



Artículo original

El «mejor interés» del menor transexual

The “best interest” of the transsexual minor

José López Guzmán

Doctor en Farmacia, Departamento de Farmacología, Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

Recibido el 8 de noviembre de 2017; aceptado el 5 de febrero de 2018

Disponible en Internet el 13 de marzo de 2018

Resumen

Cuando un niño o niña se considera con manifestaciones propias de disforia de género se aconseja a los padres que se comience la transición social al nuevo género y se facilite a los menores bloqueadores de la pubertad, a los 16 años se le recomienden hormonas cruzadas y, por último, cuando llegue la mayoría de edad se proceda a la intervención quirúrgica. Este protocolo, que se podría denominar oficial o políticamente correcto, al tener el respaldo de distintas asociaciones profesionales sanitarias, colectivos de afectados y, en algunos casos, la propia legislación, está siendo muy discutido por distintas razones como, por ejemplo, las bajas tasas de persistencia de transexualismo en el paso de la infancia a la madurez, los efectos secundarios de los tratamientos, etc. Ante esta tesitura, cualquier determinación en este sentido deberá venir precedida de un acto de prudencia en el que se proteja el bien del menor. En este marco, cabe preguntarse cuál es el mejor interés del menor.

© 2018 Centros Culturales de México, A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A.
Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Transexual; Disforia de género; Menor; Tratamiento

Correo electrónico: jlguzman@unav.es

<https://doi.org/10.1016/j.bioet.2018.02.001>

2395-938X/© 2018 Centros Culturales de México, A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

Abstract: When a child is considered to have manifestations of gender dysphoria, parents are advised to begin the social transition to the new gender, and to provide the child with blockers of puberty and give cross-hormones at 16 years of age. Finally, when the age of majority comes, surgery is recommended. This protocol, which could be called official or politically correct, because of its support by different health professional associations, groups of people affected, and, in some cases, the legislation itself. These are all being discussed for various reasons, such as, for example, the low rates of persistence of transsexualism in the passage from childhood to maturity, and the side effects of treatments, etc. Given this situation, any decision making in this regard must be preceded by an act of prudence, aimed at guaranteeing the child's welfare. Within this framework it is important to ask what is really the best interest of the child.

© 2018 Centros Culturales de México, A.C. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

Keywords: Transsexual; Gender dysphoria; Young; Treatment

Introducción

En los últimos años se evidencia un claro aumento de casos de transexualismo infantil y, al mismo tiempo, la génesis de un vivo debate sobre esta cuestión y sobre la forma más adecuada de abordarla. Actualmente, es muy frecuente que cuando un niño o niña se considera con manifestaciones propias de disforia de género se aconseja a los padres que se comience a realizar una transición social al nuevo género, cambiando de nombre y vestidos, y potenciando los modales de su género preferido. Este proceso comienza a edades muy tempranas, de tal forma que los Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming People de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) mantienen que «niños y niñas de tan solo 2 años de edad pueden presentar características que podrían indicar disforia de género¹.

La mayoría de los protocolos sobre disforia de género establecen que, hasta la mayoría de edad, se facilite a los menores bloqueadores de la pubertad. Posteriormente, a los 16 años, se recomienden hormonas cruzadas y, por último, cuando llegue la mayoría de edad se proceda a la intervención quirúrgica².

¹ Coleman, Bockting, Botzar, Cohen-Kettenis, de Cuypere y Feldmand (2012).

² Hembree et al. (2009).

Esta tesis, que se podría denominar *oficial* o *políticamente correcta* al tener el respaldo de distintas asociaciones profesionales sanitarias, colectivos de afectados y, en algunos casos, la propia legislación, está siendo muy discutida por distintas razones como, por ejemplo, las bajas tasas de persistencia de transexualismo en el paso de la infancia a la madurez, los efectos secundarios de los tratamientos, etc. Ante esta tesitura, cualquier determinación en este sentido deberá venir precedida de un acto de prudencia en el que se proteja el bien del menor. En este marco cabe preguntarse *cuál es el mejor interés del menor*.

