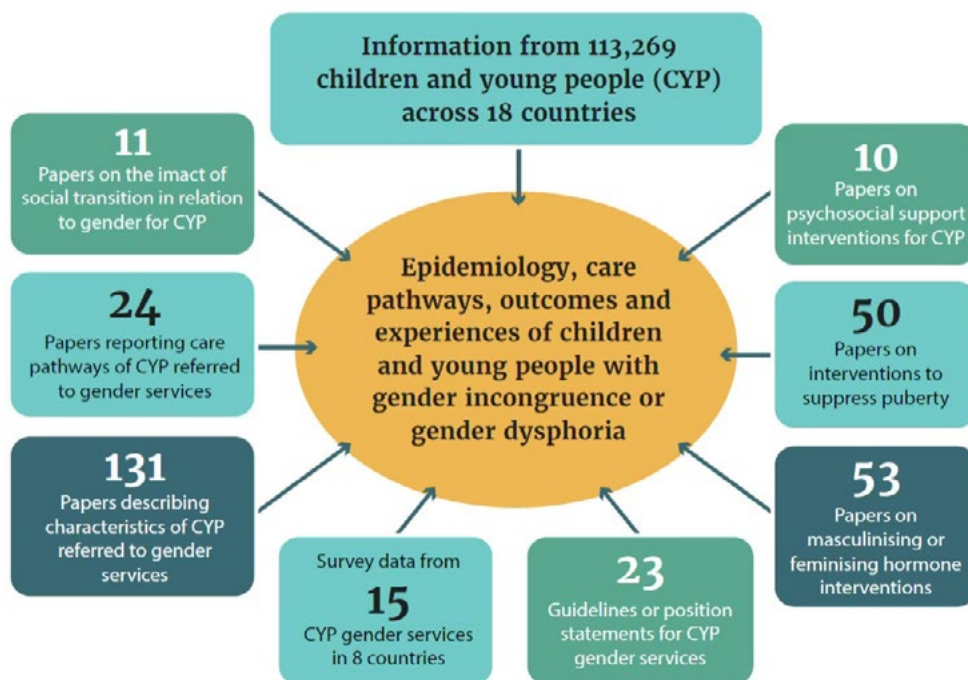


Noticia Contemporánea

La transición médica de menores, en cuestión: hablemos de la Revisión Cass

Mónica de Celis Sierra
Práctica privada

El pasado abril salió finalmente a la luz, después de cuatro años de trabajo, la versión definitiva de la llamada “Revisión Cass”, titulada *Revisión Independiente de los servicios de identidad de género para niños y jóvenes* [Independent review of gender identity services for children and young people], bajo la dirección de la pediatra Hillary Cass, por encargo del Sistema Nacional de Salud de Inglaterra [National Health Service –NHS-]. El extenso informe, acompañado de 9 estudios, 8 de ellos revisiones sistemáticas de la evidencia, que incluye los testimonios de los usuarios del servicio y sus familias, así como de clínicos implicados en la atención de los menores, está teniendo un importante impacto en la prestación de servicios especializados de identidad de



Estudios incluidos en la investigación de la Universidad de York para la “Revisión Cass”



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

género en Reino Unido, y probablemente afectará a la atención sanitaria en otros países, incluido España. En el documento se señalan los errores cometidos durante los últimos años y se ofrecen recomendaciones para la mejora de los servicios de identidad de género de manera que los menores que acuden a ellos reciban una atención de calidad.

En esencia, el análisis que el informe hace de los datos recogidos hasta la fecha pone en cuestión los protocolos de atención basados en el enfoque afirmativo de la identidad de género por favorecer la pronta medicalización del malestar asociado al género en la infancia y adolescencia sin explorar suficientemente otras opciones. Pero veamos el contexto y los contenidos del informe de la Revisión con algo más de detalle.

Antecedentes de la Revisión Cass

La evolución de la atención especializada a la disconformidad de género

Es necesario, para comprender los análisis y recomendaciones de este documento, entender el contexto más amplio de los servicios de atención a los menores que expresan disconformidad¹ con su género. Los comienzos de esta atención especializada datan de mediados de los 70 en Canadá y finales de los 80 en Países Bajos. En Inglaterra, aparecen en 1989 y pronto se integran en el Tavistock and Portman NHS Foundation Trust. Al principio, en la clínica Tavistock, el servicio [Gender Identity Development Service –GIDS–] apenas atiende una decena de pacientes al año, la mayoría varones de nacimiento, haciéndose un trabajo con ellos y sus familias que, en algunos pocos casos en los que persiste la disconformidad de género más allá de la pubertad, acaba en una derivación a endocrinología para recibir tratamiento hormonal a partir de los 16 años. La cuestión de la llamada “persistencia” del malestar asociado al género al alcanzar la pubertad y hasta dónde esta predice una identidad transgénero consolidada en la etapa adulta ha sido objeto de investigación y debate desde entonces y ya en un [número anterior](#) expusimos algunas de las controversias al respecto.

