



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

Posicionamiento Técnico de la Asociación Española de Pediatría en relación con la diversidad de género en la infancia y la adolescencia: mirada ética y jurídica desde una perspectiva multidisciplinar



Isolina Riaño Galán^{a,*}, Inés del Río Pastoriza^b, María Chueca Guindulain^c, Sabel Gabaldón Fraile^d y Federico de Montalvo Jááskeläinen^e

^a Endocrinología Pediátrica, AGC Pediatría, HUCA, CIBERESP, máster en Bioética, Comité de Bioética de la AEP y Grupo de Trabajo de Ética de la SEEP, Oviedo, Asturias, España

^b Pediatra Atención Primaria, CS Pontecaldelas, máster en Bioética, Comité Bioética AEP, Pontecaldelas, Pontevedra, España

^c Endocrinología Pediátrica, Complejo Hospitalario Navarra, Grupo de trabajo de Ética de la SEEP, Pamplona, Navarra, España

^d Psiquiatra infantil, máster en Bioética, Hospital Materno-Infantil de Sant Joan de Déu, Madrid, España

^e UP Comillas (ICADE) Comité de Bioética de España, IBC (UNESCO), Madrid, España

Recibido el 9 de febrero de 2018; aceptado el 13 de febrero de 2018

Disponible en Internet el 19 de marzo de 2018

PALABRAS CLAVE

Diversidad de género;
Disforia de género;
Infancia y
adolescencia;
Interés superior del
menor;
Vulnerabilidad;
Derechos humanos;
Respeto;
Posicionamiento

Resumen Se realiza una mirada ética y jurídica de la diversidad de género en la infancia y la adolescencia desde la perspectiva del interés superior del menor y del principio de protección frente a la vulnerabilidad. La identificación de la diversidad de género en la infancia y la adolescencia es un proceso que además de acompañamiento exige coordinación y trabajo multidisciplinar que mejore la atención y ayude a obtener mayores evidencias que, a día de hoy, faltan. Se ha de garantizar el acceso seguro, equitativo e integral a cuidados y atención sanitaria en caso de que lo precisen. Es necesario promover un cambio de mirada social, capaz de superar los estereotipos que suponen discriminación y aumentan el sufrimiento. El respeto a la diversidad de género en la infancia y la adolescencia es un derecho humano fundamental. El reconocimiento de un valor positivo en la diversidad constituye un imperativo ético. Todo ello sin olvidar que hablamos de menores en contextos en muchas ocasiones de vulnerabilidad y actualmente de mucha incertidumbre, por lo que la prudencia es la regla principal que ha de guiar la toma de decisiones.

© 2018 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isolinarianogalan@gmail.com (I. Riaño Galán).

KEYWORDS

Gender diversity;
 Gender dysphoria;
 Childhood and
 adolescence;
 Best interest of the
 minor;
 Vulnerability;
 Human rights;
 Respect;
 Statement

Statement by the Spanish Paediatric Association in relation to gender diversity in childhood and adolescence: Ethical and legal view from a multidisciplinary perspective

Abstract An ethical and legal view of gender diversity in childhood and adolescence is presented from the perspective of the best interest of the child and the principle of protection against vulnerability. The identification of gender diversity in childhood and adolescence is a process that requires support, coordination and a multidisciplinary team that improves care and helps to obtain evidence that is lacking today. Secure, equitable and comprehensive access to care and health care should be guaranteed when required. It is necessary to promote a changing of social outlook, capable of overcoming the stereotypes that lead to discrimination and increase suffering. Respect for gender diversity in childhood and adolescence is a fundamental Human Right. The recognition of a positive value in diversity is an ethical imperative. All of this, without forgetting that we are talking about minors often in contexts of vulnerability, and currently very uncertain, so prudence is the main rule that should guide decision-making.

