una negligencia grave institucional en el cuidado de los niños. Solo contando con los psiquiatras pertenecientes a la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, más de 450 en este momento, dedicamos entre todos cientos de miles de horas al año a pensar, acompañar, evaluar y tratar a niños y adolescentes con malestares importantes en su desarrollo emocional o comportamental, con problemas del neurodesarrollo o con francas patologías psiquiátricas. Un país civilizado no puede ignorar ese activo. Además, si miramos hacia fuera, otros países con más experiencia tienen mucho que aportarnos respecto a una posible Ley Trans. Países como Finlandia o Reino Unido han dado marcha atrás a modelos asistenciales de los niños autoidentificados como trans más invasivos y rápidos a modelos asistenciales más evaluativos, psicológicos y reflexivos, vinculados con los servicios de Salud Mental. De los distintos modelos asistenciales se han generado datos, información muy útil que nos debe servir para no repetir errores y para empezar a recorrer el camino que otros han realizado teniendo en cuenta lo que ahora sabemos y ellos no sabían cuando empezaron. No tener en cuenta este tipo de conocimiento, experiencia asistencial y estudio científico de los resultados, es, de nuevo, negligente.

Más allá de las cuestiones literales del estado actual de la Ley, que no protege en absoluto el desarrollo de normativas autonómicas donde se vele por derechos fundamentales de los niños a una atención médica integral (de los trans y los no-trans, muchísimo más numerosos), hay cuestiones de fondo que observamos y que nos resultan también preocupantes.

En el ignorar su participación en los procesos, en aportar conocimiento y experiencia, en la lectura crítica de la evidencia científica, se observa una presunción de base de los profesionales de la salud mental como hostiles o contrarios a los intereses de los menores, a los principios de tolerancia y a los principios de igualdad, lo cual, de ser cierto, sería un asunto tan preocupante como para generar un debate social de gran calado. Se observa también una presunción de los padres como hostiles o contrarios a los intereses de sus hijos casi por defecto, cuando, ante una situación de conflicto entre ellos se recurre inmediatamente a un responsable judicial sin obligar a una valoración psicológica/psiquiátrica en profundidad del menor y del sistema familiar. Somos conscientes, porque lo vemos en familias reales, que muchas familias tienen una reacción inicial de incredulidad o de rechazo o de negación ante un menor que comunica su posible identidad trans, pero también vemos que la mayoría de las familias evolucionan y se adaptan para apoyar a sus hijos en aquello que más vaya a favorecer su desarrollo personal y bienestar, muchas veces por encima de sus propios prejuicios o ideologías previas. También somos conscientes, porque lo vemos en familias reales, que los padres proyectan y transmiten, en y a sus hijos, sus deseos, valores, ideas e incluso ideologías, y que los niños crecen alineándose a veces o enfrentándose otras e integrando, deseablemente, esas influencias con su propia personalidad, experiencias y desarrollo. En condiciones normales, esta influencia de los padres en sus hijos se hace en el contexto de una relación

y vínculo positivo y amoroso. En condiciones patológicas, eso puede no ser así. Sabemos que los medios sociales también transmiten esos valores, presiones, ideas, ideologías de una forma a veces mucho más intensa y descontrolada que las propias familias y desde luego sin un vínculo personal previo.

¿Quién va a evaluar si los padres están ejerciendo un efecto perjudicial sobre la libertad necesaria para el desarrollo de la personalidad de su hijo? ¿Quién va a evaluar si los padres están ejerciendo ese perjuicio en el sentido contrario al que se pretende evitar? ¿Quién va a señalar signos de alarma que permitan identificar estas situaciones y tratar al niño o a la familia si es lo necesario? ¿Quién va a evaluar si la idea del niño está sometida a influencias perniciosas por estar abandonado y expuesto a influencias desmedidas e inadecuadas en las redes sociales? ¿Quién va a valorar la madurez del niño/adolescente para tomar decisiones de calado sobre su integridad física?

Desde AEPNYA proponemos que se cuente con asesoramiento de expertos en la salud mental de la infancia para valorar la repercusión de esta ley en los derechos y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes

Junta Directiva de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNYA)

Luisa Lázaro, Presidenta

Carlos Imaz, Vicepresidente

Kristian Naenem, Tesorero

Laia Villalta, Secretaria

Rafaela Caballero, Vocal, Relaciones Internacionales

Abigail Huertas, Vocal, Comisión de Publicaciones y Medios de Comunicación

Mara Parellada, Presidenta de la Comisión Científica

Matías Real, Vocal, Web y Nuevas Tecnologías

Elisa Seijo, Vocal de Participación



Grupo de Trabajo Ley Trans
Sociedad Española de Medicina Psicosomática

**REFLEXIONES SOBRE LAS POSIBLES CONSECUENCIAS MÉDICAS,
SANITARIAS Y CIENTÍFICAS DE LA ACTUAL PROPUESTA DE LEY TRANS**

De acuerdo con la futura elaboración de un proyecto normativo consistente en una ley para la igualdad plena y efectiva de las personas trans, como ciudadanos/as interesados/as y como profesionales aludidos/as por la propuesta, y con el ánimo de promover el diálogo y la colaboración social, hemos reflexionado sobre sus posibles consecuencias en la salud y atención de las personas afectadas.

Como la apertura social, el debate público y la visibilización en España de la diversidad sexual y de género es bastante favorable¹, nos permitimos reflexionar de acuerdo con la experiencia profesional, clínica y de salud comunicada por los profesionales y las personas trans atendidas a diario, basada en criterios clínicos y científicos, y sin detenernos en interesantes debates sociales que son el contenido de otros foros.

¿Cómo podría afectar la descentralización de la atención de las personas trans?

En el borrador de la ley se propone que *“en el modelo de atención a la salud de las personas trans primará la atención ambulatoria, y en especial la atención primaria, así como las áreas de especialización que sean precisas a lo largo del proceso asistencial”*.

En España se han implementado unidades específicas en 10 comunidades², con distintos desarrollos, y en los que se ha puesto de manifiesto la necesidad de la atención multi e interdisciplinar de las personas trans en las diversas etapas de su evolución (ginecología, endocrinología, cirugía, urología, pediatría, neurología, psiquiatría, psicología, etc.), por lo que es necesaria una atención integrada y compartida³. Si ahora se prioriza la atención primaria y la atención de proximidad, y la responsabilidad recae directamente sobre médicos de familia y especialistas de área, la atención sanitaria a personas trans estaría en manos de profesionales con poca experiencia y formación sobre el tema. Asimismo, se consolidaría la ausencia de profesionales de la salud mental¹ en las etapas iniciales. Sin una evaluación y asesoramiento adecuados, se podría favorecer una toma de decisiones precipitada y poco informada por parte de los usuarios, poniendo en peligro la calidad y seguridad del proceso.

Algunas personas trans, sobre todo aquellas personas con identidades confusas, no definidas o fluctuantes, y/o aquellas influenciadas en particular por otras variables (sociales, culturales, psicológicas, familiares, etc.) podrían dar pasos hacia la transición médica sin conocer la complejidad y las consecuencias, sobre todo en la salud, de estas intervenciones. ¿Quién les asesorará sobre los cambios producidos? ¿Quién se hace responsable de los efectos adversos? ¿No sería más beneficioso garantizar asesoramiento y acompañamiento para que las decisiones tomadas sean las mejores posibles?

La descentralización de la atención sanitaria y el desmantelamiento de las unidades especializadas podría dificultar en gran medida la realización de seguimientos temporales, por lo que se perdería una gran cantidad de información (satisfacción, efectos sobre la salud mental y física, tendencias, cambios demográficos, etc.) que resulta extremadamente útil para comprender mejor a las personas trans y para mejorar los servicios públicos de atención sanitaria, ya que “sólo la investigación y un registro cuidadoso de la actividad asistencial, las

¹ Gómez-Gil E, Esteva de Antonio I, Fernández Rodríguez M, Almaraz Almaraz MC, Hurtado Murillo F, Gómez Balaguer M, Asenjo Araque N, Mora Porta M, Halperin Rabinovich I, Fernández García R, Montejo González AI, Grupo GIDSEEN. Nuevos modelos de atención sanitaria para las personas transgénero en el Sistema Sanitario Español: demandas, controversias y reflexiones. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 16 de noviembre e202011123.

² Gómez-Gil E, Esteva de Antonio I, Almaraz MC, Asenjo N, Fernández Rodríguez M, Hurtado F, Pérez-Luis J, et al. Atención sanitaria en España a personas transexuales y con variantes de género: Historia y evolución. Psicosom Psiquiatr. 2019;11:63-75.

³ Gordo R., García Soto XR., Álvarez Y., Díaz Piñero D., de la Gándara Martín JJ. Disforia de género: realidad asistencial en psiquiatría. Psicosom. psiquiatr. 2018;7:9-19

variables clínicas y comorbilidades, los tratamientos aplicados y los resultados de éstos en diferentes cohortes de individuos, permitirán adquirir conocimientos, elaborar guías clínicas con soporte científico y, a la larga, repercutirá en beneficios para las personas tratadas, de acuerdo a los principios de la medicina basada en la evidencia.”¹

¿Cómo podría afectar la “despatologización” a las personas trans?

En la DSM-5 se sustituye el antiguo “trastorno de identidad de género” por “disforia de género” y en la CIE-11 se sustituye “transexualidad” por “discordancia de género” y se desplaza a una nueva sección de condiciones relacionadas con la salud sexual [HA60; *Gender incongruence of adolescence or adulthood*]. Así, la realidad en la que nos manejamos los profesionales de la salud es la atención al malestar de las personas, no a sus decisiones, identidades o formas de sentir.

El espíritu de las leyes debe ser proteger a todas las personas, con particular atención a las minorías, como son las personas transexuales y transgénero, y dotarles de recursos suficientes para que puedan vivir una vida digna. Esto incluye muchas veces el acceso a tratamientos médicos específicos, con asesoramiento de calidad y acompañamiento a lo largo del proceso. La ética médica exige que la atención a las personas trans en unidades multidisciplinarias se fundamente en planteamiento científicos⁴ y que dé una correcta respuesta a sus demandas⁵, lo cual requerirá una atención delicada y meticulosa. ¿En qué medida el desmantelamiento de las unidades y equipos multidisciplinarios podría tener efectos negativos sobre la atención futura a personas trans?, ¿disminuirá la inversión pública relacionada con su atención sanitaria o la formación adecuada de profesionales?

¿Cómo podría afectar el tratamiento hormonal en menores trans?

