



EL TRATAMIENTO DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO EN MENORES CON DISFORIA DE GÉNERO Y LA VALIDEZ DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

GENDER AFFIRMING TREATMENT IN MINORS WITH GENDER DYSPHORIA AND THE VALIDITY OF INFORMED CONSENT

MARTHA MIRANDA-NOVOA

Universidad de La Sabana. (Chía - Colombia)

E-mail: martha.miranda@unisabana.edu.co

RESUMEN:

Palabras clave:

Disforia de género, menores, consentimiento informado, afirmación de género.

Recibido: 30/03/2021

Aceptado: 13/10/2021

En la práctica médica pediátrica, se presenta el caso de menores de 18 años con disforia de género o con discordancia de género, caracterizadas por una incongruencia entre el sexo biológico y el género sentido. De esta manera, se ofrece la posibilidad médica y jurídica de iniciar un tratamiento de afirmación de género en niños y adolescentes. Aunque el tratamiento indicado para lograr dicho objetivo ha sido avalado por algunas asociaciones científicas, también ha sido objeto de serios cuestionamientos por la posible irreversibilidad de los procedimientos que se realizan en el cuerpo del menor. Por este motivo, si bien la ley le reconoce cierta autonomía al menor para tomar la decisión de iniciar un tratamiento de afirmación de género, la falta de madurez para entender y asumir la información que se le brinda podría llegar a cuestionar la validez del consentimiento informado.

ABSTRACT:

Keywords:

Gender dysphoria, minors, informed consent, gender affirmation.

In pediatric medical practice, there is the case of children and young persons under 18 with gender dysphoria or gender discordance, characterized by an incongruity between biological sex and gender identity. In this way, the medical and juridical possibility of gender affirmation treatment is offered to minors. Although this treatment has been endorsed by some scientific associations, it has also been the subject of serious questioning due to the possible irreversibility of the procedures performed on the minor's body. For this reason, although the law recognizes some autonomy to the minor to make the decision to initiate a gender affirmation treatment, the lack of maturity to understand and assume the information that is provided could affect the validity of the informed consent.

1. Introducción

En los últimos años, en algunos países como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, han venido en aumento los diagnósticos de menores de 18 años con disforia de género, en la cual se presenta una incongruencia entre el sexo biológico y el género sentido. La recomendación de la Endocrine Society (ES)¹ y de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH)² para esta disforia es el tratamiento de afirmación de género que, siguiendo el Protocolo Holandés, consiste en suministrar a los menores supresores de la pubertad cuando han llegado al estadio Tanner 2 (alrededor de los 12 años), hormonas del sexo contrario cuando han cumplido 16 años y realizar una cirugía de reasignación de sexo a partir de los 18 años en la que se les extirpan sus órganos reproductivos. Aunque el tratamiento indicado ha sido avalado por algunas asociaciones médicas, también ha sido objeto de serios cuestionamientos por su falta de evidencia científica y por la posible irreversibilidad de los procedimientos que se realizan en los cuerpos de los menores. Asimismo, se cuestiona la falta de rigor en el diagnóstico, lo que podría explicar el aumento en los casos, ya que gran parte de los médicos que tratan la disforia de género emplean el modelo “gender-affirming care”, en el que los menores son quienes se auto-diagnostican y el médico confirma lo que el menor le manifiesta.

A lo anterior se suma la falta de madurez del menor de 18 años para entender y asumir la información que se le brinda sobre los resultados de este tratamiento. Aunque a un menor con disforia de género se le brinde toda la información necesaria sobre los posibles riesgos y consecuencias irreversibles del procedimiento médico, se discute si, debido a la inmadurez propia de su edad, es realmente capaz de comprender y aceptar dichos resultados por el resto de su vida.

Como es sabido, se considera menor a quien no ha alcanzado la mayoría de edad legal, es decir, la edad en la que los individuos asumen el control y la responsabilidad sobre sus acciones y decisiones, terminando así la potestad legal de sus padres o tutores sobre ellos. Si bien en los distintos países no se establece la misma mayoría de edad legal, gran parte de estos coinciden en determinarla entre los 18 y los 21 años³.

A pesar de lo anterior, en algunos países se ha establecido que el menor de 18 años puede otorgar de manera autónoma su consentimiento para que se le practiquen tratamientos médicos. Algunos ejemplos son Reino Unido, Irlanda, Lituania, Países Bajos, Polonia, Portugal y España en donde dicho consentimiento puede ser otorgado por los menores a partir de los 16 años. En Dinamarca y Eslovenia los mayores de 15 años y en Letonia quienes hayan cumplido 14 años⁴. Asimismo, tanto en Reino Unido como en Australia se aplica la denominada *Gillick competence*⁵ según la cual los menores de 16 años también pueden tomar decisiones de forma autónoma y dar su consentimiento informado sobre cualquier intervención médica, sin necesidad del permiso de sus padres, siempre y cuando demuestren tener el conocimiento y la madurez necesaria. Cabe anotar que en países como Austria, Bélgica, República Checa, Estonia, Alemania, Luxemburgo y Suecia no se establece una edad mínima para otorgar el consentimiento informado, sino que esta depende de la madurez del menor⁶.

Por lo anterior, y de acuerdo con las edades recomendadas para cada una de las etapas del tratamiento de afirmación de género, es relevante analizar si el consentimiento informado otorgado por los padres o de

1 Hembree, W., Cohen-Kettenis, P. Gooren, L. et al. «Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline». *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2018; 102 (11): 3869-3903.