© 2018 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Este documento, elaborado por un grupo de expertos multidisciplinar (pediatra Atención Primaria; endocrinopediatras, psiquiatra infantil, comités de Ética de AEP y SEEP; jurista), pretende aportar una visión positiva acerca de la diversidad de género en la infancia y la adolescencia, con un doble objetivo. En primer lugar, en relación con los profesionales, para fomentar una atención sanitaria, cuando sea precisa, de mayor calidad y calidez, desde la búsqueda de la excelencia profesional, y, en segundo lugar, en lo que se refiere a la sociedad, para promover el respeto a la diversidad de género como derecho humano fundamental, en un intento de erradicar la transfobia que tanto sufrimiento puede generar, así como reconocer un valor positivo en la diversidad, huyendo de falsos estereotipos y considerando que cada vida humana constituye un proyecto propio, único e inescindible, que cada uno tiene derecho a configurar. Todo ello, sin olvidar que hablamos de menores en contextos en muchas ocasiones de vulnerabilidad y actualmente de mucha incertidumbre, lo que nos obliga a la prudencia como principal regla que ha de guiar la toma de decisiones.

Los hechos y la propuesta desde los profesionales basada en los conocimientos actuales

1.1. La demanda de la atención a menores con diversidad de género se ha incrementado en los últimos años tanto en España como a nivel internacional. Este aumento podría explicarse, entre otras razones, por un contexto sociocultural que promueve mayor visibilidad, tanto de los recursos asistenciales como de los movimientos reivindicativos. El fenómeno no es nuevo, pero parece tener actualmente mayor impacto en la opinión pública, como lo ponen de manifiesto la tramitación o aprobación a nivel estatal y autonómico de varias normas que pretenden regular dicha materia, dando lugar, además, a un debate en la opinión

pública y en el ámbito académico y científico acerca de cómo abordarlo desde la perspectiva del interés superior del menor y del principio de protección frente a la vulnerabilidad.

1.2. La «patologización» y clasificación de estas situaciones plurales es el primer punto conflictivo. En las últimas clasificaciones médicas (DEM y CIE) se ha intentado evitar el estigma que acompaña a estas personas, con cambios en la denominación: transexualidad, trastornos de la identidad de género, disforia de género (DG). El borrador beta de la CIE-11 cambiará la terminología a «incongruencia de género» y su categoría diagnóstica, optando por retirar estas categorías del capítulo «trastornos mentales y de comportamiento» y mantener un código relacionado con la atención sanitaria transespecífica en el capítulo nuevo «Condiciones relacionadas con la salud sexual»¹. La finalidad sería garantizar la mejor atención sanitaria y que toda actuación esté necesariamente presidida por el interés superior del menor, actuando los profesionales sanitarios como garantes de dicho interés.

1.3. La identidad de género. Estas nuevas realidades plantean dilemas complejos acerca de si estamos ante un posible cambio de paradigma sobre el binarismo de género. La identidad la construye la propia persona. La constitución de la masculinidad o de la femineidad es el resultado de un *proceso*, que se va fraguando en interacción con el medio familiar, social y cultural. Si entendemos a los niños y a las niñas como personas en desarrollo, dependientes de su entorno, con una marcada plasticidad psicológica y donde la identidad de género puede no ser siempre inmutable, es decir, que no hay garantías en todos los casos de permanencia de la variabilidad de género², es fundamental, actuar con prudencia, evitar la precipitación y creación de estereotipos, respetar los ritmos que cada persona necesita y aprender a vivir con la incertidumbre. El profesional sanitario no actuaría con la pretensión de «patologizar» el fenómeno, sino como garante de que las decisiones se adoptan de acuerdo con el estado de la ciencia y del interés superior del menor y su protección frente a la vulnerabilidad.

1.4. *El manejo de la diversidad de género* ha ido variando y se apoya en la escasa experiencia de algunas unidades de referencia con grupos diversos. Sin embargo, no hay suficientes estudios a nivel nacional ni internacional, sustentados en la evidencia científica. Además, publicaciones más recientes indican formas diferentes de manejo, superando fórmulas basadas en estereotipos y buscando el acompañamiento y el acomodo.

1.5. *La nueva guía de consenso internacional sobre el tratamiento de las personas con DG/incongruencia de género*³ propone las siguientes pautas:

1.5.1. La experiencia clínica de los centros con más larga trayectoria muestra distintas situaciones y necesidades de las personas, insistiendo en un manejo multidisciplinar, continuado en el tiempo y con respuestas personalizadas.