En el borrador se manifiesta que “*se informará a la persona menor y a sus representantes legales sobre la posibilidad de posponer o reducir la medicación, respetándose en todo caso la decisión de la persona interesada.*” Se propone una libre determinación para las personas menores de edad con "suficiente madurez" y que se encuentren en una "situación estable de transexualidad". ¿Quién será el/la responsable de informar a la persona menor de estos aspectos?, ¿qué criterio se utilizará para determinar esa madurez?, ¿cómo se valorará la estabilidad de la identidad trans si no se exige una valoración por parte de un profesional médico/psicológico? La adolescencia es una etapa de cambios en la que la personalidad aún no ha terminado de consolidarse, por lo que las decisiones sobre la propia identidad pueden cambiar o evolucionar.

Por otro lado, una gran mayoría (75%) de los menores atendidos en algunas unidades específicas solicitan directamente tratamientos médicos⁶. Los puntos de atención en proximidad podrían convertirse en simples lugares de prescripción de hormonas, dando lugar a procesos terapéuticos precipitados y poco reflexivos que podrían tener consecuencias desfavorables en el futuro, como arrepentimientos, malos resultados físicos y detransiciones. Esto puede ser aún más problemático si tenemos en cuenta que muchos de los adolescentes atendidos demandan tratamientos con insistencia e intensidad, haciendo mucho más difícil la comunicación y la toma de decisiones compartida⁷.

La atención a menores debería enfocarse siempre desde una perspectiva evolutiva, teniendo en cuenta sus trayectorias, sistemas sociales/familiares y cualquier otra posible

⁴ López Moratalla N., Calleja Canelas A. Transsexualism: a brain disorder that begins to known Cuadernos de Bioética XXVII 2016/1^a

⁵ Basterra Gortari V, Ruiz Ruiz R. Comments on differences of gender dysphoria between children and teenagers. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2016 Oct-Dec;9(4):233-234. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rpsm.2015.07.001. Epub 2015 Aug 19. PMID: 26298397.

⁶ Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P. T., DeCuypere, G., Feldman, J., ... Zucker, K. J. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165–232.

⁷ Becerra Fernández, A. (2020). Disforia de género/incongruencia de género: Transición y detransición, persistencia y desistencia. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 67(9), 559-561.

dificultad psicosocial asociada. En aquellos casos en los que aparece de manera súbita en la adolescencia se requiere aún mucha más precaución, pues aún se desconoce la evolución de estos casos a largo plazo.

Los protocolos internacionales establecen criterios específicos para acceder a las terapias hormonales. Estos criterios están orientados a garantizar que la persona demandante se beneficiará plenamente de los tratamientos. La implantación de un modelo exclusivo de consentimiento informado haría imposible que los profesionales pudieran verificar el cumplimiento de estos criterios, con lo cual se favorecería la prescripción hormonal a un número mucho más amplio de adolescentes sin conocer aún si su uso es adecuado, seguro y efectivo.^{8,9,10,11}

¿Cómo podría afectar a la formación de los profesionales que atienden a las personas trans?

El borrador refiere que “*Las Administraciones Públicas, en el ámbito de sus competencias: a) Garantizarán una formación suficiente, continuada y actualizada del personal sanitario, que tenga en cuenta las necesidades específicas de las personas trans, prestando especial atención a los problemas de salud asociados a las prácticas quirúrgicas a las que se someten las personas trans, a los órganos sexuales surgidos de intervenciones quirúrgicas, a los tratamientos hormonales, a su salud sexual y reproductiva y a los avances en técnicas quirúrgicas. Asimismo, formarán a las personas que trabajan en el campo de la salud mental sobre enfoques no patologizadores en la atención a las personas trans y sobre las consecuencias de la transfobia.*”

Sería de interés que esta formación sea impartida por profesionales cualificados que conozcan las diversas trayectorias evolutivas de las personas trans; la importancia que juega la orientación sexual; la prevalencia y ratios sexuales históricos y cómo éstos han cambiado en los últimos años; que conozcan cómo se construye la identidad sexual y de género en cada persona; que dominen los datos procedentes de estudios longitudinales mostrando las tasas de desistencia y persistencia; la existencia de complejos problemas emocionales y dificultades psiquiátricas asociadas; los diferentes factores etiológicos, tanto biológicos como psicosociales, que pueden influir en la experiencia personal; la evidencia real que existe actualmente sobre el uso de ciertos tratamientos hormonales; las graves complicaciones médicas que pueden acarrear algunas intervenciones quirúrgicas; y la realidad de los arrepentimientos y destransiciones.

Sería de interés generar equipos colaborativos y no entrar en la confrontación con activistas o ideólogos, sino aunar fuerzas en beneficio de las personas trans.

¿Cómo podría afectar a la libertad de la práctica clínica para una buena praxis de los profesionales de la salud?

En la atención sanitaria, el profesional tiene la obligación ética de intentar comprender qué es lo que le sucede a la persona que pide ayuda, de dónde podría proceder su malestar y cuál es la mejor manera de abordarlo. Esto implica valorar todas las opciones posibles desde una perspectiva holística, profundizando en ocasiones en el origen de ese malestar y ofreciendo nuevas interpretaciones a quien le solicita ayuda.

⁸ National Health Service (NHS). (2020). Treatment: Gender dysphoria. <https://www.nhs.uk/conditions/gender-dysphoria/treatment/>.

⁹ Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., ... Viner, R.. (2020). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS One*, 16(2), e0243894.

¹⁰] Biggs, M. (2021). More questions than answers about the outcomes of puberty suppression [Response comment to Carmichael et al.'s (2020) research article]. *PLoS One*. https://journals.plos.org/plosone/article/comment?id=10.1371%2Fannotation%2F71faadb8-de18-4c65-9482-93ded40984b6&s=08&fbclid=IwAR3k7kigl51qKuNeD8Vf31ds1mZ7tfOJQJREWwGu_AY3Yo-upYHrbiD6PG8

¹¹ Chew, D., Anderson, J., Williams, K., May, T., y Pang, K. (2018). Hormonal treatment in young people with gender dysphoria: A systematic review. *Pediatrics*, 141(1), e20173742.

Sin embargo, desde este nuevo modelo de atención, el profesional está casi “obligado” a posicionarse en un marco de razonamiento único que impide la exploración y contextualización individual. Si un profesional, en aras de la buena praxis, en lugar de “afirmar” de manera inmediata la identidad de quien le pide ayuda y atender a sus demandas de tratamiento sin aplicar criterios clínicos, decide explorar más a fondo el malestar expresado, ¿estaría invalidando o suprimiendo dicha identidad?, ¿estaría trabajando ahora con mala praxis?

Al igual que se indica que no deben usarse terapias de conversión o similares porque carecen de fundamento científico, tampoco parece que se pueda obligar a los profesionales a aplicar técnicas o modos de hacer que no estén bien fundamentados. Hacerlo ¿supondría un atentado contra la deontología y la buena praxis? ¿Sustituye el modelo de consentimiento informado a la experiencia y la ética profesional? Sería de interés que fuera una intervención colaborativa, al igual que se emplea el consentimiento informado en tantas atenciones profesionales.

¿Cómo podría afectar a las necesidades de salud mental expresadas por las personas trans?

En comparación con la población general, las personas trans presentan más problemas emocionales y psicológicos, especialmente las más jóvenes^{12,13,14,15,16,17,18,19}. Esta situación genera un escenario clínico muy complejo que demanda de los profesionales una enorme precaución a la hora de evaluar y ayudar a estas personas. En algunos casos, podría ser adecuado no iniciar algún tipo de tratamiento médico, siendo mejor dar espacio para explorar la identidad y ver cómo se desarrolla a lo largo del tiempo²⁰.

Diversos estudios muestran la importancia de atender a la salud mental y a otras variables personales e interpersonales (estresantes) como la autoestima, la imagen corporal, las habilidades de afrontamiento, la soledad social y emocional y satisfacción sexual²¹. La experiencia clínica indica que las personas que acuden a las unidades especializadas mejoran su salud y satisfacción en distintos ámbitos²², también en el de la salud mental, que es demandado y exige seguimiento²³. La participación de profesionales de la salud mental garantiza una buena praxis médica y no está reñida con el respeto a la autonomía de la persona¹. ¿Quién podrá realizar este acompañamiento si no hay profesionales sanitarios especializados y bien formados? ¿Quién se encargará de atenderles en la especificidad de sus necesidades?

¹² de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A., Steensma, T. D., y Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(11), 1195-1202.

¹³ Donaldson, A. A., Hall, A., Neukirch, J., Kasper, V., Simones, S., Gagnon, S., Reich, S., y Forcier, M. (2018). Multidisciplinary care considerations for gender nonconforming adolescents with eating disorders: A case series. *International Journal of Eating Disorders*, 51(5), 475-479.

¹⁴ Holt, V., Skagerberg, E., y Dunsford, M. (2016). Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21(1), 108-118.

¹⁵ Peterson, C. M., Matthews, A., Copps-Smith, E., y Conard, L. A. (2017). Suicidality, self-harm, and body dissatisfaction in transgender adolescents and emerging adults with gender dysphoria. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(4), 475-482.

¹⁶ de Freitas LD, Léda-Rêgo G, Bezerra-Filho S, Miranda-Scippa Á. Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020 Feb;74(2):99-104. doi: 10.1111/pcn.12947. Epub 2019 Nov 25. PMID: 31642568.

¹⁷ Bechard, M., VanderLaan, D. P., Wood, H., Wasserman, L., y Zucker, K. J. (2017). Psychosocial and psychological vulnerability in adolescents with gender dysphoria: A “Proof of Principle” study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(7), 678-688.

¹⁸ Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työlajärvi, M., y Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: Overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 1-9.

¹⁹ Gómez-Gil, E., Trilla, A., Salamero, M., Godás, T., y Valdés, M. (2009). Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 378-392.

²⁰ Sevlever, M., y Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2019). Late-onset transgender identity development of adolescents in psychotherapy for mood and anxiety problems: Approach to assessment and treatment. *Archives of Sexual Behavior*, 48(7), 1993-2001.

²¹ Fernández-Rouco N, Carcedo RJ, López F, Orgaz MB. Mental Health and Proximal Stressors in Transgender Men and Women. *J Clin Med*. 2019 Mar 25;8(3):413. doi: 10.3390/jcm8030413. PMID: 30934613; PMCID: PMC6463264.

²² Chew, D., Anderson, J., Williams, K., May, T., & Pang, K. (2018). Hormonal treatment in young people with gender dysphoria: a systematic review. *Pediatrics*, 141(4).

²³ Mueller SC. Mental Health Treatment Utilization in Transgender Persons: What We Know and What We Don't Know. *Am J Psychiatry*. 2020 Aug 1;177(8):657-659. doi: 10.1176/appi.ajp.2019.19111151. PMID: 32741290.

En los medios de comunicación, y también en los textos relativos a la futura ley, se tiende a usar de forma equivalente como sinónimos los conceptos Identidad de Género e Identidad Sexual y esto puede llevar a confusión y generar conflicto dado que no siempre coinciden, no son conceptos idénticos, pero tampoco son independientes²⁴. En concordancia con la literatura científica actual y guías internacionales publicadas, creemos necesario distinguir ambos conceptos y no generalizar su uso de forma sinónima. Otras posibles connotaciones más particulares deben ser tratadas desde la sociología y desde el derecho²⁵.