2 WPATH [Publicación en línea] «Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género». 2012 <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Spanish.pdf> [Consulta: 12/07/21]

3 OECD - Social Policy Division [Publicación en línea] «Legal age thresholds regarding the transition from child to adulthood». 2016 <https://www.oecd.org/els/family/PF_1_8_Age_threshold_Childhood_to_Adulthood.pdf> [Consulta: 2/07/21].

4 European Union Agency for Fundamental Rights [Publicación en línea] «Consenting to medical treatment without parental consent». 2017 <<https://fra.europa.eu/en/publication/2017/mapping-minimum-age-requirements/consent-medical-treatments>> [Consulta: 04/07/21].

5 House of Lords [Publicación en línea] «Gillick v West Norfolk & Wisbeck Area Health Authority AC 112». 1986 <http://www.hrcr.org/safrica/childrens_rights/Gillick_WestNorfolk.htm> [Consulta: 26/06/21].

6 Zimmermann, N. «Gillick competence: An unnecessary burden». *The New Bioethics: A Multidisciplinary Journal of Biotechnology and the Body*. 2019; 25 (1): 78-93.

forma autónoma por el menor según el caso, es válido al permitirle seguir adelante con un procedimiento médico de cuyos alcances no es plenamente consciente.

2. Tratamiento indicado para menores de 18 años con disforia de género (DSM-V) o discordancia de género (ICD-11)

Para abordar el tema que nos ocupa, es pertinente hacer referencia a lo que se entiende por disforia de género y a la reciente modificación realizada por la International Classification of Diseases (ICD-11), en la cual ya no se emplea la expresión disforia sino discordancia de género.

La expresión "síndrome de disforia de género" fue utilizada por primera vez en 1974 por Fisk⁷, para referirse a la discordancia entre la identidad de género que la persona tiene de sí misma y el sexo biológico con el que ha nacido. En la 4ª edición revisada del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR), publicada en 2000, la American Psychiatric Association (APA), introdujo en el capítulo de los trastornos de la identidad de género la disforia de género. En el DSM-V, publicado en 2013, se clasificó la disforia de género en niños, adolescentes y adultos. Algo similar ocurrió en la 10ª edición de la International Classification of Diseases (ICD) realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1992. Sin embargo, la ICD-11 publicada el 18 de junio de 2018⁸, eliminó de las enfermedades mentales la disforia de género e incluyó en el apartado "Condiciones relacionadas con la salud sexual" la figura de la "discordancia de género".

Así las cosas, de acuerdo con el DSM-V, actualmente la disforia de género es un trastorno de la salud men-

tal, pero no lo es para la ICD-11. Esta cuestión lleva a pensar que existirían paralelamente dos clasificaciones contradictorias, lo que podría generar confusión respecto de cuál de ellas debería aplicarse. Al margen de esta discusión, lo cierto es que para los menores de edad con diagnóstico de disforia de género o de discordancia de género, la ES, en colaboración con la WPATH, recomiendan el mismo tratamiento que consiste en iniciar el proceso de afirmación de género, compuesto por una tríada terapéutica hormonal y quirúrgica que establece: 1. Supresión hormonal de la pubertad, 2. Terapia hormonal cruzada (tratamiento médico con hormonas del sexo contrario), 3. Reasignación quirúrgica del sexo⁹.

Por otra parte, algunos investigadores y organizaciones científicas cuestionan el tratamiento de la afirmación de género en menores de edad, ofreciendo argumentos científicos, médicos, psiquiátricos, endocrinos y éticos que refutan el procedimiento hormonal y quirúrgico propuesto. Se señala que existe una gran responsabilidad en la verificación de cualquier tipo de intervención médica que se realice en niños y adolescentes, máxime cuando tales terapias puedan llegar a tener consecuencias irreversibles en su desarrollo fisiológico, psicológico y social¹⁰.

3. Argumentos que cuestionan la tríada terapéutica hormonal y quirúrgica en menores de edad

Instituciones como el Colegio Americano de Pediatras y distintos investigadores en el campo de la salud, han venido advirtiendo sobre la falta de evidencia científica y las consecuencias nocivas de la tríada terapéutica hormonal y quirúrgica en menores de edad¹¹. Se plantean, entonces, algunos aspectos en los que este tratamiento es cuestionable:

7 Fisk, N. «Gender dysphoria syndrome: The conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen». *Western Journal of Medicine*, 1974; 120 (5): 386-391.

8 La ICD-11 publicada el 18 de junio de 2018, se presentó en la Asamblea Mundial de la Salud y fue adoptada por los Estados Miembros, el 25 de mayo de 2019. Entrará en vigor el 1 de enero de 2022. Organización Mundial de la Salud [Publicación en línea] «Comunicado de Prensa». 2019. <<https://www.who.int/es/news-room/detail/25-05-2019-world-health-assembly-update>> [Consulta: 06/09/2019]

9 Pérez, J. *Análisis de la disforia de género en el ámbito pediátrico: Revisión científica y bioética de la terapia*, If Press, Edición Kindle, Roma, 2018.

10 Ibid.

11 Cretella, M. [Publicación en línea] «Gender Dysphoria in Children». 13. 2018. <<https://www.acped.org/position-statements/gender-dysphoria-in-children>> [Consulta: 12/03/21].

3.1. El procedimiento es experimental

En la primera etapa del tratamiento, que consiste en la supresión de la pubertad, se requiere la aplicación de análogos reversibles de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). Este procedimiento es recomendado en los casos de pubertad precoz. En los menores con disforia de género se suelen utilizar estos análogos para iniciar la supresión de la pubertad cuando se ha alcanzado el estadio Tanner 2, el cual marca el inicio de maduración de las gónadas, los ovarios en las niñas y los testículos en los niños. Los análogos más utilizados son: Goreselina, Histrelina, Leuprolide y Triptorelina. Ninguno de ellos está aprobado para el tratamiento de prepúberes con disforia de género¹². Por consiguiente, los medicamentos que se utilizan para suprimir la pubertad de los menores con este diagnóstico no están aprobados por las Agencias Reguladoras de Medicamentos para este propósito y se están utilizando fuera de las recomendaciones indicadas (uso off-label de los medicamentos).

