



MÁSTER INTERUNIVERSITARIO EN BIOÉTICA Y BIODERECHO
CURSO ACADÉMICA 2022-2023

TRABAJO FIN DE MÁSTER

DETRANSICIÓN:
Estudio desde el análisis de casos

Alumna: Natalia Viera Rodríguez
Tutora: Janet Delgado Rodríguez

Resumen:

Introducción:

Hubo un tiempo, donde la transexualidad era vivida desde el miedo y el rechazo social. Sin embargo, la sociedad ha avanzado y cada vez son más el número que transexuales que recurren a la medicina para poder la vivir la vida tal y cómo la sienten y solicitan un cambio en el sexo determinado al nacer tanto a nivel legal como a nivel físico. Durante este proceso, las personas siguen una ruta marcada por el cambio a nivel hormonal y posteriormente cambios a nivel físico mediante intervenciones quirúrgicas si así lo desean. Pero ¿qué pasa con aquellos casos dónde hay arrepentimiento? ¿Qué conocimientos existen sobre el proceso de detransición?

Objetivo:

Conocer y describir el proceso de transición y detransición de las personas con disforia de género y determinar las necesidades de apoyo que tienen tanto los usuarios como sus familias.

Material y Métodos:

Se analizan dos casos de dos nacidas mujeres, que iniciaron el proceso de transición y finalmente se han arrepentido iniciando la detransición.

Reflexiones finales:

Analizaremos las principales dificultades que tiene tanto los usuarios como los sistemas sanitarios para atender al proceso de detransición.

Abstract

Introduction:

There was a time, where transsexuality was lived from fear and social rejection. However, society has advanced and more and more transsexuals are turning to medicine to be able to live life as they feel and request a change in the sex determined at birth both legally and physically. . During this process, people follow a path marked by changes at the hormonal level and later changes at the physical level through surgical interventions if they wish. But what about those cases where there is repentance? What knowledge exists about the detransition process?

Objective:

Know and describe the transition and detransition process of people with gender dysphoria and determine the support needs of both users and their families.

Material and methods:

Two cases of two born women who started the transition process and finally repented starting the detransition are analyzed.

Final thoughts:

We will analyze the main difficulties that both users and health systems have to attend to the detransition process.

Índice

Introducción	página 1
Justificación.	página 5
Objetivos	
Metodología	
Marco teórico	página 6
Análisis de casos	
Caso de Keria Bell	página 11
Caso de Chloe Cole	página 18
Medidas de acompañamiento y apoyo a personas trans	página 21
Propuestas de mejora	página 22
Reflexiones finales	página 24
Anexos	página 27
Bibliografía	página 31

Introducción

Desde hace años las personas pertenecientes al colectivo de lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexual (LGTBI) han comenzado una lucha contra la vulneración que sufren de sus derechos como personas. En esta lucha se han dado grandes pasos en los últimos 50 años.

Los primeros pasos dados comenzaron a dar sus frutos en la década de los 70 cuando la OMS excluye la homosexualidad como enfermedad. Desde entonces hasta ahora se ha continuado avanzado. Por un lado, la asociación ha hecho más fuerte al colectivo, por otro lado, la situación tan diversa que se vive en los distintos países hace que el camino a recorrer a nivel de derechos humanos en este colectivo sea un tema que, hoy, casi 50 años más tarde sea motivo de análisis.

Debemos de tener en cuenta que bajo el término LGTBI existe una pluralidad de personas, algunas de ellas, incluidas bajo este término por su orientación sexual y otras por su identidad de género lo que puede generar confusión.

Es importante aclarar antes de continuar una serie de términos:

Sexo	Cualidad asignada al nacer, en la especie humana puede ser femenino o masculino. Se identifica mediante los genitales externos
Género	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido est desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico
Identidad sexual	Vivencia interna e individual del género tal y como cada personal la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al nacer e incluye la vivencia personal del cuerpo y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales.

Orientación sexual	Atracción física, sexual o afectiva hacia una persona. La orientación sexual puede ser heterosexual cuando es hacia una persona del sexo opuesto (cissexuales), homosexual cuando la atracción es hacia personas del mismo sexo (gais si son hombres o lesbianas si son mujeres) o bisexual, cuando se siente esa atracción hacia personas de diferentes sexos.
Expresión de género	Manifestación que cada persona hace de su identidad sexual.
Transexual	Persona cuya identidad sexual no se corresponde con el sexo asignado al nacer. Desde hace años, se ha cambiado este término por el de disforia de género.

Pese a los avances que se han tendido se continúa vulnerando los derechos de este colectivo y en nuestra sociedad, son todavía frecuentes las noticias en periódicos y medios de comunicación que muestran la discriminación y violencia que sufre este colectivo. Como ejemplo el asesinato en Galicia de Samuel Luiz en Galicia en 2021, por una agresión física propinada por un grupo de jóvenes por ser el agredido gay. Este suceso produjo una oleada de movilizaciones del colectivo y de la sociedad a favor de los derechos LGTBI ⁽¹⁾.

Con los datos recogidos en la última encuesta realizada por Agencia de los Derechos Fundamentales (FRA) de la Unión Europea se ha realizado el informe “Un largo camino para recorrer para la igualdad LGBTI”. En él se analizan 140.000 entrevistas y se comparan los datos actuales con los obtenidos en 2012. Se ha observado que 6 de cada 10 personas evitan contacto físico con sus parejas (darse la mano) en público; dos de cada 5 han sufrido acoso con relación a su orientación o identidad sexual en el año previo a la encuesta, uno de cada 5 personas trans e intersexual fue agredida física o sexualmente y uno de cada 5 se siente discriminación en su puesto de trabajo. Por todo ello, desde FRA apoyan la Estrategia de Igualdad LGBTI de la Comisión Europea y hacen un llamamiento a la UE y sus miembros Estados para implementar medidas que protejan los derechos de las personas LGBTI y que incluyan: delitos de odio, creación de informes sobre la situación específica en cada Estado del colectivo, ayudas para evitar la discriminación en

este colectivo, a nivel de los escolares, crear entornos seguros y apoyo a los jóvenes LGBTI.

La lucha por los derechos del colectivo LGTBI se ha visibilizado y ha sido apoyada por diversas instituciones a nivel mundial. En este contexto, en 2006 se firmaron en Tailandia los Principios de Yogyakarta dónde se insta a los países que legislar para garantizar los derechos a la igualdad y a la no discriminación sin distinción de sexo, orientación sexual o identidad de género, aplicando la Legislación Internacional de los Derechos Humanos en Relación con la orientación Sexual y la Identidad de género.

Es por ello por lo que las distintas organizaciones se han constituido para solicitar un apoyo legal que vale por el desarrollo y garantice el derecho de las personas LGTBI. En este marco desde el Gobierno de España nace el Proyecto de Ley la Igualdad Real y Efectiva de las personas Trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI. Este proyecto de Ley publicado en el BOE el 12 de septiembre de 2022 y aprobado en el Congreso de los Diputados en un acalorado debate parlamentario y social. La propuesta de ley fue aprobada con 188 votos a favor y 150 votos en contra. Según el proyecto de Ley el objetivo de esta es el de “desarrollar y garantizar los derechos de las personas lesbianas, gais, bisexuales, trans e intersexuales erradicando las situaciones de discriminación, para asegurar que en España se pueda vivir la orientación sexual, la identidad sexual, la expresión de género, las características sexuales y la diversidad familiar con plena libertad”. Esta ley da un paso importante también en cuanto a la visión de la transexualidad, ya que no lo incluye como proceso patológico y se realiza un encuadre al tratamiento que deben de someterse las personas transexuales. Este es quizás el punto más controvertido de la Ley ya que contempla que a partir de los 16 años, la persona trans podrá cambiar sus datos del Registro Civil sin autorización de los padres ni ningún tipo de informe médico o psicológico y desde los 12 a los 16 podrá realizarse con autorización de los padres o representantes legales. Le Ley ha sido aprobada finalmente en enero, suscitando un gran debate social y político.

Vamos a analizar en este trabajo la situación de las personas que sufren disforia de género conocidas como transexuales. Por un lado, está el proceso al que se enfrenta una persona cuando es diagnosticada de disforia de género y todo el proceso al que se puede someter. No podemos olvidar que la disforia de género es la sensación de malestar o angustia que se sufre, para solventar ese malestar para algunas personas, será suficiente realizar una transición social sin precisar ningún tipo de cambio a nivel físico. Sin embargo, para otras personas será importante para conseguir su bienestar físico y psíquico llegar a tener un aspecto físico del sexo contrario al que han nacido.

