

Quando el Estado reasigna el sexo

SEGUNDA PARTE

O niña o niño.

Los 71 géneros se convierten en dos

Cuando el Estado reasigna el sexo

¡Hola, que tal! A lo largo de mis doce años de vida me he sentido como un chico en un cuerpo de chica. Quiero ponerme ropa de la «sección de chico» y quiero tener el carácter de un chico en diferentes situaciones. Intento esconder el pecho y la regla me provoca ansiedad. Me siento fatal psicológicamente por haber nacido chica, pero no me atrevo a contárselo a nadie. ¿Cómo podría explicar que soy trans?

Mi nombre es Hasselfjäl

Fox responde: ¡Hola! Entiendo que quieras contar que eres un chico porque es muy duro para ti tener un cuerpo de chica ahora que llegas a la pubertad, y quizás también quieras que los demás te vean como lo que tú te sientes. Pues, ¡ármate de valor! Explicaselo a alguien que sepas que te va a apoyar. Recuerda que tienes derecho a ser quien eres y a que te respeten por ello. Cuéntaselo a tus padres cuando te sientas preparado. Te pueden ayudar a ir al médico de la escuela y luego al centro de atención trans. De esta manera recibirás la ayuda que necesitas para poder ser el chico que eres y de la manera que desees.

«Kropp och knopp», *Kamratposten**, 2018²³²

* *Kamratposten* es una revista destinada a los adolescentes que trata sobre diferentes temas relacionados con esta edad. «Kropp och knopp» es su sección dedicada al cuerpo. Los adolescentes pueden escribir cartas y pedir consejo y reciben una respuesta por parte de un especialista, como en este caso. (N. de la T.).

²³² «Kropp och knopp, Fox Foxhage svarar på läsarnas frågor», *Kamratposten*, 2018, núm. 6, 18.

De pronto están en todas partes: niños y jóvenes que desean la reasignación de sexo. En Estados Unidos se abren nuevas clínicas cada año y aun así no dan abasto para responder a todas las demandas de tratamiento hormonal y operaciones que reciben. En Suecia el número de niños y jóvenes con diagnóstico de disforia de género ha aumentado en más del 1.000 por 100 en la última década. Además, cada vez son más pequeños. Hace quince años apenas había un diagnóstico de disforia de género al año en la franja de entre los diez y los doce años. Ahora son unos cuantos a la semana²³³.

Y casi todos son chicas.

Antes los que cambiaban de sexo eran sobre todo hombres mayores. La gran mayoría piensa en un hombre mayor cuando oye la palabra «transexual»; los travestis y más adelante las mujeres trans son los que han escrito la historia, y sobre todo: las investigaciones científicas se han centrado en ellos. Deberíamos preguntarnos por qué hay tan pocas mujeres que quieran cambiar de sexo, decía la pensadora Toril Moi en 1999²³⁴.

Pero ahora ha ocurrido algo histórico. La mayoría de los que se dirigen a las clínicas son niñas en la adolescencia temprana. En Suecia hay más chicas que chicos en la edad comprendida entre los trece y los diecinueve a los que se les ha recetado hormonación²³⁵. Las solicitudes al registro para cambiar el sexo jurídico han aumentado de 10 a 15 por año a 446, más de un 4.000 por 100²³⁶. El incremento es más acusado en

²³³ Base de datos estadística del Departamento de Salud y Bienestar Social: Diagnósticos, únicamente atención primaria especializada, número de pacientes, F64 Trastornos de identidad de género. Nivel estatal, Edad: 10-14, 2006-2019, leído el 25/11, 2020.

²³⁴ Toril Moi, *What Is a Woman?*, op. cit., pág. 116.

²³⁵ «Läkemedelsstatistik antalet patienter G03BA03 testosteron, Stockholms län, ålder 15-19», Agencia de Medicamentos.

²³⁶ <http://www.anova.se/TM3.htm>.

las grandes ciudades: en Estocolmo el número de niñas entre quince y diecinueve años con diagnóstico de trastorno de género ha aumentado un 8.250 por 100 desde 2006²³⁷. Se puede observar el mismo fenómeno en otros países occidentales. En Gran Bretaña el número de chicas jóvenes que han recibido tratamiento para la disforia de género ha aumentado un 4.400 por 100 en la última década²³⁸.

Podría ser un signo positivo de demostración de que la sociedad se ha vuelto más abierta y tolerante. ¿Quizás siempre han sido tantos los que han querido cambiar de sexo pero han vivido con ese estigma y esa negación y no han osado contarlo? Para muchos ha sido innegablemente así. Pero ¿eso podría explicar la totalidad del incremento?