1.5.2. Resulta clave el papel de los psicólogos, bien informados y formados, con experiencia, y dispuestos a participar en el cuidado continuo en la transición.

1.5.3. Se debe evitar dañar con tratamiento hormonal a las personas que tienen condiciones distintas de la DG/incongruencia de género y que pueden no beneficiarse de los cambios físicos asociados con este tratamiento.

1.5.4. Es urgente realizar investigaciones para disponer de resultados basados en ensayos controlados prospectivos, que permitan mejorar la calidad de la asistencia a estas personas.

Esta guía recoge muchos de los aspectos problemáticos previamente reseñados. Respecto al acompañamiento psicológico, debería estar dirigido a abordar experiencias de sufrimiento, discriminación o acoso escolar, así como para facilitar el bienestar y la estabilidad psicológica. Debemos entender que el malestar no es intrínseco a la identidad de género, sino a menudo fruto de reacciones discriminatorias del entorno.

La valoración y el asesoramiento psicológico pueden ser instrumentos de éxito en la transición de género en lugar de impedimentos para el ejercicio de la elección.

Es importante destacar que las interferencias y el retraso en la implementación de intervenciones médicas oportunas (hormonales) para adolescentes pueden prolongar el malestar y contribuir a una apariencia que podría provocar abusos y estigmatización.

La mirada ética: los valores a tener en cuenta

2.1. *El interés superior del menor*, respetando en la medida de lo posible, la voluntad y los deseos del menor en un campo tan fundamental para la persona como es la construcción de la identidad de género y el libre desarrollo de la personalidad.

No debemos olvidar que, al tratarse de menores y adolescentes, las facultades de decisión de sus representantes legales, sus padres, quedan limitadas por el principio de beneficencia de manera que siempre habrán de actuar en el mejor interés de su representado, su hijo. No puede equipararse la toma de decisiones que afectan únicamente a quien las adopta, donde opera la autonomía, a la toma de decisión por terceros, el legalmente denominado consentimiento por representación, donde el principio de autonomía no opera, sino el de beneficencia. Los padres no pueden

decidir libremente sobre sus hijos, sino solo en términos que garanticen su interés y no le ocasionen daño.

Habitualmente, nadie mejor que los padres pueden determinar cuál es el mejor interés del menor (no obstante, en ocasiones la voluntad de ambos progenitores no coincide dificultando el conflicto). Sin embargo, tal regla encuentra un límite: primero no causar daño. De este modo, cuando la decisión de los padres es claramente maleficente, ya sea por acción o por omisión, el Estado debe suplir la resolución del conflicto, adoptando la solución que prime el mejor interés del menor.

A estos efectos, el papel tanto de los Comités de Ética Asistencial como de la propia autoridad judicial, será extraordinariamente importante en aquellos casos en los que el profesional sanitario considere que la decisión que se pretende adoptar por los padres no cumple con el principio de beneficencia.

2.2. Principio de protección frente a la vulnerabilidad. La vulnerabilidad, en sentido general, es una característica esencial de la naturaleza humana. Pese a ello, incide especialmente en determinados individuos, entre los que destacan los menores. El menor en estos casos que nos ocupan es vulnerable en la medida en que no solo se ve expuesto a determinados riesgos, sino que, en atención a su condición, contexto o circunstancias, no dispone de medios para enfrentarse a ellos sin sufrir un daño. La vulnerabilidad supone exposición al riesgo y falta de capacidad para superarlo o para evitar los daños que aquellos conllevan.

Así, pues, desde una perspectiva bioética, el grado de protección que se les ofrece debería depender del riesgo que corren de sufrir daño y de la probabilidad de obtener un beneficio.

2.3. Acompañamiento y escucha activa del propio relato del niño o niña, posibilitando la expresión de su propia identidad y asegurando que el relato es auténtico y no condicionado por agentes externos (socio-familiares) o internos (emocionales). Es decir, se debe promover el acompañamiento, no añadir sufrimiento, no poner obstáculos, pero tampoco empujar ni manipular.