Es en este cambio a nivel físico donde comienza el proceso de transición (cambio hacia el sexo contrario al nacer) es para ello para lo que es necesario el uso de medicación. En un primer momento, medicación para frenar la pubertad, es decir, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y en un segundo paso la administración de hormonas del sexo deseado, como tercer paso, las intervenciones quirúrgicas.

Justificación

El proceso de transición se lleva a cabo desde hace años en los diferentes servicios médicos, la secuencia del tratamiento está bien definida y recogida en diferentes guías de prácticas clínicas, destacando en este campo como referencia la guía de la World Professional Association for Transgender Health. Esta guía genera el marco guía para el tratamiento de las personas transexuales, pero ¿qué ocurre con aquellas personas que desean una vez iniciado el tratamiento de transición abandonarlo? Cada vez son más los casos de detransición conocidos, sobre todo en adolescentes que iniciaron a una edad temprana su proceso de transición, ¿es posible tomar una decisión como cambio de género a una edad temprana? ¿entienden a dar ese paso las consecuencias que puede tener ese paso sobre su vida sexual y reproductiva? Son preguntas que cobran importancia dada la realidad social que vivimos donde cada vez es mayor el número de personas, de corta edad, atendidas por esta problemática ⁽³⁰⁾.

Hay estudios que muestran que el porcentaje de personas que detransicionan es bajo ⁽²¹⁾ pero no aun así hay un porcentaje de personas que, arrepentidas, vuelven a su sexo de nacimiento ⁽²⁸⁾. Actualmente, faltan estudios científicos de calidad que nos muestren esta nueva realidad, ¿cuál es el motivo que lleva a la detransición? ¿qué consecuencias tiene el abandono del tratamiento? Una vez conocidas las causas que llevan al abandono, ¿se puede hacer alguna acción para evitar las detransiciones? ⁽²⁹⁾ Ante la falta de respuestas, son las personas afectadas y sus familiares quienes han formado asociaciones para dar a conocer sus vivencias, por el momento no hay ninguna guía ni documento de consenso que incluya la realidad de la detransición; ni ningún documento legal que contemple esta realidad. Así, este trabajo se centrará en analizar las implicaciones que el proceso de transición y detransición tienen sobre la vida de personas diagnosticadas de disforia de género.

Objetivos

- Describir las implicaciones que el proceso de transición y detransición tienen sobre la vida de personas diagnosticadas de disforia de género.
- Analizar las necesidades y estrategias de apoyo que tienen estas personas.

Metodología

Por un lado, se llevará a cabo una revisión de la literatura. Por otro, se llevará a cabo un análisis de casos. Se analizarán los casos de dos personas con diagnóstico de disforia de género que iniciaron su transición siendo menores de edad y se han arrepentido durante el proceso llevando a cabo su detransición. Estas dos mujeres se han convertido en un referente en sus países de origen en la lucha contra el tratamiento de la disforia de género en menores, ambas han emprendido acciones legales y han generado un debate social sobre este tema.

La información sobre los casos va a ser extraída desde diversas fuentes de internet tanto publicaciones como periódicos o entrevistas concedidas por las protagonistas en publicaciones digitales como blog en YouTube.

Marco teórico

Disforia de género

El término de transexuales ha sufrido a lo largo de los años críticas y actualmente en el último DSM5 se propone el cambio hacia el de disforia de género ⁽¹⁾. Este cambio conceptual, viene marcado por un deseo de no estigmatizar a estas personas como enfermas, basándose en la autodeterminación de género.

La disforia de género es un proceso en el que la persona no se siente identificada con el sexo asignado al nacer, y existe una manifestación persistente de discordancia. Esta discordancia, hace que la persona experimente un profundo rechazo hacia las características sexuales primarias y secundarias de su sexo biológico, es por ello por lo

que requiere adecuar su cuerpo mediante el tratamiento hormonal y quirúrgico para cambiar su apariencia y conseguir vivir y ser tratada socialmente de acuerdo con el género sentido ⁽²⁾. El concepto de disforia de género abarca un aspecto más amplio que el transexualismo, ya que hace alusión al malestar o sufrimiento causado por la discrepancia entre la identidad de género de la persona y su sexo de nacimiento.

La disforia de género suele presentarse durante la infancia (disforia de género precoz), durante la adolescencia o en la edad adulta.

Este proceso, debe ser llevado por personal médico altamente especializado que forma las Unidades de Identidad de Género, ya que tanto el diagnóstico, el abordaje y el tratamiento es muy extenso, complejo y debe de tratarse de forma individualizada. La complejidad aumenta cuando los casos parecen durante la infancia y la adolescencia ya este grupo, tiene mayor dificultad para expresar su estado (BECERRA) y además se suma que el individuo está en etapa de desarrollo por lo que se presupone que el menos está en un proceso de cambio o evolución.

Si hablamos de epidemiología, tenemos estimaciones muy variables. En Europa, se estima una prevalencia de. 1:12.225 habitantes ⁽⁴⁾. En España, la prevalencia se sitúa en. 1: 9685 – 1:21.031 en varones biológicos y en 1:15.456 a.48.096 mujeres biológicas ⁽⁵⁻⁷⁾. En los últimos años, se ha vivido un aumento de casos de disforia de género en mujeres jóvenes adolescentes⁽³⁰⁾

Tratamiento

El abordaje en el tratamiento de esta población tiene tres fases:

1.Fase inicial diagnóstico y psicoterapia. Esta fase es fundamental, ya que un diagnóstico equivocado puede llevar a casos de arrepentimiento tras la reasignación y en la evolución posterior (8). Los datos, nos informan que la presencia de disforia de género no implica necesariamente la existencia de otros trastornos mentales, pero los adolescentes intersexuales experimentan problemas de salud mental debido a los desafíos que se deben de enfrentar para ser aceptados socialmente pueden sufrir: rechazo familiar,

acoso, posibles abusos, problemas para el acceso de tratamientos y problemas escolares (9-10).

2. Fase de tratamiento hormonal

2.1. Frenación puberal con agonistas (análogos de las gonadotropinas GnRh), esta fase es reversible como primer paso.

2.2 Tratamiento hormonal cruzado, esta fase es parcialmente reversible.

La administración de estrógenos y antiandrógenos en transexuales femeninos induce el crecimiento del pecho (irreversible), cambios en la distribución de la grasa corporal (reversible), disminución del pelo facial y corporal (reversible), disminución de la masa testicular, del tamaño del pene y de la fertilidad (irreversible).

La administración de testosterona en transexuales masculinos induce el agravamiento de la voz y el crecimiento del clítoris (irreversible), aumento del vello facial y corporal, cese de las menstruaciones, redistribución de la grasa corporal y aumento de la masa muscular (reversibles).

3.Fase de intervención quirúrgica, cirugía de reasignación sexual

Las transexuales de mujer a hombre que llegaron a tener algún desarrollo del pecho precisan mastectomía. Además, precisarán: histerectomía, oovorectomía y si desean tener genitales masculinos: vaginectomía y metadioplastia o faloplastia. Los transexuales de hombre a mujer suelen necesitar mamoplastia, penectomía parcial con vaginoplastia.

Esta fase es irreversible por lo que no debería de realizarse hasta alcanzar la mayoría de edad, no debiendo valorarse la edad como un criterio mínimo, a las personas que vayan a someterse a intervención se le recomienda haber vivido al menos 12 meses con el rol de género que es congruente con su identidad de género.

Pese que el tratamiento está bien definido existe controversia sobre cuando debe de iniciarse el mismo.

Los Estándares Asistenciales de la Asociación Mundial para los Profesionales de la Salud Transgénero en sus primeras cuatro versiones publicadas en 1979, 1980, 1981 y 1990, no incluían a adolescentes, únicamente a personas mayores de edad a nivel legal o a los menores emancipados ⁽¹¹⁾.

A partir de la 5 edición en 1998 es cuando se comienza a mencionar el tratamiento en los adolescentes, estableciendo que se recomendaba que fueran casos excepcionales y requiriendo un mínimo de seis meses de intervención del equipo de salud mental por parte del paciente y de su familia. En la sexta edición en 2001, se establece que los adolescentes son candidatos al tratamiento con terapia hormonal que retrasen la puberal, una vez llegado al estadio 2 de Tanner e iniciar terapia hormonal cruzada a partir de los 16 años con el consentimiento de los padres. En la séptima y última versión, publicada en 2011 se permite la intervención a nivel de tratamiento a edades temprana, sin indicaciones de los tiempos mínimos de intervención del profesional de salud mental. Se intenta despatologizar el proceso de disforia de género.