Cuando la doctora e investigadora estadounidense Lisa Littman estudió los casos de niños y jóvenes que se habían dirigido a las unidades de atención trans, vio que tenían mucho en común. El 82,8 por 100 eran niñas, y, a diferencia de lo que prescriben los criterios para el diagnóstico —que la persona debe «haber experimentado la pertenencia al otro sexo desde hace mucho tiempo»—, la nueva disforia de género aparece a menudo sin indicios previos. Ese deseo repentino de cambiar de sexo les suele coger por sorpresa a las familias. En una antología, los padres de Anna, una niña sueca de trece años, cuentan que:

Cuando Anna tenía once años, le regalamos un *smartphone* y dejó de entrenar, dejó de salir, dejó de traer amigos a

²³⁷ Base de datos estadística del Departamento de Salud y Bienestar Social: Diagnósticos, únicamente atención primaria especializada, número de pacientes, F64 Trastornos de identidad de género. Región de Estocolmo, edad: 15-19, 2006-2019, leído el 25/11, 2020.

²³⁸ Stella O'Malley, «Trans Kids. It's Time to Talk», en Michele Moore y Heather Brunskell-Evans, *Inventing Transgender Children and Young People*, Cambridge Scholars, 2019, pág. 153.

casa. Con la llegada del *smartphone*, pasaba más tiempo en su habitación con el teléfono. De alguna manera estaba «ausente». No sabemos qué pasó, pero en poco tiempo sufrió una transformación. Empezó a interesarse por los *comics* japoneses, el *cosplay*, hizo nuevos amigos en internet y poco después me dijo: «Mamá, soy un niño»²³⁹.

Los padres cuentan que no sabían qué creer, ya que Anna no había dado muestras de insatisfacción con su sexo antes; pero les mandó un sms en el que les decía que a partir de ese momento tenían que referirse a ella como «él» aunque fueran personas cis y no entendieran su situación. A partir de ese momento todo fue muy rápido: Anna se compró unos *binders* para ocultar el pecho y ella misma se puso en contacto con el centro de salud. Los padres creyeron que ahí estaría en buenas manos. Le contaron al especialista que les atendió que creían que el desencadenante podía ser que le hacían *bullying* en la escuela, pero la respuesta que recibieron fue que no tenían una hija, sino un hijo que se llamaba Jaako. La solución al problema de Jaako era frenar la pubertad con inyecciones. «Rogamos y suplicamos a la clínica que se detuviera a analizar por lo que Anna había pasado, ya que podrían sacar información sobre por qué había cambiado tan deprisa y de repente pensaba que era un chico [...]. Nadie nos escuchó».

No solo se diagnostica la disforia de género con gran celeridad, sino que el tratamiento está a la vuelta de la esquina. Se ha pasado de un seguimiento médico a las personas con disforia de género, que era un proceso complejo y frustrante y cuyos exámenes tardaban años, a todo lo contrario. En Estocolmo, se tarda unos siete meses de media desde la primera consulta hasta que se inicia el bloqueo de la pubertad o el tratamiento hormonal²⁴⁰.

²³⁹ Michele Moore, «Rapid Onset Gender Dysphoria», en Michelle Moore y Heather Brunsell-Evans, *Inventing Transgender Children...*, op. cit., pág. 242.

²⁴⁰ <http://www.anova.se/TMQA.htm>.

Sanidad ha adoptado las tesis del *lobby* WPATH (World Professional Association for Transgender Health) sobre «la atención afirmativa», lo que significa afirmar la visión del paciente. Si el paciente quiere recibir tratamiento, no se podrá cuestionar bajo ninguna circunstancia; e incluso en los casos en que el paciente dude, muchas clínicas estadounidenses recomiendan poner en marcha el tratamiento mientras la persona se lo piensa. Pocas son las instancias a las que se puede dirigir un joven y que se nieguen a proporcionarle una atención afirmativa, tal y como demuestra la carta de respuesta de *Kamratposten* en el encabezamiento del capítulo. A la chica de doce años que se siente chico porque le gusta más la ropa de la «sección de chico» no le aconsejan pensárselo con calma y tranquilidad ni le dicen que en realidad no hay ropa para chicos o para chicas. El consejero del *Kamratposten* le recomienda acudir directamente a la unidad de atención a las personas trans para que le «ayuden a convertirse en quien es»²⁴¹.

