

Recomanacions per a l'acompanyament de les persones menors en el procés de cer-ca de la seva identitat de gènere

COMITÈ DE BIOÈTICA DE CATALUNYA

JUNY 2022

Recomanacions per a l'acompanyament de les persones menors en el procés de cerca de la seva identitat de gènere

Introducció

Si bé socialment el gènere masculí s'atribueix al mascle i el gènere femení a la femella, sexe i gènere no són equivalents. Entenem per sexe la distinció biològica d'un individu basant-se generalment en les característiques orgàniques (genitals) i cromosòmiques. El gènere és el conjunt de factors que caracteritzen cada sexe quan s'inscriu en l'entorn social. Les conductes i identitats de gènere que acompanyen aquesta inscripció social són influenciables biològicament i culturalment i aquesta influència varia al llarg del temps.

Les estimacions suggereixen que la població trans podria ser entre el 0,1% i l'1,1% dels adults en edat reproductiva (1). Algunes persones desenvolupen una identitat trans a l'adolescència, altres a l'edat adulta; n'hi ha que en la infància mostren un desig de pertànyer a l'altre gènere, malgrat no totes mantindran aquest desig en fer-se adultes. Iniciada la pubertat, la transició mèdica és un component central de la trajectòria de gènere de moltes persones trans que requereix tractament hormonal (i quirúrgic en la majoria amb edat sanitària, si així ho decideixen).

Alguns estudis mostren que les persones trans que van accedir a bloquejadors de la pubertat durant l'adolescència tenien menys probabilitats d'ideació suïcida, ansietat i depressió en comparació amb aquells que ho desitjaven però que no van accedir al tractament (2,3). Aquestes dades recolzen les recomanacions de 2017 de *The Endocrine Society* (4) i de la WPATH (5) que apuntaven que els infants i adolescents que ho necessitin puguin accedir a aquests tractaments. Aquests resultats també proporcionen evidència en contra de les legislacions que restringeixen l'accés dels adolescents trans a l'atenció mèdica hormonal, ja que aquesta restricció té resultats adversos per a la salut mental d'aquests (2).

En contrapartida a les respostes medicalitzades, han aparegut altres identitats com “*queer*”, que qüestionen tant el binarisme de gènere com la medicalització per la migració de gènere i la reproducció de rols de gènere. Reivindiquen que les persones puguin exhibir

trets de les dues característiques, fins ara marcades com a exclusives d'un gènere determinat.

Aquest document vol contribuir a millorar l'acompanyament en el procés de cerca de la identitat de gènere de les persones menors que experimenten un desacord amb el gènere assignat en néixer¹. El procés de definició de la identitat sexual o de gènere de les persones menors trans és un camí personal difícil al qual se suma una important pressió social, estigmatització, marginació i, moltes vegades, violència, que poden donar lloc a conflictes i símptomes que cal contenir i tractar. L'ansietat, l'estrès, les depressions i el suïcidi són més freqüents en el col·lectiu trans en el qual es donen, a més, diferents factors interrelacionats (ètnia, religió, cultura, pobresa, infància...) que poden augmentar la vulnerabilitat i la complexitat de l'abordatge.

Aquest document va dirigit als professionals que han de fer l'acompanyament a les persones menors d'edat que exploren canvis en la seva identitat respecte del seu sexe/gènere, i a la ciutadania en general (persones menors incloses). Les nostres recomanacions pretenen millorar l'atenció a les persones menors trans per part dels serveis i professionals implicats. No incorpora aspectes més tècnics inclosos en altres protocols², com el model català de 2017 (6).

Amb l'acompanyament de les persones menors que manifesten discordança amb el seu sexe/gènere, es tracta 1) d'anar esbrinant si la discordança és quelcom transitori o està molt consolidada; i 2) de discernir amb la persona menor els inconvenients/beneficis de

¹ A excepció de les persones intersexuals, el que s'assigna en néixer és el gènere, donat que el sexe ve predeterminat biològicament.

² Hi ha tractaments hormonals per retardar la pubertat i tractaments hormonals per induir canvis físics (fenotip) que corregeixin la incongruència de gènere. En els homes transgènere el principal objectiu del tractament amb testosterona és aturar la menstruació i induir una virilització amb un patró masculí sexual, del cabell facial, la veu i contorns propis d'home. En el cas de les dones transgènere, el tractament rau amb antiandrògens i hormones femenines. Tot i que l'objectiu de la teràpia és reduir les característiques sexuals secundàries masculines induïdes hormonalment, no és possible l'eliminació completa. Per exemple, en dones transgènere, els efectes dels andrògens sobre l'esquelet, com ara una major alçada, mida i forma de mans, peus, mandíbules i pelvis, i la veu (prominència de laringe), no es poden revertir. Aquests tractaments hormonals tenen també els seus efectes adversos, per això són teràpies que convé que siguin monitorades per especialistes dins d'equips multidisciplinaris. Entre aquests efectes, n'hi ha de reversibles (els bloquejadors de la pubertat), parcialment irreversibles (tractaments hormonals) i de més irreversibles, com seria la cirurgia de conformitat de gènere o de reassignació de sexe (aquesta última requereix la majoria d'edat).

fer o no fer el trànsit, i de com i quan fer-lo. Per la vulnerabilitat de l'edat en què l'autonomia encara no està forjada, partirem de les següents categories ètiques:

1. El *reconeixement dels infants com a subjectes de drets* (Art. 2 de la Convenció de drets de l'infant), entre ells el de la identitat i el lliure desenvolupament de la personalitat.
2. La *protecció a la seva vulnerabilitat*, protecció que depèn del risc de patir un dany i de la probabilitat d'obtenir un benefici.
3. *L'interès superior del menor* (Art. 3 de la Convenció dels drets de l'infant), que insta a respectar la voluntat i els desitjos de la persona menor en un camp tan fonamental com és la construcció de la seva identitat de gènere i el lliure desenvolupament de la personalitat.
4. *L'autonomia progressiva del menor* permet reconèixer i emparar el dret de les persones menors trans competents a decidir lliurement com determinen la seva identitat de gènere³. La Llei orgànica 1/1996 LOPM estableix que els menors d'edat son "*subjectes actius, participatius i creatius, amb capacitat de modificar el seu propi medi personal i social*", i diu "*la millor manera de garantir social i jurídicament la protecció a la infància és promoure la seva autonomia com a subjectes*". La Llei 25/2010, del 29 de juliol, del llibre segon del Codi Civil de Catalunya, relatiu a la persona i la família, a l'article 212.2 sobre el consentiment informat, diu: "*Les persones majors de setze anys i les menors que tinguin una maduresa intel·lectual i emocional suficient per a comprendre l'abast de la intervenció en la seva salut han de donar el consentiment per si mateixes, llevat dels casos en què la legislació d'àmbit sanitari estableixi una altra cosa*" (7). Es considera que la persona, malgrat que menor, va adquirint paulatinament competència per a la presa de decisions. La competència té en compte els factors de risc alhora que els recursos personals i de l'entorn amb els quals compta la persona menor⁴.

³ Yogyakarta, Principi 24-d: "*En totes les mesures o decisions que afecten nenes i nens, s'ha de vetllar perquè un nen o una nena que estigui en condicions de formar-se un judici propi pugui exercir el dret a expressar les seves opinions amb llibertat i que aquestes siguin degudament tingudes en compte en funció de l'edat i la maduresa de l'infant*"(8).

⁴ L'avaluació de la competència ho és per a una intervenció específica i unes circumstàncies concretes, i no representa cap judici sobre la capacitat d'autodeterminació de la persona menor, com ja va afirmar el Comitè de Bioètica de Catalunya en el document sobre la persona menor en l'àmbit de la salut: "*A efectes pràctics, convé diferenciar entre el procés de maduració de la persona, en què intervenen factors genètics,*

5. *El dret a l'atenció a la salut.*
6. *El respecte a la diversitat*, de forma que es garanteixi la igualtat de tracte i oportunitats sense etiquetar las diferències.

1. Els eixos sexe/gènere

La relació amb el cos i la forja de la identitat personal es una qüestió complexa i dinàmica molt influenciable per l'entorn social. La persona menor està més exposada a influències externes (familiars, amics, consemblants, xarxes socials, etc.). La major incidència avui en dia d'aquest fenomen trans en persones menors segur que té a veure amb la pressió social, però també amb la llibertat i comprensió dels pares. L'acceptació de la diferència és cabdal. Amb sensibilització social i canvis legals es pretén acceptar més la diversitat d'identitats, i si el procés de cerca requereix acompanyament i tractaments mèdics, cal que aquests siguin adequats a les necessitats de les persones i al coneixement de la ciència sobre els seus efectes. Cal garantir la informació i conseqüències dels riscos que implica tant intervenir com no fer-ho, sobretot si és irreversible.

Precisament, perquè entra en el sistema sanitari, bé per patiment o per demanada de tractament farmacològic, per la irreversibilitat o conseqüències d'aquest tractament i el deure de no danyar, cal registrar-ho en la història clínica i fer-ne esment. Això no ha de significar cap dels dos extrems: ni la patologització ni el clientelisme. Entre aquests dos pols extrems el bon acompanyament és el que volem promoure en aquest document.

El 2018, l'OMS elimina la transsexualitat de la llista de malalties mentals (*transsexualitat, trastorn d'identitat de gènere, disfòria de gènere*) i la cataloga com "incongruència de gènere" dins del grup de comportaments sexuals. Les categories mèdiques serveixen per a descriure un fenomen i són requisit per a informar dels motius del tractament. Sovint, el col·lectiu les ha viscut més com a orientacions per abordar el tractament que com a etiquetes estigmatitzants. Però no hauria de ser així amb el canvi de mirada que proposem

psicològics i ambientals i que no és homogeni en totes les àrees del desenvolupament personal, i el grau de maduresa, que capacita el menor per exercir la seva autonomia i prendre decisions en una situació concreta"(7)

aquí. Si la transició requereix intervencions clíniques, cal avaluació mèdica i psicològica, com en la resta d'intervencions. Per accedir a tractaments cal una avaluació clínica. No es dona tractament a ningú pel sol fet de demanar-lo. A part de la responsabilitat professional i de despesa de recursos públics, cal esbrinar les raons del desig de canvi, del seu patiment, i això requereix temps i converses pausades, i més en l'etapa de la infància i l'adolescència.

La condició trans, com a tal, ha de deixar de ser considerada una patologia mental, independentment de la seva freqüència estadística minoritària però en continu creixement. Per aquest motiu, no sempre s'ha de donar per fet que el desig de canvi de gènere oculta un problema mental. Aquesta apreciació pot ser la causa de més patiment. No cal entrar en les causes de per què les persones volen ser trans, que poden ser molt complexes, variades i personals.

La qüestió fonamental és que els professionals sàpiguen acompanyar l'autonomia i la competència de la persona menor per a veure si comprèn les conseqüències sobre les decisions que va prenent relatives a la seva identitat de gènere. No n'hi ha prou amb que ho demani, aquesta és una condició necessària, però no suficient. No es tracta tampoc de promoure l'assertivitat trans, sense més i a la primera petició, sinó d'acompanyar-la en el procés de si vol fer el trànsit, i com i fins a quin punt el vol fer. La demanda de tractament mèdic l'ha de poder manifestar, se l'ha d'escoltar i s'ha d'estudiar conforme a la *lex artis* que en cada moment la comunitat científica estableixi, sense oblidar que el responsable final de la intervenció –o no intervenció– mèdica serà l'equip de professionals, no pas el menor. Es tracta també de descartar que el desig de transició no tapi altres problemàtiques sobre la relació amb el cos o amb l'entorn; i si n'hi ha, veure com tractar-ho tot. Tot plegat requereix cautela i precaució per no empènyer ni endarrerir; sempre tenint en compte el següent: què sabem científicament, què desconeixem i què diu l'adolescent en aquets processos de descoberta personal que va fent.