Con el establecimiento en los años 90 del protocolo holandés desarrollado por el equipo de Cohen-Kettenis, se atribuyen buena parte de los problemas de salud mental asociados a la población de menores disconformes con su género al “estrés de minorías”² y a la dificultad del “pase”³ en la edad adulta. Se comienza a tratar a algunos menores con bloqueadores puberales, basándose en estudios que apoyan la idea de que estos favorecen una mejora del funcionamiento psicológico general. Por otro lado, se entiende que, al parar la llegada de la pubertad, el menor no tiene que enfrentarse a los cambios corporales temidos y gana, así, tiempo para pensar y elaborar su identidad de género. Los estudios de esta época que se suelen mencionar como evidencia a favor del tratamiento con bloqueadores puberales no dejan de tener problemas importantes de sesgo. Por ejemplo, no todos los participantes completaron los cuestionarios tras el tratamiento y, por otro lado, todos los pacientes del servicio holandés recibían atención psicológica o psiquiátrica a lo largo del proceso, por lo que no es fácil distinguir qué parte de los resultados es atribuible a las distintas intervenciones.

El uso de bloqueadores puberales es impulsado a partir de la primera década de este siglo con la aparición y expansión del modelo afirmativo de género, una de cuyas defensoras emblemáticas es la psicóloga estadounidense Dianne Ehrensaft, que defiende que los niños de cualquier edad conocen su verdadera identidad y por ello se hace necesario apoyar la transición en cualquier momento de su desarrollo. Ya en 2007, en EEUU Norman Spock había empezado a prescribir, siguiendo el modelo holandés, bloqueadores puberales desde la pubertad temprana.

El modelo afirmativo se ha convertido en el dominante en muchos países de nuestro entorno, incluida España, lo que ha supuesto que los servicios de género hayan ido abandonando el enfoque original, más exploratorio, a favor de uno que tiende a considerar la profundización en el significado de la experiencia de género del menor como intento de terapia de conversión⁴. Esto ha restringido el ámbito de intervención psicológica en estas problemáticas.

En el Reino Unido se mantuvo una aproximación basada en la “espera vigilante” [watchful waiting] hasta que en 2011 se inició una investigación sobre bloqueadores puberales que, desafortunadamente, repitió al-

gunos de los problemas del estudio holandés original. Además, en contraste con este último, los resultados preliminares del estudio británico no indicaban la mejora en el estado psicológico de los participantes, encontrándose incluso un empeoramiento en los sujetos de sexo femenino. Los resultados definitivos, que se publicaron a finales de 2020, no mostraban cambios significativos en el malestar asociado al género o en las medidas de salud mental mientras los participantes estaban usando bloqueadores puberales. El 98% de los menores pasaron a la fase de hormonación cruzada. (Algunos de los problemas de este estudio los comentamos en detalle en [otro trabajo](#)).

Por otro lado, junto con el incremento exponencial en el número de derivaciones al servicio de identidad de género del NHS de Inglaterra desde 2014, también se estaba dando un aumento del número de mujeres en los primeros años de la adolescencia que acudían al servicio. A partir de ese año, los bloqueadores puberales pasaron de usarse solo como parte de un protocolo de investigación a estar disponibles en la práctica clínica habitual, a pesar de que los datos con los que se contaba en ese momento no parecían justificar tal decisión. Muchos de los menores ni siquiera cumplían los criterios de inclusión descritos en el protocolo holandés original, por ejemplo, no tenían una historia previa de disconformidad de género desde la infancia o sufrían de problemas graves de salud mental.

Es en este contexto, en el que parece que la práctica clínica se estaba desviando tanto de la descripción original del servicio como de los criterios que establecían los protocolos de investigación, que el NHS inglés encarga una revisión de la evidencia publicada sobre el uso de bloqueadores puberales y hormonas en niños y jóvenes. Dado el nivel de confrontación existente en el campo, donde se mezclan dilemas clínicos con una importante polarización política, se elige para encabezar la tarea a una persona sin implicación previa en el área de la identidad de género, pero con una reputación en el ámbito de la pediatría, la doctora Hillary Cass.