En el siglo XXI se han abierto centros dedicados a la identidad de género en diversas ciudades suecas y algunos más están planificados. En 2016 se inauguró Anova, el centro de atención médica trans en Estocolmo del hospital Karolinska. «Nace una estrella», anunció el Karolinska, mientras un grupo de música tocaba en directo y la consejera de Sanidad de la diputación, Anna Starbrink, cortaba la cinta en otra localidad, lejos del arco iris. Las dependencias se ubicaron en otra localidad, lejos del hospital, ya que «la intención era mostrar a las claras que se dejaba atrás la estigmatización y la marginación y por esta razón se abría el centro en unas instalaciones nuevas, con un aire de renovación y de frescor»²⁴². También se creó un departamento especial, el Kid-Team, destinado a niños y jóvenes.

²⁴¹ «Kropp och knopp, Fox Foxhage svarar på läsarnas frågor», *Kamratposten*, 2018, núm. 6, 18.

²⁴² «En stjärna föds» – Inauguración de ANOVA; <https://nyheter.ki.se/en-stjarna-fods-invigningen-av-anova>.

Muy pronto Anova fue conocido en todo el país como el lugar donde era más fácil y más rápido recibir tratamiento. La clínica tiene como principio no rechazar a ningún paciente, y en su página web explican que: «Durante el examen y el seguimiento de cada caso no intentamos nunca cuestionar ni desafiar los sentimientos íntimos del individuo»²⁴³. Actualmente hemos pasado de una serie de exámenes que trataban de averiguar si el paciente «realmente» era transexual a todo lo contrario. El paciente establece él mismo el diagnóstico, independientemente de la edad, y qué cuidados debe recibir en consecuencia.

Anova tiene una explicación contradictoria acerca de qué es lo que tratan en el centro. Por un lado afirman que la identidad de género es biológica: «Cada vez hay más estudios que sostienen el modelo de explicación biológica, que indica que la identidad de género se establece en el estadio fetal». Por otro lado, no logran ubicar esa identidad en el cuerpo y dicen que tampoco saben de qué depende el diagnóstico que ellos mismos se han especializado en tratar: «No sabemos lo que causa la disforia de género. Los estudios científicos actuales apuntan a que algo sucede en el desarrollo del cerebro durante la vida fetal». Sin embargo, no se concreta qué es ese «algo», y tampoco disponen de los métodos científicos para hallarlo: «Probablemente la transexualidad es una variante normal de la conducta humana que se establece en la fase temprana del desarrollo»²⁴⁴.

La clínica Anova dice que tampoco sabe por qué han aumentado drásticamente las solicitudes estos últimos años. Algunas explicaciones posibles son que a las personas con enfermedades mentales ya no se les impide solicitar tratamiento, lo cual «es positivo», o que «la población sueca aumenta y la tasa

²⁴³ <http://www.anova.se/TM3.htm>.

²⁴⁴ Louise Frisén *et al.*, «Multidisciplinärt samarbete har gett bättre kun-skapsläge», *Läkartidningen*, 2019, 116: FR6M.

de natalidad entre los años 1988 y 1991 es elevada», asimismo se puede observar que «desde la década de los ochenta las cifras de diagnósticos de Transexualidad [sic] son altas en Islandia y en Taiwán»²⁴⁵. No queda claro qué tienen que ver Islandia y Taiwán entre sí o con Suecia. Como tampoco por qué el incremento de la tasa de natalidad a finales de los ochenta (7 por 100) explicaría un aumento de más de 1.000 por 100 en el número de solicitudes, hoy en día, de los nacidos en el siglo XXI²⁴⁶. No obstante, en Anova están convencidos de una cosa: de que «la disforia de género comporta un gran sufrimiento para el individuo y las medidas que se aplican en la reasignación de sexo son un tratamiento eficaz». A continuación veremos qué ocurre.

²⁴⁵ <http://www.anova.se/TM3.htm>.

²⁴⁶ SCB, Evolución demográfica: nacimientos, defunciones, inmigrantes y emigrantes, matrimonios y divorcios, 1749.2018.

«A los médicos se nos hace la boca agua ante la posibilidad de bloquear la pubertad...»

En el caso de que un niño que está entrando en la pubertad sienta una aversión creciente hacia su sexo, los Servicios Sociales a día de hoy recomiendan que se detenga la pubertad por la vía médica²⁴⁷. Cuando la pubertad conlleva «una presión psicológica», impedir el desarrollo sexual puede «disminuir el sufrimiento». No obstante, hay que hacerlo pronto, a menudo antes de los doce años en el caso de las niñas, porque si la pubertad ha llegado demasiado lejos, resulta «más difícil percibirse de acuerdo con la propia identidad de género en la edad adulta». Por esta razón, los Servicios Sociales recomiendan aplicar estas medidas antes de que el pecho o el pene se desarrollen. Es en este momento cuando debería ofrecerse el «tratamiento hormonal bloqueador de la pubertad con aná-

²⁴⁷ «God vård av barn och ungdomar med könsdysfori. Metodbeskrivning och kunskapsunderlag», Departamento de Salud y Bienestar Social, 2015, págs. 33-34.

logos de la GnRH para reducir el sufrimiento y el riesgo de alteraciones psíquicas».