Essent la sexualitat humana una gran pulsíó que es manifesta en conductes sovint complexes que, com moltes altres, poden comportar dificultats i necessitar acompanyaments, les persones trans, com la resta, també poden tenir obstacles interns en la vivència de la seva sexualitat. Moltes persones trans no demanen ser ateses perquè tenen una malaltia o

un trastorn, sinó pels patiments que els generen els obstacles que troben en el lliure exercici dels seus drets més fonamentals, i volen tenir informació rigorosa sobre el motiu del seu patiment i, si els cal, conèixer els possibles tractaments farmacològics i els seus efectes.

En línia amb aquest model de drets, es promulguen en el 2006 els Principis de Yogyakarta (8), sobre l'aplicació de la legislació internacional de drets humans en relació amb l'orientació sexual i la identitat de gènere (ampliats i actualitzats el 2017), i que són recollits el 2009 per part del Consell d'Europa (9). A Catalunya diverses lleis garanteixen els drets de les persones trans, com són la Llei 11/2014, del 10 d'octubre, per a garantir els drets de lesbianes, gais, bisexuals, transgènere i intersexuals i per a erradicar l'homofòbia, la bifòbia i la transfòbia; la Llei 19/2020, del 30 de desembre, d'igualtat de tracte i no-discriminació, i la Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència (en concret, el seu article 30 al·ludeix al dret a la identitat).

Acompanyar les persones menors per facilitar el procés de presa de decisions i el millor trànsit, si així ho decideixen, exigeix valorar la persona en la seva integritat (biopsicosocial), com a titular de drets i integrada en diferents contextos. Per això, cal escoltar les persones en particular i les demandes dels col·lectius trans també en la seva diversitat. Però aquí ens centrarem en el patiment de les persones menors i les seves famílies, en la seva comprensió i la necessitat d'acompanyament. És cabdal respectar la diversitat amb la qual es viuen les identitats personals i el procés de canvis que es produeixen en aquests anys d'infància i adolescència. Cal tractar cada persona en funció del seu procés i del seu ritme.

Una bona mostra de la complexitat del tema, i més quan tractem de persones menors, es fa palesa en les següents taules sobre les diferents expectatives de les persones trans, les seves associacions i els professionals que les atenen⁵ (10):

⁵ *Font*: “Nuevos modelos de atención sanitaria para las personas transgénero en el sistema sanitario español: demandas, controversias y reflexiones”. Gómez-Gil, E.; Esteva de Antonio, I.; Fernández, M.; Almaraz, M.; Hurtado, F.; Gómez Balaguer, M.; Asenjo N. et al. GG. Rev Esp Salud Pública. 2020;94. Tablas 1, 2 y 3.

Tabla 1 Demandas más frecuentes de las personas transgénero al Sistema Sanitario Español.	
Demandas de las personas transgénero usuarias de las UIG	Demandas de personas transgénero que provienen del activismo y asociaciones
Solicitud de recursos sanitarios y disminución de listas de espera quirúrgicas.	Solicitud de despatologización y autodeterminación de género y de tratamiento.
Solicitud de atención por profesionales sanitarios con experiencia (equipos especializados de referencia).	Solicitud de descentralización, y por lo tanto asistencia en proximidad en Atención Primaria o especialista de área.
Evaluación inicial, asesoramiento y acompañamiento psicológico.	Autodeterminación de género y de tratamiento.
Identificación mayoritariamente binaria (hombre-mujer) y en consecuencia tratamientos de afirmación de género masculinizantes o feminizantes.	Críticas al modelo binario y desmedicalización.
Deseo de invisibilización e inclusión social.	Deseo de visibilidad y empoderamiento trans

Tabla 2 Demandas más frecuentes de los profesionales pertenecientes a las Unidades de Identidad de Género del Sistema Sanitario Español en relación a la atención a personas transexuales y transgénero.
Decisiones legislativas y sanitarias no basadas en posicionamientos ideológicos.
Evaluación multidisciplinar por profesionales con experiencia que garantice la calidad y seguridad en el proceso de reafirmación de género.
Participación de profesionales de psicología y salud mental.
Actuaciones basadas en evidencias científicas disponibles y en guías clínicas.
Incremento de los recursos sanitarios.
Regulación sanitaria y protección legal ante tratamientos hormonales no incluidos en ficha técnica, o en abordajes basados en la autodeterminación de tratamiento.

Tabla 3 Preocupaciones de los profesionales pertenecientes a las Unidades de Identidad de Género del Sistema Sanitario Español en relación a los nuevos modelos de atención a las personas transexuales y transgénero.
Riesgo de toma de decisiones sanitarias sin suficiente base empírica ni consenso entre asociaciones, profesionales y legisladores.
Riesgos de la ausencia de valoración previa por profesionales de la salud mental con experiencia en el tema.
Riesgos de la descentralización: profesionales sin o con escasa experiencia.
Posible incremento de arrepentimientos y de transición.
Disminución futura del conocimiento científico sobre el tema.
Desmarque del modelo sanitario del resto de países de nuestro entorno.
Riesgo de burnout de los profesionales sanitarios.

Com ja hem dit, el sexe biològic és la distinció d'un individu en base a la seva composició cromosòmica (cariotip: 46XX / 46XY o altres possibles fórmules cromosòmiques compatibles amb la vida) i que determina un gran nombre de característiques físiques. Des del punt de vista biològic, el binarisme sexual és la base de la reproducció humana. Una àmplia majoria de veus científiques avala una visió binària del sexe. Encara que el sexe es distribueix majoritàriament de manera predeterminada biològicament i binària en la naturalesa, la seva transposició a la cultura humana –el gènere– pot admetre variacions com les que estem veient cada vegada més freqüentment.