Características del menor con variabilidad de género

La primera cuestión que hay que considerar es la edad del menor ya que, por ejemplo, se presenta una situación muy diferente entre uno de 3 años y otro de 16. No hay duda de que la capacidad de entender lo que le sucede y la facultad de decisión sobre el curso del proceso van a ser muy distintas. Además, también hay que tener presente que «la identidad de género en los menores es elástica» (puede cambiar con el tiempo) y plástica (puede verse afectada por factores como la aprobación de los padres y los condicionamientos sociales)³. Tampoco hay que olvidar que «las expectativas sociales establecen normas conductuales» que influyen en el desarrollo del menor o que pueden hacer que se cuestione a aquel que no las cumpla⁴. Incluso se comprueba que el menor que no satisface los estándares socialmente establecidos puede verse sometido a una gran ansiedad cada vez que se enfrenta a una situación que no es la que se espera de él. Por ejemplo, en nuestro entorno no resulta extraño que el niño que no le gusta el fútbol se sienta sometido a un constante cuestionamiento (en el que caben las presiones de los padres o los insultos despiadados de los compañeros). Esta tensión puede conducirle a una mayor identificación con otro género o incluso a verse sometido a frecuentes fantasías imaginándose en situaciones lúdicas o sexuales distintas a las previsibles⁵.

Independientemente de cualquiera de las anteriores precisiones, hay casos de niños que manifiestan sentirse de un género distinto y que requieren de una atención para evitar o paliar la disforia de género. Ante ese menor habrá que plantear cuál es la mejor vía de actuación (para padres, educadores, médicos, etc.). A continuación,

³ Hruz, Mayer y McHugh (2017).

⁴ Knafo e Iervolino (2005).

⁵ Zucker (2004).

se mostrarán las distintas alternativas y las cuestiones que hay que considerar para el abordaje de cada una de ellas.

Alternativas de intervención, ayuda o acompañamiento del menor con variabilidad de género

Actualmente, parece que la única alternativa para cualquier persona que tiene dudas sobre su género es el proceso de reasignación a través de hormonas y cirugía. Sin embargo, esto es un reduccionismo porque en unos casos puede faltar la evidencia de que se trate realmente de una persona transexual (situación muy frecuente en niños); en otros casos, porque la persona no pueda someterse a tratamientos hormonales o quirúrgicos por problemas derivados de su estado de salud, y, por último, puede darse también la situación de que el sujeto decida asumir su estado y vivir con su cuerpo. En todo caso, y según las normas de la WPATH, las alternativas deben ser reconocidas como tales, explicadas a la persona y documentadas a través del consentimiento informado para garantizar una atención de calidad y la protección legal de la persona⁶.

En este marco, [Hruz et al. \(2017\)](#) destacan que resulta «sorprendente lo poco que sabemos científicamente sobre las importantes cuestiones subyacentes en el debate de la identidad de género (p. ej., existen pocas pruebas científicas que expliquen por qué algunas personas se identifican con el sexo opuesto o por qué las manifestaciones de disforia de género infantiles en algunos individuos persisten y en otros no). A pesar de contar con tan poca información científica, los médicos y profesionales de la salud mental han establecido una serie de pautas para tratar a menores, adolescentes y adultos con disforia de género»⁷.

A continuación, se abordan las posibles alternativas ante una persona, en nuestro caso un menor, que tiene dudas sobre el género asignado al nacer.

Ignorar la situación

Es fácil comprender que se trata de una opción poco aceptable, más todavía cuando nos referimos a menores que requieren de una ayuda para comprender la situación

⁶ Coleman et al. (2012). Op. cit., p. 2.

⁷ Hruz et al. (2017). Op. cit., p. 4.

y poder enfrentarse a ella. El adulto, padre, madre o responsable legal que relega un problema del menor que tiene a su cargo hace una dejación de su responsabilidad que, por otra parte, puede tener notables consecuencias. Así, no se puede entender el padre que no cambia a su hijo los pañales, no lo recoge del colegio o no lo escucha cuando le dice que se siente niña teniendo órganos sexuales de niño.

Demonizar la situación

Esta es la peor de todas las opciones. Se trata de no aceptar una realidad y, además, poner obstáculos para el desarrollo del menor al culpabilizarlo o discriminarlo. Este planteamiento tiene 2 riesgos y ningún beneficio. El primer riesgo es que se generen problemas de adaptación en el menor. El segundo, que se establezca una situación de desarraigo afectiva del menor por un entorno familiar o social hostil.