Frenar la pubertad es descrito como un respiro inofensivo que se puede aplicar mientras el niño se da tiempo para pensar qué género quiere ser. Es necesario que se aplique, dicen los protocolos de los Servicios Sociales, incluso cuando la disforia de género no está confirmada. Si los senos y el pene no llegan a desarrollarse se obtendría una «buena base» para establecer una opinión posteriormente. Entonces «la juventud tiene la oportunidad de explorar más su identidad de género y el joven cuya disforia de género, contra pronóstico, no se mantiene puede interrumpir la medicación, con lo cual se reinicia el desarrollo de la pubertad de su cuerpo».

Los Servicios Sociales no mencionan que la medicación que recomiendan no tiene la aprobación para tratar la disforia en menores. En realidad, es un tratamiento médico contra el cáncer de próstata que tiene como consecuencia que cesa el 95 por 100 de la producción de hormonas sexuales. El uso en menores está restringido a la afección extremadamente poco frecuente de pubertad precoz, definida como el inicio de la menstruación en las niñas y el aumento de tamaño de los testículos en los niños antes de los nueve años. Por eso se pueden administrar los análogos de la GnRH para demorar la pubertad, aunque por un tiempo limitado y solo en algunos casos aislados durante más de un año. Incluso en estos casos de pubertad precoz, el médico recomienda «esperar un poco y ver si la situación se mantiene realmente»²⁴⁸. La dosis recomendada es la más pequeña posible: 3,75 miligramos, de los que únicamente se administrará la mitad en caso de que el niño pese menos de treinta kilos²⁴⁹.

²⁴⁸ Mats Halldin, «För tidig pubertet», netdoktor.se.

²⁴⁹ Agencia de Medicamentos, prospecto, Pamorelin 3,75 mg en polvo y solución líquida, suspensión inyectable, L02AE04, Triptorelin.

Esto quiere decir que se medica *off label* a niños con disforia de género. *Off label* significa que se administra un medicamento para una patología o a un colectivo para los cuales no está aprobado. No está prohibido —los médicos pueden usarlo—, pero la empresa farmacéutica no tiene permiso para comercializarlo, puesto que no se ha demostrado que sea ni seguro ni eficaz para esta finalidad específica. En consecuencia, ni las farmacéuticas ni las agencias del medicamento estatales disponen de estadísticas sobre sus secuelas. Tampoco se informa de los efectos secundarios, y las compañías de seguros no cubren a los pacientes, no se responsabilizan de su aplicación y no responden a las preguntas sobre este grupo de pacientes... aunque ganen dinero a su costa. Cuando contacté con Ipsen, el fabricante de Pamorelin, uno de los análogos de la GnRH más comunes en Suecia, me respondieron que desconocían cómo se usa con niños y jóvenes con disforia de género, ya que «la disforia no consta como indicación» y «no hemos llevado a cabo ninguna investigación sobre disforia de género»²⁵⁰.

En una conferencia para maestros de escuela suecos, el doctor Olle Söder, de Anova, contó que la clínica receta inyecciones de 11,25 miligramos de Pamorelin a niños con disforia de género²⁵¹. Sin embargo, la Agencia del Medicamento desaconseja taxativamente administrar esta dosis a menores. En el prospecto del producto leemos que: «No se ha podido establecer el nivel de seguridad ni sus efectos en recién nacidos, bebés, niños y jóvenes. En consecuencia, no debe administrarse la dosis de 11,25 mg de Pamorelin a pacientes de estas edades»²⁵².

²⁵⁰ Correo electrónico de Erik Sandberg, Ipsen Nordics, 20/12, 2019.

²⁵¹ Olle Söder, «Könsidentitet ur endokrinologiskt perspektiv», conferencia en la Asociación de Pediatras Escolares, en Gävle, 2017, [koxxsndysfori-gaxxvle-feb-2017.pdf \(slf.se\)](#).

²⁵² Agencia de Medicamentos, prospecto, Pamorelin 11,25 mg en polvo y solución líquida, suspensión inyectable, L02AE04, Triptorelin.

El preparado, dice la Agencia del Medicamento, solo se ha testado en «hombres voluntarios de edades comprendidas entre los 20 y los 22 años», y «no está indicado para las mujeres».

