



CARTAS AL EDITOR

Reflexiones en clave bioética al documento *Guía clínica de atención a menores transsexuales, transgéneros y de género diverso*. Respuesta de los autores



Reflections in bioethics key to the document *Clinical guidelines for the care of transsexual, transgender and diverse gender minors*. Authors reply

Sra. Editora:

Hemos leído con atención las reflexiones realizadas por Martínez de la Ossa Sáenz-López y Trujillo-Caballero respecto a nuestra publicación *Guía Clínica de atención a menores transsexuales, transgéneros y de género diverso*¹ y nos parecen muy interesantes. Las normas de publicación limitaron su extensión, por lo que algún punto no quedó suficientemente reforzado. Somos conscientes del difícil equilibrio que supone la búsqueda del mejor interés del menor. Sabemos que acompañar a menores con disconformidad sexogenérica es complejo, y negarles una atención puede ser tan dañino como lanzarnos a la medicalización irreflexiva e indiscriminada de la diversidad. Aspectos clínicos y ético-jurídicos deben ser conjugados con prudencia (tabla 1)².

No hay que olvidar que la atención afirmativa de género previene la psicopatología grave, o incluso suicidios³, y que las destrucciones después del tránsito social siguen siendo infrecuentes según datos recientemente publicados procedentes del *Trans Youth Project*⁴. Limitar o retrasar de forma injustificada, por razón de edad, tratamientos a menores trans que claramente lo requieran podría fomentar un aumento de la psicopatología.

Entendemos que la medicalización es uno más de los recursos disponibles, pero que no es el único. Aunque algu-

nas personas trans necesitan dicha medicalización, cada vez son más las que no la requieren. En estos últimos años se observa una disminución de demandas de cirugías genitales feminizantes. Este fenómeno se produce porque avanzamos en el camino de la autoaceptación corporal, ganancia de autoestima y habilidades sociales (tabla 2).

Con el bloqueo puberal se previene el desarrollo de características sexuales secundarias no deseadas y potencialmente permanentes, con una intervención reversible. Es poco frecuente indicarlo por debajo de los 12 años y nunca debe realizarse en prepúberes. Tampoco tiene que ir asociado a tratamientos de afirmación de género posterior, como parece desprenderse de la reflexión de los autores. Ofrece un tiempo valioso para empoderar y trabajar otras alternativas, aunque no todos los menores encajan en estas vías, brindando la oportunidad de que el menor participe más activamente en las decisiones. En todo caso, no abogaríamos por su uso indiscriminado en menores que expresen discordancia con el género, pero tampoco negaríamos el bloqueo puberal en aquellos que lo necesiten, indicándolo solo si hay malestar tras una adecuada información.

Respecto a la sentencia de la *Divisional Court* (diciembre de 2020) en el caso *Bell v. Tavistock* a la que se refieren, fue revocada el 17 de septiembre de 2021 por el Tribunal de Apelación del Reino Unido⁵. La nueva sentencia establece que corresponde a los médicos ejercer su juicio, reconociendo la importancia de obtener de forma adecuada el consentimiento informado para el tratamiento de menores trans.

No podemos olvidar que cada caso es único y debe ser analizado cuidadosamente, buscando el interés superior del menor. Consideramos que es de gran ayuda disponer de guías clínicas actualizadas, pero nuestra responsabilidad es saber a quién, cómo y cuándo aplicarlas con prudencia, con calidad y calidez, asumiendo la incertidumbre y complejidad con un enfoque multidisciplinar, trabajando en equipos de profesionales expertos en identidad.

Tabla 1 Aspectos ético-legales relativos a la toma de decisiones en el menor trans

La Ley 26/2015, de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia reformó la Ley 41/2002 incorporando el criterio subjetivo de madurez del menor junto al objetivo, basado en la edad. No es que haya relegado la doctrina del menor maduro, basada en el respeto a sus derechos desde el momento en que es capaz para ejercerlos. Realmente, no hay una edad definida en la que podamos afirmar que un menor sea maduro. El marco jurídico español actual reconoce como norma general, en la Ley de Protección del Menor, el derecho del niño a ser oído, en la medida de su madurez, en todo aquello que le afecte, y se afirma el reconocimiento pleno de los menores de edad como sujetos de derechos y con capacidad progresiva para ejercerlos

El problema radica en aquellos tratamientos que conlleven consecuencias irreversibles para la integridad física del menor o que impliquen riesgos de especial relevancia. No debemos olvidar que un acompañamiento médico positivo será el que mejor satisfaga el interés superior del menor. El papel de los profesionales sanitarios será de garantes del bien del menor, buscando siempre el mayor beneficio, y no actuando como meros prescriptores, siendo prudentes e, incluso, a favor de retrasar al máximo los tratamientos que tengan consecuencias irreversibles, pero a la vez sin retrasarlos injustificadamente

La ley habla de criterio subjetivo (que el profesional considere que tiene madurez suficiente para esa decisión concreta), es decir, un menor incluso con 11 años podría tener esa madurez y otro con mayor edad cronológica, no. La capacidad exigida para la toma de decisiones ha de ser proporcional a las consecuencias de la decisión, por ello, si hay consecuencias irreversibles debe pedirse una mayor madurez del menor

La búsqueda del interés superior del menor es un criterio ético y legal que va a servir para tomar todo tipo de decisiones en la asistencia a los menores. Se trata de un concepto clave y un criterio interpretativo que se ha de tener siempre presente. Según la jurisprudencia habría que entender el interés del menor como todo aquello que le beneficia, en el sentido más amplio posible y no solo de orden material, también social, psicológico y moral, todo lo que redunde en su dignidad como persona, en la protección de sus derechos fundamentales, y todo ello más allá de las preferencias personales de sus padres, tutores, guardadores, médicos o administraciones públicas