Espera vigilante

Se diferencia de las anteriores alternativas por suponer una implicación de los padres en el asunto, teniendo en cuenta el bien del menor. Se trata de lo que se ha denominado «espera vigilante»⁸, la no injerencia en el desarrollo del menor para comprobar cuál es su evolución y determinar aquello que, en cada momento, requiera el proceso, evitando injerencias en cualquier sentido. Hruz et al. (2017) señalan que «la interferencia con el desarrollo normal de la pubertad en realidad influirá sobre la identificación de género del niño en el sentido de reducir las expectativas de que dicha identificación se desarrolle en consonancia con su sexo biológico»⁹. En este mismo sentido, se podría considerar que esos menores que presentan indicios de algún problema de género, y se comienza a intervenir en ellos en edad temprana, pueden verse arrastrados por lo que el filósofo Hacking (1996) denomina «efecto bucle», por el cual clasificar a individuos confundidos en su rol de género, su sexualidad y conducta puede hacerlos particularmente propensos a asumir la forma de vida que les ofrecen, «entrando en una nueva existencia a través de las clasificaciones de los científicos sociales, los tipos humanos cambian a las personas así clasificadas»¹⁰. La justificación de la espera vigilante se basa en la posibilidad de un mal diagnóstico, ya que «si bien los primeros síntomas de la disforia de género suelen aparecer en la

⁸ Dreger, 2015.

⁹ Hruz et al. (2017). Op. cit., p. 22.

¹⁰ Hacking (1996).

primera infancia, esta sintomatología puede ser reversible en la pubertad». En esta etapa tiene lugar una serie de cambios profundos, inducidos por las hormonas sexuales, que se liberan al torrente circulatorio desde las gónadas femeninas o masculinas con el inicio de la pubertad.

Intervención psicológica

Hay una expresión que ha hecho fortuna para mostrar lo que siente un transexual: «un hombre atrapado en un cuerpo de mujer» o viceversa. Lo que quiere decir esa frase es que hay una discrepancia entre cuerpo y cerebro. Ante esta situación es fácil pensar que el problema se resuelve bien interviniendo sobre el cuerpo para que este sea acorde con el cerebro, o bien actuando sobre el cerebro para que este sea armónico con el cuerpo. En el primer caso se tendría que recurrir a terapia hormonal y cirugía. En el segundo caso se invocaría a la psicología y psiquiatría, a lo que se denomina *terapia de conversión*. Según Coleman et al. (2012), «el tratamiento dirigido a tratar de cambiar la identidad y expresión de género de una persona para que sea más congruente con el sexo asignado al nacer ha sido intentado en el pasado sin éxito, sobre todo en el largo plazo. Dicho tratamiento no es considerado ético»¹¹.

Antes de continuar, hay que hacer una precisión: las denominadas terapias de conversión no se deben identificar, como acostumbran a hacer algunos activistas, con «lavados de cerebro». Se trata de terapias psicológicas conducentes a indagar en la realidad del sujeto y en ofrecerle otra alternativa a su situación. Algo que, por otra parte, no es disparatado tener en consideración dado el grado de insatisfacción que ofrece la opción preponderante (por las cifras de intentos de suicidio y equivocaciones en el diagnóstico) de la reasignación de género hormono-quirúrgica. Sin embargo, el rechazo a esta posible conversión llega a estar refrendado en algunos textos legales.

Intervención hormonal o quirúrgica

En la actualidad se considera que, para un transexual, la reasignación de género es la elección más adecuada. Una opción que ha venido siendo reafirmada por los avances del conocimiento que asocian el transexualismo con causas genéticas u hormonales. Sin embargo, estos motivos no son determinantes.

¹¹ Coleman et al. (2012). Op. cit., p. 16.

En muchos protocolos y normativas de ámbito legal se ofrece la reasignación de género como la vía más adecuada o, incluso, como la única vía. Esta idea ha calado en la sociedad aunque no se encuentre avalada por la evidencia científica ya que a pesar de que parte de la población trans no quiere ser tratada, otra no puede serlo por distintas causas y, en todo caso, que nunca se puede presentar el tratamiento del transexual de forma general, ya que como indica el manual de atención de la WPATH: «el tratamiento debe ser individualizado; lo que ayuda a una persona a aliviar la disforia de género puede ser muy diferente de lo que necesita otra persona Este proceso puede o no implicar un cambio en la expresión de género o modificaciones corporales»¹².

Por último, hay que destacar que en los protocolos de reasignación de género se indica que la terapia hormonal debe ser retrasada a la pubertad por 2 razones. La primera, porque es conveniente que los propios pacientes puedan participar en la toma de decisión, más aun cuando esos tratamientos pueden dar lugar a cambios fisiológicos y de comportamiento capaces de afectar al propio desarrollo de la identidad del sujeto. En segundo lugar, porque las hormonas exógenas tienen riesgos (p. ej., los tratamientos con testosterona pueden ocasionar hipertrofia, disminución de la fertilidad, cambios en la libido, acné, calvicie e hipertensión) y lo mejor es esperar y permitir que los pacientes decidan por sí mismos qué riesgos están dispuestos a asumir o cuándo alterar o cesar los tratamientos electivos¹³. A las anteriores apreciaciones, habría que añadir la formulada por Guía práctica de la Sociedad de Endocrinología cuando mantiene que un diagnóstico de transexualidad en un niño prepuberal no puede hacerse con certeza y que, por ello, no se recomienda el tratamiento endocrino de niños prepúberes¹⁴. Antes de continuar es conveniente recordar que la WPATH mantiene que «ni la supresión de la pubertad ni el permitir que la pubertad se produzca es un acto neutral»¹⁵.