Aunque ya se conocen algunas de las consecuencias negativas de la supresión de la pubertad, como los problemas relacionados con el desarrollo de la masa ósea, las alteraciones del crecimiento, las afectaciones a la fertilidad, y las repercusiones negativas en el desarrollo neurológico, aún se desconocen todas las secuelas físicas y psicológicas que se pueden producir en el organismo del menor. Se presenta una incertidumbre real sobre las consecuencias a corto y largo plazo de este tratamiento, pues existen pruebas muy limitadas sobre su eficacia, lo que implica que sea considerado como un procedimiento experimental, con graves implicaciones éticas por realizarse en los cuerpos de niños y adolescentes¹³.

3.2. Los efectos del tratamiento podrían llegar a ser irreversibles

Tanto la ES como la WPATH describen la supresión de la pubertad como totalmente reversible. Sin embargo, no parece ser así, ya que se está alterando el desarrollo normal del organismo del menor al no permitirle llegar

a la pubertad en la edad biológica indicada para ello. De acuerdo con Hruz “en biología del desarrollo, tiene poco sentido describir algo como ‘reversible’. Si un menor no desarrolla determinadas características a los 12 años a causa de una intervención médica, el que las desarrolle a los 18 años no significa que el procedimiento médico haya sido ‘revertido’, dado que la secuencia de desarrollo ya se ha visto truncada. Este factor es de suma importancia, puesto que hay una compleja relación entre desarrollo fisiológico y psicosocial en la adolescencia. La identidad de género se conforma durante la pubertad y adolescencia a medida que el cuerpo del joven adquiere una mayor diferenciación y madurez sexual”¹⁴.

En la segunda etapa del tratamiento, recomendada a la edad de 16 años, se inicia otra fase que podría llegar a ser irreversible que consiste en la terapia hormonal cruzada (suministro de hormonas del sexo contrario), mientras se continua con los análogos supresores de la pubertad. Al ofrecer testosterona a las jóvenes, se produce en ellas la voz grave, el crecimiento del vello facial y corporal, y una forma del cuerpo más masculina. Al proporcionar estrógenos a los jóvenes, se produce en ellos el desarrollo de los senos y una apariencia corporal femenina. El suministro de hormonas del sexo opuesto para estos pacientes, si persisten en la disforia de género, se realizará por el resto de sus vidas¹⁵.

Dado que los análogos de GnRH previenen la maduración del tejido gonadal y los gametos en ambos sexos, los jóvenes que empiezan a tomar hormonas del sexo contrario se podrían volver infértiles porque carecerán de tejido gonadal. Si bien hay casos documentados de adultos transgénero que detuvieron la administración de hormonas del sexo contrario con el objeto de permitir que sus cuerpos produjeran gametos para concebir y tener un hijo, no hay garantía absoluta de que esta sea una opción viable a largo plazo. Adicionalmente, las personas transgénero que se someten a una cirugía de reasignación de sexo y se les extirpan los órganos reproductivos quedan permanentemente infértiles¹⁶.

12 López, J. y González, C. «Valoración de la supresión de la pubertad en menores con problemas de identidad de género». *Cuadernos de Bioética*. 2018; 29 (97): 247-256.

13 Cretella, M. op cit. 16.

14 Cita tomada de López, J. y cols. op cit. 253. Cfr. Hruz, P., Mayer, L., McHugh, P. «Growing Pains. Problems with puberty suppression in treating gender dysphoria». *The New Atlantis*. 2018; 52: 8-10.

15 Ibid.

16 Cretella, M. op cit. 13-16.

3.3. Falta de rigor en el diagnóstico

Organizaciones como la American Academy of Pediatrics y la Pediatric Endocrine Society han avalado el denominado “gender-affirming care” que consiste en ofrecerle al menor la oportunidad de vivir de acuerdo con el género que percibe como verdadero, con el que se siente más cómodo, y de expresarlo sin ningún tipo de restricciones o rechazo. Según esta teoría, cuando a los menores no se les permite expresar libremente su verdadero género, corren el riesgo de caer en depresión, autolesionarse, sufrir de estrés postraumático, y de intentar suicidarse. Los menores se ven afectados negativamente cuando los médicos o las familias les manifiestan que su expresión de género debe ajustarse a los roles tradicionales asociados con el sexo que les fue asignado por nacimiento. Quienes promueven esta forma de diagnóstico, sostienen que el género no es binario sino fluido¹⁷ y, por ello, las psicoterapias que intentan modificar la identidad o las expresiones de género de un menor eliminan su expresión auténtica y crean en él patologías psicológicas¹⁸.

De acuerdo con lo anterior, no es el médico el que realiza el diagnóstico, sino quien confirma el autodiagnóstico que ya se ha realizado el paciente menor de edad, afirmando pertenecer al sexo contrario. Este modelo exige que el médico este de acuerdo con el género sentido por el menor, aunque no coincida con su cuerpo biológico, porque el que dice tener es el verdadero. Al mismo tiempo, se rechaza e incluso se busca prohibir, cualquier modelo psicoterapéutico de conversión que busque la conformidad del género con el sexo biológico¹⁹. De hecho, en las legislaciones de algunos lugares se

han prohibido expresamente las llamadas terapias aver-sivas o de conversión. Las Comunidades Autónomas españolas de Aragón²⁰, Baleares²¹, Canarias²², Cantabria²³, Cataluña²⁴, Comunidad Valenciana²⁵, Madrid²⁶, Murcia²⁷ y Navarra²⁸ son un ejemplo de ello.