El contexto en el que se investiga el funcionamiento del GIDS

El equipo que dirige Cass valora en un primer momento las revisiones de la evidencia del NICE [National Institute for Care Excellence] en relación al uso de bloqueadores puberales y hormonación cruzada, pero al ser estas no concluyentes, se entiende necesaria una revisión independiente que pueda orientar el uso de estas medicaciones en la práctica.

A esta revisión independiente, confiada a un equipo de la Universidad de York, se le encargó hacer recomendaciones sobre modelos de asistencia y tratamiento apropiados, supervisión, seguimiento a largo plazo e investigación, así como requerimientos de personal. También se le pidió que explorara las razones para el aumento de derivaciones y el cambio en la demografía de la población.

Desarrollándose en paralelo a la revisión que nos ocupa, en octubre 2019 se presentó una demanda (Bell versus Tavistock) contra el GIDS en relación a los procedimientos de consentimiento informado para el tratamiento hormonal, en la que se describían los tratamientos hormonales como “experimentales”. El tribunal concluyó que los procedimientos eran legales, pero es interesante detenernos en las condiciones que se estimaron necesarias para que el menor pudiera dar su consentimiento. Este debía comprender las consecuencias inmediatas del tratamiento en las dimensiones psíquicas y físicas; conocer que la mayoría de los pacientes que aceptan el bloqueo puberal acaban pasando a la siguiente fase de transición médica, que implica la hormonación cruzada; la relación entre esta y la cirugía y sus implicaciones; la posible pérdida de fertilidad y el impacto en la función sexual relacionadas con la hormonación cruzada; el impacto de los tratamientos en sus futuras relaciones y, por supuesto, que la evidencia que sustenta la eficacia de estos tratamientos es débil y se desconocen algunas de las consecuencias a largo plazo. El tribunal, por tanto, consideraba “dudoso” que los menores de 14-15 años tuvieran capacidad de entender toda esta información y, en el caso de los de 13 o menos años de edad, “altamente improbable”.

Por otro lado, en otoño de 2020, la Comisión de Calidad de la Atención del NHS realizó una inspección por las quejas recibidas de profesionales sanitarios. El informe, publicado en enero del 2021, consideró de manera global que el servicio era inadecuado, aunque señalaba el alto nivel de compromiso y atención del personal que trabajaba en él. Se identificaron varios aspectos necesitados de mejora: la larga lista de espera, la evalua-

ción, la falta de claridad en los planes de atención, la ausencia de criterios claros y explícitos para la toma de decisiones. No parecía haber un proceso formal de valoración y no era posible identificar en base a las historias clínicas por qué un menor era referido a endocrinología mientras otro no. Tampoco existía una información clara de qué otros diagnósticos o atención recibían los menores a los que no se derivaba a endocrinología, que eran por otra parte la mayoría.

La revisión Cass y sus recomendaciones

En una entrevista realizada por el British Medical Journal, la doctora Cass considera que una razón principal por la que los menores no han recibido una buena atención durante los últimos años en el servicio de identidad de género ha sido que su atención se ha convertido en algo excepcional dentro del sistema nacional de salud. Los profesionales locales no se sienten seguros a la hora de atender las demandas de estos niños y adolescentes, en parte por falta de habilidades clínicas, en parte por el temor a verse envueltos en un campo donde abundan los dilemas éticos y la polarización ideológica. Por ello, en vez de ser atendidos a nivel local, han sido derivados al GIDS, con la consiguiente lista de espera creciendo de manera exponencial. La lista de espera, que puede ser de dos años o más, deja a estos menores, muchos de los cuales sufren neurodiversidad o trastorno mental junto con el malestar asociado al género, abandonados a su suerte. En cualquier otra circunstancia, dice Cass, a estos menores se los atendería de manera más inmediata en sus servicios locales de salud, pero al no hacerse así sus problemas no son abordados y van empeorando mientras esperan a que se les atienda en los servicios de género especializados.