En cuanto a las intervenciones quirúrgicas, la primera cuestión a considerar es que su resultado es, en muchas ocasiones, insatisfactorio o, al menos, no responde a las expectativas creadas. Son muchas las operaciones que se tienen que realizar y el éxito dependerá de muchos factores. Por ejemplo, un hombre que quiere adoptar la apariencia de mujer se tendrá que enfrentar a una estructura ósea que facilitará o

¹² Coleman et al. (2012). Op. cit., p. 5.

¹³ Consortium on the Management of Disorders of Sex Development (2006).

¹⁴ Hembree et al. (2009).

¹⁵ Coleman et al. (2012). Op. cit., p. 20.

dificultará el proceso, la recreación de los órganos sexuales podrá ser más o menos satisfactoria, etc.

Un gran inconveniente de la cirugía de la reasignación de género es que es un proceso cruento, irreversible y que, no obstante, puede ocasionar problemas derivados de un diagnóstico deficiente o de la insatisfacción posterior por no llegar a cumplir alguno de los objetivos básicos del transexual.

Independientemente de los casos extremos, la cirugía tiene, por sí misma, una serie de riesgos e inconvenientes que hay que conocer y mostrar para que el sujeto pondere si está dispuesto a asumirlos. Una información lo más completa posible, sin sesgos ni creación de falsas expectativas, es muy necesaria para que el sujeto elija un tratamiento quirúrgico con suficiente libertad.

En conclusión, habría que ser más cautos en presentar la reasignación de género como la mejor, o incluso única, vía para tratar la disforia de género.

Cuestiones a considerar en la elección de una alternativa

Externas

Diagnóstico incierto

Una equivocación en un diagnóstico en transexualismo infantil tiene unas consecuencias desastrosas para el menor. Sin embargo, gran parte de los resultados que se pueden aportar sobre el diagnóstico del transexualismo infantil son extraídos de forma indirecta de trabajos que tienen otra finalidad. De la mayoría de ellos, se desprende que hay un gran riesgo de intervenir de forma temprana. Por ejemplo, en un estudio realizado en 231 niños y adolescentes que acudieron a una clínica de identidad de género, entre 2004 y 2007, se indica que se excluyó del estudio a 19 niños y a 8 adolescentes, señalando que una de las causas fue, precisamente, la cesación de los problemas de identidad de género¹⁶. Por su parte, Zucker ([Wente, 2017](#)) manifiesta que en 3 cuartas partes de los adolescentes que acuden a las clínicas con problemas de género estos desaparecen si no hay un tratamiento¹⁷. [Spack et al. \(2012\)](#) también indican que «los niños más pequeños pueden reportar disforia de género, pero la

¹⁶ De Vries, Noens, Cohen-Kettenis, van Berckelaer-Onnes y Doreleijers (2010; p. 31).

¹⁷ Wente (2017).

mayoría de esos niños finalmente no cumplirán los criterios de disforia de género una vez se tornen puberales»¹⁸.

Falta de evidencia sobre la conveniencia o la seguridad de las intervenciones

En el apartado anterior se ha puesto de manifiesto la precaución que hay que tener con el diagnóstico de transexualismo en menores por las posibilidades de equivocación. En este sentido, se puede considerar la repercusión derivada de la intervención hormonal y quirúrgica de aquellos que se consideran de otro género y después no lo son, porque las hormonas interfieren con el desarrollo del sujeto y las intervenciones quirúrgicas llevan consigo amputaciones, castración, esterilidad, etc.