Siguiendo a autores como Anderson, George y Shrier²⁹ los argumentos del diagnóstico de disforia de género basado en el “gender-affirming care” ofrecen serias dificultades:

- **Los menores saben quiénes son ellos mismos.** Este argumento ignora que la formación de la identidad es la tarea clave de la infancia y la adolescencia, porque en

20 Artículo 11, numeral 2, literal C. «Ley 18/2018 de 20 de diciembre, de igualdad y protección integral contra la discriminación por razón de orientación sexual, expresión e identidad de género en la Comunidad Autónoma de Aragón». 2018. <https://www.aragon.es/documents/20127/674325/ley_proteccion_integral.pdf/6829f88d-9532-5f80-cd0e-5de04debbbed9> [Consulta: 17/07/21].

21 Artículo 16, numeral 3, literal F. «Ley 8/2016, de 30 de mayo, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, trans, bisexuales e intersexuales y para erradicar la LGTBI fobia». 2016 <<https://www.boe.es/buscar/pdf/2016/BOE-A-2016-6310-consolidado.pdf>> [Consulta: 17/07/21].

22 Artículo 4, numeral 3. «Ley 2/2021, de 7 de junio, de igualdad social y no discriminación por razón de identidad de género, expresión de género y características sexuales». 2021. <<http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2021/124/001.html>> [Consulta: 17/07/21].

23 Artículo 4, numeral 3. «Ley 8/2020, de 11 de noviembre, de garantía de derechos de las personas lesbianas, gays, trans, transgénero, bisexuales e intersexuales y no discriminación por razón de orientación sexual e identidad de género». 2020. <https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-15880> [Consulta: 17/07/21].

24 Artículo 16, numeral 3, literal F. «Ley 11/2014, de 10 de octubre, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia». 2014. <<https://www.boe.es/buscar/pdf/2014/BOE-A-2014-11990-consolidado.pdf>> [Consulta: 17/07/21].

25 Artículo 7. «Ley 23/2018, de 29 de noviembre, de igualdad de las personas LGTBI». 2018. <<http://www.infocoponline.es/pdf/BOE-A-2019-281.pdf>> [Consulta: 17/07/21].

26 Artículo 7, numeral 2. «Ley 3/2016, de 22 de julio, de Protección Integral contra la LGTBifobia y la Discriminación por Razón de Orientación e Identidad Sexual en la Comunidad de Madrid». 2016. <https://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2016/08/10/BOCM-20160810-1.PDF> [Consulta: 17/07/21].

27 Artículo 8, numeral 3 «Ley 8/2016, de 27 de mayo, de igualdad social de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales, y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia». 2016. <<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2016-6170>> [Consulta: 17/07/21].

28 Artículo 15, numeral 7, literal M. «Ley foral 8/2017, de 19 de junio, para la igualdad social de las personas LGTBI+». 2017. <<http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=38999>> [Consulta: 17/07/21].

29 Shrier, A. *Irreversible Damage*, Regnery, New Jersey, 2020. Anderson R., George R. [Publicación en línea] «Physical Interventions on the Bodies of Children to ‘Affirm’ their ‘Gender Identity’ Violate Sound Medical Ethics and Should be Prohibited». 2019. <<https://www.thepublicdiscourse.com/2019/12/58839/>> [Consulta: 12/03/21].

17 Para una información más amplia sobre las distintas formas en las que se entiende el género ver Aparisi A., Castilla, B., Miranda, M. *Los discursos sobre el género. Algunas influencias en el ordenamiento jurídico español*. Tirant lo Blanc. Valencia. 2017.

18 Hidalgo, M., Ehrensaft, D., Tishelman, A., «The Gender Affirmative Model: What We Know and What We Aim to Learn». *Human Development*. 2013; (56): 285-290.

19 En 2015, este planteamiento le costó a Kenneth Zucker su trabajo como psicólogo en jefe del Centro de Adicciones y Salud Mental de Toronto y jefe del Servicio de Identidad de Género. Zucker, reconocido internacionalmente como un experto en disforia de género en niños y adolescentes, pasó décadas realizando investigaciones y practicando terapias para ayudar a niños y adolescentes con disforia de género a sentirse más cómodos con sus cuerpos. Su historia puede consultarse en Singal, J. [Publicación en línea] «How the Fight Over Transgender Kids Got a Leading Sex Researcher Fired». 2016. <<https://www.thecut.com/2016/02/fight-over-trans-kids-got-a-researcher-fired.html>> [Consulta: 12/03/21].

estas etapas del desarrollo humano la identidad aún no está formada. El Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN), ha manifestado respecto a la persistencia de la disforia de género en menores que “diferentes estudios dan resultados dispares, pero hay un denominador común: la persistencia en niños es claramente menor que en adultos. Los datos de persistencia indican que una gran mayoría (80-95%) de niños prepuberales que dicen sentirse del sexo contrario al de nacimiento, no seguirá experimentado tras la pubertad la DG, dificultando con ello el establecimiento de un diagnóstico definitivo en la adolescencia”, continúa exponiendo que “las valoraciones psicológicas en niños deben ser más cuidadosas aún que en adultos, deben ser realizadas por personal especializado en DG y deben evitar en lo posible intervenciones médicas dañinas o irreversibles”³⁰.