Por otro lado, sigue la doctora Cass, es muy importante tener en cuenta que la generación nacida a principios de este siglo tiene una visión del género mucho más flexible que las anteriores y nos tendríamos que preguntar si no estaremos acudiendo a la medicalización de un fenómeno que podría abordarse de otra manera. Ella relata cómo, en las entrevistas que se han realizado a adultos jóvenes que hicieron en su momento una transición médica, estos a veces expresan un deseo de haber sabido en su momento “que había otras maneras de ser trans”. Cass incide en un punto clave: la medicación es binaria, pero la expresión de género no, esta es múltiple y cambiante y quizás las herramientas que estamos utilizando para abordar los problemas de identidad de género no son las adecuadas.

Necesidad de un enfoque holístico y personalizado

En el mismo sentido incide en la necesidad de que el tratamiento sea personalizado y holístico. Para ello propone que se haga una transformación en la atención desde el actual servicio altamente especializado, el GIDS, que se cerró en 2022 tras la publicación del informe preliminar de la Revisión, a un encuadre pediátrico más general, que se puede llevar a cabo en hospitales pediátricos locales. Para garantizar el abordaje más holístico, Cass sostiene que los profesionales no deberían trabajar a jornada completa en un servicio de género, porque atender distintas especialidades amplía la gama de habilidades clínicas y permite salirse de una visión excesivamente centrada en el género. Los equipos tendrían que estar integrados por distintos profesionales, pediatras, psiquiatras infantiles, logopedas... y tratar de desarrollar un plan único para cada individuo. Esto podría solucionar una queja habitual que los pacientes hicieron llegar a los responsables de la Revisión, que nadie está atendiendo de manera global, que están simultáneamente en diversas listas de espera y, mientras tanto, el tiempo va pasando sin que se les atienda y el malestar se cronifica y empeora.

La transición social

La revisión recomienda una mayor cautela en relación a la transición social en niños prepúberes, aconsejando que un clínico experimentado supervise el proceso y dando, para ello, prioridad en la lista de espera para

estos casos. Es importante que los cuidadores puedan discutir los riesgos y los beneficios y que se mantengan abiertas distintas opciones de forma que se garantice la flexibilidad en la evolución del menor. La revisión sistemática realizada por la Universidad de York aporta datos no concluyentes en el sentido del impacto positivo o negativo sobre la salud mental del menor, pero dado que, en la mayoría de niños pequeños con disconformidad de género, esta se resuelve en la pubertad, una transición social temprana puede cambiar la trayectoria del desarrollo de la identidad de género fijándola en una opción que luego será difícil cambiar.

En relación a la transición social en la adolescencia, aunque las pruebas de su eficacia son débiles, los adolescentes expresan mucho malestar acerca de los estereotipos de género binarios rígidos y en esta etapa necesitan poder explorar distintas expresiones de género. Muchos adultos han descrito cómo la transición social les ayudó a sentirse más cómodos y por eso la Revisión recomienda apoyo en la toma de decisiones, ayudando al entorno del adolescente a adaptarse a las necesidades de este y protegiendo a los jóvenes del acoso.

La intervención psicológica

Una apuesta fuerte de Hillary Cass en el abordaje de los problemas de identidad de género es su defensa de la intervención psicológica como importante pilar de la atención. Ella reconoce que existen pocos estudios sobre la eficacia de la terapia psicológica en este tema, pero señala que en gran parte esto se debe a que, al haberse priorizado en las últimas décadas la intervención médica, se ha descuidado la investigación sistemática sobre su utilidad. Consciente de lo polémico de su propuesta, Cass aclara que esta intervención psicológica no tiene que ver con hacer cambiar de idea al menor en relación a su identidad de género, señalando que la exploración no es equivalente a la terapia de conversión. Entre otras cosas, si el menor finalmente decide hacer una transición de género, no conviene que lo haga en un estado de estrés psicológico.

Cass apunta que, aunque no disponemos de datos suficientes de la eficacia de la intervención psicológica en el malestar relacionado con la identidad de género, sí que existe una base empírica para el tratamiento de algunas condiciones que pueden ser concurrentes. Menciona, por ejemplo, los tratamientos para la depresión. El informe final de la Revisión señala también que el uso del bloqueo puberal para mejorar el malestar relacionado con el género ha hecho que se descartara que otros tratamientos basados en la evidencia pudieran ser más efectivos. Los pacientes que acuden a estos servicios muestran una incidencia alta de problemas de salud mental, neurodiversidad y experiencias adversas en la infancia, y aunque se suele entender desde el enfoque afirmativo que los problemas de salud mental observados responden al estrés de minorías, no se puede descartar que en algunas personas los problemas precedentes, como ansiedad, depresión o trastornos de la alimentación, entre otros, puedan dar como resultado una incertidumbre en relación al género que se acabe presentando como un sufrimiento psíquico severo. El tratamiento de los trastornos de base en estos casos podría ayudar a mejorar el malestar asociado al género.