El tratamiento hormonal en adolescente es bastante reciente y está siendo aplicado durante la última década en distintas Unidades Especializadas (12-15).

Existen argumentos a favor y en contra del inicio del tratamiento hormonal en la adolescencia, tal y como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1: Argumentos a favor y en contra del inicio del tratamiento hormonal en la adolescencia

Argumentos a favor	Argumentos en contra
Cuanto antes se inicie el tratamiento, menos será el sufrimiento del afectado y al retrasar el inicio de tratamiento estas personas sufren una desventaja psicológica lo que conlleva un aumento de comportamientos de riesgo.	El tratamiento no permite el desarrollo sexual completo con los caracteres sexuales secundarios, genera influencia en la formación de la identidad de género natural; diferentes estudios han demostrado que esta teoría no se sustenta ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾ .
La supresión puberal mejora la precisión diagnóstica, ya que aumenta el tiempo en	Se plantean preocupaciones sobre los riesgos del tratamiento hormonal sobre la

el que el individuo puede explorar su identidad sexual o de género sin la presencia de caracteres sexuales secundarios que no son en un principio deseados por el paciente.	densidad mineral ósea, los estudios realizados muestran que la supresión puberal produce una disminución de la velocidad de crecimiento, pese a ello, al iniciar la terapia hormonal cruzada, se llega a alcanzar la estatura adecuad
Las cirugías que se lleven a cabo posteriormente sean menos invasivas.	
Los resultados de estudios longitudinales, muestran que el resultado posoperatorio desfavorable se relaciona con el inicio tardío del proceso de reasignación sexual (16).	

Atención sanitaria

En nuestra Comunidad Autónoma se ha publicado en 2019 el Protocolo de Atención Sanitaria a la Persona Trans ⁽²²⁾. En dicho protocolo, se informa de la existencia de las Unidades de Acompañamiento a las Personas Trans (UAT), existen una unidad en Tenerife, otra en Gran Canaria, otra en Lanzarote y otra en Fuerteventura. Estas unidades funcionan de forma centralizada, llevando un acompañamiento de la persona trans. A estas unidades se puede llegar derivado desde atención primaria (pediatría o medicina) o bien desde las Unidades de Salud mental, Atención Hospitalaria, Educación, Colectivos LGTBI y Trans, servicios sociales o el propio paciente. En este protocolo, se detalla el papel que tiene atención primaria y pediatría en atención primaria, los protocolos de tratamiento y los modelos de consentimiento que se han redactado. Durante todo el documento se ahonda en la importancia del seguimiento que se debe de llevar a lo largo del proceso de transición de la persona trans.

En nuestra Comunidad, se sigue el protocolo anteriormente explicado, de forma individualizada y con el consejo y apoyo al igual que trabajo con las familias que se realiza desde las UAT

Detransición

Desde hace algunos años, son cada vez más conocidos los casos de detransición. No podemos olvidar que todo este proceso es voluntario y la persona puede abandonar el tratamiento o bien, quedarse en una fase sin llegar a la fase final de intervención quirúrgica. Aunque los estudios cifran por debajo del 3% las personas que detransicionan, estas personas se ven doblemente afectadas por parte de la sociedad y los sistemas sanitarios, además existe un gran vacío de conocimiento acerca de cuáles son las causas que llevan a realizar la detransición.

Publicaciones recientes en la prestigiosa revista The Lancet, señalan en una encuesta llevada a cabo en Países Bajos, que un 98% de las personas encuestadas que iniciaron la transición a una edad media de 14 años no se habían arrepentido ni dejado el tratamiento hormonal a llegar a los 20 años ⁽²⁰⁾. Otro estudio publicado por la Unidad de Identidad de Género del Hospital Peset en Valencia, muestra que la tasa de detransición está entorno al 1,8% ⁽²¹⁾.

Pese a estos datos, los casos de detransición, generan mucha preocupación a nivel social y tienen gran impacto.

Análisis de casos

1) El caso de Keria Bell

El caso de Keria Bell que ha generado un gran debate en Reino Unido. Nacida como mujer, inició su transición hacia varón trans practicándose bajo las indicaciones médicas de NHS (el sistema nacional de salud británico). Tras iniciar el proceso de transición hacia varón, se arrepintió de la decisión que tomó y esto le llevó a denunciar al NHS, por el sistema de tratamiento que se daba en todo Reino Unido a las personas con disforia de género, dónde no se evaluó su comorbilidad psiquiátrica- psicológica de forma adecuada.

En este caso, la paciente ha ganado la denuncia y además ha generado un análisis en el tratamiento que están ahora han recibido los menores trans por parte de NHS, tras un estudio, se ha cerrado la clínica Tavistock, dónde se han llevado la atención a estos menores y que era considerada un referente a nivel mundial.

A continuación, expondremos el caso de Keira Bell⁽²⁴⁾

Fuente: La gaceta de la Iberosfera - <https://gaceta.es/europa/la-historia-de-keira-bell-y-el-principio-del-fin-de-la-mayor-clinica-trans-de-londres-20230216-0755/>

“Mi vida familiar fue infeliz desde el principio. Mis padres -una inglesa blanca y un americano negro que se juntaron mientras él estaba en Gran Bretaña con las Fuerzas Aéreas de EE.UU.- se divorciaron cuando yo tenía unos 5 años. Mi madre, que recibía asistencia social, cayó en el alcoholismo y la enfermedad mental. Aunque mi padre se quedó en Inglaterra, era muy distante conmigo y con mi hermana pequeña.

Yo era una marimacho clásica, una de las partes más sanas de mis primeros años de vida en Letchworth, una ciudad de unos 30.000 habitantes, a una hora de Londres. Desde muy pequeña, me aceptaban los chicos: vestía ropa típica de chicos y era atlética. Nunca tuve problemas con mi género; no se me pasaba por la cabeza.

Entonces llegó la pubertad y todo cambió a peor. Muchos adolescentes, sobre todo chicas, lo pasan mal con la pubertad, pero yo no lo sabía. Pensaba que era la única que odiaba cómo crecían mis caderas y mis pechos. Luego empezaron las menstruaciones, y eran incapacitantes. A menudo me dolía y me faltaba energía.

Además, ya no podía pasar por «uno de los chicos», así que perdí mi comunidad de amigos varones. Pero tampoco sentía que perteneciera realmente a las chicas. El alcoholismo de mi madre había empeorado tanto que no quería traer amigos a casa. Al final, no tenía amigos a los que invitar. Me sentía cada vez más alienada y solitaria. Además, me mudaba mucho y tenía que empezar de nuevo en diferentes colegios, lo que agravaba mis problemas.

A los 14 años, estaba muy deprimida y me había rendido: dejé de ir al colegio, dejé de salir. Me quedaba en mi habitación, evitando a mi madre, jugando a videojuegos, perdiéndome en mi música favorita y navegando por Internet.

Algo más estaba ocurriendo: empecé a sentirme atraída por las chicas. Nunca había tenido una asociación positiva con el término «lesbiana» ni con la idea de que dos chicas pudieran tener una relación. Esto me hizo preguntarme si había algo inherentemente malo en mí. Por aquel entonces, de repente, mi madre me preguntó si quería ser un chico, algo que ni siquiera se me había pasado por la cabeza. Entonces encontré algunas páginas web sobre la transición de mujeres a hombres. Poco después, me fui a vivir con mi padre y su entonces pareja. Ella me hizo la misma pregunta que mi madre. Le dije que creía que era un chico y que quería serlo.

Cuando miro atrás, veo cómo todo me llevó a la conclusión de que lo mejor era dejar de convertirme en mujer. Mi pensamiento era que, si tomaba hormonas, crecería más y no me vería muy diferente de los hombres biológicos.

Empecé a ver a un psicólogo a través del Servicio Nacional de Salud, o NHS. A los 15 años -porque insistía en que quería ser un chico- me remitieron al Servicio

Cuando llegué a la clínica Tavistock, estaba convencida de que tenía que hacer la transición. Era el tipo de afirmación descarada típica de los adolescentes. En realidad, era una chica insegura de su cuerpo que había sufrido el abandono de sus padres, se sentía alejada de sus compañeros, padecía ansiedad y depresión y tenía problemas con su orientación sexual.

Tras una serie de conversaciones superficiales con trabajadores sociales, me pusieron bloqueadores de la pubertad a los 16 años. Un año después, me pusieron inyecciones de testosterona. A los 20, me hicieron una doble mastectomía. Para entonces, parecía tener una complexión más masculina, así como voz de hombre, barba de hombre y nombre de hombre: Quincy, por Quincy Jones.