La condició humana no és una realitat abstracta ni un universal biològic sinó que es configura i constitueix a partir dels contextos vitals de cada persona; depèn del desenvolupament dels espais socials i temps històrics en què es viu i de com la persona s'adapta a les seves circumstàncies. Inevitablement, estem determinats a heretar condicions biològiques, una llengua, una moral, uns coneixements i tot tipus de judicis que, en forma de pre-judicis (els heretem abans d'haver-los pogut jutjar) només els podem corregir o abandonar amb el pas del temps, bé per manca de fonamentació, per l'adquisició de nous co-

neixements o per la constatació del patiment evitable que generen. En són alguns exemples les diferents consideracions sobre el tracte als animals, l'esclavatge humà, la desigualtat entre homes i dones i, el que ara aquí ens ocupa, les consideracions sobre la infància i l'adolescència (darrerament s'ha reduït la infància als 10 primers anys de vida i s'ha allargat l'adolescència molt més que en d'altres èpoques històriques). Els canvis conceptuals que es van produint amb el pas del temps depenen de contextos, cosmovisions i mentalitats.

No obstant això, cal evitar la polarització de dos extrems segons els quals o tot és construcció (social i cultural) o tot és predeterminació biològica. Sens dubte que moltes característiques que ens constitueixen com a humans ens venen donades per raons biològiques i culturals que no podem més que acceptar; però d'altres són fruit d'una elecció i una re/construcció. Les línies que separen unes i altres no poden ser fixament marcades. Quan les persones no encaixen en aquestes línies, caldria millor ampliar la mirada i qüestionar abans els marcs que les persones. Es requereixen encara grans canvis per ampliar la mirada a la diversitat humana, més enllà del binarisme de gènere.

Des d'aquesta actitud crítica i reconeixedora dels inevitables prejudicis que tota època arrossega i genera, cal desproblematitzar la identitat trans. Tanmateix cal evitar simplificacions, estereotips i essencialismes sobre el que significa ser home, dona o trans. La condició humana requereix estar integrada en un context que possibilita o dificulta el desenvolupament personal, aquest context és interseccional i, per tant, amb múltiples i variades dimensions. Cal un acompanyament personalitzat sobre el procés que s'inicia, amb els seus riscos i inconvenients, però també amb la possibilitat de resoldre el malestar, si és que efectivament les causes d'aquest es deuen a la discordança entre sexe i gènere.

Des d'un punt de vista ètic, un cop acceptem que depenem sempre de factors biològics i culturals que ens venen donats, què fem amb això? Quina reconsideració podem fer-ne? Aquestes preguntes formen part del projecte personal d'apropiar-se de la pròpia vida en la cerca d'una identitat més o menys estable (11). Des del respecte i foment de l'autonomia de la persona i des del dret a un sistema públic universal de salut, aquelles persones no conformes amb el seu sexe/gènere, han de veure reconeguts els seus drets i respectades les seves decisions. En el cas de les persones trans, cal promoure estudis i que les seves veus puguin exposar les seves realitats, i facilitar els canvis legals, polítics i socials en

defensa dels seus drets. Això implica facilitar-los els processos administratius de canvi de nom i sexe, i garantir, quan així ho vulguin, l'accessibilitat als tractaments i la seva continuïtat.

Fugint de simplificacions o extrems polaritzats, caldria distingir dues dimensions. Per una banda, el suport a les persones que pateixen pel gènere adjudicat, que busquen acompanyament en la cerca de la seva identitat i que han de decidir si fer el trànsit social o també els tractaments hormonals. Per millorar aquesta primera dimensió, calen equips interdisciplinaris i propers.

D'altra banda, la qüestió de les evidències científiques sobre aquests tractaments per modificar el fenotipus (adequació, riscos, indicació, etc.). En aquest sentit ja es disposa d'algunes evidències però cal més recerca (12). Així s'ha pronunciat, entre d'altres, el Nuffield Council⁶. Per tractar la segona dimensió també és convenient establir registres i centres de dades, intercanvis de la informació i debat científic sobre les experiències i evidències disponibles. Però fer esperar fins a tenir evidències pot generar més patiment. No informar de la manca d'evidència, farà malbé l'aliança terapèutica. Dir que una societat que superi la transfòbia farà innecessaris els tractaments perquè les persones seran acceptades és demanar a qui pateix que continuï patint mentre aquesta societat hi arriba. Aquesta és la gestió de la complexitat del tema que ha generat darrerament un debat, al nostre parer, massa polaritzat.

2. El millor acompanyament possible: integral, proper, personalitzat i informat

Quan es tracta de persones menors cal un acompanyament en el procés, cautelós pel que fa a les decisions sobre la identitat que volen adoptar, i sense convertir en un problema la seva circumstància més enllà dels interrogants que la persona es planteja. El repte d'aquest document és millorar la vida quotidiana de les persones menors que viuen amb discordança la seva identitat respecte del sexe/gènere, mitjançant la creació d'entorns de serenitat i reconeixement, per tal que puguin dur a terme un projecte de cerca i desenvolupament de la seva identitat personal.

⁶ <https://www.nuffieldbioethics.org/topics/health-and-society/gender-identity>

Durant la infància i l'adolescència, períodes cabdals en el desenvolupament de la persona, es precisa certa estabilitat emocional, una escolaritat acollidora (que va més enllà de disposar d'un protocol d'atenció a les persones menors trans) i vincles positius per respectar les diferències i les autonomies personals. Per això, és important que les persones menors trans o en procés de cerca de la seva identitat de gènere puguin gaudir d'una vida quotidiana assossegada. En aquest sentit, caldria respectar el gènere propi que manifestin les persones menors. Una bona opció és el foment de les pràctiques mixtes durant la infància, sense segregació sexe/gènere, ja que faciliten l'educació en valors i una adequada socialització.

Per a fer tot aquest procés de la forma més saludable possible, generant estabilitat emocional, escolaritat acollidora i vincles, els professionals de l'àmbit clínic (pediatres, metges i infermeres d'atenció primària i altres especialitats mèdiques o infermeres, serveis d'identitat de gènere, etc.) han de tenir una bona formació per saber acompanyar les persones menors trans que es dirigeixin als serveis. L'acompanyament es dirigeix cap a l'alliberament de cotilles o estereotips sexe/gènere que entorpeixen el procés de cerca de la identitat, una cerca que només es pot transitar en primera persona. Això no exclou informar sobre les diferents i variades associacions de persones trans i familiars que hi ha al territori, sense confondre el paper de cadascun.