En todo caso, Cass insiste en que se haga una valoración individualizada del estado psicológico de cada individuo y, además, que el acceso al servicio lleve consigo la inclusión en la investigación, ya que es tan importante conocer cuál es la evolución de las personas que finalmente no eligen la transición médica o social como la de los que sí lo hacen.

El riesgo de suicidio

Otro tema preocupante que Cass aborda en la entrevista es el riesgo de suicidio. Este grupo de menores se considera con un alto riesgo en ideación y conductas autolíticas, pero señala que, aunque el riesgo sea mayor que el de la población general, no es superior al de otras poblaciones de menores y jóvenes con niveles parecidos de problemas de salud mental o experiencias adversas tempranas. No parece que haya base empírica de que el tratamiento de afirmación de género reduzca tal riesgo. Lo que sí es importante tener en cuenta es que el riesgo aumenta cuando esta población está en lista de espera y no está recibiendo ninguna atención, o cuando se encuentra perdida en el paso de un servicio a otro, así que, aunque no esté claro que este incremento se deba

al malestar relacionado con el género *per se*, lo que es clave es que la atención que estos menores reciban sea continua y de calidad, de forma que no se sientan abandonados por el sistema.

Los bloqueadores puberales

En cuanto al uso de bloqueadores puberales, la evidencia de su eficacia es muy pobre. No está claro si mejoran el malestar asociado al género o el malestar psicológico en general. Si la idea inicial de su uso era ayudar a los jóvenes a tener tiempo para pensar y decidir qué trayectoria seguir, es importante señalar que la mayoría de las personas que siguen este tratamiento continúan después con la masculinización o feminización hormonal, es decir, que el objetivo inicial no parece cumplirse y que más bien se trata del comienzo de un proceso de transición médica. Si el efecto de las hormonas sexuales que aparecen en la pubertad es contribuir a la resolución de quién es uno, aclararse en cuanto a la propia sexualidad y favorecer el desarrollo cerebral y esto es detenido por el bloqueo puberal, en realidad no se sabría muy bien qué es lo que se está haciendo más allá de detener un proceso biológico necesario para la maduración.

Hay un grupo pequeño de menores que hace una transición social pronto en la niñez y a la llegada de la pubertad está muy asustado con la idea de lo que esta va a suponer, de que se les “descubra”. En este grupo, en que es difícil sugerir que se atravesara la pubertad, lo que sí sería importante es que el tratamiento de bloqueo puberal se realizara en el curso de una investigación que permita evaluar cuál es el resultado a largo plazo.

Los beneficios en el malestar psicológico hallados en el primer estudio holandés sobre el que se ha venido sosteniendo el uso del bloqueo puberal no han sido replicados e, incluso, en los datos encontrados en el seguimiento en Reino Unido, algunos individuos empeoran. Se puede afirmar que en los varones de nacimiento el bloqueo permite evitar el cambio en la voz y el crecimiento del vello, pero esto no se consigue sin asumir otros riesgos, porque el bloqueo puberal temprano puede afectar a la preservación de la fertilidad y también suponer que no se desarrolle suficiente tejido peneano para posteriormente realizar una vaginoplastia si la persona lo deseara llegada a la mayoría de edad. En las investigaciones realizadas nos encontramos con problemas importantes de sesgo y, además, la escasa longitud del seguimiento es una debilidad seria.

Cass plantea que muchos menores que están en la lista de espera sienten que si no dicen lo correcto no conseguirán que se les trate con bloqueadores puberales, intervención que creen que resolverá sus problemas, por lo que puede que no compartan sus inseguridades relativas a la sexualidad, o sus experiencias de abuso. Es por ello muy importante que sientan que no van a ser abandonados a su suerte, aunque no se les trate con bloqueadores en ese momento, que sientan que no por ello no van a poder transicionar más tarde si es lo adecuado para ellos y que reciban un tratamiento que, aunque no sea el que ellos esperan, les pueda ayudar. Es imprescindible que los servicios de atención a estos menores mejoren para que sepan que se les va a acompañar a tomar una decisión sea esta cual sea y que no tienen que decidir en una situación de urgencia, sintiéndose como al borde de un precipicio. Por otro lado, aquellos menores que sí se considere que podrían beneficiarse del bloqueo puberal, lo recibirán, pero en el marco de un estudio de investigación, donde también puedan beneficiarse de otras terapias y del que se puedan obtener datos de su evolución para tomar mejores decisiones en el futuro.