¿Cómo hemos llegado a este punto?

Fue en Ámsterdam, a finales de la década de los noventa, cuando a dos endocrinólogas se les ocurrió que los análogos de la GnRH podían utilizarse para evitarles la pubertad a los niños²⁵³. Henriette Delemarre-van de Waal y Peggy Cohen-Kettenis fundaron juntas una *gender identity clinic* e iniciaron algo así como una revolución. Nunca antes la identidad de las personas había sido el objetivo de una clínica. Ciertamente, en Estados Unidos habían existido especialistas en cambio de sexo desde los años sesenta, pero eran clínicas de cirugía plástica para adultos.

Ahora la idea era otra: empezar pronto. Impidiendo el desarrollo sexual ya antes de que se hubiera iniciado, se le proporcionaba al paciente la oportunidad de «pasar por» el género deseado. Así, los niños no desarrollarían nunca la nuez de Adán ni darían el estirón de la pubertad, y a las niñas ni les vendría la regla ni les crecería el pecho. Delemarre-van de Wall y Cohen-Kettenis probaron los bloqueadores en una niña de trece años que más tarde se operó para cambiar de sexo a los dieciocho. El resultado se publicó en un estudio que tuvo un gran impacto, y en toda Europa se empezó a hablar del «protocolo holandés» para el tratamiento de la transexualidad en menores.

El «protocolo holandés» supone administrar los bloqueadores hacia los doce años, las hormonas a los dieciséis y el

²⁵³ First Biennial Conference, «Transgender health care in Europe», EPATH 2015, págs. 16-17.

cambio de sexo total hacia los dieciocho²⁵⁴. La televisión británica hizo un documental sobre los niños de su país que iban a Holanda y veían con envidia que sus coetáneos holandeses se libraban de pasar la pubertad²⁵⁵. Cohen-Kettenis ocupó un cargo en el *lobby* WPATH, la organización que publica las directrices sobre la atención médica a los trans.

La industria farmacéutica empezó a poner los ojos en esta revolución. Ferring Pharmaceuticals, propiedad del «millonario de las pastillas», el sueco Fredrik Paulsen, patrocinaba los congresos con Delemarre-van de Waal y de Cohen-Kettenis como conferenciantes principales²⁵⁶. En Ferring fueron pioneros en la investigación sobre las hormonas en los años cincuenta, y dado que fabricaban la GnRH, vieron la oportunidad de ser los primeros en apostar. Empezaron a patrocinar también los trabajos de investigación de Delemarre-van de Waal y Cohen-Kettenis, lo cual explica por qué esta pareja es autora de la mayor parte de los estudios sobre el tema: la financiación que reciben les permite producir varios al año.

Los estudios tienen dos elementos en común: casi todos exponen los efectos positivos de los bloqueadores y en casi todos aparece el agradecimiento hacia Ferring Pharmaceuticals por haber hecho posible el estudio. Ferring también era el patrocinador principal del congreso del colegio de ginecólogos de Estados Unidos que se clausuró con el pronuncia-

²⁵⁴ Paul W. Hruz, Lawrence S. Mayer y Paul R. McHugh, «Growing pains. Problems with puberty suppression in treating gender dysphoria», *The New Atlantis*, primavera de 2017.

²⁵⁵ Michael Biggs, *The Tavistock's experiment with puberty blockers*, Oxford University, julio de 2019, pág. 2.

²⁵⁶ Peggy Cohen-Kettenis y Henriette Delemarre-van de Waal, «Clinical management of gender identity in adolescents. A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects», *European Journal of Endocrinology*, 2006, 155.

miento de que la sanidad pública debe financiar la atención médica a los trans^{257, 258}. Ferring donó también más de 250.000 libras al Partido Liberal Demócrata, que tres años después exigió el «derecho» de los niños trans a que se les recetara bloqueadores de la pubertad²⁵⁹. Sin embargo, el mismo Ferring dijo que su apoyo era un no al Brexit²⁶⁰. Otras empresas farmacéuticas no quisieron ser menos. Pfizer, AbbVie y otras entraron en el juego y empezaron a patrocinar estudios y congresos acerca de la formación médica en temas de género²⁶¹. Sin este gran apoyo, esta cuestión no hubiera crecido tan rápidamente.