Por lo anterior, respaldar y estimular en el pensamiento del menor la idea de pertenecer a otro sexo, seguramente reforzará en ellos esta convicción. Existen razones de peso para ser escépticos ante la idea de que los autodiagnósticos de los menores deberían aceptarse automáticamente, especialmente cuando el tratamiento implica procedimientos, algunas veces irreversibles en sus cuerpos.

El Colegio Americano de Pediatras, manifiesta que aceptar sin analizar el autodiagnóstico del menor con disforia de género, y recomendarle el tratamiento de afirmación de género, es como si una niña con anorexia nerviosa tuviera la creencia errónea y persistente de que es obesa, y se le recomendara una liposucción; como si una persona con trastorno dismórfico corporal (TDC) albergara la errónea convicción de que es fea, y se le recomendara una cirugía estética; o como si una persona que tuviera trastorno de identidad de la integridad corporal (BIID siglas en inglés) que se identificara como una persona discapacitada y se sintiera atrapada en un cuerpo completamente funcional, se le recomen-

dara una amputación o paraplejía provocada quirúrgicamente. En cada caso, la cirugía para “afirmar” la falsa suposición podría aliviar la angustia emocional del paciente, pero no haría nada para abordar el problema psicológico subyacente que podría resultar en su propia muerte. Esto se debe a que el tratamiento recomendado se encuentra completamente alejado de la realidad física del paciente³¹.

- **El menor se puede hacer daño a sí mismo o suicidarse si no se confirma su autodiagnóstico de disforia de género.** Los terapeutas de género suelen citar las tasas de suicidio como una razón para confirmar la identidad de género declarada por un menor de edad, y permitirle iniciar con el tratamiento de afirmación de género. De esta forma, ante la posibilidad de que un hijo o una hija pueda autolesionarse o suicidarse, los padres están dispuestos a ceder a su pretensión de iniciar con el tratamiento y a hacer lo necesario para que su vida no corra peligro, como adoptar su nuevo nombre y pronombre, comprar su nueva ropa del sexo opuesto, etc. Según los terapeutas que afirman el género, esto no solo es aconsejable, sino es lo mínimo que se espera de los padres hacia sus hijos³². Sin embargo, Zucker, junto con otros investigadores, señaló que no hay pruebas concluyentes de que la disforia de género sea la única causa de las intenciones suicidas o de la tendencia a autolesionarse que experimentan los jóvenes que la padecen. Es posible que la causa provenga de otros problemas de salud mental, y se vean acentuados por la disforia de género³³.

Además de lo ya expuesto, es pertinente señalar otro factor que puede repercutir en la falta de rigor en el diagnóstico de disforia de género en menores. Este consiste en la amplia difusión de los postulados de la denominada ideología de género, según la cual cada individuo se construye a sí mismo a lo largo de su vida con independencia de su sexo biológico y del contexto sociocultural en el que vive³⁴. De esta manera, los menores expuestos a

31 Cretella, M. op cit. 8-9.

32 Shrier, A. op. cit.

33 Aitken, M., VanderLaan, D., Wasserman, L., Stojanovski, S., Zucker, K., «Self-Harm and Suicidality in Children Referred for Gender Dysphoria». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016; 55 (6): 513-520.

34 Miranda, M. «Diferencia entre la perspectiva de género y la ideología de género». *Dikaion*. 2012; 21 (2): 337-356.

30 Esteva de Antonio, I., Asenjo, N., Hurtado, F., Rodríguez, M., Vidal, A., Moreno-Pérez, O., Lucio, M., López, J., Grupo GIDSEEN, «Documento de posicionamiento: disforia de género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN)». *Endocrinología y Nutrición*. 2015; 62 (8): 382.

los planteamientos de dicha ideología (transmitidos en la educación pública, medios de comunicación, plataformas de entretenimiento, etc.) podrían llegar a asumir que el género es cambiante, según sus preferencias personales, durante las distintas etapas de sus vidas³⁵.

De acuerdo con lo anterior, autores como Natalia López Moratalla advierten que el “debate actual sobre el transgénero lleva a sus partidarios a la ceguera de negar lo evidente. La eliminación de las hormonas de la pubertad, y la posterior aplicación de la terapia de sustitución hormonal, para elegir el género como construcción cultural frente al sexo natural, no tiene en cuenta lo que esto puede suponer para el futuro psicológico-psíquico-fisiológico de los niños y adolescentes”³⁶.

4. El tratamiento de afirmación de género en menores de 18 años y la validez consentimiento informado

El consentimiento informado hace parte del conjunto de los denominados derechos del paciente. Este derecho fue regulado inicialmente en el Código de Núremberg (1947), en el que se señala que, en el ámbito de la experimentación científica el “consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente”³⁷.

Por consiguiente, el derecho al consentimiento informado implica que el médico debe compartir una información certera con los pacientes antes de solicitar su consentimiento para realizar algún tratamiento, espe-

cialmente, cuando se trata de practicar cirugías, administrar medicamentos y ejecutar procedimientos invasivos que comprometan su integridad física. Se requiere que el médico describa el tratamiento recomendado y enumere sus principales riesgos, beneficios, alternativas y posibles contingencias en la recuperación. Su propósito es promover la autodeterminación de los pacientes debido a que son ellos quienes asumen los resultados de los tratamientos y quienes confían en el médico para obtener la información necesaria³⁸.

En el Capítulo II del Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina del Consejo de Europa de 1997, se contempla, expresamente, el derecho al consentimiento informado. En su artículo 5 se consagra que “una intervención en el campo de la salud solo podrá llevarse a cabo después de que el interesado haya dado su consentimiento libre e informado. Esta persona deberá recibir de antemano información adecuada sobre el propósito y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus consecuencias y riesgos. El interesado puede retirar libremente su consentimiento en cualquier momento”³⁹.