La detransición

Una de las recomendaciones de la Revisión es que el NHS tenga en cuenta la atención a las personas que después de haber recorrido un proceso de transición médica deciden pararla o volver a transicionar al género de origen, teniendo en cuenta que quizás no deseen ser atendidos en los mismos servicios en que se los atendió en el primer momento. Es necesario distinguir a estas personas, “detransicionadores” [detransitioners] o “retransicionadores” [retransitioners] de aquellos que sin emprender una transición médica se han identificado como transgénero para luego “desistir” [desistance] .

Hasta hace poco, se consideraba que el arrepentimiento [regret] o la detransición eran fenómenos anecdóticos y se solían atribuir a estrés de minorías o falta de aceptación social. Actualmente hay una aceptación

mayor de que la detransición es más frecuente de lo que se suponía y que sucede por muchas razones diferentes y Cass señala que muchos detransicionadores entrevistados para la Revisión se muestran preocupados porque su experiencia se pueda usar para invalidar la de otras personas transgénero. Es difícil estimar cuál es la proporción de estos casos sobre el total, porque, por razones fáciles de entender, no vuelven a los mismos servicios en los que transicionaron.

El problema de los resultados a largo plazo

La falta de seguimiento a largo plazo de las intervenciones realizadas en los menores que han acudido al GIDS es un serio problema a la hora de hacer recomendaciones concretas a los pacientes y sus familias.

Aunque las conclusiones que se pueden sacar de la investigación retrospectiva no tienen la solidez de la investigación prospectiva, se tardará un mínimo de 10-15 años en conseguir datos de seguimiento a partir de los nuevos protocolos de investigación, por eso era importante que los servicios de género para adultos compartieran sus datos. Sin embargo, en enero de este año el NHS inglés reconoció que, a pesar de sus intentos de conseguir la colaboración de los servicios de género para adultos con la Revisión Cass, esta no había sido posible. En la Revisión no se hace ninguna valoración al respecto, más que recomendar que el NHS se esfuerce en conseguir la colaboración de estos centros, pero podemos suponer que en las clínicas de adultos los informes preliminares de la Revisión se recibieron con intranquilidad y se optó por no colaborar. En una entrevista en el periódico *Independent*, Cass lanza un pequeño dardo: “Ciertamente, si estaban seguros de que su modelo de atención era el correcto, deberían haber estado tan interesados como nosotros en que se investigara”.

Las guías de atención

La amplia revisión llevada a cabo por el equipo de Cass concluye que no hay estudios de suficiente calidad para recomendar los bloqueadores puberales. Sin embargo, algunas de las guías que habitualmente se aplican en la atención a esta población recomiendan esta intervención. Por ejemplo, la guía de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero [World Professional Association for Transgender Health –WPATH-], que se considera una referencia en el área, incluye por primera vez en su octava edición una revisión sistemática que muestra un apoyo empírico débil a los tratamientos. Muchas de estas guías, más que basarse en criterios de la medicina basada en la evidencia, asientan sus recomendaciones en la opinión de los expertos, lo que es una práctica habitual en muchos campos. En sí mismo, opina Cass, no es malo que haya guías basadas en el consenso entre profesionales en ausencia de datos suficientes que avalen la práctica, pero lo que es fundamental es dejar claro que se está trabajando con intervenciones sin eficacia probada. Precisamente las guías con más base empírica son la finlandesa y la sueca (publicadas respectivamente en 2020 y 2022) y lo que aconsejan es una aproximación mucho más conservadora, en la línea de las recomendaciones que se pueden encontrar en el informe final de la Revisión Cass. La pediatra señala de manera elocuente que “no puedo pensar en otra área de atención pediátrica donde demos a la gente un tratamiento potencialmente irreversible y no tengamos idea de lo que les pasa en la edad adulta”.

Acogida de la Revisión Cass, implicaciones para otros países

La Revisión ha sido acogida en general de manera favorable en el Reino Unido, tanto en el NHS, como por buena parte de la comunidad clínica, así como por los dos partidos políticos mayoritarios. Pero no toda la recepción ha sido igual. En julio de este año, el Consejo de la Asociación Médica Británica (British Medical Association –BMA-) votó a favor de oponerse a las recomendaciones de la Revisión Cass, pidiendo que se esperara a implementar las medidas propuestas hasta que la Asociación hubiera hecho una valoración. Esto provocó que más de 1000 miembros escribieran una carta abierta criticando la decisión, lo que finalmente hizo

rectificar a la BMA que, en septiembre, declaró que adoptaría una posición de “neutralidad” en relación a la Revisión.