¿Cómo podría afectar a la investigación sobre la realidad de las personas trans?

Refiere el borrador que “*Fomentarán la investigación en el campo de las ciencias de la salud, así como la innovación tecnológica, en relación con la atención sanitaria a las personas trans*” y también que “*Establecerán indicadores que permitan hacer un seguimiento sobre los tratamientos, terapias e intervenciones a las personas trans, así como procedimientos de evaluación de la calidad asistencial durante todo el proceso de atención.*”

De acuerdo con la propuesta previa de descentralización y modos de despatologización, parece poco probable que esto pueda llevarse a cabo, tanto por falta de una red adecuada y por la ausencia de criterios comunes, como por el desmarque que supondría de los modelos de atención e investigación en otros países.

¿Cómo podría afectar a los posibles arrepentimientos de las personas trans?

La realidad clínica es que hay personas que se arrepienten de los cambios realizados durante el proceso de transición²⁶. Un porcentaje importante de las personas atendidas actualmente son adolescentes con variantes de género no binarias, que suelen expresar no sentirse seguros con respecto a su identidad y lo que esperan del proceso terapéutico.

Los profesionales de la salud pueden ayudarles a tomar decisiones compartidas que alivien su sufrimiento, generar expectativas realistas sobre los posibles tratamientos y descartar que haya confusión con otras problemáticas¹. También se puede ofrecer soporte y acompañamiento en aquellos casos en los que existe un entorno social o familiar adverso. Si la ley va a favorecer que inicien procedimientos médicos, algunos de ellos irreversibles, de los que se pueden arrepentir, y si bien es cierto que ni siquiera profesionales expertos previene que existan “destransiciones”, ¿podría aumentar el número de destransiciones con el sufrimiento asociado a ellas? En tales casos, ¿quién se hará cargo de su atención si no hay profesionales sanitarios especializados?

¿Cómo podría afectar una ley que no pida la autorización de padres en niños y adolescentes?

¿Podría favorecerse el inicio de tratamientos sin ningún tipo de asesoramiento ni acompañamiento? ¿Se iniciarán procesos de transición de género en ausencia de un conocimiento completo y transparente sobre las posibles consecuencias físicas? ¿Quién atenderá los posibles conflictos familiares, cuando lo más beneficioso suele ser favorecer el apoyo de la familia en todo el proceso, mediante el asesoramiento, acompañamiento, y no la “imposición” de una aceptación sobre algo que pueden considerar que es perjudicial para sus hijos/as?

²⁴ Gomez Balaguer M, Hurtado-Murillo F, Modrego Pardo I, Morillas Arino C. Gender identity and sexual identity: sometimes coinciding, but not always the same. *Revista desexología* 2020; 9(2): 5-7

²⁵ Hurtado Murillo F y Gomez Balaguer M. Atención sanitaria a la transexualidad y diversidad identitaria. Sotavento Editores. 2020.

²⁶ Pazos Guerra M, Gómez Balaguer M, Gomes Porras M, Hurtado Murillo F, Solá Izquierdo E, Morillas Ariño C. Transsexuality: Transitions, detransitions, and regrets in Spain. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2020 Jun 23:S2530-0164(20)30116-6. English, Spanish. doi: 10.1016/j.endinu.2020.03.008. Epub ahead of print. PMID: 32591293.

¿Cómo podría afectar una ley que promueva la exclusividad de la autodeterminación y el consentimiento informado?

En el modelo de consentimiento informado, el profesional explica los riesgos y beneficios asociados a cada opción de tratamiento, de modo que la decisión final recae sobre la voluntad de la persona atendida. La evaluación y el acompañamiento psicológico serían opcionales. Si se implementa un modelo de atención basado únicamente en el consentimiento informado, alejándonos así de los estándares y recomendaciones de los organismos internacionales como la Asociación Mundial para la Salud Transgénero (WPATH por sus siglas en inglés)²⁷, ¿podrían aumentar los efectos adversos y consecuencias indeseadas que se habrían prevenido desde un modelo integrador colaborativo?, ¿podrían aumentar los problemas judiciales, por aumento del número de denuncias y otros procedimientos legales contra el sistema sanitario?

Si la decisión sobre la presencia de transexualidad depende exclusivamente del criterio personal ¿en qué se podrán fundamentar los profesionales sanitarios para atender y acompañar a estas personas, para realizar las investigaciones o para proponer alternativas fundamentadas en experiencias previas?

¿Cómo podría afectar la discriminación positiva de las personas trans?

Con relación a la discriminación positiva en ámbitos como el acceso a puestos públicos, subvenciones u otras ayudas públicas, ¿podría ésta generar que el resto de los ciudadanos/as señalara estas diferencias y estigmatizara y presionara más a las personas trans por el hecho de tener privilegios secundarios basados en criterios subjetivos independientes del objeto de las ayudas? ¿Se generarían nuevos trastornos adaptativos y respuestas a estrés por estos motivos? Si no se exigen a las personas trans los mismos requisitos que al resto para el acceso a la reproducción asistida en los servicios públicos (como la ausencia de determinadas enfermedades, situarse entre los 18 y 40 años, gozar de buena salud o no tener hijos en común con la pareja), ¿podría esto incurrir en daños a la salud por acciones de mala praxis médica?

¿Cómo podría afectar a las peticiones habituales de las personas trans?

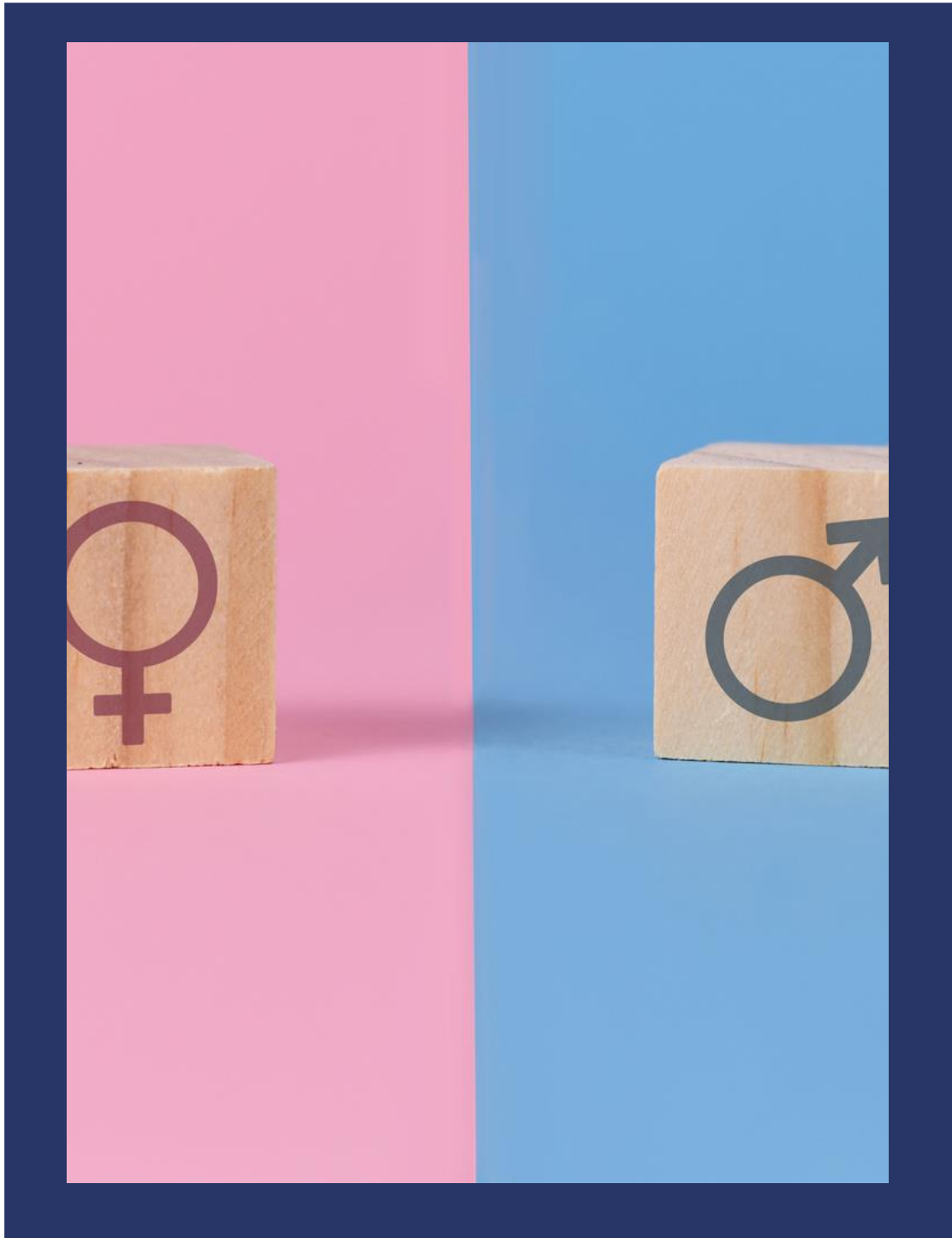
La realidad de los últimos años es que las demandas de las personas trans usuarias de las unidades especializadas se centran en el incremento de los recursos sanitarios, la disminución de listas de espera y la atención por profesionales sanitarios con experiencia, que les proporcionen asesoramiento y acompañamiento psicológico.¹ ¿Cómo podría afectar el desmantelamiento de las unidades y la implementación de nuevos modelos de atención a la satisfacción de sus necesidades?, ¿cómo afectaría todo ello sobre su derecho a la atención sanitaria y la salud?

²⁷ Fernández-Rodríguez, M., Guerra-Mora, P., y Martín-Sánchez, E. (2017). Características de los menores de edad con Disforia de Género que acuden a la Unidad de Tratamiento de Identidad de Género. *Revista Española de Salud Pública*, 91(1), 1-9.

En CódigoMédico

Documento posicionamiento

Aspectos deontológicos sobre la reasignación de sexo en menores



Comisión
Deontológica

Comunicado. Aspectos deontológicos sobre la reasignación de sexo en menores

La dimensión sexual es verdaderamente central para la vida de las personas. Nuestra sociedad viene prestándole una atención creciente, especialmente en lo que se refiere a su contenido identitario, que tiene a su vez conexión con el desarrollo de la personalidad y las relaciones sociales. Esta creciente atención repercute también en el ámbito de la salud, como no podría ser de otra manera, porque el sexo es una dimensión básica de la biología humana que la medicina atiende, entendida ésta no solo como material biológico, sino también como pleno desarrollo psicológico y social de la persona, porque la vida de cada uno se expresa en todos los ámbitos en un constante diálogo entre la biología, el desarrollo de la personalidad y su expresión en la sociedad.