El bon acompanyament promou que les decisions que es prenguin en un moment de la seva vida permetin mantenir oberta la seva capacitat de continuar decidint i poder, en un futur, si així ho volen, formar una família. Per això cal explicitar els riscos sobre la fertilitat dels tractaments hormonals creuats. En aquest sentit, per preservar les opcions reproductives amb el seu propi material biològic, se'ls ha d'oferir informació de les possibilitats de crio preservació de les seves gàmetes, ja que malgrat la reproducció no és una prioritat en aquesta etapa de la vida, pot esdevenir molt important en l'edat adulta. És cabdal explicar bé el procediment i les probabilitats futures d'èxit reproductiu emprant aquest material criopreservat.

Com que aquest transitar es dona sempre en un entorn social, l'acompanyament hauria de ser integral, a nivell familiar, comunitari i de ciutat. El desenvolupament saludable de tota persona exigeix l'acollida en les tres esferes de reconeixement: emocional, legal i social, que permeten el desenvolupament de l'autoconfiança, l'autorespecte i l'autoestima (13).

En tant que éssers socials, relacionals, aquest és un procés complex que es viu subjectivament i intersubjectivament. S'ha de fomentar una actitud d'escolta per comprendre millor per què les persones menors volen fer una transició social amb tractaments farmacològics. Entre les persones trans hi ha un 40% de prevalença d'intents de suïcidi al llarg de la vida (14); entre els joves trans és d'un 48% (15). Cal reconèixer que part de la disminució del patiment rau en l'acceptació social de la diferència, i també en la formació dels professionals sanitaris sobre aquestes diferències i els seus abordatges. El risc de no prevenir la transició social i/o farmacològica de qui pateix una gran angoixa per causa del gènere és més alt que el risc de penediment d'una petita minoria de persones que reben l'atenció mèdica (2,3).

Es tracta d'acompanyar la persona menor cap a més alts graus d'autonomia, també a la seva família, amb l'objectiu d'evitar un patiment per raó de la cerca d'identitat de gènere del seu familiar, i anar decidint si vol fer el trànsit amb tractament farmacològic, sense ell o abandonar-lo. Si la persona vol el tractament farmacològic, principalment hormonal, es tracta que prengui consciència de les conseqüències que pot tenir i de les evidències encara escasses que tenim dels seus efectes a llarg termini.

Igualment, l'avaluació de la competència per part dels professionals ha de ser més dinàmica, pluridisciplinària i proactiva per augmentar els graus d'autonomia. A més irreversibletat o conseqüències molt danyoses (com l'impacte en la fertilitat) més competència s'ha d'exigir. Perquè tota decisió clínica implica una valoració clínica; i tot tractament, un raonament clínic.

Cal escoltar la persona menor i donar-li eines per anar augmentant el seu grau d'autonomia segons el seu procés de maduració. En aquest sentit, si vol accedir a tractaments (bloquejadors de la pubertat, hormonació creuada, etc.), cal proporcionar-li coneixements, tant a la persona menor com a la seva família o als seus tutors legals, sobre el que haurà de prendre, com ho haurà de prendre, els possibles efectes adversos i les conseqüències de les seves decisions. Així, en el marc de la presa de decisions cal partir del dret a la lliure determinació del gènere de la persona menor que s'ha de reflectir en el seu consentiment, si és major de 16 anys o entre els 12 i els 16 si els professionals consideren

que té competència suficient per entendre l'abast de l'actuació⁷, i sempre després de ser informat dels avantatges i desavantatges del tractament i de la possibilitat d'interrompre'l o reduir-lo. En cas de manca de competència suficient, el menor, si més no, ha de ser informat i assentir el tractament i, posteriorment, disposar del consentiment dels seus representants legals. Pel que fa a una possible cirurgia de reassignació de sexe, entenem que caldria haver assolit almenys la majoria d'edat sanitària (16 anys).

Acompanyar no significa emprar teràpies de conversió ni assertives davant la simple demanda de la persona menor, sinó estar al costat cas per cas. En diferents guies, com des de l'Organització de les Nacions Unides (2015) i des del Parlament Europeu (2018), s'explicita que les anomenades "teràpies de conversió"⁸, que busquen "modificar" l'orientació sexual o identitat de gènere de joves LGBTI són ineficaces i no tenen cap base científica ni ètica. Actualment, aquest tipus de teràpies estan prohibides en cinc països europeus (Alemanya, Espanya, Suïssa, Països Baixos i Noruega). L'acompanyament ha de ser prudent, sense confondre la prudència amb la inacció. Acompanyar psicològicament la persona menor i la seva família no significa ni forçar ni endarrerir, senzillament exigeix estar al costat i facilitar els processos que impliquin les decisions que la persona menor va prenent.

Per a les persones trans, una de les grans dificultats –traduïdes en moltes ocasions en violències quotidianes– és l'adequació als cànons estètics i corporals que permetran una vida “normal” sense ésser objecte d'assenyalaments i burles pel fet de tenir un cos no estereotipat. Reduir la insatisfacció a través de l'adequació corporal que la persona necessita li permet centrar-se en allò que realment és important per al seu desenvolupament: estudis, amistats, relacions socials, etc. És important evitar imatges finalistes massa tancades o fins i tot massa optimistes, basades en l'ideal de cos i aspecte que vol tenir, i presentades com la solució de tots els problemes. Les expectatives han de ser realistes ja que no tots els caràcters sexuals secundaris són reversibles de la mateixa manera. Les teràpies hormonals no s'haurien de proposar com la solució a tots els problemes, perquè

⁷ Segons la Llei 41/2002: entre els 12 i 15 anys, si tenen prou maduresa a criteri del professional, és vàlid el seu consentiment, excepte en decisions de “greu risc”, que cal el dels pares o tutors. Igualment així ho preveu l'art. 212.2 del Codi Civil de Catalunya (Llei 25/2010 del Llibre Segon del Codi Civil de Catalunya, relatiu a la persona i família).