Para cuestionar su apoyo a la Revisión en el mes de julio, la asociación médica citaba como fuente principal un artículo publicado en línea por el Integrity Project, una organización que publica desde la página de la Escuela de Derecho de Yale, en Estados Unidos. Este artículo, titulado “Una crítica basada en la evidencia de la Revisión Cass” sostiene que esta adolece de serios fallos metodológicos y que la recomendación de limitar la transición médica a contextos de investigación es “coercitivo e inmoral”. En defensa del trabajo de Cass, un grupo de pediatras británicos publicaron a su vez una crítica del artículo estadounidense, señalando que varios de sus autores trabajan como peritos expertos en procesos judiciales defendiendo la atención afirmativa de género y que su artículo tiene como objeto dar apoyo a su postura legal en los casos judiciales en los que están implicados. Hay que tener en cuenta que en EEUU la atención a la identidad de género está dramáticamente polarizada en términos políticos, por lo que depende de qué partido gobierne en cada estado, y muchas veces acaba en los tribunales. Por otro lado, el peso de la iniciativa privada es mucho mayor que en Europa y los protocolos de atención e investigación, al no existir un enfoque centralizado, son diversos, aunque no sabemos cuál puede ser la evolución tras el próximo acceso al Gobierno federal del Partido Republicano.

Por su parte, la WPATH, cuya guía mencionábamos más arriba, ha mostrado su preocupación por lo que entiende será la desaparición futura de los servicios de género en Reino Unido y por tanto el abandono de los menores transgénero y sus familias. Critica que Cass no tenga cualificación ni experiencia en investigación en el área y muestra sorpresa que eso se considere una virtud y no un defecto en la configuración del equipo investigador. Entiende que las nuevas revisiones sistemáticas realizadas por la Universidad de York no aportan estudios que contradigan las recomendaciones ya hechas por las guías profesionales de consenso, como la de la Academia Americana de Pediatría, la de la Sociedad Endocrina o la propia de la WPATH en su octava edición. Por todo ello, se reitera en la defensa de que la evidencia basada en la investigación y el consenso apoya que el tratamiento médico mediante bloqueadores puberales y terapia hormonal ayuda y a menudo resulta vital para las personas transgénero.

En su opinión, el planteamiento de la Revisión Cass es excepcional dentro del área de la salud transgénero y argumenta que la guía alemana publicada este año y que aún está en revisión, diverge de las recomendaciones inglesas y sigue la línea del consenso mencionado. Sobre las guías nórdicas no hace ninguna valoración, eludiendo que la práctica en Suecia y Finlandia ha evolucionado desde un enfoque afirmativo a otro más conservador en base a la revisión de las pruebas hechas en los últimos años.

Finalmente, considera que es problemático desde un punto de vista ético poner la condición de participar en un proyecto de investigación como la única manera de acceder a intervenciones que describe como basadas en la evidencia, ampliamente reconocidas como médicamente necesarias y a menudo vitales.

Si contrastamos la posición de la WPATH con lo planteado por la Revisión Cass, de los mismos estudios y revisiones se concluye en la primera que la eficacia de los tratamientos está suficientemente probada mientras que la segunda considera que los indicios son débiles. El uso del término “vital” [life-saving] por parte de la WPATH hace referencia al riesgo de suicidio de la población transgénero que, como hemos visto más arriba, en la valoración de la Revisión no se considera más alto que en otros grupos con condiciones complejas de salud mental. La cuestión de la necesidad del seguimiento a largo plazo y la implicación de que sería una condición para acceder a los tratamientos es fundamental, ya que mientras no haya datos suficientes de los resultados en la edad adulta no estaremos en condiciones de ofrecer a los menores la atención más adecuada con conocimiento de causa.