Por eso el sexo está en la "historia clínica" de todos los pacientes en todas las especialidades. Esto es aún más significativo en las edades infantil y juvenil, marcadas por el desarrollo y maduración de las esferas corporal, psicológica y social de la identidad y el comportamiento sexual.

Las personas transexuales y transgénero son uno de los terrenos más delicados de esta atención sanitaria. *Es misión de cada profesional proporcionarles una atención médica acorde con su dignidad y promover su salud con responsabilidad y eficacia* (Cfr. CD Art 5.1 y 7.2). Esta población ha experimentado un particular auge, al menos en lo que se refiere a sus demandas de atención en el campo de la salud. En este comunicado se atiende concretamente a la cuestión de la reasignación de sexo en menores y sus implicaciones deontológicas.

1.- La atención clínica de calidad precisa una perspectiva multidisciplinar

Asistimos a una tendencia generalizada a planificar la asistencia partiendo siempre desde distintas perspectivas al mismo tiempo. Esta tendencia se extiende porque se reconoce la complejidad de los procesos y la insuficiencia de un conocimiento científico a veces muy especializado y por ello también fragmentado. Esto es más necesario aún cuando los procesos afectan a órganos o sistemas diversos que implican transversalmente a las especialidades o tienen una importante repercusión psicológica y social. La atención a las personas transexuales y transgénero son uno de los campos en el que estas necesidades se hacen más evidentes. Para que la atención clínica pueda garantizar la calidad que le es propia debe planificar una evaluación multidisciplinar realizada por equipos con suficiente experiencia que trabajen en colaboración para la consecución de planes asistenciales adecuadamente ponderados y centrados en objetivos de salud alcanzables.

Esta perspectiva múltiple es un factor que ayuda a garantizar la calidad de la atención y también su seguridad. En concreto, no debería olvidar en ningún momento una adecuada evaluación y seguimiento por profesionales de psicología y Salud Mental. Su participación en el proceso es muy necesaria, habida cuenta del importante impacto psicológico que tienen habitualmente, tanto el fenómeno transgénero en sí, como las terapias de transición que puedan implementarse. Esta necesaria atención, se extiende también al resto de la familia que se beneficia, por su parte, de un acompañamiento experto en este importante aspecto de la salud. Por otro lado, la participación de estos profesionales durante todo el seguimiento es garantía de la identificación temprana y tratamiento adecuado de distintos posibles procesos psicopatológicos o sociológicos que pudieran precisar atención, como sucede también frecuentemente.

2.- Es tarea del médico actuar a su debido tiempo.

Dada la complejidad de un fenómeno que está en constante evolución, resulta determinante respetar los tiempos en todos los procesos. Como tantas otras veces, no solo es necesario tener una idea clara de las medidas terapéuticas que se implementan, sino también en qué momento aplicarlas. El éxito de cualquier intervención médica depende tantas veces de ser puesta en marcha a su debido tiempo para no llegar demasiado tarde como para resultar ya completamente ineficaz ni para irrumpir demasiado pronto impidiendo la adaptación y los propios mecanismos de reparación que el organismo haya puesto en marcha. En la atención de las personas transgénero, especialmente en los menores, esta cuestión resulta crucial porque existen distintos momentos para intervenir con consecuencias diferentes, algunas de ellas completamente irreversibles.

También el tiempo es necesario aquí porque el sufrimiento que caracteriza a todo el proceso precisa ser gestionado progresivamente. El paciente necesita tiempo para poder asimilar y procesar todo lo que está sucediendo. En este terreno resulta verdaderamente terapéutico un diálogo constante y abierto que permita a cada paciente afrontar la toma de decisiones con la información suficiente en un clima de confianza y apoyo que le capacite para actuar según un plan adecuadamente centrado en su salud.

El tiempo es protagonista en este proceso particularmente en los niños y los jóvenes. Clásicamente, la psicología del desarrollo ha subrayado el aspecto emergente de la identidad sexual y su papel en el afianzamiento de la personalidad. Estos enfoques se ven ahora reforzados por la abundante literatura neurocientífica que esclarece y permite comprender aún mejor que éste es un terreno de la biología humana que se encuentra en constante construcción durante años y que su evolución no está completamente resuelta muchas veces hasta casi alcanzada la vida adulta.

Cabe destacar también aquí, como factor que contribuye a la necesaria especial prudencia en la actuación, el amplio terreno de indeterminación en el que se tienen que tomar las decisiones, habida cuenta de su escasa evidencia científica hasta el momento. Esto afecta no solo a las distintas intervenciones terapéuticas, como las hormonales o quirúrgicas sino incluso a las propias categorías diagnósticas y pronósticas en sí, en constante revisión.

3.- La dignidad y la salud del paciente son la tarea central del médico

Proporcionar la salud y respetar la dignidad de los pacientes es una tarea ardua para el médico que implica un esfuerzo constante y precisa de un clima de confianza mutua. Es necesaria la construcción de una alianza terapéutica, es decir, una acción conjunta en donde los objetivos terapéuticos puedan ser consensuados. Esto implica un proceso en el que es propio del médico acompañar sin juzgar, *“el médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias”* (CD Art 9.1) al tiempo que desarrollar acciones siempre centradas en su salud hasta el punto de que *“si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzgase inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, quedará dispensado de actuar”* (CD art 12.3). Se trata, por tanto, en todo momento, de aplicar con prudencia la evidencia médica respetando los ritmos, gestionando la incertidumbre, y, en definitiva, cumpliendo con las obligaciones que caracterizan a la actuación del médico pues *“la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia”* (CD Art 5.3).

En el caso de los niños y los jóvenes es particularmente necesario aprender a adaptarse a la capacidad de comprensión y asimilación que puedan alcanzar y tener en cuenta también al entorno que les presta apoyo. Se pueden dar incluso situaciones en las que estas personas se conviertan, de hecho, en el interlocutor principal pues cuando *el médico trate a pacientes que no estén en condiciones de comprender la información, decidir o dar un consentimiento válido, deberá informar a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho* (Cfr. CD Art 13). Por todo ello, la construcción de la alianza terapéutica en los tratamientos de reasignación de sexo en menores precisa también de un constante esfuerzo de

Todos estos elementos deben ser tenidos en cuenta y manifiestan una vez más que la atención de la salud de las personas en todas las fases de su vida exige de los profesionales la integración de múltiples niveles y una formación que implica también aspectos deontológicos. En este sentido es necesario reconocer el valor añadido del importante número de especialistas dedicados a la atención infantil y juvenil que trabajan diariamente en la Comunidad de Madrid. Su experiencia, fruto de su dedicación, pretende ser recogida en estas consideraciones y debe ser tenida siempre en cuenta en la planificación de toda acción asistencial.

En conclusión:

1. Para que la atención clínica en los casos de reasignación de sexo en menores pueda garantizar la calidad que le es propia debe planificar una evaluación multidisciplinar realizada por equipos con suficiente experiencia que trabajen en colaboración para la consecución de planes asistenciales adecuadamente ponderados y centrados en objetivos de salud alcanzables.
2. El abordaje multidisciplinar no debería excluir una adecuada evaluación y seguimiento por profesionales de psicología y Salud Mental que puedan realizar el apoyo necesario al proceso en sí y garantizar la identificación temprana y tratamiento adecuado de distintos posibles procesos psicopatológicos o sociológicos que pudieran precisar atención.
3. A la hora de decidir el momento de las intervenciones debe actuarse con prudencia teniendo en cuenta la constante evolución de los procesos que implica, tanto en lo que se refiere al neurodesarrollo y progresivo afianzamiento de la identidad durante la infancia y la juventud como al amplio terreno de indeterminación, dada la escasa evidencia científica de algunas de las medidas terapéuticas hasta el momento.
4. La construcción de una alianza terapéutica, es decir, una acción conjunta en donde los objetivos terapéuticos puedan ser consensuados implica un proceso en el que es propio del médico acompañar sin juzgar, *“el médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias”* (CD Art 9.1) al tiempo que desarrollar acciones siempre centradas en su salud pues *“la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente y la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia”* (CD Art 5.3).
5. En el caso de los niños y los jóvenes es particularmente necesario aprender a adaptarse a la capacidad de comprensión y asimilación que puedan alcanzar y tener en cuenta también al entorno que les presta apoyo, que en ocasiones puede llegar a convertirse en el interlocutor principal.
6. Es necesario reconocer el valor añadido del importante número de especialistas dedicados a la atención infantil y juvenil que trabajan diariamente en la Comunidad de Madrid. Su experiencia, fruto de su dedicación, pretende ser recogida en estas consideraciones y debe ser tenida siempre en cuenta en la planificación de toda acción asistencial.



Comisión Deontológica



[@icomem](#)



[@icomem.es](#)



[Ilustre Colegio Oficial de Médicos
de Madrid \(ICOMEM\)](#)



[@Icomem_Oficial](#)



[@icomem](#)



www.icomem.es

Posicionamiento de la AESMS y del ONSEX sobre el proyecto de Ley "TRANS"



Ante el debate surgido en las últimas semanas en relación a la tramitación del proyecto de Ley Trans propuesta por el Ministerio de Igualdad, desde la Academia Española de Sexología y Medicina Sexual y el Observatorio de Salud Sexual (ONSEX) queremos manifestar:

Observamos que en el borrador de la citada ley y en gran parte del debate surgido en relación al mismo, se está produciendo una confusión de términos científicos que distorsiona en gran medida el planteamiento legislativo y social del proyecto de ley. Para ello resulta conveniente aclarar y delimitar de la mejor manera posible los conceptos "Sexo", "Sexualidad", "Género" e "Identidad". De esta forma podremos usar de forma más precisa la terminología y evitar confusiones y conflictos.

Sexo: es una condición orgánica o biológica que categoriza a las personas como hombres o mujeres y está basada en cinco criterios físicos: sexo cromosómico, sexo gonadal, sexo hormonal, órganos sexuales internos y órganos sexuales externos. Habiendo unos periodos prenatales donde se produce la diferenciación sexual de machos (hombres) y hembras (mujeres) y tras el nacimiento en función de esas diferencias se asigna un sexo y género de crianza.

Para ver la variedad sexual más allá de causas dicotómicas o binarias, ya que el sexo es un concepto más amplio que una combinación inequívoca de cromosomas, ésta hay que entenderla con una serie de dimensiones interconectadas que permiten establecer combinaciones dependiendo de la genética, los niveles hormonales, los efectos hormonales organizacionales en la etapa prenatal, los efectos de la activación hormonal en la pubertad y los factores psicosociales.

La diversidad sexual, por consiguiente, no es una característica de la cultura sino del sexo, que después cada cultura y cada época gestiona.