2.4. Prudencia, puesto que la construcción de la identidad de género es un proceso. Tal y como hemos comentado, es fundamental actuar con prudencia, respetando los ritmos que cada persona necesita, aprendiendo a vivir con la incertidumbre.

2.5. Responsabilidad. El papel de los profesionales será de garante del bien del menor, buscando siempre el mayor beneficio desde un juicio prudencial. Es necesario huir de extremos que o bien banalizan lo que siente el niño o la niña o prescriben tratamientos a demanda del menor o familia. Responsabilidad entendida como «el deber de cuidar y preocuparse del otro vulnerable»⁴.

2.6. Reconocimiento. Es un imperativo ético reconocer un valor positivo en la diversidad. Reconocimiento que posibilita transformar las relaciones conflictivas en relaciones de cooperación, prestando atención a las necesidades de los miembros de la relación. En los niños y adolescentes permite transformar una situación conflictiva en una situación de cooperación para afrontarla de forma más positiva. Ello puede reflejarse en cada una de las esferas del reconocimiento: 1) emocional: supone ser aceptado tal y como es; reconocer al adolescente en su individualidad, en su contexto personal y social, genera autoconfianza; 2) legal, como

sujeto de derechos y deberes, lo cual suscita auto respeto, y 3) social: se concreta en reconocer las contribuciones positivas, generando autoestima. En otras palabras, respetar el grado de autonomía que tenga en cada momento, dejándole ejercer sus derechos progresivamente, según su madurez y escuchándolo y educando sus valores y expectativas.

2.7. Respeto a la diversidad. Más allá del género, lo importante es la persona. Es necesario promover un cambio de mirada social, capaz de superar los estereotipos que suponen discriminación y aumentan el sufrimiento. Considerar que la respuesta a estas situaciones tan complejas y diversas es facilitar el acceso a una medicación o a una cirugía es una simplificación. Por tanto, se debe actuar en el ámbito educativo y social, evitando «patologizar» la diferencia.

Mirada jurídica

3.1. Los principios de libre desarrollo de la personalidad y la propia dignidad humana justifican dar una respuesta positiva a aquel que, percibiendo una contradicción entre el sexo biológico y el género sentido, pretenda conformar y desarrollar su propio proyecto vital de acuerdo con sus preferencias, más aún, cuando dicha opción no afecte o limite los derechos y libertades de terceros. El propio proyecto de vida es algo tan absolutamente inescindible de la dignidad humana que impedir su desarrollo supone negar la propia intangibilidad del ser humano.

3.2. El Estado no puede obstaculizar que un sujeto desarrolle su proyecto de vida de conformidad con el género que es sentido y, más aún, debe actuar positivamente a favor de ello. Sin embargo, en el ámbito de los menores de edad, donde la capacidad de decisión se encuentra claramente limitada, el Estado ha de adoptar también una posición esencial de garante.

3.3. El problema desde una perspectiva jurídica es el hecho de tratarse de *menores de edad*, en ocasiones con edades muy tempranas, que muestran una diversidad de género. En relación con ellos, el Derecho distingue, a la hora de otorgarles capacidad de decisión, entre decisiones con consecuencias reversibles e irreversibles, de manera que en este último caso tal capacidad puede verse limitada o, incluso, excluida hasta alcanzar la mayoría de edad. El problema radica en aquellos tratamientos que conlleven consecuencias irreversibles para la integridad física del menor o que impliquen riesgos de especial relevancia⁵. No debemos olvidar, además, que nos movemos, como antes hemos señalado, en el ámbito del consentimiento por representación, quedando limitadas las facultades de decisión de los padres y operando plenamente el principio de beneficencia y del interés superior del menor. El propio Código Penal dispone que la esterilización y la cirugía transexual realizadas por un facultativo es punible penalmente cuando el otorgante sea menor de edad, no siendo válido ni siquiera el consentimiento prestado por sus representantes legales.

3.4. La situación de falta de evidencia científica supone incertidumbre en cuanto a cuál es el *mejor interés del menor*, que obliga a ser muy prudentes en el manejo clínico de los casos e, incluso, a favor de retrasar al máximo los tratamientos que tengan consecuencias irreversibles.