Pero cuanto más avanzaba mi transición, más me daba cuenta de que no era un hombre y de que nunca lo sería. Hoy en día se nos dice que cuando alguien presenta disforia de género, esto refleja el «verdadero» yo de la persona, que el deseo de cambiar de género está establecido. Pero este no fue mi caso. A medida que maduraba, me di cuenta de que la disforia de género era un síntoma de mi miseria general, no su causa.

Cinco años después de iniciar mi transición médica para convertirme en varón, empecé el proceso de detransición. Muchos hombres trans hablan de que no se puede llorar con una dosis elevada de testosterona en el cuerpo, y esto también me afectó: no podía liberar mis emociones. Una de las primeras señales de que estaba volviendo a ser Keira fue que -por suerte, al fin- podía llorar. Y tenía mucho por lo que llorar.

Las consecuencias de lo que me ocurrió han sido profundas: posible infertilidad, pérdida de mis pechos e imposibilidad de amamantar, genitales atrofiados, una voz permanentemente cambiada, vello facial. Cuando me atendieron en la clínica Tavistock, tenía tantos problemas que me reconfortó pensar que en realidad sólo tenía uno que necesitaba solución: era un hombre en un cuerpo de mujer. Pero el trabajo de los profesionales era tener en cuenta todas mis comorbilidades, no limitarse a afirmar mi ingenua esperanza de que todo podía resolverse con hormonas y cirugía.

El año pasado decidí demandar a Tavistock and Portman NHS Foundation Trust en un caso de revisión judicial, que permite a los demandantes en Gran Bretaña emprender acciones contra un organismo público que consideran que ha incumplido sus obligaciones legales. Pocas revisiones judiciales llegan a buen puerto; sólo unas pocas obtienen una vista completa. Pero la nuestra sí lo hizo, y un grupo de tres jueces del Tribunal Supremo estudió si los jóvenes que recibían tratamiento en la clínica podían dar su consentimiento para este tipo de intervenciones médicas.

Mi equipo argumentó que la Tavistock no había protegido a los pacientes jóvenes que solicitaban sus servicios y que, en lugar de un tratamiento cuidadoso e individualizado, la clínica había llevado a cabo lo que equivalía a experimentos incontrolados con nosotros. El pasado mes de diciembre

obtuvimos un veredicto unánime. Los jueces expresaron serias dudas de que los pacientes más jóvenes de la clínica pudieran comprender las implicaciones de lo que equivalía a un tratamiento experimental con resultados que alterarían sus vidas.

En su sentencia, los jueces expresaron repetidamente su sorpresa por lo que había estado ocurriendo en el Tavistock, en particular por su incapacidad para reunir datos básicos sobre sus pacientes. Señalaron la falta de pruebas para administrar a niños de tan sólo 10 años fármacos para bloquear la pubertad, un tratamiento al que casi siempre siguen hormonas transgénero, que deben tomarse de por vida para mantener la transición. También les preocupaba la falta de datos de seguimiento, dada «la naturaleza experimental del tratamiento y el profundo impacto que tiene».

Cabe destacar la creciente oleada de niñas que solicitan tratamiento para la disforia de género. En 2009-10, 77 niños fueron derivados al Servicio de Desarrollo de la Identidad de Género, de los cuales el 52% eran varones. Esa proporción comenzó a invertirse unos años más tarde a medida que el número total de derivaciones se disparaba. En Inglaterra, en 2018-19, se derivaron 624 niños y 1.740 niñas, es decir, el 74% del total. Más de la mitad de las derivaciones fueron para menores de 14 años; algunos tenían tan solo 3 años. El tribunal señaló que los profesionales del Tavistock no presentaron «ninguna explicación clínica» para el espectacular aumento de niñas, y expresa su sorpresa por no haber cotejado los datos sobre la edad de los pacientes cuando empezaron a tomar bloqueadores de la pubertad.

La sentencia no impide por completo que un menor inicie una transición médica. Sin embargo, los jueces recomiendan a los médicos que consideren la posibilidad de obtener un permiso judicial antes de iniciar un tratamiento de este tipo en el caso de los menores de 16 a 17 años; concluyen que es «muy dudoso» que los pacientes de 14 y 15 años puedan comprender suficientemente las consecuencias del tratamiento como para dar su consentimiento; y que es «altamente improbable» en el caso de los menores de 13 años.

En respuesta, el NHS dijo que el Tavistock había «suspendido inmediatamente las nuevas derivaciones de bloqueadores de la pubertad y hormonas cruzadas para menores de 16 años, que en el futuro sólo se permitirán cuando un tribunal lo autorice específicamente». El Tavistock recurrió la sentencia, y el tribunal verá su apelación en junio.

Los bloqueadores de la pubertad que recibí a los 16 años estaban diseñados para detener mi maduración sexual: la idea era que esto me daría una «pausa» para pensar si quería continuar con una transición de género. Esta supuesta «pausa» me hizo sentir como en la menopausia, con sofocos, sudores nocturnos y niebla cerebral. Todo esto hizo que me resultara más difícil pensar con claridad sobre lo que debía hacer.

Al cabo de un año de tratamiento, cuando se me presentó la opción de pasar a la testosterona, la acepté de inmediato: quería sentirme como un hombre joven, no como una anciana. Estaba impaciente por empezar con las inyecciones y los cambios que ello conllevaría. Al principio, la testosterona me dio un gran impulso de confianza. Uno de los primeros efectos fue que me bajó la voz, lo que me hizo sentir más dominante.

En los dos años siguientes, mi voz se hizo más grave, me creció la barba y mi grasa se redistribuyó. Seguí llevando el vendaje mamario todos los días, sobre todo ahora que pasaba completamente por hombre, pero me resultaba doloroso y me obstruía la respiración. A los 20 años me trataron en la clínica de adultos. La testosterona y la faja afectaban al aspecto de mis pechos, y los odiaba aún más. También quería alinear mi cara y mi cuerpo, así que me remitieron a una mastectomía doble.

La relación con mis padres seguía siendo difícil. Ya no me hablaba con mi madre. Mi padre me había echado de su piso poco después de cumplir 17 años y me fui a vivir a un albergue juvenil. Él y yo seguíamos en contacto, aunque se oponía rotundamente a mi transición. A regañadientes, me llevó a operarme. Yo era mayor de edad cuando se realizó, y no me eximo de responsabilidad. Pero me habían puesto en el camino - bloqueadores de la pubertad, testosterona y cirugía- cuando era una adolescente problemática. Como resultado de la operación, tengo los nervios del pecho dañados y ya no tengo la sensibilidad de antes. Si puedo tener hijos, nunca les daré el pecho.

Hacia el final de ese primer año postoperatorio, algo empezó a suceder: mi cerebro estaba madurando. Pensé en cómo había llegado hasta donde estaba y me hice preguntas. Una de las más importantes era: «¿Qué me hace un hombre?»

Empecé a darme cuenta de cuántos fallos había en mi proceso de pensamiento y cómo habían interactuado con las afirmaciones sobre el género que cada vez se encuentran más en la cultura general y que se han adoptado en el Tavistock. Recordé mi idea de los 14 años de que las hormonas y la cirugía me convertirían en alguien con apariencia de hombre. Ahora, yo era esa persona. Pero reconocí que era muy diferente físicamente de los hombres. Vivir como un hombre trans me ayudó a reconocer que seguía siendo una mujer.

También empecé a ver que lo que estaba viviendo se basaba en estereotipos, que estaba intentando asumir la estrecha identidad de «tipo masculino». Todo tenía cada vez menos sentido. También me preocupaba el efecto que tendría mi transición en mi capacidad para encontrar una pareja sexual.

También estaba el hecho de que nadie conocía realmente los efectos a largo plazo del tratamiento. Por ejemplo, los bloqueadores de la pubertad y la testosterona hicieron que tuviera que lidiar con la atrofia vaginal, un adelgazamiento y fragilidad de las paredes vaginales que normalmente se produce después de la menopausia. Empecé a sentirme realmente mal conmigo misma otra vez.

Decidí dejarlo de golpe. Cuando me tocaba la siguiente inyección de testosterona,

Después de tomar esta decisión, encontré un foro para detransicionadores. El número de usuarios empezó a aumentar, como si todas estas mujeres jóvenes se hubieran dado cuenta del escándalo médico del que habíamos formado parte. Era un lugar donde podíamos hablar de nuestras experiencias y apoyarnos mutuamente. Me sentí liberada.