Partiendo de esto es entendible que excepto para las y los bebés intersexos, cuando hay que hacer el registro del sexo se tiene que asignar en función de las características biológicas. Para los casos de intersexos se debería de aplicar una tercera posibilidad y no registrar ni como hombre ni como mujer en espera de la aparición de su identidad. Esto ya está aprobado en algunos países como Alemania y Australia.

Sexualidad es la forma en que las personas experimentan y se expresan como seres sexuados, siendo el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, culturales, socioeconómicos, éticos, religiosos y espirituales. Basada en el sexo incluye: el género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva o amorosa y la reproducción.

La sexualidad es un concepto ni solo biológico ni solo cultural, **sino que es biográfico**. Hace que cada persona sea única e irrepetible y que se va configurando a lo largo de la vida con la influencia de diversos elementos biológicos y socioculturales.

La sexualidad se desarrolla tras el nacimiento con un desarrollo bio-psico-sociocultural, siendo parte de ella la identidad sexual, la identidad de género, la orientación sexual, el erotismo....

Es importante aclarar que los seres humanos nacemos hombres o mujeres, salvo una minoría de casos de intersexualidad. Ese sexo biológico dual se expresa culturalmente a través del género, que son las características que las sociedades usan para distinguirnos entre hombres y mujeres. Mediante un proceso de socialización determinado por la cultura, el género ha sido utilizado por la cultura patriarcal a lo largo de la historia para atribuir a las mujeres unos roles secundarios, con el objetivo y resultado de relegar a la mujer.

El género es un constructo social y hace referencia a las diferencias entre roles sociales, atributos y comportamientos que las sociedades esperan de los hombres y de las mujeres de su cultura en un momento determinado. En cierta forma se podría considerar como el sexo psicológico.

El género por tanto es una cuestión social impuesta, no depende de la voluntad del individuo. Es algo compartido, puesto que lo entendemos y aplicamos colectivamente, y varía a lo largo de las épocas, tanto desde la estética hasta el valor otorgado a las conductas de uno y otro género. No se puede, por tanto, como hace el proyecto de ley y, pretendiendo simplificar el proceso legal, reducir el sexo al género y éste a una pretendida identidad individual.

La **identidad**, en general, es la forma en que las personas piensan de sí mismas, o se describen a sí mismas ante otras personas. Es un sentimiento de pertenencia y puede cambiar con el tiempo.

El proceso de construcción identitaria es complejo e implica varios aspectos dado que en su definición influyen factores socioculturales, geográficos, educativos, familiares, la nacionalidad, la etnia, el género, la edad, la economía, las políticas públicas y el entorno social. La identidad se obtiene a partir de la vida en relación y no es inmutable sino que es un proceso dinámico estando en continua evolución.

El concepto Identidad Sexual alude a una valoración de condición orgánica o biológica que categoriza a las personas como hombres o mujeres, y concierne e involucra a criterios físicos. **Está constituida por la suma, no siempre en la misma proporción de: sexo biológico, identidad de género, rol y orientación sexual.** Por ello cuando hay discordancia con la identidad sexual sentida y las características fenotípicas de su sexo, se puede producir malestar o disforia y por ello la persona puede solicitar modificar estas características sexuales primarias y secundarias.

Por otro lado la Identidad de Género es la vivencia interna e individual del género tal y como cada persona la siente. Incluye la vivencia personal del cuerpo y otras como la vestimenta, el modo de hablar o de expresarse. Es un marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a las personas organizar un auto-concepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género. Así en las personas binarias Identidad Sexual e Identidad de Género son coincidentes pero en las personas no binarias no tiene por qué serlo

La llamada identidad de género, que además se usa en el borrador de forma inadecuadamente indistinta con el concepto de identidad sexual, se modula en cada individuo y se expresa de una manera concreta en cada persona. Lo cual no debería

suponer que el Estado tenga que dar a esas identidades individuales la categoría de derecho, autodeterminado, para acreditar a todos los efectos legales a una persona como mujer u hombre.

Según el planteamiento de este borrador, a efectos legales el hombre y la mujer ya no serían un sexo, ni siquiera un género, sino una identidad individual que tampoco tendría por qué coincidir siquiera con estas dos realidades biológicas.

Otorgar al sexo y al género la naturaleza de una identidad individual que se elige, o incluso se varía gradualmente a lo largo del tiempo, refuerza la idea de que al final ser hombre o mujer no es una realidad biológica, sino una especie de rol utilizable en el mercado de las identidades, atentando además contra los aspectos que dependen del reconocimiento legal del sexo y que quedarían en entredicho o podrían verse perjudicados, **reforzando un concepto generador de desigualdades como es el género.**

La identidad sexual no se elige, sino que se siente y constituye un elemento esencial de la personalidad. Las mujeres y los hombres transexuales no se sienten o quieren ser mujeres u hombres, saben que lo son, en igual medida que el resto de mujeres y hombres cissexuales (no trans)

Las teorías deconstructivas de las realidades biológicas que han dado impulso a esta ley, claramente subjetivas y acientíficas, han ido renombrando la transexualidad como transgenerismo, para acabar reduciéndolo a lo trans, una categoría donde ya no está clara ninguna frontera más allá del deseo individual por la identidad.

Según el planteamiento de este proyecto de ley, sustituiríamos un proceso regulado que daba seguridad jurídica a las personas transexuales por la expresión de un deseo, algo que puede ser notablemente indefinido y abstracto.

En España se aprobó en 2007 la Ley de Identidad de Género, por la que la transexualidad quedaba protegida, regulada y sus necesidades asistenciales estaban cubiertas por la sanidad pública, aunque como es conocido, no en todo el territorio español.

En 2017 la OMS dejó de considerar la transexualidad un trastorno, pasando a denominarla como una incongruencia de género, lo que condujo a abogar por la necesaria despatologización de la transexualidad, es decir, no tratarla como una enfermedad, algo que no implica, sin embargo, que su reconocimiento pueda seguir un proceso solo basado legalmente en el deseo del sujeto.

Posteriormente fueron apareciendo leyes específicas en algunas comunidades autónomas, incluyendo el concepto de autodeterminación de género, únicamente como un precepto que no se debía contravenir ya que las competencias registrales son exclusivas del Estado.

El concepto de autodeterminación de género previsto en la ley no sigue la tradición jurídica del hecho comprobable dentro de un proceso reglado: para cambiar el registro del sexo en la administración pública bastará con que la persona lo afirme, haga explícito su deseo.

La evidencia científica con la que nos encontramos los y las profesionales de la salud sexual es que existen, sobre todo en niños, niñas y adolescentes, etapas en las que la persona, aún en un proceso psicoevolutivo y de formación hacia la adultez, tiene dudas en relación a su identidad sexual. Pueden darse también trastornos de personalidad o psicopatologías que se expresen en parte a través de dudas sobre la identidad sexual.

La ley, de aprobarse, permitirá a las personas mayores de 16 años autodeterminar su género sin necesidad de informe o valoración, lo que podría conducir a confusiones de difícil reversibilidad. A las personas menores 16 años se les permitirá hacerlo con el consentimiento de sus representantes legales, generalmente los padres y/o las madres.

Prescindir de una valoración profesional especializada que refuerce las garantías de un proceso personal y legal es una decisión inconveniente y que atenta contra el propio bienestar de las personas trans.

Que las unidades de identidad de género de la sanidad pública sean cuestionadas indirectamente, apareciendo más como un problema que cómo las que han ayudado a miles de personas desde que se crearon, resulta incongruente.

Para nuestras entidades científicas es por tanto esencial un debate sereno y multidisciplinar en el que encontrar el necesario consenso entre todas las instituciones, organizaciones y personas que buscamos desde hace décadas y venimos impulsando firmemente la defensa de los derechos y el bienestar de las personas Trans.

Comparte...

Documentos

Posicionamiento de la AESMS y del ONSEX sobre el proyecto de Ley "TRANS" (/posicionamiento-de-la-aesms-y-del-onsex-sobre-el-proyecto-de-ley-trans)

COL·LEGIS

CONSELL DE

DE METGES



L'ATENCIÓ
A LA DIVERSITAT
DE GÈNERE
EN PERSONES
MENORS D'EDAT

CATALUNYA

La diversitat de gènere en l'àmbit de la infància i l'adolescència, així com l'abordatge de la mateixa, és un tema de creixent interès i demanda, tant en l'àrea de la salut com en l'esfera pública, que genera, a més, gran debat social per les seves implicacions en els àmbits de la salut, de l'educació o legislatiu. El Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) vol difondre la seva posició i anàlisi, per a les quals ha comptat amb la participació activa i necessària i amb les reflexions de les Comissions de Deontologia dels quatre col·legis que en formen part.

La transsexualitat va ser considerada una malaltia mental per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) fins l'any 2019, moment en què es publica la 11^a revisió de la Classificació Internacional de Malalties (CIE 11) (1), que inclou, per primera vegada, l'experiència trans en menors dins la incongruència de gènere en la infància i adolescència, en un intent de despatologitzar aquesta diversitat. La primera institució que va abordar la qüestió de l'adolescència trans va ser l'Associació Mundial de la Salut Transgènere (WPATH), que reuneix persones expertes en salut trans de tot el món. L'any 2012 van publicar per primera vegada un capítol específic de recomanacions per a l'atenció de menors trans (2).

En els darrers anys, s'ha observat un progressiu increment de menors d'edat que afirmen experimentar malestar amb el gènere assignat al néixer o identificar-se com a transgènere (3-7). Les causes d'aquest increment encara estan subjectes a estudi (8), però es disposa d'informació ben contrastada que mostra un augment en la proporció de menors de sexe femení (9) i també en persones amb altres trastorns associats (10-14). A Catalunya, un recent informe (15) descriu l'increment de la demanda al servei Trànsit, que va augmentar de 19 atencions l'any 2012 a 1.454 el 2021. Els anys 2019 i 2020, els menors d'edat han suposat quasi un 40% de les persones ateses (15).

La identitat sexual forma part de la personalitat, en construcció en edats prepuberals i en la pubertat, etapes de la vida en què els menors són molt influenciables i vulnerables i poden mostrar certa variabilitat (16).

La disconformitat de gènere va associada a un increment de simptomatologia ansiosa, depressió, ideació i temptatives de suïcidi i pot estar associada a un major risc de *bullying*, d'estereotips i de rebuig escolar (17-23).

Per tant, és indispensable que els professionals que atenen aquests menors actuïn amb uns principis deontològics clars, pensant sempre en el major benefici de l'infant.

L'atenció de la infància i adolescència amb diversitat de gènere requereix un abordatge amb un model biopsicosocial. Les necessitats d'aquestes persones poden ser molt variades al llarg del procés, el que fa necessari un acompanya-

ment des de diferents àmbits. Per això, calen equips multidisciplinaris que permetin una valoració integral tenint en compte els aspectes psicològics, mèdics, socials i ètics, segons les necessitats de cada persona i família (24).