Entonces entró en escena el endocrinólogo estadounidense Norman P. Spack, quien se ve a sí mismo como el padre de la revolución trans y da *Ted-talks* con el título «How I help transgender teens become who they want to be». Otros, más prosaicos, le llaman «el profeta hormona». Spack enseguida se dio cuenta del potencial de los bloqueadores y empezó a usarlos con sus pacientes del hospital de Boston. Poco después, en 2007, abrió la primera clínica pediátrica de cambio de sexo de Estados Unidos (hoy en día hay hasta ochenta). Spack cuenta que los padres llegaban en manadas desde todos los rincones del país para que sus hijos recibieran tratamiento, y que su mantra era: «¿Por qué esperar?». Cuanto antes se hormonan, mejor será el resultado, según Spack, quien a menudo presume de haber conse-

²⁵⁷ <https://annualmeeting.acog.org/sponsors/>.

²⁵⁸ <https://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/Statements/2019/Physicians-Urge-Trump-Administration-to-Protect-Transgender-Patients-and-Womens-Health?IsMobileSet=false>.

²⁵⁹ <https://nationalfile.com/pro-trans-liberal-democrats-receive-300k-from-puberty-blockers-firm/>.

²⁶⁰ Correo electrónico de Ferring Pharmaceuticals, 10 de febrero de 2020.

²⁶¹ <https://www.eurospe.org/news/item/12555/First-ESPE-Science-Symposium-%27The-Science-of-Gender%27>.

guido reducir en diez centímetros la altura prevista de un joven²⁶².

En su opinión, no es necesario un examen médico más a fondo de los niños y jóvenes con disforia de género. El tratamiento ya es el propio examen: «Si una niña empieza a sentir que le salen los pechos y se los quiere cortar, probablemente sea una persona trans. Si el medicamento [los bloqueadores de la pubertad] le procura una sensación de liberación, se confirma el diagnóstico»²⁶³.

El gran obstáculo, publicó Spack en el 2008, es el precio de estos medicamentos. Pocos padres se lo pueden permitir, y Spack se lamentaba: «A los médicos se nos hace la boca agua ante la posibilidad de aplicar el protocolo holandés para bloquear la pubertad, pero no tenemos el permiso de las aseguradoras médicas, que son las que deberían pagar estos tratamientos tan caros»²⁶⁴.

Esto pronto cambiaría. Cuando tanto él como Cohen-Kettenis y Delemarre-van de Waal ocuparon un asiento en la junta directiva de la asociación internacional de endocrinólogos, The Endocrine Society, pudieron incluirlo en las directrices de la atención médica a los niños trans²⁶⁵. Entre los estudios citados que demostrarían que los bloqueadores funcionan no son pocos los firmados por ellos mismos. Y cuando Cohen-Kettenis estuvo en la junta directiva del *lobby* WPATH y participó en la redacción de sus directrices, los bloqueadores

²⁶² Pagan Kennedy, «Q&A with Norman Spack. A Doctor Helps Children Change Their Gender», *Boston Globe*, 30/3, 2008.

²⁶³ *Ibid.*

²⁶⁴ Norman P. Spack, prólogo a Stephanie Brill y Rachel Pepper, *The Transgender Child...*, op. cit., pág. xi.

²⁶⁵ Wylie C. Hembree, Peggy Cohen-Kettenis, Henriette A. Delemarre-van de Waal, Louis J. Gooren, Walter J. III Meyer, Norman P. Spack, Vin Tangpricha y Victor M. Montori, «Endocrine Treatment of Transsexual Persons. An Endocrine Society Clinical Practice Guideline», *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 1/9, 2009, vol. 94, núm. 9.

también se incluyeron en la lista. En este caso, también con sus propios estudios como bibliografía de referencia.

Asimismo, Cohen-Kettenis constaba también como referencia cuando el DSM-5, el manual diagnóstico de los trastornos mentales a nivel internacional, se revisó a principios del siglo XXI y se dio a la disforia de género pediátrica una categoría propia. Ocho son los criterios para diagnosticar la disforia de género, de los cuales cinco hacen referencia a los roles de género. Por ejemplo, que el niño juegue con amigos del sexo opuesto, que le gusten los juguetes considerados como pertenecientes al sexo opuesto y que le guste la ropa del sexo opuesto²⁶⁶. Después de que muchas organizaciones internacionales se pronunciaran a favor de que los niños con disforia de género fueran tratados con bloqueadores y con hormonas, los estados y las compañías de seguros empezaron a costear estos tratamientos.

A partir de este momento, se impuso la idea general de que se tenía que intervenir cuanto antes mejor. Anteriormente se decía que lo mejor era esperar, puesto que la mayoría de los que experimentan disforia de género al inicio de la adolescencia lo superan cuando crecen. Las diferencias entre niños y niñas son mínimas, ya que es en la pubertad cuando el sexo físico se hace evidente.