En cuanto al tratamiento, se suelen aplicar análogos reversibles de la hormona liberadora de gonadotropinas en el estadio de Turner 2/3 para interrumpir la progresión de la pubertad bloqueando la actividad de la pituitaria, lo que provoca una disminución de la liberación de la gonadotropina y la inhibición de la hormona luteinizante y la hormona foliculoestimulante por la glándula pituitaria, que disminuirá la producción de los esteroides gonadales. Pues bien, «las intervenciones hormonales para suprimir la pubertad no fueron concebidas con el fin de tratar a menores con disforia de género, sino que se utilizaron en primera instancia para normalizar la pubertad en menores que la iniciaban demasiado pronto, enfermedad que recibe el nombre de *pubertad precoz*». La pubertad precoz se debe a trastornos orgánicos identificables del sistema nervioso central como, por ejemplo, tumores, infecciones, traumatismos o radiaciones. No obstante, estos fármacos se facilitan a los niños que se identifican como transexuales aunque «las pruebas sobre la seguridad y eficacia de la supresión de la pubertad son reducidas y se basan más en juicios subjetivos de profesionales clínicos que en pruebas empíricas rigurosas. En este sentido, es todavía experimental, pero es un experimento que se lleva a cabo sin control alguno y de una forma no rigurosa»¹⁹.

Entre las consecuencias del tratamiento prepuberal se encuentra el «riesgo potencial de bloquear el desarrollo de la pubertad que se relaciona con el desarrollo de la masa ósea y del crecimiento»²⁰; el hecho de que «la fertilidad y la capacidad de

¹⁸ Spack et al (2012; p. 418).

¹⁹ Hruz et al. (2017). Op. cit., p. 7.

²⁰ Heyer (2017).

experimentar placer sexual pueden verse afectadas tras los tratamientos hormonales o quirúrgicos, en grados de reversibilidad variable»²¹; la falta de desarrollo de los genitales externos puede comprometer una futura reasignación quirúrgica, ya que un insuficiente tejido del pene dificultaría las técnicas de vaginoplastia de inversión²²; también «hay razones para sospechar que esos tratamientos pueden tener consecuencias negativas en el desarrollo neurológico»²³; se pueden producir cambios metabólicos en los hidratos de carbono y grasas —podría existir una vinculación con la obesidad²⁴—, y, por último, puede existir un mayor riesgo de desarrollar microcalcificaciones testiculares que podrían estar asociadas a un mayor peligro de desarrollo de cáncer de testículos²⁵.

Cuando se hace referencia a la repercusión de la reasignación de género es conveniente recordar un estudio del Instituto Karolinska de Estocolmo que concluye indicando que las personas con transexualidad, después de la reasignación de género, tienen un riesgo considerablemente mayor de mortalidad, conducta suicida y morbilidad psiquiátrica que la población general. Los autores acaban afirmando que sus resultados «sugieren que la reasignación de sexo, aunque puede aliviar la disforia de género, puede no ser suficiente como tratamiento para el transexualismo, y debe inspirar una mejor atención psiquiátrica y somática de la reasignación de sexo para este grupo de pacientes»²⁶. Spack et al. (2012) señalan que «aunque las hormonas sexuales cruzadas y la cirugía reconstructiva genital promueven rasgos físicos de género cruzado, a menudo no consiguen la aparición del género afirmado»²⁷.

Como resumen de este apartado, puede servir lo expresado por Mulas (2017): «antes de tomar una decisión de difícil retorno y de complejidad inequívoca, como ocurre con la transexualidad en la infancia, donde el niño indefenso es el que más riesgos corre, debemos ejercer otra función cerebral superior como es la función ejecutiva que facilita la mejor planificación contemplando todas las posibilidades y consecuencias futuras»²⁸.

²¹ Delemarre-van de Waal y Cohen-Kettenis (2009; p. 134).

²² Coleman et al. (2012). Op. cit., p. 20.

²³ Hruz et al. (2017). Op. cit., p. 24.

²⁴ Bertelloni y Mul. (2008; p. 531).

²⁵ Bertelloni y Mul (2008). Op. cit., p. 531.

²⁶ Dhejne et al. (2011).

²⁷ Spack et al. (2012). Op. cit., p. 419.

²⁸ Mulas (2017).

Influencia del entorno

Familiar y social

No hay que desdeñar la influencia del entorno en el desarrollo normal de cada persona. Muchos transexuales aluden al medio hostil como causa de sus problemas personales de aceptación de su realidad. No hay ninguna duda de que ese factor es decisivo en la estabilidad del transexual, lo que no está tan claro es cuál es la intensidad de su influencia. El entorno puede ser un factor que influya, de forma cuantitativa positiva o negativa, en la casuística de niños que manifiesten su sentimiento de considerarse de un género distinto del que manifiesta su cuerpo físico. Así, en épocas donde el transexualismo ha sido condenado y perseguido, es lógico que haya casos que no lleguen a manifestarse por miedo. Por otra parte, ciertos ambientes ideologizados pueden generar confusión en la etapa de maduración sexual de muchos menores.