La reforma de la Ley 1/1996, por las de 2015, reconoce la necesidad de considerar los deseos, sentimientos y opiniones del menor, así como su derecho a participar progresivamente, en función de su edad, madurez, desarrollo y evolución personal, en el proceso de determinación de su interés superior. También explicita el derecho que tienen a preservar la identidad, cultura, religión, convicciones, orientación sexual e identidad de género o idioma del menor, así como la no discriminación por estas o cualesquiera otras condiciones, incluida la discapacidad, garantizando el desarrollo armónico de su personalidad, es decir, considera el principio de autonomía

Estos criterios generales, a su vez, se ponderarán y serán valorados en su conjunto conforme a criterios de necesidad y proporcionalidad, según la edad y madurez del menor, así como la necesidad de garantizar su igualdad y no discriminación por su especial vulnerabilidad, ya sea por su orientación sexual e identidad de género o cualquier otra característica o circunstancia relevante

Todo ello se valorará conjuntamente, de modo que la medida que se adopte en el interés superior del menor no restrinja o limite más derechos que los que ampara; de ahí que en algunas situaciones lleve a no retrasar determinadas actuaciones médicas

A partir de los 16 años existe mayoría de edad sanitaria salvo si hay grave riesgo^a, en cuyo caso son los tutores legales quienes han de firmar el consentimiento informado

^a Especial regulación: ensayos clínicos, técnicas de reproducción humana asistida, donación de vivo, instrucciones previas e IVE.

Tabla 2 Resumen de consideraciones en el abordaje del menor trans

La medicalización no es el único recurso que se ofrece. De forma activa los profesionales expertos en identidad de género apuestan por el empoderamiento del menor trans, motivando y reforzando cualquier avance en la autoaceptación del propio cuerpo durante el acompañamiento efectuado en todo su recorrido vital, promoviendo la menor medicalización posible e incluso la suspensión del tratamiento. Todos los cuerpos son válidos, las necesidades expresadas y atendidas son diversas, por lo que la personalización es imprescindible. Cada caso debe afrontarse de forma individualizada. Pero dentro de un sistema tan rígido respecto al género, buscar su lugar y expresar como uno es y siente no resulta fácil. Es difícil que, con la sociedad actual, se expongan a vivir con una imagen corporal que contravenga lo convencional. Aparte de promover el cambio de mirada social, tener acceso a la atención de afirmación de género en la infancia y la adolescencia puede tener beneficios para la salud mental. Se ha reportado que los adultos trans que han tenido acceso a la supresión de la pubertad durante la adolescencia tienen menos probabilidades de ideación suicida que aquellos que querían dicho tratamiento, pero no lo habían recibido. El limitar o retrasar de forma injustificada, por razón de edad, tratamientos a menores trans que lo requieran sería negar el acceso a dicha atención con el consecuente aumento de psicopatología. Lanzarnos a medicalizar la diversidad sin haber explorado otras alternativas más psicosociales puede no ser la mejor de las estrategias. Tampoco lo es un retraso injustificado en personas con significativa disforia. Mediante el bloqueo puberal puede ganarse un tiempo para permitir un mejor reconocimiento de la persona y es una intervención reversible.

Bibliografía

- Martínez de la Ossa Sáenz-López R, Trujillo Caballero L. Reflexiones en clave bioética al documento «Guía clínica de atención a menores transexuales, transgéneros y de género diverso». *An Pediatr (Barc)*. 2022;97:151.
- Riaño Galán I, Del Río Pastoriza I, Díaz García E. Implicaciones éticas de la atención al adolescente. En: Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Molinero L, Muñoz Calvo MT, editores. *Medicina de la adolescencia*. Atención Integral 3.ª ed. Madrid: Ergón; 2021. p. 41–7.
- Turban JL, King D, Carswell JM, Keuroghlian AS. Pubertal suppression for transgender youth and risk of suicidal ideation. *Pediatrics*. 2020;145:1725–2019.
- Olson K, Durwood L, Horton R, Gallagher M, Devor A. Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics*. 2022. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2021-056082>.
- In the Court of Appeal (Civil Division) on Appeal from The High Court of Justice Queen's Bench Division Administrative Court. "Sentencia del Caso Bell v Tavistock", Appeal No: C1/2020/2142 Case No: CO/60/2020, publicada el 17/09/2021 [consultado 19 May 2022]. Disponible en: <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2021/09/Bell-v-Tavistock-judgment-170921.pdf>.

Amadora Moral-Martos^{a,*}, Marcelino Gómez-Balaguer^b,
Isolina Riaño Galán^c y Diego Yeste Fernández^d

^a Sección de Endocrinología Pediátrica, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona; Grupo de Identidad y Diferenciación sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN); Equipo de Pediatría Territorial Garraf, Institut Català de la Salut (ICS), Barcelona, España

^b Unidad de Identidad de Género, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Doctor Peset; Grupo de Identidad y Diferenciación sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN), Valencia, España

^c Endocrinología Pediátrica, AGC de Pediatría, Hospital Universitario Central de Asturias, IUOPA-Departamento de Medicina-ISP, Universidad de Oviedo, CIBER de Epidemiología y Salud Pública, Oviedo, España

^d Sección Endocrinología Pediátrica, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona, CIBER de Enfermedades Raras (CIBERER), ISCIII, EndoERN, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: 31536amm@gmail.com
(A. Moral-Martos).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.06.005>
1695-4033/ © 2022 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).