Spack y los demás pioneros defendían en cambio que la identidad de género era permanente. Si se podía detectar en la adolescencia, probablemente se mantendría siempre²⁶⁷. Sus estudios demostraban que todos los niños que habían tomado bloqueadores pasaban más adelante al tratamiento hormonal cruzado y finalmente a la operación de cambio de sexo, y que nadie abandonaba durante el proceso. Y en caso de arrepentimiento, no

²⁶⁶ <https://www.psychiatry.org/patients-families/gender-dysphoria/what-is-gender-dysphoria>.

²⁶⁷ Peggy Cohen-Kettenis, Henriette A. Delemarre-van de Waal *et al.*, «The Treatment of Adolescent Transsexuals. Changing Insights», *The Journal of Sexual Medicine*, 2008, 5: 1892-1897.

habrían sufrido ningún daño, porque los efectos de los bloqueadores, repetían una y otra vez, eran totalmente reversibles.

Esto se convirtió en una verdad. Que los bloqueadores de la pubertad eran seguros, inofensivos y reversibles constaba por escrito en las directrices de la WPATH y de la asociación de endocrinólogos, y esta información se fue replicando. Un documental de la BBC explicaba de forma muy pedagógica que era como apretar la tecla de pausa (y la tecla aparecía en la imagen), y si más adelante uno quería retomar la pubertad, apretaba la tecla de *play* (y en la imagen aparecía la tecla)²⁶⁸.

Son varias las ventajas de empezar pronto, decían Cohen-Kettenis y Delemarre-van de Waal en 2008²⁶⁹. Habían observado que las personas que acudían a la clínica eran cada vez más jóvenes y que «no quieren esperar muchos años» sino que desean empezar el tratamiento de inmediato. Eran personas informadas, conscientes y tenían el apoyo de sus padres. Si estos niños se libraban de desarrollar el pecho o el vello facial, les sería más fácil «pasar por» lo que deseen en el futuro. Y cuanto más fácil les fuera «pasar por» el género deseado, menor sería el riesgo de ser víctimas de la discriminación y la violencia. Pero empezar pronto tenía desventajas, por ejemplo, si un pene no llega a desarrollarse nunca del todo, no hay material suficiente para hacer una vagina; aunque lo importante no era tener un órgano funcional, sino «pasar por» a los ojos del entorno.

Desde entonces la cosa ha venido rodada. El 2010 el Sistema de Salud Británico decidió realizar un ensayo con bloqueadores con cincuenta niños. El resultado demostró que los niños manifestaban menos problemas de comportamiento y

²⁶⁸ Michael Biggs, *The Tavistock's experiment with puberty...*, op. cit., pág. 8.

²⁶⁹ Peggy Cohen-Kettenis, Henriette A. Delemarre-van de Waal et al., «The Treatment of Adolescent Transsexuals...», art. cit.

más seguridad en sí mismos, pero al mismo tiempo tenían más propensión al suicidio y su salud física y mental empeoraba. A pesar de la poca claridad del resultado, en 2014 se decidió darle el espaldarazo definitivo y se empezaron a recetar bloqueadores de la pubertad a cualquier edad²⁷⁰.

La información que Anova da a sus pacientes y a la sociedad sueca es que «el tratamiento [es] seguro y está comprobado»²⁷¹. El último posicionamiento de los endocrinólogos es que todos los niños deben ser tratados con bloqueadores hasta que hayan averiguado qué pubertad desean tener, si la masculina o la femenina²⁷².

Sin embargo, aún no tenemos estudios a largo plazo sobre qué pasa cuando se detiene totalmente la pubertad. Los estudios pediátricos tratan a niños a los que se les ha demorado la pubertad, pero desconocemos todavía cómo afecta al cuerpo interrumpir el proceso por el que se pasa de niño a adulto. La mayoría de los trabajos existentes sobre los análogos de la GnRH están hechos con adultos y demuestran que están muy lejos de ser un tratamiento seguro y reversible, como afirma la clínica Anova. Los efectos secundarios más frecuentes entre los hombres son «cansancio, sofocos, bajada de la libido y un empeoramiento de la calidad de vida, obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, pérdida de densidad ósea y un elevado riesgo de fractura de hueso»²⁷³. Según la Agencia del Medicamento, el

²⁷⁰ Michael Biggs, «Britain's experiment with puberty blockers», en Michelle Moore y Heather Brunskell-Evans, *Inventing Transgender Children...*, *op. cit.*, pág. 46.

²⁷¹ Olle Söder, «Könsidentitet ur endokrinologiskt perspektiv», *op. cit.*

²⁷² Transgender 201: Advanced Practice in the Care of Gender-Diverse Youth, AACAP Annual Meeting, 18/10, 2019.