Llegados a este punto, se puede abrir otra vía de debate con relación con los padres. Partiendo de que estos son los que deben guiar al menor en su desarrollo sexual, podría cuestionarse si, en ocasiones, por su formación o falta de formación, pueden coaccionar al menor para que no exprese lo que siente o, por el contrario, puede generar en el menor dudas que le lleven a adoptar un estatus sexual que no se adecua a su ser. El problema es que no hay datos fehacientes sobre cuál es la influencia de los padres en el proceso de afirmación sexual. En cualquier caso, es preciso tener en consideración el debido respeto a la patria potestad de los padres, a su derecho a velar por el armónico desarrollo de sus hijos. De ahí que los estamentos públicos deban vigilar, amparar o ayudar a los padres en ese cometido y solo intervenir en casos claros de que estos no desempeñen bien sus funciones. Otra cuestión es la intromisión activa, y sin justificación, en la evolución del menor. En algunas leyes sobre género no se establecen límites claros en los aspectos que se acaban de reseñar.

Médico

Cuando se muestra la situación de indeterminación y falta de evidencias que sustenta la asignación de un menor como transexual, o se discute sobre cuál debe ser la vía de actuación al determinar que se está ante un caso de transexualismo infantil, al no existir certeza sobre la mejor opción, se suele cuestionar cuál es la causa de que los médicos intervengan en un mar de confusiones. Más aún, en una sociedad como la nuestra sustentada en la medicina basada en la evidencia.

En este ámbito, parece ganar la partida la medicina defensiva a la medicina basada en la evidencia, en el sentido de que hay un miedo a ser atacado como antitransgénero. Dreger (2015) señala que, en la asistencia a los posibles transexuales, el péndulo se ha movido en otra dirección, antes era difícil el acceso a una reasignación y hoy en día es difícil poder beneficiarse de una ayuda clínica alternativa²⁹. Camille Paglia, la primera mujer en declararse lesbiana en la Universidad de Yale, mantiene, desde su pensamiento feminista y ateo, que no hay excusa para los padres que, con la ayuda de médicos complacientes, cambian el sexo de sus hijos que expresan sentimientos transgénero: «Es una forma de maltrato infantil» (. . .) «una forma de abuso de menores»³⁰.

Internas

Identidad autopercebida por el menor

La identidad autopercebida vendrá muy ligada a la edad del menor y, en edades muy tempranas, a las estimulaciones externas que reciba. Esta cuestión ya ha sido abordada en párrafos anteriores.

Consentimiento informado

La capacidad de decisión del menor es un tema que se ha abierto paso en el último cuarto de siglo y se ha plasmado en la mayoría de las legislaciones sanitarias. La práctica, en consonancia con lo establecido en las leyes de autonomía de los pacientes, es que el menor, siempre que sea posible, otorgue el consentimiento. De tal forma que es una exigencia cuando el menor es capaz intelectual y emocionalmente, y si es mayor de 16 años. El problema se suscita cuando se considera que el menor no es capaz o cuando existe la oposición de padres o tutores a autorizar el tratamiento.

En el supuesto de que el menor no se considere capaz de entender el proceso, se establece que sea el tutor el que debe decidir. Es fácil de comprender que un niño enfermo del corazón necesite una operación y pueda no entender la etiología y repercusión de la intervención. No obstante, cuesta más entender que se otorgue valor al pensamiento de un menor cuando indica que siente que es de otro género y no a su decisión de operarse o no hacerlo.

²⁹ Dreger A. Op. cit.

³⁰ Rossi (2016).

El segundo problema señalado, el de la oposición de los padres o tutores a la intervención, se resuelve manteniendo que el principio que debe regir el proceso es el de «interés superior del menor», al que se dedicará el siguiente apartado. Sobre esta cuestión, [Hruz et al. \(2017\)](#) señalan que «con frecuencia escuchamos decir a neurocientíficos que el cerebro adolescente es demasiado inmaduro para tomar decisiones racionales fiables, pero, al mismo tiempo, se supone que debemos esperar que esos mismos adolescentes, emocionalmente atormentados, tomen decisiones sobre su identidad de género y sobre autorizar tratamientos médicos serios a los 12 años de edad o incluso antes»³¹.

Reflexión ética

El mejor interés del menor

Cuando se hace referencia a los menores transexuales y las posibles intervenciones farmacológicas, quirúrgicas o de cualquier otro tipo, siempre se alude, como es lógico, al mejor interés del menor. No obstante, la determinación del mejor interés es un término ambiguo y que va a depender en gran medida del entorno en el que sea considerado. En muchas legislaciones, el denominado «mejor interés» se sustenta en alusiones al sufrimiento que genera al menor sentirse de otro sexo, o la indefensión con la que se encuentra para desarrollarse en un medio no favorable. Todas esas cuestiones no pueden ser formuladas en general y tendrán que ser concretadas y especificadas.