⁸ Aquestes teràpies, forçades i en contra de la voluntat de la persona, volien corregir la incongruència o l'orientació sexual actuant sobre el cervell i d'acord amb el principis conductistes.

en poden generar de nous, alguns fins i tot tardans, i dels que no en tenim encara prou evidència científica. Per això cal ponderar molt bé els riscos i beneficis. Els adolescents trans i les seves famílies han de participar en una anàlisi de risc-benefici sobre resultats a llarg termini, amb el benefici més immediat d'evitar resultats perjudicials en la salut mental i associats a l'absència de tractament hormonal (16,17).

Malgrat que el centre d'atenció és la persona menor, aquesta depèn de l'entorn familiar, escolar i comunitari. Aquests també han de poder comptar amb l'acompanyament dels professionals. Els professionals que acompanyen en aquest procés de trànsit han d'oferir a la persona menor i els seus familiars i entorn afectiu una informació contrastada, suficient i de qualitat, que els permetin prendre les decisions que més els convinguin en el procés de consolidació de la identitat viscuda.

La pressió social que exclou i estigmatitza aquest col·lectiu és gran i ve de lluny, i genera sovint desorientació o patiment de la persona menor i els seus familiars. A vegades, els pares, mares o tutors legals, desitjant evitar-los aquest patiment, intenten dissuadir-los de demanar acompanyament; o, al contrari, el demanen ràpidament per a resoldre d'una vegada la qüestió de la identitat. La no acceptació per part de familiars i companys és un important predictor conegut de depressió i suïcidi en adolescents trans (18). En els casos extrems que es demostrï que ambdós representants o tutors legals es neguen a acompanyar la persona menor en el seu trànsit, és adient posar-li a disposició figures sociosanitàries de suport, per poder viure amb serenitat la cerca de la seva identitat. I sempre oferir-se a acompanyar el trànsit de la família per a l'acceptació del seu fill.

Les decisions sobre possibles tractaments mai són fàcils ni per als menors, ni per a les famílies ni els professionals. Des de l'any 1998, en què s'estableix el Protocol holandès d'atenció a menors, es plantegen diferents opcions de tractament (guies i protocols que garanteixen una bona pràctica assistencial) avalades per les societats d'endocrinologia des de l'any 2009 (4,19) i pels Standards of Care (SOC) for Transgender Health de la WPATH (The World Professional Association for Transgender Health), 2012 (5), i amb suficient bibliografia que demostra una millora en el benestar emocional i disminueix les idees suïcides en un 69% en aquest col·lectiu (20). Aquestes guies i protocols recomanen no començar cap tractament abans de l'inici de la pubertat, mentre no es disposi d'un coneixement científic més complet. En el cas d'administrar bloquejadors de la pubertat,

s'indica que no s'han de començar abans de l'inici d'aquesta. Si així ho volen i després d'haver-ne considerat les conseqüències, els adolescents poden començar posteriorment la teràpia hormonal de feminització-masculinització. El millor és que, fruit de l'acompanyament professional, les decisions de tractament siguin compartides entre l'adolescent, la família i els professionals de la salut.

En aquest acompanyament, les administracions han de facilitar l'accés als preparats hormonals i procediments quirúrgics, si escau, necessaris per millorar el seu benestar psicològic i la seva integració social. Alhora, han de facilitar els tràmits burocràtics pertinents, com el canvis de nom i sexe en els registres públics i els documents d'identitat i passaport. Algunes veus proposen reconsiderar l'obligatorietat de registrar el sexe de naixement i valorar altres opcions, com la possibilitat d'ometre'l o posar-lo com indeterminat. S'haurien de valorar molt bé les conseqüències d'implementar alguna d'aquestes mesures, entre d'altres raons pel distints tractaments que homes/dones han de rebre i millorar-ne el seguiment, amb la conseqüent pèrdua d'informació des de la perspectiva de gènere, pel fet que el sexe no consta enlloc.

Un altre debat rau en el model i organització dels serveis (10). L'excessiva descentralització no permet tenir registres, se'ns escapa informació sobre casos atesos, model d'atenció o formació que tenen i reben els professionals assistencials. Un model centralitzat permetria recopilar dades, registrar i disposar d'evidències i coneixement sobre el millor abordatge d'aquest col·lectiu. Aquesta centralització no hauria de significar burocratització, homogeneïtzació ni despersonalització. Cal ordenar els protocols i els models d'atenció per evitar arbitrietat i desconeixement. Tot plegat permetrà millorar l'acompanyament.

Cal insistir que en el supòsit que hi hagi problemàtica mental, aquesta no hauria de ser un obstacle "per se" per a recórrer el camí de la lliure determinació de gènere. Però, en aquests casos, s'haurà de valorar en conjunt i abans de passar a intervencions invasives, sospesar-ne bé les conseqüències, no donar per suposat que el trastorn mental és l'únic que s'ha de tractar. L'acompanyament per part dels professionals de la salut mental (psicoteràpia, psicologia clínica/psiquiatria) hauria de fer-se des d'un abordatge integral, bio-psico-social i amb coordinació entre els professionals per fer-ne un millor seguiment.