Asimismo, en su artículo 6 sobre “las personas que no son capaces para dar su consentimiento”, en el numeral 2 se afirma que “un menor no tiene la capacidad para consentir una intervención. La intervención solo podrá realizarse con la autorización de su representante o de una autoridad o persona u organismo previsto en la ley. La opinión del menor se tomará en consideración como un factor determinante en proporción a su edad y grado de madurez”⁴⁰.

Desde el punto de vista jurídico, se entiende que las personas menores de edad no poseen capacidad de ejercicio, es decir, no tienen la posibilidad de obligarse por sí mismas sin la intervención de algún tercero, bien

38 Annas, G. [Publicación en línea] «Health Law». 2008. *Encyclopaedia Britannica*. <<https://www.britannica.com/science/health-law/Patients-rights>> [Consulta: 20/03/21]. Eyal, N. [Publicación en línea] «Informed Consent», *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. 2019. <<https://plato.stanford.edu/archives/spr2019/entries/informed-consent/>> [Consulta: 19/03/21]

39 Council of Europe [Publicación en línea] «Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine». 1997. <<https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168007cf98>> [Consulta: 20/03/21].

40 Ibid.

35 Gracia, E. «Ideología de género y cambio de sexo de menores en edad temprana». *Actualidad de Derecho Sanitario*. 2019; 269: 359-365.

36 López, N. *El cerebro adolescente*, Rialp, Madrid, 2019, p. 32.

37 Código de Nuremberg [Publicación en línea] 1947. <<http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf>> [Consulta: 11/03/2021]

sean sus padres o sus representantes legales. Esto se debe a que los menores no poseen aún una conciencia clara, ni una madurez suficiente para entender y realizar actos que los comprometan o afecten sus vidas de manera definitiva. Podría afirmarse que los menores, al encontrarse en un periodo de crecimiento tanto físico como intelectual, cuando llegan a la pubertad van adquiriendo algunas aptitudes y habilidades más ponderadas que se ven reflejadas en algunas de sus actuaciones y que, eventualmente, llegarían a generar efectos jurídicos. No obstante, aunque los menores púberes, o también llamados menores adultos, poseen aptitudes más reflexivas, aún son inmaduros, por lo que es necesario brindarles protección⁴¹.

En este sentido, es relevante mencionar la sentencia de 1 de diciembre de 2020 – caso Bell vs. Tavistock del Tribunal Superior de Justicia de Inglaterra, el cual se pronunció sobre la prescripción de supresores de la pubertad en menores de 18 años con disforia de género y analizó si, desde el punto de vista legal, los menores podrían otorgar válidamente su consentimiento informado para este procedimiento. Para efectos de la sentencia, el Tribunal indicó que son niños (children) los menores de 16 años y jóvenes (young people) entre los 16 y los 18 años⁴².

El caso de la sentencia es el de Keira Bell, quien en su niñez manifestó su deseo de ser un niño. La joven a los 16 años acudió al centro médico londinense de Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, clínica especializada en el tratamiento de casos de disforia de género en menores. Tras solo tres consultas médicas, Bell empezó a tomar medicamentos para suprimir la pubertad. A los 17 años inició el tratamiento con hormonas masculinas, y a los 20 se le practicó una doble mastectomía. Después de este proceso, Bell se arrepintió y denunció a los médicos que la trataron por considerar que se habían precipitado al asumir que ella era transgénero. El Tribunal Superior de Justicia inglés le dio la razón a Bell.

41 Desde un enfoque jurídico, en gran parte de los países del mundo se considera que los menores adultos están entre los 12 y 18 años de edad. Medina, J. *Derecho civil: aproximación al derecho y derecho de personas*, Universidad del Rosario, Bogotá, 2017.

42 High Court of Justice [Publicación en línea] «Case No: CO/60/2020. Bell v Tavistock». 2020 <<https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf>> [Consulta: 28/02/21]

En la sentencia el Tribunal expuso que la información relevante que un menor tendría que comprender, retener y sopesar para decidir si iniciar o no el tratamiento con supresores de la pubertad, sería la siguiente: “(i) las consecuencias inmediatas del tratamiento en términos físicos y psicológicos; (ii) el hecho de que la gran mayoría de los pacientes que toman PB [Puberty Blockers] pasan a CSH [Cross-Sex Hormones] y, por lo tanto, están en el camino hacia intervenciones médicas mucho más comprometedoras; (iii) la relación entre la toma de CSH y la cirugía posterior, con las implicaciones de dicha cirugía; (iv) el hecho de que la administración de CSH puede conducir a la pérdida de la fertilidad; (v) el impacto del suministro de CSH en la función sexual; (vi) el impacto que puede tener esta etapa del tratamiento en las relaciones sexuales futuras y de por vida; (vii) las consecuencias físicas desconocidas por tomar PB; y (viii) el hecho de que la evidencia científica para este tratamiento es todavía muy incierta”⁴³.

Continúa el Tribunal señalando que, “obviamente, será difícil para un niño menor de 16 años comprender y sopesar dicha información. Aunque un niño puede entender el concepto de pérdida de la fertilidad, esto no significa que comprenda cómo lo afectará en su vida adulta. Es probable que la actitud de un niño hacia tener hijos biológicos y su percepción de lo que esto significa realmente cambie entre la niñez y la edad adulta. Para muchos niños, ciertamente más pequeños, y algunos de tan solo 10 años y que recién están entrando en la pubertad, no será posible conceptualizar lo que significaría no poder dar a luz (o concebir niños con su propio esperma) en la vida adulta. Del mismo modo, el significado de la plenitud sexual y las implicaciones futuras del tratamiento en este sentido serán imposibles de discernir para muchos niños”⁴⁴. En consecuencia, “la dificultad de lograr el consentimiento informado en estas circunstancias se ve agravada por la falta de evidencia sobre la eficacia de los PB en el tratamiento de la disforia de género y los resultados a largo plazo”⁴⁵. El Tribunal concluye manifestando que “el problema no es la información que se proporciona, sino la capacidad

43 Ibid. para. 138.

44 Ibid. para. 139.

45 Ibid. para. 143.

de los menores para comprender y, lo que es más importante, sopesar dicha información”⁴⁶.