Recomendaciones

La [tabla 1](#) recoge las recomendaciones comunes y específicas en la atención al niño-adolescente con diversidad de género.

4.1. El manejo de los niños y adolescentes con diversidad de género debe evitar su estigmatización y ha de garantizarse el acceso seguro, equitativo e integral a cuidados y atención sanitaria en caso de que lo precisen.

4.2. La identificación de la diversidad de género en la infancia y la adolescencia se hace a través de la escucha activa del propio relato del niño o niña, posibilitando la expresión de su propia identidad y asegurando que el relato es auténtico y no condicionado por agentes externos (socio-familiares) o internos (emocionales). Es un proceso extenso, complejo e individualizado que además de acompañamiento exige que existan mecanismos de coordinación y de trabajo multidisciplinar que no solo mejore la atención, sino que ayuden a obtener mayores evidencias que a día de hoy faltan. Un acompañamiento médico positivo será el que mejor satisface el interés superior del menor.

4.3. En este sentido, el pediatra de Atención Primaria, como puerta de entrada al sistema sanitario, tendrá un papel fundamental en ese acompañamiento positivo e individualizado, personalizando las posibles necesidades, que pueden abarcar desde el modo de actuación en la consulta (incluyendo el respeto del uso del nombre elegido en función del género sentido), como la detección de aquellos que precisen derivación, por requerimiento del menor o su familia. Para ello se recomienda contar con una formación específica básica sobre la diversidad de género, así como con la información precisa sobre los recursos existentes en su zona, tanto de los profesionales de referencia (con intención de mantener la necesaria coordinación para una atención integral de mayor calidad y accesibilidad, y referido a los servicios de Endocrinología Pediátrica y Salud Mental Infantojuvenil), como de las asociaciones de apoyo a las que podrán recurrir las familias y los menores (sobre todo para los adolescentes puede resultar de gran ayuda compartir experiencias similares y diversas con su grupo de pares).

4.4. Será también responsabilidad de los profesionales sanitarios de Atención Primaria la detección de los casos de sospecha de posible maltrato, en el sentido del sufrimiento generado por la falta de respeto a la identidad de género del menor, por parte de uno u ambos progenitores, para lo que se solicitará apoyo en primer lugar a los Comités de Ética Asistencial de referencia, buscando la necesaria mediación para solucionarlo, o en último término del sistema judicial con la intención de actuar como garantes del interés superior del menor.

4.5. Asimismo, se intentará potenciar la participación activa del menor en las decisiones sobre su propia salud, todo ello en función tanto de su madurez como de la gravedad de las consecuencias de las mismas, para lo que se requiere que la información aportada sea adecuada, con lenguaje claro, comprensible y adaptado al menor y su familia.

4.6. El acceso a cualquier tratamiento médico o quirúrgico requerirá, en todos los casos, la verificación de la condición de transexualidad y un despistaje de posibles enfermedades, que incluya valoración endocrinológica, así como psicológica. Dichas valoraciones no obedecen, a una consideración patológica de la transexualidad. Sin embargo,

Tabla 1 Recomendaciones comunes y específicas en la atención al niño-adolescente con diversidad de género

Recomendaciones comunes al equipo multidisciplinar
(pediatra AP, psicólogo, endocrino-pediatra)

Acompañamiento positivo e individualizado: personalizar necesidades (uso nombre elegido, solicitudes de derivación. . .)
Papel de garantes del interés superior del menor
Potenciar participación activa del menor en decisiones sobre su salud (madurez, gravedad, consecuencias)
Información con lenguaje claro, comprensible, adaptado al menor y su familia
Comunicación fluida con el sistema educativo
Seguimiento conjunto de los casos; coordinación pediatra AP/psicólogo/endocrino-pediatra
Investigación clínica que permita mejorar la calidad de la asistencia