Recomanacions

1. S'ha de considerar la persona menor en la cerca de la seva identitat de gènere com a titular de drets (en concret, a la seva identitat i lliure desenvolupament de la personalitat) des de la perspectiva de la seva competència progressiva i des del seu interès superior, fent-la protagonista del seu procés de cerca.
2. Cal oferir les persones menors en cerca de la seva identitat de gènere un tracte digne i respectuós i tractaments integrals i integrats per professionals experts.
3. És necessari l'acompanyament dels pares, mares i tutors legals perquè sàpiguen acompanyar els seus fills en el procés de trànsit. En el cas extrem que cap dels representants legals vulgui acompanyar-los en el seu trànsit, és recomanable posar a disposició de la persona menor figures sociosanitàries perquè pugui fer el procés de cerca d'identitat en un entorn d'estabilitat i vincles saludables.
4. Les persones menors trans han de tenir una bona acollida pel personal assistencial que els tracti i l'administració sanitària ha de garantir-la.
5. Qualsevol intervenció professional és pedagògica i ha d'orientar-se a generar estabilitat emocional, escolarització acollidora i vincles que empoderin en el procés de desenvolupament de l'autonomia de la persona menor.
6. L'acompanyament a la persona menor trans ha d'assumir que les identitats de gènere poden ser tant binàries com no binàries.
7. Cal formar tots els professionals involucrats en una visió crítica del eixos sexe/gènere hegemònics per millorar l'atenció en els casos de tractaments de persones trans. Igualment, caldria formar-los perquè puguin detectar situacions on hi pugui haver aquesta incongruència i així poder derivar els menors (i família) cap a

equips multidisciplinaris que puguin oferir una atenció integral i que puguin excloure altres trastorns (mentals o no) associats.

8. Cal expertesa, molta prudència i cautela en la prescripció de tractaments hormo-nals, atesa la limitada evidència que hi ha tant sobre l'eficàcia com sobre els pos-sibles efectes adversos a llarg termini. Tal com indiquen les guies i protocols clí-nics, no s'ha d'iniciar tractament hormonal abans de l'inici de la pubertat mentre no es disposi d'un coneixement científic més complet. Donada la irreversibilitat de la decisió, no es recomanable fer tractaments quirúrgics per sota dels 16 anys, majoria d'edat sanitària.
9. Cal generar evidència científica sobre la salut de les persones trans en el seu pro-cés de transició física, psicològica i social.
10. Per millorar la qualitat de l'atenció, la transparència i la seguretat de les persones que s'atenen, i evitar l'arbitrarietat o el malbaratament de coneixement, cal proto-col·litzar i consensuar les pautes d'atenció i d'avaluació, així com millorar la co-ordinació entre els diferents unitats, professionals i serveis implicats.
11. És recomanable disposar de registres de dades i informació sobre l'acompanya-ment de les persones menors trans per a generar coneixement i poder avaluar la qualitat de la prestació.
12. Per millorar el coneixement sobre la qualitat de l'acompanyament de les persones menors trans, cal potenciar les investigacions dins de les diferents administracions públiques i, en especial, en l'àmbit de la salut i l'educació.
13. Atès que la terminologia en relació amb les identitats de gèneres i sexualitats està en continua evolució, s'aconsella els professionals de la salut que s'actualitzin i es comprometin amb els canvis que es van consensuant.

Glossari:

- **Adolescència:** període del desenvolupament biològic, psicològic, sexual i social immediatament posterior a la infància i que comença amb la pubertat.
- **Binarisme de gènere (gènere binari):** convicció que només hi ha dos gèneres, el masculí i el femení i que la identitat de gènere ha de coincidir amb un d'ells, que d'acord amb la majoria de trets biològics, s'assigna en néixer.
- **Cisgènere:** designa les persones en què coincideixen la identitat de gènere assignat en néixer i l'expressió de gènere i el sexe.
- **Competència:** capacitat de prendre una decisió concreta en un moment determinat. Cal distingir la competència (o capacitat de fet) de la capacitat legal.
- **Consentiment informat:** procés gradual i continuat, en ocasions plasmat en un document, mitjançant el qual una persona competent i adequadament informada accepta o no, en funció dels seus valors, sotmetre's a determinats procediments diagnòstics o terapèutics.
- **Despatologització trans:** perspectiva teòrica-activista que reivindica com un dret humà el reconeixement i la protecció de l'expressió de la identitat sexual i de gènere i que deixa de conceptualitzar la condició trans com a trastorn mental.
- **Disfòria de gènere:** diagnòstic de l'última classificació de l'APA, DSM-5 (2013), que defineix el sofriment a causa de l'avversió de la persona als propis genitals. El grau de disfòria és variable, i depèn en gran mesura de les pressions externes que s'hagin patit respecte el seu cos i la seva identitat. No és sinònim de transsexualitat: hi ha persones trans que no pateixen un conflicte amb els seus genitals i no troben avantatges a sotmetre's a operacions plàstiques.
- **Drets personals:** drets subjectius essencials que té tot ésser humà pel sol fet de ser-ho. L'ésser humà és subjecte d'aquests drets des del mateix moment en què és capaç de gaudir-los. Al·ludeixen a un conjunt de característiques fonamentals que atenen a la protecció i defensa de la persona individual i dels seus atributs: la vida i la integritat física; la integritat moral; la intimitat; la imatge; el secret de la correspondència o les comunicacions; la individualitat a través del nom, etc. Són anteriors al seu reconeixement per part de les lleis; el que aquestes fan és positivar-los i garantir-los.
- **Drets de la personalitat:** drets de les persones a desenvolupar la pròpia personalitat i construir la seva identitat.