Lo que me ocurrió a mí está ocurriendo en todo el mundo occidental. Poco de mi caso sorprendió a quienes prestaban atención a los denunciantes de Tavistock que en los últimos años han hablado alarmados a los medios de comunicación, a veces de forma anónima. Algunos han abandonado el servicio debido a estas preocupaciones. Pero la cuestión de la transexualidad es ahora muy política y está envuelta en cuestiones de política de identidad. Plantear preguntas o dudas sobre las transiciones médicas de los jóvenes puede ser peligroso. Algunos de los que lo han hecho han sido vilipendiados y sus carreras se han visto amenazadas”.

1.2 Análisis del caso

En la sentencia del caso⁽²⁴⁾, el tribunal hace dos consideraciones a tener en cuenta:

Por un lado, hace constar que el tratamiento con hormonas que frenan la pubertad es hoy un tratamiento experimental y que no son del todo conocidos los efectos que este tipo de tratamiento tienen a largo plazo y su efectividad para tratar la disforia de género no están demostrados.

Este tema conlleva gran controversia incluso entre los propios profesionales:

Hay profesionales que defienden que, al frenar la pubertad, el menor puede “ganar tiempo” para explorar como se siente viviendo con el sexo sentido.

Por otro lado, hay otra corriente que duda de la efectividad ya que no se les permite vivir realmente como el sexo al nacer, es decir, hasta que los caracteres sexuales secundarios no han desarrollado el individuo no está del todo completo así que sin completar la madurez sexual no pueden identificarse por completo con el género al nacer.

Por otro lado, la sentencia valora la dificultad que tienen los menores de 16 años para entender el contenido que tiene el consentimiento informado: (punto 43) de la sentencia

“aunque un niño puede entender el concepto de pérdida de fertilidad, por ejemplo, esto no es lo mismo que entender cómo esto afectará a la vida adulta. La actitud de un niño a

tener hijos biológicos y su comprensión de lo que esto realmente significa, es probable que cambie desde la niñez a la edad adulta... Del mismo modo, el significado de la realización sexual, y cuáles pueden ser las implicaciones del tratamiento para esto en el futuro, serán imposibles de comprender para muchos niños”.

Esta afirmación conlleva una reflexión importante. ¿Es capaz un menor de tomar una decisión que puede afectar a lo largo de su vida cómo es la capacidad de procrear? ¿Tiene suficiente conocimiento y madurez para poder comprender a esa edad lo que significa el renunciar de forma definitiva y permanente a tener descendencia?.

Esta reflexión, es vital ya que va a marcar un aspecto importante de su desarrollo como ser humano. Y, aunque cada vez las técnicas de reproducción son más avanzadas y se han conseguido gestaciones en hombres trans, cómo es el caso de Rubén Castro ⁽³²⁾, cabe la reflexión sobre si existe un límite más allá de la moral por el se deban regular este tipo de prácticas.

La sentencia, además ha supuesto un cambio en el modelo que hasta ahora se seguía en Reino Unido para atender a los usuarios con disforia de género.

El modelo que se seguía hasta ahora, los usuarios con disforia de género eran derivados para valoración en la clínica Tavistock, la media de espera para esta valoración era de entre 22 y 24 meses. Si tras la valoración en la clínica que estaba especializada en el tratamiento, se decidía que era apropiado que el inicio de tratamiento farmacológico se derivaba a endocrinológicos pediátricos del University Collage London Hospitals NHS Foundation Trust o Leeds Teachin Hospitals NHS Trus. Esta derivación sólo se lleva a cabo si desde Tavistock se recomienda por su beneficio el inicio de tratamiento y siempre y cuando el niño y los padres son capaces de dar su consentimiento para iniciar el mismo. Tras la derivación desde el hospital se hacía una nueva valoración clínica y se recetaría el tratamiento farmacológico.

Lo que esta sentencia ha desvelado es que desde Tavistock se realizaba un modelo de atención no centrado en el paciente, sino que la evaluación llevaba a un único camino que era hacia el inicio del tratamiento, sin tener en cuenta el resto de las valoraciones que conllevan un diagnóstico de disforía de género.

Finalmente, la actividad de la clínica, que suponía un modelo o referente en el tratamiento de este tipo de pacientes, ha cerrado generando una duda no solo hacia la actividad desarrollada en la clínica sino de un modelo que fue durante años referente a nivel de Europa en la asistencia a personas trans^(25 y 31). Esto ha supuesto, la creación y adaptación de nuevo modelos en la atención y está suponiendo un desafío el diseño de un sistema donde por un lado se dé el soporte necesario a los menores y sus familias para la toma de decisiones, pero por otro lado se intente romper el binomio entre transexualidad y enfermedad, evitando que estas personas sean reconocidas socialmente como enfermas sino como usuarios de los servicios de salud para conseguir el desarrollo de su identidad personal completa. Es un desafío enorme, en el momento actual social en el que vivimos donde se tiende a polarizar y politizar este tipo de medidas y planes.

2) El caso de Chloe Cole

Pero estos casos no sólo pasan en Europa: en Estados Unidos (California) Chloe Cole también ha iniciado una batalla legal contra el sistema demandando a los profesionales médicos que la atendieron durante su proceso de transición ⁽²⁶⁾

Fuente: <https://www.youtube.com/watch?v=6O3MzPeomqs>

Según relata esta joven nacida como mujer comienza disforia de género a los 12 años, a los 13 años comienza el tratamiento con los bloqueadores de la pubertad y luego tratamiento hormonal combinado, sometiéndose a una doble mastectomía a los 15 años. A los 16 años, se ha arrepentido de las decisiones que tomó y comenzó con el proceso de detransición.

Según su relato, sus problemas comenzaron al iniciar una pubertad temprana a los 9 años, los cambios que estaba sufriendo en su cuerpo le llevaron a un malestar físico y psíquico que llevaron al diagnóstico de disforia de género a los 13 años. Era valorada una o dos veces por semana por terapeutas. Según refiere, sus ideales estaban altamente

influenciados por los perfiles que visitaba en redes sociales, no se encontraba identificada con el cuerpo que se esperaba que tuviera como mujer y encontraba la idea de convertirse en una mujer adulta en relación con la posibilidad de vivir un embarazo, la menstruación mensualmente y todo el sufrimiento que el hecho de ser mujer le pudieran ocasionar. Esta joven, contó en todo momento con el apoyo de su familia, que, en el momento de la transición, la acompañaron y acudían con ella a las consultas médicas. Al llegar a los 16 años, se ha arrepentido de la decisión que tomó y ha comenzado con el proceso de detransición. Además ha comenzado con acciones legales contra los médicos que le atendieron en el proceso de transición argumentando que los profesionales obligaron a Chloe a someterse a un “experimento médico”, ya que informaron tanto a Chloe como a la familia de la disforia de género que sufría tenía como única solución la transición social y médica para parecerse a un hombre y también le informaron de que presentaba dada su enfermedad un alto riesgo de suicidio a menos que se realizara la transición⁽²⁶⁾ .

La demanda de la familia se centra en el documento de consentimiento informado, ya que consideran que no contenía toda la información precisa y en la responsabilidad de los demandados ya que la paciente por edad no era capaz de comprender la información que aparecía en el mismo.

Pese a que el caso, todavía no ha sido juzgado, Chloe se ha convertido en un referente en su país, ya que ha dado voz a un problema con gran repercusión.

2.1) Análisis del caso

Este caso es similar al primero, pero a nivel legal la demanda se ha basado en el documento del consentimiento informado. Pese a que tanto la paciente como sus progenitores responsables han firmado el documento, sienten que el documento no recogía toda la información necesaria, ya que, en el mismo, no aparecía qué porcentaje de pacientes cambian de sentimiento en cuanto a asignación de sexo sin ningún tipo de medicación o terapia.

Debemos señalar, que este caso se inicia a los 12 años, una edad en plena pubertad donde al adolescente puede tener dificultades para aceptar los cambios se producen en su cuerpo.

La verbalización de esta dificultad no debe suponer de forma inequívoca que la persona se siente identificada con el sexo contrario.

Desconozco, exactamente qué información aparece en el documento de consentimiento informado, pero, en este debería de aparecer todas las opciones que tiene tanto la paciente como la familia. Y no debemos olvidar, que la menos en nuestra legislación el documento es un soporte pero que debe acompañarse de información por parte de los profesionales de forma que esta sea entendible para el usuario.