Recomendaciones específicas

Pediatra AP	Psicólogo	Endocrino-pediatra
Formación específica básica	Verificar transexualidad: escucha activa del relato del menor (previo a tratamientos)	Verificar transexualidad: escucha activa del relato del menor (previo a tratamientos)
Coordinación AP/especializada: atención integral de calidad y accesible		
Información sobre recursos locales:		
– Profesionales de referencia	Acompañamiento psicológico (menor, familia): facilitar bienestar y estabilidad	Valoración endocrinológica básica
– Asociaciones de apoyo (grupos de pares y familias)		Estudios complementarios para descartar intersexualidad
Detección casos de sospecha de maltrato (familia, escuela): mediación Comité de Ética Asistencial o judicialización	Detección experiencias de sufrimiento (acoso escolar, discriminación, rechazo familiar): apoyo, recursos	Despistaje de enfermedades (instaurar tratamientos)
Valoración necesidades derivación: psicólogo y endocrino-pediatra del equipo multidisciplinar	Apoyo en el colegio, facilitar la transición	Decidir prescripciones (si se solicitan):
Educación para la salud: hábitos de vida saludables (tratamientos hormonales)	Asesoramiento en transición social	– Análogos GnRH (reversible)
	Descartar psicopatología (ofrecer tratamiento)	– Terapia cruzada: hormonas sexuales (parcialmente irreversible)
		Seguimiento: controles analíticos, efectos secundarios
		Prudencia en decisión de tratamientos irreversibles

es necesario autenticar que el relato de la persona no está condicionado por posibles enfermedades y para, en caso de detectarlas, tratarlas. En paralelo a estas actuaciones psicológicas, conviene realizar las pruebas complementarias necesarias para descartar posibles diferencias en el desarrollo sexual (intersexualidad). Todo ello para garantizar, en la medida de lo posible, la seguridad clínica de las personas tratadas mediante tratamientos médicos o quirúrgicos. El papel de los profesionales sanitarios será de garantes del bien del menor, buscando siempre el mayor beneficio, y no actuando como meros prescriptores.

4.7. Los niños y adolescentes que cumplan los criterios de DG/incongruencia de género y soliciten tratamiento médico serán valorados por el endocrinólogo pediatra del equipo multidisciplinar. El tratamiento, análogos de GnRH, se instaurará una vez la persona haya comenzado la pubertad, con el objetivo de inhibir el desarrollo puberal. En aquellos adolescentes que soliciten terapia cruzada, con hormonas sexuales, dado que es un tratamiento parcialmente irreversible, se recomienda instaurarlo una vez el equipo multidisciplinar (endocrinólogo y profesional de salud mental) ha confirmado la persistencia de la DG/incongruencia de género y la persona tiene suficiente capacidad para dar su consentimiento informado, siendo en la mayoría de los adolescentes a los 16 años.

4.8. La falta de evidencia científica acerca de cuál es el mejor interés del menor obliga a ser muy prudentes en el manejo global de los casos e, incluso, a favor de retrasar al máximo los tratamientos que tengan consecuencias irreversibles.

En definitiva, como sociedades científicas esperamos contribuir al respeto de la diversidad de género en la infancia y la adolescencia no solo como un derecho humano fundamental sino considerando que constituye un imperativo ético el reconocimiento de un valor positivo en la diversidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. .

Agradecimientos

A la presidenta de la SEEP, por promover esta iniciativa, y a la presidenta de la AEP, por acogerla e impulsarla. Ambas nos dieron la oportunidad de formar el grupo de trabajo y enriquecernos de la reflexión conjunta.

Bibliografía

1. Suesch Schwend A, Winter S, Chiam Z, Smiley A, Cabral Grinspan M. Depathologising gender diversity in childhood in the process of ICD revision and reform. *Global Public Health*. 2018, <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2018.1427274> [Epub ahead of print].
2. Gabaldón S. La transexualidad medicalizada: una mirada ética. *Bioética & Debat*. 2016;22:3–8.
3. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, Hannema SE, Meyer WJ, Murad MH, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017;102:1–35.
4. Torralba F. *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina; 2002.
5. De Montalvo Jaaskelainen F. Problemas legales acerca del tratamiento médico de la disforia de género en menores de edad transexuales. *R G D Const*. 2017;24:1–32.