Con las premisas anteriores se puede señalar que la defensa no ponderada del citado mejor interés del menor puede convertirse en un elemento de discriminación para ese menor. Así, el intento a una edad demasiado temprana de normalizar una situación, cuando es discrepante con el entorno, puede llevar a convertirla en un elemento de distinción del resto que conllevará unas consecuencias desagradables en una época en la que la situación podría pasar desapercibida. Por ejemplo, algunas normativas estiman que si se realizan actividades diferenciadas por sexo, se tendrá en cuenta el sexo sentido por el alumnado, garantizándose el acceso y el uso de las instalaciones del centro de acuerdo con su identidad de género, incluyendo los aseos y vestuarios. Cuesta pensar que un niño en la pubertad se va a encontrar cómodo en un vestuario de niñas y, por otra parte, puede suponer una falta de respeto para alguna de

³¹ Hruz et al (2017). Op. cit., p. 26.

esas niñas contar entre ellas a una persona de sexo biológico masculino. En este sentido [Burguete \(2016\)](#) aporta un dato significativo, el hecho de que cuando esos niños entran en el vestuario escolar, «los niños que les acompañan no les identifican por su subjetividad»³². De ahí que una excesiva protección de los menores que se pueden sentir de otro género les puede llevar, por sí misma, a situaciones de marginación y exclusión. Sobre esta cuestión, [Mulas \(2017\)](#) señala que las intervenciones políticas pueden traspasar los límites de la objetividad aportando medidas «que podrán ser muy populistas pero que para nada benefician la salud del usuario. Especialmente en lo referente a la transexualidad en la infancia, ello puede tener consecuencias muy perjudiciales, con implicación directa negativa sobre el principio básico de la medicina que es «*primun non nocere*», lo primero no dañar»³³.

En lo que se refiere a la farmacología y la cirugía, quizá el mejor interés del menor obligaría a plantear la necesidad de aplicar los estándares y protocolos de la investigación experimental, esos que han sido uno de los mayores logros en el respeto a la dignidad de los pacientes. Sin embargo, en el caso del transexualismo infantil se obvian estos protocolos y la «buena intención de padres y médicos» llevan «a aplicar terapias experimentales con falta de pruebas científicas sobre su efectividad y seguridad», exponiendo a los jóvenes a tratamientos que pueden no ser los adecuados o, incluso, que pueden ser peligrosos³⁴. Por otra parte, no plantear correctamente la fase experimental previa de estos tratamientos dificulta la obtención de resultados representativos que redundarían en el beneficio de todos los implicados en el proceso.

El principio de precaución

[Heyer \(2017\)](#) señala que «dada nuestra incapacidad para predecir el futuro de la disforia infantil, cualquier médico que esté administrando activamente bloqueadores hormonales basados en los sentimientos de un niño está ignorando o rechazando los hechos biológicos y pretendiendo tener un conocimiento que no puede tener»³⁵. Por otra parte, los niveles bajos de persistencia de identificación con el sexo contrario que se observan al llegar a la adolescencia «apuntan a que la supresión de la pubertad no es una medida acertada para todos los menores que sufren disforia de género, ya

³² [Burguete \(2016; p. 31\)](#).

³³ [Mulas \(2017\)](#). Op. cit.

³⁴ [Hruz et al. \(2017\)](#). Op. cit., 27.

³⁵ [Heyer \(2017\)](#). Op. cit.

que es un tratamiento innecesario para los casos en que esta no persiste si no se realiza ninguna intervención; tal como dictan los principios elementales de la práctica clínica, la mejor opción siempre es evitar intervenciones médicas innecesarias. Y este criterio aumenta su peso si se tiene en cuenta que esas intervenciones, en algunos casos, no son solo innecesarias, sino también perjudiciales, al contribuir a que menores cuya disforia de género podría haber remitido en la adolescencia persistan en esa disforia»³⁶.

Conclusión

En conclusión, el mejor interés del menor con inconformidad de género exige un alto grado de prudencia en la elección de la alternativa para su atención. Por ello, cualquier decisión en ese sentido deberá ser abordada considerando el debido principio de precaución, entendido este como las medidas de prevención adoptadas ante un riesgo potencial³⁷. Entre ellas, y ante las tesis mayoritarias de intervención sobre el menor, hay que ponderar el valor de la denominada «espera vigilante».