Hay que destacar además que la paciente fue valorada antes de iniciar el tratamiento por otro terapeuta que rechazó el inicio de la transición hacia otro género, informando que existen casos donde pasada la pubertad esta sensación de malestar con el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios desaparece sin necesidad de iniciar ningún tipo de tratamiento. Tanto la paciente como la familia, pese a disponer de esta información, acudieron a otro terapeuta que defendía más la vertiente del inicio precoz del tratamiento. Por lo que, pese a que el consentimiento informado no apareciera esta información, tanto la paciente como la familia eran conocedores de esta ¿hubiese cambiado algo que la información apareciera en el consentimiento? Es una pregunta con difícil respuesta ya que sólo ellos pueden responderla. Aun así, si se trata de un documento estandarizado, sería importante que esta información apareciera para que todos los usuarios puedan disponerla.

Además, la denuncia pone en duda que una menor sea capaz entender de forma completa lo que conlleva el tratamiento. Sería interesante valorar si en caso de consentimiento en personas menores o vulnerables por cualquier otra circunstancia el documento debe adaptarse para que pueda ser efectivo y llevar a cabo su propósito. Sería difícil valorar con certeza el grado de entendimiento del documento, pero profesionales adiestrados y cualificados en la comunicación podrían ser buenos interlocutores para dar información en estas circunstancias. En ocasiones, el profesional sanitario por mucha cualificación técnica que posea no tiene la suficiente capacitación para llevar a cabo este tipo de procedimientos.

El procedimiento legal está todavía abierto y los tribunales no se han pronunciado, pero a nivel social, Chloe se ha convertido en una referente que lucha contra el tratamiento actual.

Medidas de acompañamiento y apoyo de las personas trans:

Desde nuestra Comunidad Autónoma se ha publicado en el año 2019 el Protocolo de Atención Sanitaria a personas TRANS; donde se especifica como objetivo principal del mismo el mejorar la sensibilización de los/las profesionales sanitarios para realizar un acompañamiento precoz a estas realidades y ofrecer una atención sanitaria de calidad a todas las personas trans, incluyendo a los menores y sus familias en nuestra comunidad autónoma. Pese a ello, y a la existencia de una Unidad de Acompañamiento a las personas TRANS (UAT) una gran parte del personal sanitario desconoce la existencia de este protocolo y tiene dificultades para manejar la atención de estos usuarios.

En nuestra provincia, el servicio asistencia está centrado en la Unidad de Acompañamiento a las personas Trans que se ubica físicamente en el Centro de Salud de Ofra, en esta unidad se dispone de un gestor de casos que es el encargado de realizar y organizar la asistencia y el acompañamiento de estos pacientes.

Pese a la existencia de estas unidades, la mayor parte del acompañamiento hacia la transición o detransición corre a cargo de asociaciones, bien de pacientes o de familiares. Existen múltiples asociaciones y algunas de ellas llegan a colaborar de forma activa en la elaboración de proyectos para el Gobierno.

Pese a la existencia de estas medidas, el apoyo a las personas trans recae sobre todo en las asociaciones, dónde reciben apoyo por parte de personas trans que ya han vivido este proceso y en la etapa actual en las redes sociales.

Existen múltiples asociaciones; desde la Universidad de La Laguna se ha llevado a cabo una acción formativa del Programa de Atención a Personas Trans.

<https://www.youtube.com/watch?v=RcrWNk5i6IU>

Dejo acceso a una conferencia dónde dos vocales trans dan su visión sobre su realidad en la atención asistencial en el Servicio Canario de Salud. Es interesante conocer que estas conferencias se han realizado antes de la entrada en vigor de la Ley Trans.

Me llama la atención que en ambas charlas, que son reflejo personal de la asistencia de estos usuarios, de lo que más se quejan es por un lado de un problema que se ha solventado con la nueva Ley, que es el trámite administrativo para el cambio o modificación de los datos de identidad personal y por otro de la atención y el propio concepto sobre el cuerpo /físico dónde quizás por defecto los profesionales sanitarios solemos “invadir” el espacio y el “cuerpo” de las personas sin llegar en ocasiones a preguntar; esta acción, se lleva a cabo tanto en personas trans como en aquellas que no lo son. Es quizás un punto de mejora que no solemos, valorar lo suficiente y en ocasiones damos por sentado que tenemos “derecho” a realizar determinadas exploraciones o acciones sin solicitar el permiso necesario al usuario.

Propuestas de mejora

Por un lado, creo que es esencial formar a profesionales para no solo mejorar la atención que se le presta al colectivo trans sino sobre la existencia de circuitos se ponen en marcha y no son efectivos dado el desconocimiento por parte de los profesionales del funcionamiento de este.

Sería interesante que, desde el Servicio Canario de Salud, se crearan espacios abiertos donde la familia pueda recibir apoyo profesional y no solamente el usuario.

Además, es importante conocer a las principales asociaciones ya que, para el usuario son un apoyo importante y en ocasiones, bien por desconocimiento del sistema o por prejuicio, se siente discriminados con acciones en la práctica sanitaria que son necesarias y no se realizan para buscar perjuicio sobre el usuario. Es por ello, que espacios con charlas informativas o mediante formato informático como podscats o reuniones virtuales pudieran acercarse posturas y hablar sobre mitos o falsas creencias. Para poder cambiar

necesitamos escuchar de forma abierta y proactiva y unirnos valorando de forma cuidadosa las necesidades asistenciales, pero también la disponibilidad de recursos.

La creación de estándares en la atención de estos pacientes es esencial, idealmente durante todo el proceso, pero aún más durante la adolescencia dada la especial vulnerabilidad que se presenta a esta edad.

Una opción sería el marcar unos determinados tiempos de duración mínima entre una fase y otra. Se podría utilizar este periodo de tiempo para valorar el grado de satisfacción de la persona y su familia con el proceso, el grado de aceptación de las medidas que se han tomado y las opciones de futuro valorando las expectativas del usuario y de la familia pudiendo mejorar la atención integral.

Desde mi punto de vista es necesario la evaluación continua del proceso y la existencia de mecanismos de adecuación a lo largo del mismo. La atención en el momento inicial está actualmente estructurada pero, no podemos olvidar ni obviar que es posible el cambio y debemos de desarrollar sistemas que por un lado, detecten aquellos casos que son más susceptibles de presentar detransición (para ello, sería necesario ampliar el estudio de estos casos, para conocer si existen determinantes en comunes y poder valorarlos) y por otra parte, si llega a ser necesaria la detransición crear un protocolo que no haga sentir a la persona ni a la familia en una situación de abandono.

Reflexiones finales:

La disforia de género constituye actualmente un tema que genera gran controversia con posturas tanto a nivel social como a nivel médico posiciones enfrentadas. Por un lado, este colectivo, ha sido sometido a una estigmatización. Han sido señalados y desde el ámbito sanitario y social no se ha sabido dar una solución a su sufrimiento. Hace años, todo aquello que no era “normal” o se apartaba de la norma social, se consideraba patológico, y es cierto, que actualmente esta tendencia ha ido desapareciendo. Pero, quizá en el empeño de despatologizar determinadas situaciones estamos dando pie a normalizar otro tipo de conductas que son insanas.

No por sentirse en un cuerpo del sexo opuesto al otorgado al nacer se está enfermo, esto es lo que un grupo defiende, pero ¿dónde está la línea divisoria? ¿No genera esto sufrimiento y malestar no sólo psíquico sino además físico? ¿No es la salud según la OMS el “estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” por lo que tiene sentido intentar despatologizar una situación que genera malestar?

Por otro lado, la existencia de guías de práctica clínica, cómo la de la WPATH promueve un tipo de tratamiento basado en fases progresivas para las personas con disforia de género, pero ¿podemos tratar un tema como este con este nivel de implicación de forma idéntica? ¿genera el mismo problema el mismo malestar en dos individuos distintos? En ocasiones, me da la impresión de que este tipo de medicina se aleja cada vez más de la medicina individualista dónde cada caso es evaluado en su totalidad, se estudia por completo y se buscan las mejores opciones disponibles para aliviar el sufrimiento.

Hay además que tener en cuenta, que el número de personas con diagnóstico de disforia de género ha aumentado de forma exponencial en los últimos 10 años y ha cambiado la proporción (anteriormente eran mayor el número de nacidos varones que se sentían mujer, pero actualmente son más las nacidas mujeres que quieren convertirse en varones) y los casos, se dan con mayor frecuencia durante la etapa de la adolescencia. Todos aquellos que hemos pasado por la adolescencia sabemos las dificultades que implica la misma. Es una etapa del ser humano, donde abandona la edad infantil y comienza a moldearse como

persona adulta. Es una de las etapas con mayor conflicto a nivel emocional de uno consigo mismo, es una etapa de descubrimientos, de construcción, dónde generalmente se necesita apoyo de los adultos para terminar de moldearnos como adultos.