- **Expressió de gènere:** manera com la persona expressa el seu gènere. Inclou la manera de vestir o el comportament, considerats femení o masculí segons els rols tradicionals atribuïts a ser dona o home.
- **Gènere assignat:** assignació de la persona a un gènere o un altre, segons el seu sexe (cromosòmic obtingut quan es realitza un diagnòstic prenatal o cariotip fetal) o els seus genitals externs, en el moment de l'ecografia prenatal o del naixement, i que consta en les seves dades registrals.
- **Gènere queer:** persona la identitat de gènere de la qual no s'alinea amb la comprensió binària del gènere.
- **Identitat de gènere:** autoconcepció del gènere, és a dir, la identificació personal amb els rols que socialment s'atribueixen a homes i dones; pot o no coincidir amb el sexe i és independent de l'orientació sexual i afectiva.
- **Incongruència de gènere:** diagnòstic utilitzat en l'última classificació de l'OMS (CIM-11) de 2018, amb les mateixes característiques que la disfòria de gènere però, a diferència d'aquesta, no consta entre els trastorns mentals sinó en les "condicions relacionades amb la salut sexual".
- **Interseccionalitat:** al·ludeix a les múltiples categories i dimensions que conflueixen en les causes d'opressió o de privilegi de les persones. Suposa que les persones no són explicables des d'una única categoria dicotòmica, no són només homes o dones, adults o joves, migrants o autòctons, rics o pobres, sinó una confluència de totes elles.
- **Patologització:** procés pel qual es categoritzen com anormals o com a malalties característiques que formen part de la diversitat humana.
- **Persona menor:** persona que no té reconeguda la plena capacitat d'obrar per la seva manca de maduresa per a exercir-la. La legislació espanyola la reconeix amb caràcter general als 18 anys i als 16 anys en relació amb les decisions que afecten el propi cos (àmbit sanitari). Igualment, el Codi Civil de Catalunya i la Llei 41/2002 d'autonomia del pacient reconeixen al menor la possibilitat de donar el consentiment entre els 12 i 16 anys si es valora que té prou maduresa per a comprendre l'abast de l'actuació. La Llei orgànica 1/1996 de protecció jurídica del menor estableix que els menors d'edat són "subjectes actius, participatius i creatius, amb capacitat de modificar el seu propi medi personal i social" i diu que "la

millor manera de garantir la protecció social i jurídica a la infància és promoure la seva autonomia com a subjectes".

- **Procés de transició (o de trànsit):** procés personal i particular d'autoafirmació de la identitat que busca l'adaptació progressiva a la identitat de gènere viscuda.
- **Pubertat:** etapa de desenvolupament físic i canvis hormonals que fa que s'arribi a l'etapa de maduració sexual. L'edat d'aparició de la pubertat és variable en funció de cada persona.
- **Sexe registral:** inscripció del naixement d'una persona al Registre Civil per deixar-hi constància del seu sexe/gènere.
- **Teràpies de conversió:** pràctiques pseudo-científiques i nocives per intentar alterar l'expressió de gènere, la identitat de gènere o l'orientació sexual d'una persona.
- **Trans:** persona que té o desitja expressar una identitat de gènere diferent de l'assignada en néixer.
- **Transfòbia:** actituds i sentiments negatius, incloses la discriminació i la violència, contra persones que s'identifiquen o són percebudes com a trans.

Referències bibliogràfiques:

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. The Gap Report. Geneva, Switzerland; 2014.
2. Turban JL, King D, Kobe J, Reisner SL, Keuroghlian AS. Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults. Radix AE, editor. PLoS One. 12 de gener de 2022;17(1):e0261039.
3. Green AE, DeChants JP, Price MN, Davis CK. Association of Gender-Affirming Hormone Therapy With Depression, Thoughts of Suicide, and Attempted Suicide Among Transgender and Nonbinary Youth. J Adolesc Heal. Desembre de 2021;0(0).
4. 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. 1 de noviembre de 2017;102(11):3869-903.
5. WPATH. Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming people - WPATH World Professional Association for Transgender Health [Internet]. 2012 [citado 7 de mayo de 2018]. Disponible a: <https://www.wpath.org/publications/soc>
6. Direcció General de Planificació en Salut. Model d'atenció a la salut de les persones trans*. Barcelona; 2017.
7. Comitè de Bioètica de Catalunya. La persona menor de edat en l'àmbit de la salut. Barcelona; 2009.
8. Alston Philip, Anmeghichean Maxim, Cabral Mauro, Cameron Edwin et al. Principios de Yogyakarta. 2007.
9. Consejo de Europa. Derechos Humanos e Identidad de Género. CommDH/IssuePaper. 2009;(29 de julio):23.
10. Gómez-Gil, E.; Esteva de Antonio, I.; Fernández, M.; Almaraz, M.; Hurtado, F.; Gómez Balaguer, M.; Asenjo N. et al. GG. Nuevos modelos de atención sanitaria para las personas transgénero en el sistema sanitario español: demandas, controversias y reflexiones. Rev Esp Salud Pública. 2020;94.
11. Fausto-Sterling A. Cuerpos Sexuados. La política de género y la construcción sexual. Santa Cruz de Tenerife: Melusina; 2020.
12. Hyde JS, Bigler RS, Joel D, Tate CC, van Anders SM. The future of sex and gender in psychology: Five challenges to the gender binary. Am Psychol. 1 de febrer de 2019;74(2):171-93.
13. Honneth A. La lucha por el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales. Barcelona: Crítica; 1997.
14. James S, Herman J, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi L. The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. Washington DC; 2016.
15. Nodin N, Peel E, Tyler A, Rivers I. The RaRE Research Report. LGB&T mental health risk and resilience explored. London: PACE; 2015. 110 p.
16. Eisenberg ME, Gower AL, McMorris BJ, Rider GN, Shea G, Coleman E. Risk and Protective Factors in the Lives of Transgender/Gender Nonconforming

- Adolescents. *J Adolesc Heal*. 2017;61(4):521-6.
17. King M, Semlyen J, Tai SS, Killaspy H, Osborn D, Popelyuk D, et al. A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. Vol. 8, *BMC Psychiatry*. BioMed Central; 2008. p. 70.
 18. Turban JL, Keuroghlian AS. Dynamic Gender Presentations: Understanding Transition and “De-Transition” Among Transgender Youth. Vol. 57, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2018.
 19. WC H. Guidelines for pubertal suspension and gender reassignment for transgender adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. octubre de 2011;20(4):725-32.
 20. Growinguptransgender. Puberty Blockers – Overview of the research [Internet]. 2020. Disponible a: <https://growinguptransgender.com/2020/06/10/puberty-blockers-overview-of-the-research/>

Aquest document es va aprovar a la 122 reunió plenària del CBC₂ del dia 8 de juny de 2022. En el grup de treball que es va constituir per la seva elaboració hi van participar diferents professionals alguns dels quals no han considerat adient subscriure la versió finalment aprovada.