És essencial que l'equip que atengui aquestes persones i les seves famílies tingui una actitud respectuosa, inclusiva i prudent. Els professionals han de proporcionar informació clara i de fàcil comprensió per al menor i per als seus pares o tutors sobre els procediments (incloent-hi riscos i beneficis potencials, expectatives i limitacions i la possibilitat de reversibilitat de les opcions), així com sobre la necessitat d'avaluacions psicològiques i endocrinològiques, valorant trastorns psiquiàtrics o comorbiditats, associats o no a la condició trans, i prioritzar eines d'abordatge psicològic envers el farmacològic (25). La realitat de l'entorn de cada persona requereix, en algunes ocasions, el recolzament per part de treball social.

És important considerar l'experiència d'altres països, com el Regne Unit, Suècia, Finlàndia, França o Austràlia, on s'està limitant l'ús indiscriminat dels tractaments hormonals, prioritzant l'atenció psicològica i l'acompanyament (25-29).

D'altra banda, en l'adolescència, quan s'experimenten les característiques sexuals primàries i / o secundàries i el sexe assignat al néixer com a incompatibles amb la identitat de gènere de la persona, pot aparèixer una intensa angoixa i, en ocasions, caldran intervencions medicalitzades, com ara tractaments hormonals que requereixen de la valoració d'especialistes en endocrinologia o ginecologia, entre d'altres. Alguns estudis mostren els beneficis del tractament de bloqueig puberal i d'afirmació de gènere (30-32), però cal tenir en compte que l'evidència científica és escassa i que hi ha poca literatura sobre el seu ús perllongat (33,34). S'ha de tenir en compte que, tant els fàrmacs bloquejadors de la pubertat, com la teràpia hormonal d'afirmació s'utilitzen en ús fora de fitxa tècnica, és a dir, cap d'aquests fàrmacs tenen aprovació del seu ús per a aquesta indicació en el registre. A més, són fàrmacs amb efectes desitjats i efectes adversos (33,34). Per tot això, és important que siguin prescrits per professionals amb alta experiència, de manera prudent i proporcional, per tal que la seva indicació sigui sempre en el benefici de la persona.

És imprescindible realitzar un procés de consentiment informat extens, acurat, detallat i comprensiu, informant de l'evidència científica dels tractaments, de què el seu ús és fora de fitxa tècnica, així com dels potencials beneficis esperats i possibles efectes secundaris a curt i a llarg termini. S'ha de fomentar la participació del menor en el procés de presa de decisions d'acord al seu grau de maduresa.

És necessari promoure línies de recerca multidisciplinàries i multicèntriques per conèixer les millors estratègies de l'atenció a aquestes persones.



Consideracions deontològiques:

1

La demanda per part d'un menor respecte la incongruència de gènere ha de ser acollida i acompanyada adequadament, des d'una perspectiva evolutiva, des de l'atenció integral i interdisciplinària, avaluant el seu malestar, les seves necessitats i les del seu entorn.

2

El menor ha de ser escoltat i informat de manera adequada al seu grau de comprensió. S'ha de fomentar que participi al màxim en el procés de presa de decisions, en la mesura que li permeti el seu grau de maduresa (norma 44 del Codi de Deontologia del CCMC).

3

És fonamental una avaluació adequada del menor per descartar la presència de comorbiditats que puguin anar associades a la percepció de la incongruència de gènere, prioritzant eines d'abordatge psicològic envers el farmacològic.

4

Qualsevol tractament farmacològic requereix un ús prudent i proporcional, principalment en tractaments fora de fitxa tècnica.

5

El metge ha de proposar i aplicar tractaments o procediments avalats per l'evidència científica o d'una eficàcia acceptada per la comunitat científica. El metge no ha d'emprar procediments ni ha de prescriure tractaments amb els quals no estigui degudament familiaritzat o que no consideri adients (norma 59 del Codi de Deontologia del CCMC).

6

És imprescindible un consentiment informat acurat de pares, tutors o menors madurs, informant-los de l'estat actual de l'evidència científica dels tractaments, del fet que es tracta d'indicacions fora de registre, així com dels potencials beneficis esperats, possibles efectes secundaris a curt termini i de la manca d'estudis a llarg termini.

7

El metge ha d'actuar en el millor interès de la persona que atén, és a dir, fer actuacions mèdicament indicades i que aportin un benefici (principi de beneficència), no fer mal i no afegir risc amb les actuacions sanitàries que apliqui (principi de no maleficència).

8

Cal una adequada formació dels professionals involucrats en l'assistència de menors amb incongruència de gènere per oferir una atenció segura i de qualitat.

9

S'han de consensuar i protocol·litzar les pautes d'atenció i els criteris de seguiment i tractament, així com millorar la coordinació entre diferents unitats, professionals i serveis implicats.

10

És necessari promoure línies de recerca multidisciplinàries, tant per poder avaluar els factors socials que poden intervenir en l'increment de demanda, com per poder establir el perfil de seguretat i eficàcia de diferents abordatges de la incongruència de gènere.

Referències:

1. Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión. Disponible a: <https://icd.who.int/es>.
2. The World Professional Association for Transgender Health. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Non-conforming People, 7a version. WPATH, 2011. Disponible a: https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_English.pdf.
3. NHS, The Tavistock and Portman, Referrals to the Gender Identity Development Services (GIDS) for children and adolescents level off in 2018-19, 28 June 2019 (<https://tavistockandportman.nhs.uk/about-us/news/stories/referrals-gender-identity-development-service-gids-level-2018-19/>).
4. Swedish national health Council, Report on the prevalence of persons diagnosed with gender dysphoria since 1998 among registered citizens of Sweden, 2020, <https://www.socialstyrelsen.se/>.
5. Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C., Robin, L., & Underwood, J. M. (2019). Transgender identity and experience of violent victimization, substance use, suicide risk, and sexual behaviors among high school students—19 states and large urban school districts, 2017." Morbidity and Mortality Weekly Report, 68(3), 67–71. <https://www.doi.org/10.15585/mmwr.mm6803a3>.
6. Herman, J. L., Flores, A. R., Brown, T. N. T., Wilson, B. D. M., & Conron, K. J. (2017). Age of individuals who identify as transgender in the United States. The Williams Institute, UCLA School of Law. <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/trans-adults-united-states/>.
7. Kidd K.M., Sequeira G.M., Douglas C. et al, Prevalence of gender diverse youth in an urban school district, Pediatrics, 2021, vol 147, issue 6.
8. Turban, J. L., & Ehrensaft, D. (2018). Research Review: Gender identity in youth: treatment paradigms and controversies. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 59(12), 1228–1243. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12833>.
9. Abigail Shrier. Un daño irreversible. La locura trasgénero que seduce a nuestras hijas. Barcelona: Editorial Deusto;2021.

10. Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työläjäarvi, M., & Lindberg, N. (2015). Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 1-9.
11. Nabbijohn, A. N., van der Miesen, A. I., Santarossa, A., Peragine, D., de Vries, A. L., Popma, A., ... & VanderLaan, D. P. (2019). Gender variance and the autism spectrum: an examination of children ages 6-12 years. *Journal of autism and developmental disorders*, 49(4), 1570-1585.
12. Strang, J. F., Janssen, A., Tishelman, A., Leibowitz, S. F., Kenworthy, L., McGuire, J. K., ... & Anthony, L. G. (2018). Revisiting the link: Evidence of the rates of autism in studies of gender diverse individuals.
13. Thompson, L., Sarovic, D., Wilson, P., Sämffjord, A., & Gillberg, C. (2022). A PRISMA systematic review of adolescent gender dysphoria literature: 2) mental health. *PLOS Global Public Health*, 2(5), e0000426.
14. Hunter, J., Butler, C., & Cooper, K. (2021). Gender minority stress in trans and gender diverse adolescents and young people. *Clinical child psychology and psychiatry*, 26(4), 1182-1195. <https://doi.org/10.1177/13591045211033187>.
15. Feministes de Catalunya. D'homes adults a nenes adolescents: canvis, tendències i interrogants sobre la població atesa pel Servei Trànsit a Catalunya 2012-2020 (internet). Disponible en: <https://feministes.cat/wp-content/uploads/Informe-Transit-CAT.pdf>.
16. Singh D, Bradley SJ, Zucker KJ. A follow-up study of boys with gender identity disorder. *Frontiers in Psychiatry* 2021;12:1-18.
17. Almeida J, Johnson RM, Corliss HL, Molnar BE, Azrael D. Emotional distress DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162>.
18. Maguen S, Shipherd JC. Suicide risk among transgender individuals. *Psychol Sex*. 2010;1(1):34-43.
19. Connolly MD, Zervos MJ, Barone CJ II, Johnson CC, Joseph CL. The mental health of transgender youth: advances in understanding. *J Adolesc Health*. 2016;59(5):489-495.
20. Grossman AH, D'Augelli AR. Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(5):527-537.

21. Rafferty, J., Yogman, M., Baum, R., Gambon, T. B., Lavin, A., Mattson, G., ... & COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH. (2018). Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics*, 142(4).
22. Almeida J, Johnson RM, Corliss HL, Molnar BE, Azrael D. Emotional distress DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2162>.
23. Grant JM, Mottet LA, Tanis J. National Transgender Discrimination Survey: Full Report. Disponible a: <https://transequality.org/issues/resources/national-transgender-discrimination-survey-full-report>).
24. Gómez-Gil E, Esteva de Antonio I, Fernández Rodríguez M, Almaraz Almaraz MC, Hurtado Murillo F, Gómez Balaguer M, Asenjo Araque N, Mora Porta M, Halperin Rabinovich I, Fernández García R, Montejo González AI, Grupo GIDSEEN. Nuevos modelos de atención sanitaria para las personas transgénero en el Sistema Sanitario Español: demandas, controversias y reflexiones. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; 94: e202011123.
25. NHS. Interim service specification for specialist gender dysphoria services for children and young people. Desembre 2022. Disponible en: https://www.engage.england.nhs.uk/specialised-commissioning/gender-dysphoria-services/user_uploads/b1937-ii-interim-service-specification-for-specialist-gender-dysphoria-services-for-children-and-young-people-22.pdf.
26. Academie Nationale de Médecine. La médecine face à la transidentité de genre chez les enfants et les adolescents. Disponible a: <https://www.academie-medecine.fr/la-medecine-face-a-la-transidentite-de-genre-chez-les-enfants-et-les-adolescents/>
27. National Board of Health and Welfare. Care of children and adolescents with gender dysphoria. Disponible a: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-3-7799.pdf>.
28. Council for Choices in Health Care in Finland (COHERE Finland). Medical treatment methods for dysphoria associated with variations in gender identity in minors – recommendation. Disponible en: https://genderreport.ca/wp-content/uploads/2020/11/Summary_minors_en.pdf.