²⁷³ Seungtaek Choi y Andrew K. Lee, «Efficacy and Safety of Gonadotropin-Releasing Hormone Agonists Used in the Treatment of Prostate Cancer», *Drug, Healthcare and Patient Safety*, 2011, 3: 107-119.

consumo crónico de este medicamento conduce a «la atrofia de los órganos sexuales», es decir, que el pene y los testículos se encogen²⁷⁴. Más de una de cada diez mujeres padecen hemorragias. Se ha constatado que especialmente las que lo tomaron al inicio de la pubertad padecen osteoporosis, piorrea dental e intentos de suicidio²⁷⁵. Una secuela bastante común es la pérdida del deseo sexual —razón por la cual se administra este medicamento a los delincuentes sexuales estadounidenses. Las estadísticas de la Agencia Estadounidense del Medicamento sobre casos de suicidio y los informes relacionados con los análogos de la GnRH han aumentado considerablemente desde 2010, pero es difícil determinar por qué, y como solo se registran los casos en que la prescripción ha sido aprobada, los niños y los jóvenes con disforia de género no aparecen en las estadísticas²⁷⁶.

Recetar bloqueadores a un adulto que ya ha pasado por la pubertad es una cosa, pero interrumpir del todo el proceso natural de la pubertad es otra, y conlleva que la nuez de Adán o el pecho no crezcan, que la voz no cambie, que los órganos sexuales, los ovarios y la matriz no se desarrollen, ni el esqueleto, ni tampoco las caderas, y que no se inicie la menstruación. Pero también puede comportar la obstrucción del desarrollo del cerebro. Los estudios muestran que los bloqueadores pueden deteriorar la memoria y otras funciones cerebrales, y que a largo plazo la memoria no mejora al finalizar el tratamiento.

²⁷⁴ Agencia de medicamentos, prospecto, Pamorelin 11,25 mg en polvo y solución líquida, suspensión inyectable, L02AE04, Triptorelin.

²⁷⁵ Christina Jewett, «Drug Used to Halt Puberty in Children May Cause Lasting Health Problems», *Statnews*, 2/2, 2017.

²⁷⁶ FDA Adverse Adverts Reporting System: Lupron (P), Lupron Depot-Ped (P), 30/6 2019 <https://fis.fda.gov/sense/app/d10be6bb-494e-4cd2-82e4-0135608ddc13/sheet/45beeb74-30ab-46be-8267-5756582633b4/state/analysis>.

to²⁷⁷. El estudio de un caso brasileño, el de un niño al que le administraron bloqueadores durante dos años y cuatro meses, concluye que el coeficiente intelectual había bajado:

Se puede observar una bajada general del coeficiente intelectual. Al término de veintiocho meses de tratamiento, la velocidad de procesamiento cognitivo y de las funciones de la memoria es más reducida que antes del tratamiento con bloqueadores de la pubertad²⁷⁸.

Por lo tanto, el desarrollo mental no solo se estancó, sino que *retrocedió*.

Se recomienda no utilizar medicamentos *off label*, afirma el Departamento del Medicamento, pero se puede hacer en los casos en que no haya alternativa. Si se carece de los suficientes conocimientos ni experiencia probada, se deberá administrar solo en el marco de estudios clínicos. Eso significa que se analizará a grupos de personas sanas en cuatro fases y se hará un seguimiento exhaustivo de los resultados. Respecto a una prescripción de más envergadura, la agencia subraya la importancia de hacer un seguimiento de la seguridad del medicamento por medio de un registro, por ejemplo, y notificar los casos de efectos secundarios sospechosos²⁷⁹.

¿Cómo sigue la Sanidad sueca la evolución de los niños y los jóvenes con disforia de género que reciben análogos de la GnRH?

La respuesta es: de ninguna manera.

²⁷⁷ D. Hough *et al.*, «Spatial Memory is Impaired by Peripubertal GnRH Agonist Treatment and Testosterone Replacement in Sheep», *Psychoneuroendocrinology*, 2017, vol. 75, 173-182.

²⁷⁸ Maiko A. Schneider *et al.*, «Brain Maturation, Cognition and Voice Pattern in a Gender Dysphoria Case under Pubertal Suppression», *Frontiers in Human Neuroscience*, 14/11, 2017, vol. 11, 528; doi:10.3389/fn-hum.2017.00528.

²⁷⁹ Visión de la Agencia de Medicamentos sobre la prescripción off-label, Agencia del Medicamento, 24/9 2020.