De acuerdo con lo anterior, en la sentencia se decide que los menores de 16 años con disforia de género no poseen *Gillick competence* para dar su consentimiento válidamente sobre la administración de supresores de la pubertad y de hormonas del sexo contrario. Para los menores entre los 16 y 18 años se decide que, a pesar de la presunción legal que los posibilita para otorgar su consentimiento, dadas las consecuencias a largo plazo de las intervenciones médicas y el carácter experimental del procedimiento, se requerirá una autorización del Tribunal antes de iniciar el tratamiento⁴⁷.

5. Conclusión

El tratamiento de afirmación de género recomendado a los menores de 18 años con disforia de género implica la toma de decisiones definitivas y en ocasiones irreversibles que son asumidas por ellos, sin tener la suficiente madurez fisiológica y psíquica que les permitan comprender la trascendencia y las consecuencias de su elección. Este tratamiento presenta serios inconvenientes, pues aún se encuentra en una fase experimental y los diagnósticos carecen de rigor debido a que gran parte de estos se realizan siguiendo el modelo “gender-affirming care”, según el cual el médico solo debe ratificar al autodiagnóstico del menor, sin atreverse a cuestionarlo por temor a que se autolesione o se suicide, asumiendo que es el niño o el adolescente quien realmente sabe cuál es verdadero género. Se ofrece entonces un diagnóstico y un tratamiento que se separan de la realidad biológica y psíquica del menor que, lejos de ayudarlo, le pueden causar daños irreparables.

Dada la inmadurez propia del menor, resulta imposible que comprenda y asimile plenamente la información que se le brinda sobre el tratamiento de afirmación de género y las consecuencias que tendrá que asumir por

el resto de su vida. Esta circunstancia afecta la validez del consentimiento informado, debido a que el menor aprueba, que se le practique un procedimiento médico de cuyos resultados no es totalmente consciente, tal y como lo expuso el Tribunal Superior de Inglaterra en el caso *Bell vs. Tavistock*, en el que se decidió que los menores de 16 años con disforia de género no deben tomar supresores de la pubertad y que los menores entre los 16 y 18 años pueden hacerlo, pero con autorización judicial.

Se reitera que existe una gran responsabilidad en la verificación de cualquier tipo de intervención médica que se realice en niños y adolescentes, máxime cuando tengan consecuencias en ocasiones irreversibles en su desarrollo fisiológico, psicológico y social.

Referencias

- Aitken, M., VanderLaan, D., Wasserman, L., Stojanovski, S., Zucker, K., «Self-Harm and Suicidality in Children Referred for Gender Dysphoria». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016; 55 (6): 513-520.
- Annas, G. [Publicación en línea] «Health Law». 2008. Encyclopaedia Britannica. <<https://www.britannica.com/science/health-law/Patients-rights>> [Consulta: 20/03/21]
- Anderson R., George R. [Publicación en línea] “Physical Interventions on the Bodies of Children to ‘Affirm’ their ‘Gender Identity’ Violate Sound Medical Ethics and Should be Prohibited”. 2019. <<https://www.thepublicdiscourse.com/2019/12/58839/>>
- Aparisi A., Castilla, B., Miranda, M. *Los discursos sobre el género. Algunas influencias en el ordenamiento jurídico español*. Tirant lo Blanc. Valencia. 2017.
- Código de Nuremberg [Publicación en línea] 1947. <<http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf>> [Consulta: 11/03/2021].
- Council of Europe [Publicación en línea] «Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine». 1997. <<https://www.>

⁴⁶ Ibid. para. 150.

⁴⁷ Un análisis más amplio sobre esta sentencia se encuentra en López, J. «En torno a si el consentimiento de un menor es válido para la reasignación de sexo», *Actualidad de Derecho Sanitario*. 2021; 289: 117-121.

- coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168007cf98> [Consulta: 20/03/21]
- Cretella, M. [Publicación en línea] «Gender Dysphoria in Children». 13. 2018. <<https://www.acped.org/position-statements/gender-dysphoria-in-children>> [Consulta: 12/03/21]
- Esteva de Antonio, I., Asenjo, N., Hurtado, F., Rodríguez, M., Vidal, A., Moreno-Pérez, O., Lucio, M., López, J., Grupo GIDSEEN, «Documento de posicionamiento: disforia de género en la infancia y la adolescencia. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN)». *Endocrinología y Nutrición*. 2015; 62 (8).
- European Union Agency for Fundamental Rights [Publicación en línea] «Consenting to medical treatment without parental consent». 2017 <<https://fra.europa.eu/en/publication/2017/mapping-minimum-age-requirements/consent-medical-treatments>> [Consulta: 04/07/21]
- Eyal, N. [Publicación en línea] «Informed Consent», *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. 2019. <<https://plato.stanford.edu/archives/spr2019/entries/informed-consent/>> [Consulta: 19/03/21]
- Fisk, N. «Gender dysphoria syndrome: The conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen». *Western Journal of Medicine*. 1974; 120 (5): 386-391.
- Gracia, E. «Ideología de género y cambio de sexo de menores en edad temprana». *Actualidad de Derecho Sanitario*. 2019; 269: 359-365.
- Hembree, W., Cohen-Kettenis, P. Gooren, L. et al. «Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline». *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2018; 102 (11): 3869-3903.
- Hidalgo, M., Ehrensaft, D., Tishelman, A., «The Gender Affirmative Model: What We Know and What We Aim to Learn». *Human Development*. 2013; (56): 285-290.
- High Court of Justice [Publicación en línea] «Case No: CO/60/2020. Bell v Tavistock». 2020 <<https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf>> [Consulta: 28/02/21].
- Hruz, P., Mayer, L., McHugh, P. «Growing Pains. Problems with puberty suppression in treating gender dysphoria». *The New Atlantis*. 2018; 52: 8-10.
- Johnson S., Blum R., Giedd J. «Adolescent maturity and the brain: the promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy». *J Adolesc Health*. 2009; 45 (3):216-221.
- Knudson, G. «Fertility options in transgender and gender diverse adolescents», *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2017; 96 (10): 1269-1272.
- Ley 18/2018 de 20 de diciembre, de igualdad y protección integral contra la discriminación por razón de orientación sexual, expresión e identidad de género en la Comunidad Autónoma de Aragón. 2018. <https://www.aragon.es/documents/20127/674325/ley_proteccion_integral.pdf/6829f88d-9532-5f80-cd0e-5de04debbbed9> [Consulta:17/07/21].
- Ley 8/2016, de 30 de mayo, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, trans, bisexuales e intersexuales y para erradicar la LGTBI fobia. 2016 <<https://www.boe.es/buscar/pdf/2016/BOE-A-2016-6310-consolidado.pdf>> [Consulta: 17/07/21].
- Ley 2/2021, de 7 de junio, de igualdad social y no discriminación por razón de identidad de género, expresión de género y características sexuales. 2021. <<http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2021/124/001.html>> [Consulta: 17/07/21].
- Ley 8/2020, de 11 de noviembre, de garantía de derechos de las personas lesbianas, gais, trans, transgénero, bisexuales e intersexuales y no discriminación por razón de orientación sexual e identidad de género. 2020. <https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-15880> [Consulta: 17/07/21].
- Ley 11/2014, de 10 de octubre, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia. 2014. <<https://www.boe.es/buscar/pdf/2014/BOE-A-2014-11990-consolidado.pdf>> [Consulta: 17/07/21].
- Ley 23/2018, de 29 de noviembre, de igualdad de las personas LGTBI. 2018. <<http://www.infocoponline.es/pdf/BOE-A-2019-281.pdf>> [Consulta: 17/07/21].

- Ley 3/2016, de 22 de julio, de Protección Integral contra la LGTBifobia y la Discriminación por Razón de Orientación e Identidad Sexual en la Comunidad de Madrid. 2016. <https://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2016/08/10/BOCM-20160810-1.PDF> [Consulta: 17/07/21].
- Ley 8/2016, de 27 de mayo, de igualdad social de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales, y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. 2016. <<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2016-6170>> [Consulta: 17/07/21].
- Ley foral 8/2017, de 19 de junio, para la igualdad social de las personas LGTBI+». 2017. <<http://www.le-navarra.navarra.es/detalle.asp?r=38999>> [Consulta: 17/07/21].
- López, J. «En torno a si el consentimiento de un menor es válido para la reasignación de sexo», *Actualidad de Derecho Sanitario*. 2021; 289: 117-121.
- López, J. y González, C. «Valoración de la supresión de la pubertad en menores con problemas de identidad de género». *Cuadernos de Bioética*. 2018; 29 (97): 247-256.
- López, N. *El cerebro adolescente*, Rialp, Madrid, 2019.
- Medina, J. *Derecho civil: aproximación al derecho y derecho de personas*, Universidad del Rosario, Bogotá, 2017.
- Miranda, M. «Diferencia entre la perspectiva de género y la ideología de género». *Dikaion*. 2012; 21 (2): 337-356.
- OECD - Social Policy Division [Publicación en línea] «Legal age thresholds regarding the transition from child to adulthood». 2016 <https://www.oecd.org/els/family/PF_1_8_Age_threshold_Childhood_to_Adulthood.pdf> [Consulta: 2/07/21].
- Organización Mundial de la Salud [Publicación en línea] «Comunicado de Prensa». 2019. <<https://www.who.int/es/news-room/detail/25-05-2019-world-health-assembly-update>> [Consulta: 06/09/2019].
- Piga, A. y Alfonso, M. «Las proposiciones de la Ley trans y el principio 'primun non nocere'». *Actualidad de Derecho Sanitario*. 2021; 292: 450-460.
- Pérez, J. *Análisis de la disforia de género en el ámbito pediátrico: Revisión científica y bioética de la terapia*, If Press, Edición Kindle, Roma, 2018.
- Shrier, A. *Irreversible Damage*, Regnery, New Jersey, 2020.
- Singal, J. [Publicación en línea] «How the Fight Over Transgender Kids Got a Leading Sex Researcher Fired». 2016. <<https://www.thecut.com/2016/02/fight-over-trans-kids-got-a-researcher-fired.html>> [Consulta: 12/03/21].
- World Health Organization [Publicación en línea] «Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization». 7. 2014. <https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201405_sterilization_en.pdf> [Consulta: 11/03/2021].
- WPATH [Publicación en línea] «Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género». 2012 <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Spanish.pdf> [Consulta: 12/07/21]
- Zimmermann, N. «Gillick competence: An unnecessary burden». *The New Bioethics: A Multidisciplinary Journal of Biotechnology and the Body*. 2019; 25 (1): 78-93.