29. Australian Standards of Care and treatment Guidelines for Trans and Gender Diverse Children and Adolescent. Disponible a: <https://www.rch.org.au/uploadedFiles/Main/Content/adolescent-medicine/australian-standards-of-care-and-treatment-guidelines-for-trans-and-gender-diverse-children-and-adolescents.pdf>.
30. T'Sjoen G, Arcelus J, Gooren L, Klink DT, Tangpricha V. Endocrinology of Transgender Medicine. *Endocr Rev.* 2019;40:97---117.
31. Chew D, Anderson J, Williams K, May T, Pang K. Hormonal Treatment in Young People With Gender Dysphoria: A Systematic Review. *Pediatrics.* 018;141:2017---3742.
32. Turban JL, King D, Carswell JM, Keuroghlian AS. Pubertal Suppression for Transgender Youth and Risk of Suicidal Ideation. *Pediatrics.* 2020;145:1725---2019.
33. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescence with gender dysphoria. NICE; 2020. Disponible en: <https://www.evidence.nhs.uk/document?id=2334888&returnUrl=search%3ffrom%3d2020-01-01%26q%3dgender%2bdysphoria%26sp%3don%26to%3d2021-03-31>.
34. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Evidence review: Gender-affirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria. NICE; 2020. Disponible en: https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/09/20220726_Evidence-review_Gender-affirming-hormones_For-upload_Final.pdf.

COL·LEGIS
DE METGES
CONSELL DE
CATALUNYA

Equip redactor: Comissions de Deontologia del Col·legi de Metges de Barcelona (CoMB), del Col·legi de Metges de Girona (COMG), del Col·legi de Metges de Lleida (COMLL) i del Col·legi de Metges de Tarragona (COMT).

Protección a menores con disconformidad-disidencia de sexo-género

Grupo de Ética de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, mayo 2022

¿Qué está pasando?

La disconformidad de los menores con su sexo biológico tenía una incidencia de 1 de cada 10.000 niños por 10.000 niñas, según la American Academy of Pediatrics.

No obstante, esta incidencia está creciendo exponencialmente y se observa que la demanda se ha desplazado de menores en etapas preescolares a la pubertad y adolescencia, y que se da sobre todo en niñas (7 de cada 10 menores remitidas a las clínicas de género son niñas)¹. En Gran Bretaña este incremento ha sido del 4000% entre 2009 y 2018, y en USA entre 2006 y 2017 el número de cirugías de reasignación en personas nacidas mujeres se cuadruplicó. Esto está pasando también en el Estado Español y en Cataluña.

Se trata de un fenómeno mundial que se atribuye a la “Disforia de género de inicio rápido” (ROGD: rapid-onset of gender dysphoria), que se caracteriza por la presencia de disconformidad con el sexo biológico de inicio súbito, que sorprende a los adultos que rodean al/a la menor. Estos procesos acelerados de cambio están muy apoyados socialmente, sobre todo desde las redes sociales, influencers y youtubers. No es infrecuente que cuando los progenitores se enteran de la disidencia del o la menor del su sexo, esta persona ya haya hecho lo que se llama la transición social en su entorno y en las redes.

La infancia, y sobre todo la pubertad, una etapa compleja

La construcción de la identidad en los niños, en etapas prepuberales y la adolescencia es compleja. La identidad sexual forma parte de la personalidad, sistema dinámico y versátil en construcción en edades prepuberales y en la pubertad, que se desarrolla de forma progresiva. La disconformidad con el propio cuerpo y la subjetividad cambiante es propia de la pubertad y la adolescencia. Son etapas donde los menores son muy influenciados y vulnerables, es con el paso del tiempo que van madurando y consolidando este y otros aspectos de su personalidad.

Son muchos los estudios que encuentran que en los menores con la llamada “disforia de sexo/género” se asocia a dificultades psicológicas, la no aceptación de la homosexualidad, problemas sociales como la violencia y el acoso, y prevalencia de patologías mentales más elevada que en la población general. Autolesiones, trastornos del humor y de ansiedad, trastornos del comportamiento y diagnósticos del espectro autista. TDHA, trastornos alimentarios..., son descritos como más prevalentes en esta población ^{2,3}.

Las estadísticas indican un incremento mucho mayor de niñas con disidencia de su sexo biológico. Entre otras razones que se dan para explicar este fenómeno está el desacuerdo de las niñas con los estereotipos “femeninos” impuestos, la violencia y el acoso sufrido por las adolescentes, y la no aceptación y discriminación de la orientación sexual homosexual.

También hay que destacar que varios estudios, algunos de cohortes seguidas hasta los 20 años⁴, confirman que entre un 80/90% de los menores pre púberes que dicen sentirse del sexo

contrario al biológico no lo continuarán sintiendo una vez pasada la pubertad. Se sabe también que los menores que comienzan el camino de la transición social y farmacológica en edades precoces persisten con la disforia y continúan con cirugías y hormonas de por vida mucho más que aquellos que esperan prudentemente a tomar decisiones a edades más tardanas.

¿Qué se propone en relación a este fenómeno actualmente en la atención clínica, el ámbito escolar y las leyes?

Las tendencias actuales tanto en atención sanitaria, como social y legal a los menores disidentes de sexo-género se rigen por:

- Despatologizar, este *discomfort* no es una enfermedad. Paradójicamente, en el caso de los menores, las propuestas de despatologización son seguidas de intervenciones muy medicalizadoras que se inician con bloqueantes de la pubertad, la gran mayoría pasan a tratamientos con hormonas cruzadas y muchos a cirugías de reasignación. Medicalización de por vida con cambios irreversibles, secuelas importantes y permanentes en la salud física y psicológica de un alcance que difícilmente puede ser comprendido en estas edades.
- Terapia afirmativa definida por la OMS como “Cualquier intervención o conjunto de intervenciones, sociales, psicológicas, conductuales o médicas, diseñadas para dar soporte y afirmar la identidad de género de una persona”, y que también se recoge en el anteproyecto de la ley trans catalana [a].
- Transición social (cambio de nombre, rectificación en todos los documentos administrativos, carnet de identidad...) desde las primeras insinuaciones de *discomfort*. Esta transición social se hace en las redes y en los centros educativos, a veces sin el conocimiento de los progenitores. El anteproyecto de ley trans catalana también regula esta transición social [b].
- Derecho a la identidad de género libremente manifestada. Se elimina cualquier requisito de certificación y la intervención de profesiones en la valoración del *discomfort*: “...reconocimiento de su identidad de género libremente manifestada, sin la necesidad de prueba psicológica o médica”.
- Se legisla la autodeterminación del sexo registral en función de la autoidentidad sentida [c].

Algunas consideraciones a tener en cuenta

La promoción y las iniciativas legales que se están haciendo de “la autodeterminación de género” en menores no conformes con su sexo –género creemos que amenaza el sano desarrollo y la salud de niñas y niños. La ideología de la “identidad de género sentida” promueve la existencia de cosas, gustos, actitudes, preferencias, etc., femeninas y masculinas, que si son opuestas al sexo constatado al nacer indican que se nació “en el cuerpo equivocado” y, por tanto, puedes ser trans. Hay que preguntarse si en lugar del cuerpo, la que está equivocada es la sociedad y las asignaciones de estereotipos en función del sexo⁵. Quizás más que provocar cambios físicos en el niño-adolescente, graves, peligrosos e irreversibles lo que haya que cambiar sean los roles y la aceptación social de la diferencia.

Las consultas relacionadas con la disidencia de sexo-género en menores púberes y adolescentes se asocia con un malestar psicológico tanto en los pacientes como en sus familiares. El miedo de

los progenitores hacia la salud de sus niños es una constante, miedo al acoso, al suicidio, miedo al daño derivado de los tratamientos, miedo... Un hecho del todo comprensible.

Mientras que se impulsa la desmedicalización de las llamadas personas trans en los adultos, los menores con disidencia de género son medicalizados cada vez más. Se les deja solos y se desmedicaliza el diagnóstico (es decir, no se precisan diagnósticos ni informes médicos), pero se utilizan, a edades muy precoces, en las cuales ni el cuerpo ni el cerebro se han desarrollado, fármacos como los bloqueadores de la pubertad que han sido calificados por la NICE como fármacos experimentales por qué no hay suficientes estudios que los avalen, y se hace un uso fuera de ficha técnica pese a la evidencia de efectos secundarios graves e irreversibles⁶. Probablemente nadie entendería que en otras situaciones se aceptara que el diagnóstico no hiciera falta para un tratamiento que implica riesgos. ¿Nos podemos imaginar alguna persona automedicándose insulina porque considera que le conviene?

Entre los jóvenes que transicionan se están describiendo cada vez más arrepentimientos, procesos de detransición y secuelas persistentes. También debemos señalar que la transición social, que ya se hace en los centros escolares y en las redes sociales, puede tranquilizar y funcionar muy bien a corto plazo, pero a largo plazo suele crear más angustia y conducir a la transición física como un hecho inevitable.

La ética de los valores en la protección de los menores con disconformidad con su sexo biológico

Dedicación...haciendo de la atención a su salud el centro de mi interés profesional

Por la dedicación debemos estar muy atentos a las manifestaciones de los menores. Ahora bien, hacer de su salud el centro de atención precisa saber que identificar como disforia comportamientos “discrepantes” con el sexo biológico, tomarse al pie de la letra las manifestaciones de malestar con el sexo biológico puede conducir a planes terapéuticos precipitados de consecuencias irreversibles de las cuales seremos corresponsables. La evaluación profesional de las manifestaciones de disforia de género es imprescindible y debe incluir la evaluación de otras situaciones como la posibilidad de acoso, abusos físicos o sexuales, trastornos del espectro autista, depresión, etc.

Se debe dar todo el apoyo posible para ayudarlos a sentirse cómodos con sus cuerpos. Acompañarlos en su paso por la pubertad y permitirles vivirla como tránsito a la edad adulta es lo mejor que podemos hacer por ellos.

Respeto...Respetando su dignidad, su derecho a decidir, su intimidad y guardando secreto de la información que conozco de su persona

Respetarlos quiere decir también no confundir los menores con los adultos porque en aquellos la identidad es cambiante y de evolución compleja. En los menores el respeto significa escuchar, entender y acoger su malestar, acompañándolos sin ningún tipo de juicio de valor, aclarando dudas y preguntas. Pero también darles tiempo, sostenerlos en sus dudas y permitiéndoles madurar, acompañándolos en la toma de una decisión adecuada.

Proximidad...Tratándolo con calidez, cariño y cortesía, procurando comprender sus emociones y manteniendo la serenidad en los momentos difíciles.

Esto quiere decir, que sepan que estamos a su lado, ser accesibles y ayudarles a entender que estaremos siempre para aclarar, valorar, acompañar. La proximidad implica entender y acoger el sufrimiento de los menores y las familias, al tiempo que advertimos de los efectos acorto y largo plazo de la transición social y física.