Estamos preparados para tomar decisiones tan vitales cómo la posibilidad de no tener descendencia en esta etapa es capaz un prepúber con nueve o diez años de entender el peso que esta decisión pueda tener en su futuro. Y los padres que acompañan al menor que quieren su máximo bienestar, ¿son capaces de entender el proceso por el que van a pasar sus hijos? Quedan muchas dudas e incógnitas por resolver en cuanto a cuándo es el momento de iniciar un tratamiento de este tipo.

Otro tema a discusión es si el sistema sanitario actual, está preparado para ofrecer la atención que precisan estas personas. Las unidades que están constituidas y especializadas en este tipo de problemas están centradas en conseguir un fin, que no es individualizado. El tipo de protocolo de tratamiento que se establece es un tratamiento secuencial con distintas fases, es cierto que el paciente puede interrumpir el tratamiento en cualquiera de las fases, pero los resultados de esa interrupción generan estados intersexuales que pueden llevar a generar más sufrimiento y malestar. Pese a la existencia de la figura de acompañamiento durante todo el proceso, es necesario que se impliquen a los familiares y al propio paciente que se informe de forma real de los objetivos alcanzables que se estudie si existe algún otro factor que influya en la percepción física del afectado y si es así tratarlo. No podemos olvidar que de la disforia de género que aparece en la edad infantil solo llega a edad adulta entre un 1-2 %, por lo que es posible que esta nueva forma de disforia de género, denominada disforia de género acelerada que aparece con mayor frecuencia en mujeres durante la adolescencia también tenga esa evolución. En cuanto, a la disforia de género acelerada, nos puede llevar también al análisis social del problema ¿hasta qué punto estas mujeres quisieran ser hombres en sociedades como la nuestra donde existe un sistema que, aunque lucha por la igualdad entre hombres y mujeres, los hombres todavía gozan de un determinado “privilegio” en relación con las mujeres?

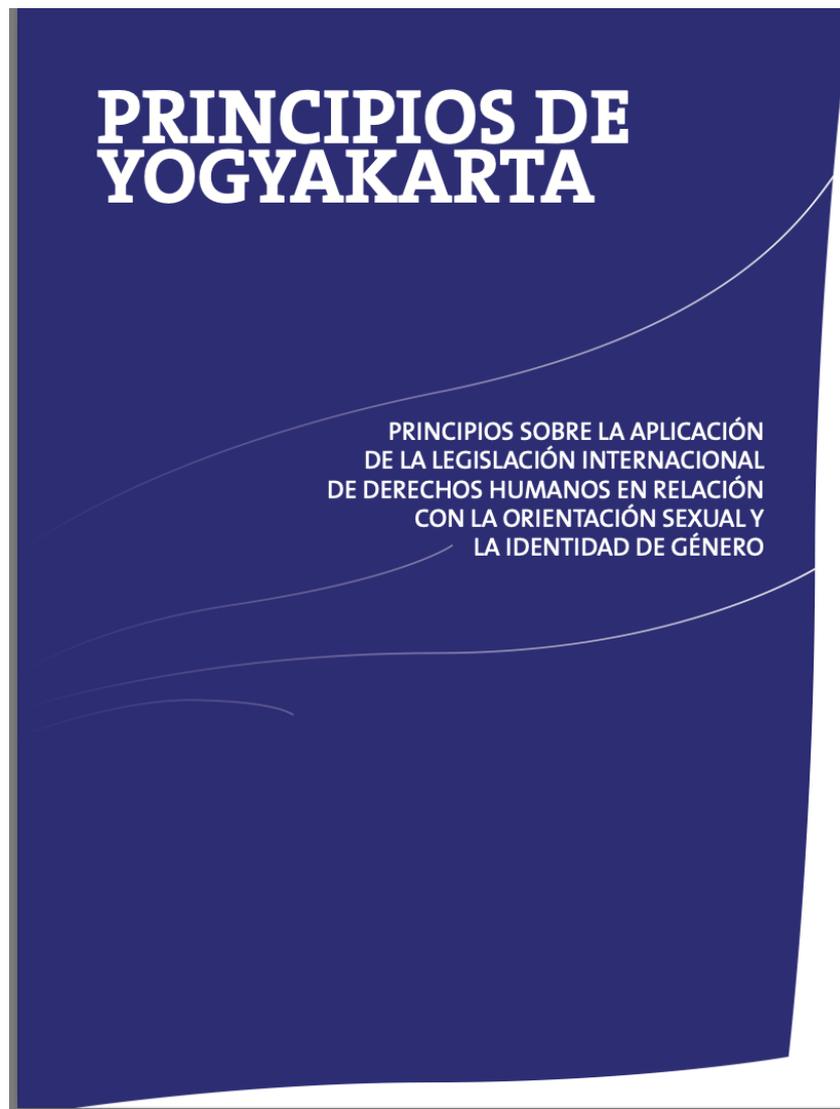
A nivel político la dicotomía tanto política como del tema en cuestión juega a mi entender en desventaja. No genera un ambiente adecuado para llegar a consensos. Cada aparente “victoria” de uno u otro es vendida como un triunfo, pero, casi nunca nos lleva a la

realización de un análisis profundo de este problema. Nos fijamos en uno u otro modelo, en lo que ha funcionado en países como Noruega, Suecia, Inglaterra o Estados Unidos, pero realmente ¿aprendemos de los errores que esos sistemas han tenido?

Esta situación, aumenta la frustración de unos y otros, partidarios y no partidarios de este problema que tiene repercusiones sociales que intenta resolverse mediante medidas políticas. Pero en nuestro modelo social; encontramos en prensa y medios de comunicación una asociación entre disforia social y personas marginadas socialmente, pero son pocos los casos de personas influyentes y relevantes que sufren o han sufrido este problema. Es difícil, si no se disponen de modelos positivos que este sector sea reconocido socialmente como una parte de la sociedad. Son casos pocos conocidos como el de Rachel Levine, subsecretaria de Sanidad de los EEUU reputada pediatra que nació con género masculino y ha realizado transición hacia mujer. Pero aun así, faltan referentes en este ámbito.

Anexo 1.

1. Principios de Yogyakarta – <https://www.refworld.org/cgi-bin/txis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2>



PRINCIPIO 1.	El derecho al disfrute universal de los derechos humanos	10
PRINCIPIO 2.	Los derechos a la igualdad y a la no discriminación	10
PRINCIPIO 3.	El derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica	12
PRINCIPIO 4.	El derecho a la vida	13
PRINCIPIO 5.	El derecho a la seguridad personal	13
PRINCIPIO 6.	El derecho a la privacidad	14
PRINCIPIO 7.	El derecho de toda persona a no ser detenida arbitrariamente	15
PRINCIPIO 8.	El derecho a un juicio justo	16
PRINCIPIO 9.	El derecho de toda persona privada de su libertad a ser tratada humanamente.....	17
PRINCIPIO 10.	El derecho de toda persona a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes	18
PRINCIPIO 11.	El derecho a la protección contra todas las formas de explotación, venta y trata de personas	19
PRINCIPIO 12.	El derecho al trabajo	20
PRINCIPIO 13.	El derecho a la seguridad social y a otras medidas de protección social	20
PRINCIPIO 14.	El derecho a un nivel de vida adecuado	21
PRINCIPIO 15.	El derecho a una vivienda adecuada	21
PRINCIPIO 16.	El derecho a la educación	22
PRINCIPIO 17.	El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud	23
PRINCIPIO 18.	Protección contra abusos médicos	25
PRINCIPIO 19.	El derecho a la libertad de opinión y de expresión.....	26
PRINCIPIO 20.	El derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas.....	27
PRINCIPIO 21.	El derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión	28
PRINCIPIO 22.	El derecho a la libertad de movimiento	28
PRINCIPIO 23.	El derecho a procurar asilo	29
PRINCIPIO 24.	El derecho a formar una familia	29
PRINCIPIO 25.	El derecho a participar en la vida pública	30
PRINCIPIO 26.	El derecho a participas en la vida cultural	31
PRINCIPIO 27.	El derecho a promover los derechos humanos	32
PRINCIPIO 28.	El derecho a recursos y resarcimientos efectivos	33
PRINCIPIO 29.	Responsabilidad	34
	Recomendaciones adicionales	35
	Signatarios y signatarias de los principios de Yogyakarta	37

2. Estadíos de Tarnner:

Güemes-Hidalgo, M., Ceñal, M., & Hidalgo, M. (2017). Pubertad y adolescencia. *Revista de Formación Continua de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 5(1), 7-22.