En España, la Revisión ha sido recibida con mucho interés por parte del activismo feminista que ha venido defendiendo una limitación en la transición social y médica de menores. En el lado del llamado transactivismo no parece haber captado especial atención si tomamos en cuenta la ausencia de publicaciones en línea al respecto. En España, el enfoque afirmativo está bien consolidado y amparado legalmente. Habrá que esperar a ver si la influencia del cambio de rumbo en Reino Unido y los países nórdicos tiene algún impacto en la práctica clínica en los servicios de género de nuestro país. Mientras tanto, sería interesante que los profesionales que de una u otra manera están implicados en la atención a esta población de menores se pronunciaran en relación a los problemas que plantea la Revisión, los cuales, aunque en algunos casos traducen lo específico del caso

británico, en lo esencial no difieren de los dilemas que enfrenta la práctica en cualquier otro lugar. La recomendación de Cass de priorizar el abordaje psicosocial puede tener implicaciones relevantes en el papel al que los protocolos actuales de atención a la identidad de género relegan a los psicólogos, a veces de meros facilitadores de la intervención médica. Es más que nunca necesario habilitar espacios profesionales donde esto se pueda discutir con libertad dando prioridad a los aspectos científicos y clínicos y tratando de tomar en lo posible una cierta distancia de la confrontación existente en la opinión pública sobre el tema trans.

Referencias

- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M.B., ... Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people (Version 8). *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1-S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- de Celis Sierra, M. (2018). ¿Intervención psicológica en identidad de género?: A propósito de la presentación del CIE-11. *Revista Clínica Contemporánea*, 9(2), artículo e18. <https://doi.org/10.5093/cc2018a15>
- de Celis Sierra, M. (2019). Menores transgénero en el Reino Unido: Polémica por la investigación sobre bloqueadores puberales. *Revista Clínica Contemporánea*, 10(3), artículo e25. <https://doi.org/10.5093/cc2019a1>
- de Vries, A. L. C. y Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 301-320. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>
- Fox A. (10 de abril, 2024). Whistleblower: Refusal of adult gender clinics to take part in study ‘shocking’. *Independent*. <https://www.independent.co.uk/news/uk/nhs-whistleblower-john-stewart-young-people-nhs-improvement-b2526084.html>
- Keo-Maier, C. y Ehrensaft, D. Introduction to the gender affirmative model. En C. Keo-Maier y D. Ehrensaft (Eds.), *The gender affirmative model: An interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children* (pp. 3-19). American Psychological Association. <https://www.apa.org/pubs/books/The-Gender-Affirmative-Model-Chapter-1-Sample.pdf>
- McNamara, M., Baker, K., Connelly K., Janssen, A., Olson-Kennedy, J., Pang, K. C., Scheim, A., Turban, J. y Alstot, A. (2024). *An evidence-based critique of “The Cass Review” on gender-affirming care for adolescent gender dysphoria*. https://law.yale.edu/sites/default/files/documents/integrity-project_cass-response.pdf
- NHS England. (2023). *The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people*. https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2024/04/CassReview_Final.pdf
- Society for Evidence Based Gender Medicine. (2 de julio, 2021). *One ear since finland broke with WPATH “Standards of Care”* https://segm.org/Finland_deviates_from_WPATH_prioritizing_psychotherapy_no_surgery_for_minors
- Society for Evidence Based Gender Medicine. (24 de septiembre, 2024). *Swedish transgender treatment guidelines for youth*. <https://segm.org/Swedish-2022-trans-guidelines-youth-experimental>
- The BMJ. (11 de abril, 2024). *Gender identity services in England – The Cass Review* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=gNTkEoSAAKI>

Notas al final

¹ En este documento se usará la expresión genérica “disconformidad de género” y se evitará el uso de los términos diagnósticos “incongruencia de género” (ICD-11) o “disforia de género” (DSM-5). El término “trans” se usa como término paraguas, para referirse a personas cuya identidad o expresión de género no corresponde a las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer.

² El término “estrés de minorías” describe los altos niveles de estrés que enfrentan los miembros de grupos minoritarios estigmatizados.

³ Traducción de *passing*, en referencia a la capacidad de una persona para ser considerada como miembro de un grupo o categoría de identidad diferente a la suya.

⁴ Las terapias de conversión, entendidas en su origen como el intento, mediante técnicas de intervención psicológica, de modificar la orientación homosexual de una persona hacia la heterosexualidad, han pasado a incluir en los últimos años las prácticas clínicas que pretenden que la persona disconforme con su género ajuste su identidad de género en consonancia con su sexo de nacimiento. Es importante recordar que el artículo 17 de Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI, la llamada “Ley Trans”, prohíbe las terapias de conversión y el artículo 80 las cataloga de infracciones muy graves, que pueden ser sancionadas con multa de 10.001 a 150.000 euros y conllevar el cese en la actividad económica o profesional desarrollada por la persona infractora por un término máximo de tres años.