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Andorno, R. (2004). [Validez del principio de precaución como instrumento jurídico para la prevención y la gestión de riesgos](#). En C. Romeo-Casabona (Ed.), *Principio de precaución, biotecnología y derecho* (pp. 17–33). Granada: Comares.
- Bertelloni, S. y Mul, D. (2008). [Treatment of central precocious puberty by GnRH analogs: Long-term outcome in men](#). *Asian J Androl*, 10(4), 525–534.
- Burguete, E. (2016) Ley de identidad y expresión de género en el ámbito educativo. Una reflexión desde la antropología filosófica. En: Azmar J. (cord.) y Albert, M., Burguete, E., Marco, G., Mateu, M.C., García, O., Serrano, A., et al. (ed.), *Análisis de la ley de transexualidad promovida por la Generalitat Valenciana*. 27-38. Valencia: Universidad Católica de Valencia.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzar, M., Cohen-Kettenis, G., de Cuypere, G. y Feldmand, J. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people. *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)*. 7th version, 112 [consultado 2 Oct 2017]. Disponible en:

³⁶ Hruz et al. (2017). Op. cit., p. 19.

³⁷ No se debe contemplar como una forma de limitar el progreso o el desarrollo sino de «incentivar las propuestas de modos alternativos de desarrollo, que sean compatibles con la calidad de vida de las generaciones presentes y de las generaciones futuras» [Andorno \(2004\)](#).

- [https://s3.amazonaws.com/amo_hub_content/Association140/files/Standards%20of%20Care%20V7%20-%202011%20WPATH%20\(2\)\(1\).pdf](https://s3.amazonaws.com/amo_hub_content/Association140/files/Standards%20of%20Care%20V7%20-%202011%20WPATH%20(2)(1).pdf)
- Consortium on the Management of Disorders of Sex Development. (2006). *Clinical guidelines for the management of disorders of sex development in childhood*. pp. 30–31. Rohnert Park: Intersex Society of North America.
- De Vries, A., Noens, I., Cohen-Kettenis, P., van Berckelaer-Onnes, I. y Doreleijers, T. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *J Autism Dev Disord*, 40, 930–936.
- Delemarre-van de Waal, H. A. y Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects. *Eur J Endocrinol*, 155, S131–S137.
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L., Långström, N. y Landén, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS One*, 6(2), e16885. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>
- Dreger, A. (2015). *Gender mad* [consultado 15 Feb 2017]. Disponible en: <http://alicedreger.com/gendermad>.
- Hacking, I. (1996). The looping effects of human kinds. En: Sperber D., Premack D., Premack, A.J., editores, *Causal cognition: A multidisciplinary debate*. Epub 2012 Mar [consultado 15 Sep 2017]. Oxford Scholarship Online, <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198524021.003.0012>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., Spack, N. P., et al., & Endocrine Society. (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society Clinical practice guidelines. *J Clin Endocrinol Metab*, 94(9), 3132–3154.
- Heyer, W. (2017). The experiment on our children: doctors don't know who the real trans kids are [consultado 8 Jul 2017]. Disponible en: Thepublicdiscourse.com/2017/06/19512/
- Hruz, P. W., Mayer, L. S. y McHugh, P. R. (2017). Growing pains. Problems with puberty suppression in treating gender dysphoria. *The New Atlantis*, 52, 3–36.
- Knafo, A. y Iervolino, A. C. (2005). Masculine girls and feminine boys: Genetic and environmental contributions to atypical gender development in early childhood. *J Pers Soc Psychol*, 88(2), 400–412.
- Mulas, F. (2017). Transexualidad: Primun non nocere. *Observatorio de Bioética UCV* [consultado 10 Ago 2017]. Disponible en: <http://www.observatoriobioetica.org/2016/08/transexualidad-primun-non-nocere/16671>
- Rossi, G. (2016). La lesbica anti-gay: Camille Paglia e il coraggio della Libertà. *L'Anarca* [consultado 29 Jun 2017]. Disponible en: <http://blog.ilgiornale.it/rossi/2016/01/27/la-lesbica-anti-gay-camille-paglia-e-il-coraggio-della-liberta/?repeat=w3tc>
- Spack, N. P., Edwards-Leeper, L., Feldman, H. A., Leibowitz, S., Mandel, F., Diamond, D. A., et al. (2012). Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. *Pediatrics*, 129(3), 418–425.
- Wente, M. (2017). *Transgender kids: Have we gone too far?* [consultado 15 Abr 2017]. Disponible en: <http://www.theglobeandmail.com/opinion/transgender-kids-have-we-gone-too-far/article16897043/>
- Zucker, K. J. (2004). Gender identity development and issues. *Child and Adol Psych CL*, 13, 563–564.