Figura 2.
Estadios de Tanner en la mujer

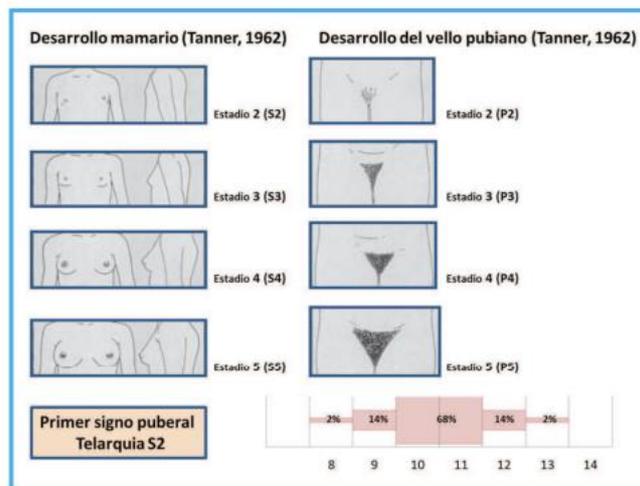


Figura 2. Modificado de Muñoz Calvo MT, Pozo Román J. Pubertad normal y sus variantes. *Pediatr Integral* 2011; XV(6):507-518

Figura 3.
Estadios de Tanner en el varón

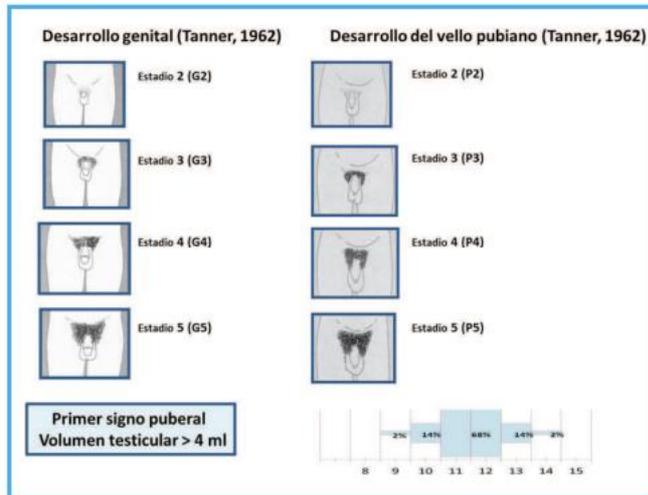


Figura 3. Modificado de Muñoz Calvo MT, Pozo Román J. Pubertad normal y sus variantes. *Pediatr Integral* 2011; XV(6):507-518

Bibliografía:

- (1) <https://www.elmundo.es/espana/2021/07/05/60e2aae221efa03a2a8b45f6.html>
- (2) RIS [online] 2017, 75 (2), e059. REVISTA INTERNACIONAL DE SOCIOLOGÍA. ISSN-L: 0034-9712 doi: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63> <http://hdl.handle.net/2445/119448>
- (3) Hengstschläger M, van Trotsenburg M, Repa C, Marton E, Huber JC, Bernaschek G. Sex chromosome aberrations and transsexualism. Fertil Steril 2003;79:639-40.
- (4) Becerra
- (5) Wilson P, Sharp C, Carr S. The prevalence of gender dysphoria in Scotland: a primary care study. Br J Gen Pract 1999;49:991-2.
- (6) Esteva I, Gonzalo M, Yahyaoui R, Dominguez M, Bergero T, Giraldo F, et al. Epidemiología de la transexualidad en Andalucía, atención especial al grupo de adolescentes. C Med Psicosom 2006;78:65-70.
- (7) Gómez-Gil E, Esteva I, Almaraz MC, Godás T, Halperin I, Soriguer F. Equipos de identidad de Género de Andalucía y Cataluña. Demanda de atención sanitaria en las unidades de identidad de género de Andalucía y Cataluña durante la década 2000-2009. Rev Clin Esp 2011;211:233-9.
- (8) Gómez-Gil E, Trilla García A, Godás Sieso T, Halperin Rabionvich I, Puig Domingo M, Vidal Hagemeyer A, et al. Estimación de la prevalencia, incidencia y razón del transexualismo en Cataluña según la demanda asistencial. Actas Esp Psiquiatr 2006;34:295-302.
- (9) Meyer W, Bockiting W, Cohen-Kettenis P, Coleman E, DiCeglie D, Devor H., et al. The standards of care for gender identity disorders of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (6th edition). World Professional Association for Transgender Health. The International J Psychol Human Sexuality 2001; 13:1-30.
- (10) Olson J, Forbes C, Belzer M. Management of the Transgender Adolescent. Arch Pediatr Adolesc Med 2011;165(2):171-6.
- (11) Cruz TM. Assessing access to care for transgender and gender nonconforming people: A consideration of Diversity in combating discrimination. Soc Sci Med 2014;110:65-73

- (12) The World Professional Association for Transgender Health-WPATH. Historical compilation of Standards of Care Versions 1 through 6- s.f. Recuperado el 13 de noviembre de 2012 en [http:// www.wpath.org/documents/SOC_Compilation of 1 through 6.pdf](http://www.wpath.org/documents/SOC_Compilation_of_1_through_6.pdf).
- (13) Kreukels BP, Cohen-Kettenis PT. Puberty suppression in gender identity disorder: the Amsterdam experience. *Nat Rev Endocrinol* 2011;7:466-72.
- (14) Vanderburgh R. Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/ gender-dissonant children. *Child Adolesc Social Work J* 2009;26(2):135-54.
- (15) Maganto C, Cruz S. Multitécnicas y multimétodos en la evaluación de la primera infancia. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica* 2001; 12: 149-81.
- (16) Möller B, Schreier H, Romer G. Gender Identity Disorder in Children and Adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2009; 39: 117-43
- (17) Ross MW, Reed JA. Effects of adequacy of gender reassignment surgery on psychological adjustment: a follow-up of fourteen male-to-female patients. *Arch Sex Behav* 1989; 18:145-53.
- (18) Cohen-Kettenis PT, van Goozen SHM. Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:263-271.
- (19) Smith YLS, van Goozen SHM, Cohen-Kettenis PT. Adolescents with gender identity who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: a prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:472-48
- (20) Smith YL, van Goozen SHM, Kuiper AJ, Cohen-Kettenis PT. Sex reassignment outcomes and predictors of treatment for adolescent and adult transsexuals. *Psychol Med* 2005.35:89- 99.
- (21) van der Loos MATC, Hannema SE, Klink DT, den Heijer M, Wiepjes CM. Continuation of gender-affirming hormones in transgender people starting puberty suppression in adolescence: a cohort study in the Netherlands. *Lancet*

- Child Adolesc Health. 2022 Dec;6(12):869-875. doi: 10.1016/S2352-4642(22)00254-1. Epub 2022 Oct 21. PMID: 36273487.
- (22) 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 (Engl Ed)*. 2020 Nov;67(9):562-567. English, Spanish. doi: 10.1016/j.endinu.2020.03.008. Epub 2020 Jun 24. PMID: 32591293.
- (23) <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=b4afca28-5543-11e9-87fb-65362f2c5e8c&idCarpeta=ae273cd1-b385-11e9-82f7-8d5cff9227e6>
- (24) <https://gaceta.es/europa/la-historia-de-keira-bell-y-el-principio-del-fin-de-la-mayor-clinica-trans-de-londres-20230216-0755/>
- (25) <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf>
- (26) <https://segm.org/Tavistock-closure-the-times>
- (27) <https://www.dhillonlaw.com/wp-content/uploads/2022/11/Letter-of-Intent-Chloe-Cole.pdf>
- (28) https://www.huffingtonpost.es/entry/trans-detransiciones-arrepentimiento-colectivo-lgtbi_es_635a7cf7e4b023ac31c24705.html
- (29) <https://feministes.cat/es/blog/detransicion-de-genero-hay-vuelta-atras>
- (30) <https://theobjective.com/espana/politica/2023-02-05/informe-trans-multiplicado-espana/>
- (31) <https://www.dw.com/es/suecia-frena-los-tratamientos-para-los-menores-trans/a-64641393>
- (32) <https://www.elmundo.es/espana/2021/05/03/608fd1fcfdddff74348b4593.html>