Lealtad... Dándole información clara y sincera de sus problemas de salud.

Lealtad para estar a su lado, pero llamando a las cosas por su nombre, evitando eufemismos. El lenguaje crea relatos a través de los cuales podemos tanto visibilizar como empoderar según el uso que hacemos. Así el concepto de nacer en un cuerpo equivocado puede ser muy nocivo porque nacemos en el cuerpo que nacemos y debemos aprender a aceptarlo, hecho que no necesariamente quiere decir que no se puedan cambiar cosas, pero no porque el cuerpo fuera equivocado sino porque no nos sentimos cómodos con alguna de sus características. Ser leal quiere decir advertir de los efectos a largo plazo de los bloqueantes de la pubertad y de los tratamientos hormonales: osteoporosis, fracturas patológicas, hepatopatías, disfunciones orgásmicas, esterilidad... Y evidentemente las mutilaciones quirúrgicas. Es imperativo que lo hagamos. También se debe explicar que muchas personas se arrepienten y que los efectos de los tratamientos y actuaciones de la transición han de hacerse desde la comprensión y la empatía, con calidez y cortesía, pero hay que hacerlo. Garantizar el acompañamiento y la aclaración de dudas y preguntas durante todo su proceso de pubertad y construcción de su identidad. Acompañamiento en vez de afirmación, que no tiene nada que ver con negación o terapias de conversión.

Prudencia...No actuando sin información adecuada, ni recomendando acciones poco probadas, de utilidad o seguridad dudosas o que aporten más riesgo que beneficio.

Las dudas científicas y el desconocimiento actual sobre las transiciones en menores deben de incrementar nuestra prudencia en vez de empujar a las transiciones.

Proteger la infancia, la pubertad y la adolescencia quiere decir acompañar profesionalmente a los menores en el proceso de identificación con calma y tranquilidad. Garantizar el derecho al libre desarrollo de su identidad más que su derecho a transicionar. Cambiar el cuerpo para paliar un malestar es una decisión de gran trascendencia que requiere no afirmarla sin más, sino acogerla y tratarla con toda nuestra profesionalidad y buen oficio.

La aparición de un número creciente de personas adolescentes que intentan recorrer el camino inverso (detransicionadores) justifica que como médicos de familia adoptemos una actitud serena al tiempo que una cálida acogida del malestar de estas personas y sus familias

Equidad...Tratando a todos con el mismo interés y haciendo buen uso de los recursos de que dispongo para el conjunto de ciudadanos.

Ser mujer joven, ser homosexual, haber sufrido abusos sexuales en la infancia, haber padecido acoso, tener algún trastorno mental...Son factores de discriminación y, por tanto, son aspectos que deben ser valorados para poder dar una atención sanitaria específica y equitativa.

Hacer un buen uso de los recursos garantiza la equidad para aquellos que los necesitan y, en cada caso, hay que explicar que la prudencia nos permitirá saber con más certeza cuales son las

situaciones que requerirán tratamiento médico y/o quirúrgico. Hacer un buen uso de los recursos garantiza la equidad para aquellos que los necesitan y, en este caso, hay que explicar que la prudencia facilita saber cuáles son las situaciones que requerirán tratamiento médico y/o quirúrgico, también que nuestras consultas son un recurso con coste, por eso hay que garantizar la accesibilidad.

Honradez...Manteniendo mis conocimientos al día, consultando cuando sea preciso a otro profesional de confianza evitando que otros intereses personales alteren este compromiso.

Reconocer que la evaluación de la disconformidad-disidencia de género es compleja y nos sobrepasa como profesionales, nos honra. La incertidumbre y el desconocimiento deben ser considerados, por honradez, en nuestras decisiones en este campo. Ante esta dificultad debemos saber identificar qué profesional podrá hacer una valoración desde la prudencia, que evite transiciones rápidas que comporten daño a nuestros pacientes y sus familias.

Un elemento mucho más obvio y sencillo es mantener la coherencia del lenguaje científico llamando a las cosas por su nombre real. Algunos sectores incluyen un tipo de terminología inclusiva que amenaza con borrar los hechos indiscutibles que caracterizan a las mujeres: que menstrúan, que tiene vagina, dan a luz a sus hijos y los amamantan. Es perverso, lleva a confusión maleficente, cambiar y substituir palabras como leche materna por leche humana o persona de alumbrado por cuerpos en vez de madre, o llamarlas personas menstruantes.

Es importante entender que en este tema entra frecuentemente la ideología y el activismo político⁷, y es honesto por nosotros evitarlo. Como dicen varios autores *“el activismo político, partidista y la intriga ideológica sobre una práctica médica controvertida es inapropiado sin el debate amplio que es necesario para un cambio de política tan trascendente”*.

¿Qué hacer? Puntos clave

- Evaluar el grado de madurez cognitivo y afectivo de los menores.
- Garantizar su derecho al libre desarrollo de la identidad más que su derecho a transiciones. Se deberá tener en cuenta la función de los padres, tutores y educadores cuando se trate de tomar decisiones que comporten consecuencias importantes e irreversibles.
- Defender la evaluación profesional de las manifestaciones de la disidencia sexo-género. La autodeterminación en menores no puede ser incondicional y afirmativa. Es preciso que la intervención de los profesionales que prestan asistencia facultativa al malestar descarte patologías subyacentes. Esta intervención deberá estar abierta, también, a la petición de las personas que tengan la potestad parenteral o la tutela.
- Garantizar un acompañamiento profesional adecuado, para las personas menores y sus familiares. Acompañamiento que implique entender sus emociones, sufrimiento y *discomfort*, manteniendo la serenidad en momentos difíciles.
- No actuar sin información adecuada, ni recomendando acciones poco probadas, de utilidad o seguridad dudosa o que aporten más riesgo que beneficio. El médico debe proponer y aplicar tratamientos o procedimientos avalados por el método científico o de una eficacia aceptada por la comunidad científica (Código Deontológico norma 58)⁸.
- Calma, acompañamiento, tranquilidad, prudencia y templanza como valores de la atención a estos menores.

- Como alternativa a la terapia afirmativa, desarrollar la espera vigilante, definida como “la no injerencia en el desarrollo del menor para comprobar cuál es su tendencia hasta la llegada de la adolescencia”².
- Cuestionar una terapia o una decisión de transicionar en ningún caso quiere decir estar en contra de las personas (progenitores o menores) que los reciben. Se debe tratar a la persona disidente de sexo como una persona individual y no como un colectivo.

Nuestra especie se caracteriza por la creación de relatos que interpretan la realidad que nos rodea, enseñan quienes somos en nuestra comunidad y quien es nuestro papel en la misma. Estos relatos cambian, la historia así lo demuestra.

El desarrollo de la tecnología ha hecho posible que nuestros relatos hayan cambiado la realidad que nos rodea, incluso la apariencia de nuestros cuerpos. No obstante, no ha cambiado nuestra realidad biológica. Pretender que la modificación de nuestros cuerpos cambia nuestra dotación genética y nuestro ADN es una falsedad absoluta y es ingenua la persona que se lo cree. Desde el ámbito profesional no se pueden difundir conceptos erróneos científicamente.

Las posibilidades tecnológicas introducen nuevas posibilidades, no siempre justas y saludables, que obligan a nuevas reflexiones éticas. La auténtica lucha es hacer posible una sociedad sin discriminaciones, sea por razón de sexo, etnia o posición social.

Las modificaciones de nuestro aspecto corporal son permisibles siempre y cuando la persona tenga la madurez necesaria para aceptar el carácter irreversible de estas, nunca antes.

Bibliografía

1. Abigail Shrier. Un daño irreversible. La locura transgénero que seduce a nuestras hijas. Barcelona: Editorial Deusto; 2021.
2. José López Guzmán, Carmen González Vázquez. Valoración de la supresión de la pubertad en menores con problemas de identidad de género. Cuadernos de Bioética. 2018; 29: 247-56. DOI: 10.30444/CB.9
3. Nastasja M. de Graaf; Peggy T. Cohen-Kettenis; Polly Carmichael; Annelou L. C. de Vries; Karlien Dhondt; Jolien Laridaen; Dagmar Pauli; Juliane Ball; Thomas D. Steensma. Psychological functioning in adolescent referred to specialist gender identity clinics across Europe: a clinical comparison study between four clinics. European Child and Adolescent Psychiatry. 2018:27.
4. Devita Singh, Susan J Bradley, Kenneth J Zucker. A follow-up study of boys with gender identity disorder. Frontiers in Psychiatry. 2021; 12: 1-18. DOI10.3389/fpsy.2021.632784
5. José Errasti, Marino Pérez Álvarez. Nadie nace en un cuerpo equivocado. Barcelona: Editorial Deusto; 2022.

6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescence with gender dysphoria. NICE; 2020. Disponible

en: <https://www.evidence.nhs.uk/document?id=2334888&returnUrl=search%3ffrom%3d2020-01-01%26q%3dgender%2bdysphoria%26sp%3don%26to%3d2021-03-31>

7. Maja Bowen, Katie Clyde, Ellen Wright, Tessa Katz, Az Hakeem, Lucy Griffin. Rapid Response to Gender dysphoria service rated inadequate after waiting list of 4600 raises concerns. BMJ. 2021; 372: n205. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n205>

8. Código de Deontología del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Norma 59. Aprobado el 15/9/2021.

[a] “Las personas trans menores tienen derecho a ser escuchadas y a incorporarse progresivamente a los procesos de toma de decisiones en relación con toda medida que se les aplique en todo lo referente a su identidad y expresión de género, de conformidad con lo que prevé el artículo 9 de la Ley orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código civil y de la Ley de enjuiciamiento civil.

Se considera que la negativa a respetar la identidad de género de una persona menor de dieciocho años por parte de su entorno familiar perjudica el desarrollo personal del menor, a efectos de valorar una situación de riesgo, de acuerdo con lo que dispone el artículo 17 de la Ley orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código civil y de la Ley de enjuiciamiento civil.”

[b] “Las administraciones públicas adoptarán las medidas necesarias para garantizar que las personas trans menores sean tratadas en todos los ámbitos de acuerdo con su identidad de género, aunque no hayan realizado la rectificación registral de la mención relativa al sexo.”

[c] “Identidad de género o sexual: la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la vive , la expresa y autodefine, pudiendo o no corresponder con el género asignado al nacer.” Avantprojecte de llei integral de reconeixement del dret a la identitat i expressió de gènere <https://participa.gencat.cat/processes/dretalidentitatiexpressiodegenere/f/3371/proposals?order=recent>



 **Front
Féministe**



AMANDA
AGRUPACIÓN DE MADRES DE ADOLESCENTES
Y NIÑAS CON DISFORIA ACCELERADA



Confluencia
Movimiento
Feminista



**Feministes de
Catalunya**

