

Estando abierto el trámite de participación en relación al “*Anteproyecto de ley para la igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI*”, hasta el próximo lunes 16 de agosto, desde la Fundación para la Clínica Psicoanalítica de Orientación Lacaniana (FCPOL), presentamos las siguientes alegaciones y propuestas:

En primer lugar, saludamos y celebramos esta iniciativa legislativa en la medida en que tiene por objeto garantizar y promover el derecho a la igualdad real y efectiva de las personas lesbianas, gais, transexuales, bisexuales e intersexuales, así como de sus familias. También en la medida en que promueve la concepción de la diversidad como un valor, asegura la cohesión social en los valores de igualdad y respeto y extiende la cultura de la no discriminación frente a la del odio y el prejuicio.

En este sentido, queremos subrayar que el psicoanálisis se ha caracterizado siempre por el respeto a las diversas orientaciones sexuales. Las declaraciones de Freud sobre la homosexualidad, a contracorriente de una época en la que ésta era considerada una enfermedad o una perversión, sentaron una orientación que nunca ha sido desmentida.

Por tanto, el interés y la preocupación de los psicoanalistas por lo que hoy día rodea a lo “trans” no se derivan de ningún prejuicio ni de ninguna exclusión de la diversidad. Muy al contrario, luchan contra toda forma de discriminación, pues su práctica es por principio antisegregativa.

En cierto sentido, la nueva propuesta legislativa ha puesto en primer plano de la actualidad cosas que ya estaban planteadas a partir de iniciativas legislativas y normativas anteriores, con medidas efectivas implementadas en las diversas comunidades del Estado, como se señala en la *Exposición de Motivos, página 6* del borrador.

Una primera alegación que queremos realizar, con la correspondiente propuesta se refiere al tratamiento que el presente borrador plantea en relación a las cuestiones relativas a los menores de edad y particularmente a los *tratamientos hormonales*.

Argumentación

Las personas menores de edad deben ser especialmente protegidas de las formas contemporáneas de lo que Freud llamó “el malestar en la cultura”. Esto no sólo incumbe a los padres, sino también a la sociedad en su conjunto, empezando por los gobernantes y los profesionales implicados. Todos ellos tienen una responsabilidad ante la cual no hay ninguna excusa. La idea de la libre elección de género puede ser, particularmente en adolescentes, una trampa peligrosa. Puede llevar a algunos a buscar, en promesas inciertas, la solución a malestares e incertidumbres que por estructura son propias de esa etapa de la vida.

Nos preocupa específicamente, lo que se puede considerar la edad suficiente para un consentimiento informado y la madurez necesaria para asumir las consecuencias de actos cuyos efectos no son visibles a corto plazo, pero que suponen modificaciones muy importantes de la vida futura de la persona, en ámbitos que quedan muy alejados de lo que un menor puede llegar a concebir o incluso representarse. Hacer de una autodeclaración el argumento único y decisivo es

imprudente y cuestionable, teniendo en cuenta el carácter sumamente plástico de los adolescentes, sobre todo en un momento complejo como es la pubertad.

Los borradores de la ley que hemos podido consultar ponen el énfasis en el derecho de las personas a cambiar la identidad de género (o sexual, en otros textos). En este borrador que se presenta en el trámite de audiencia e información pública, el texto establece las condiciones para *ejercer el derecho a la rectificación registral* mediante la solicitud ante el Registro Civil de la rectificación de la mención registral del sexo:

En los Artículos 37, 41 y 42, se establecen diferentes tramos de edad:

- Las personas mayores de dieciséis años pueden hacerlo por sí mismas: *Artículo 37. Legitimación. 1.*
- Entre los catorce y los dieciséis años, pueden hacerlo por sí mismas, asistidas en el procedimiento por sus representantes legales.: *Artículo 37. Legitimación. 2.*
- Entre los doce y los catorce años, pueden hacerlo asistidas por sus representantes legales: *Disposición final séptima. Modificación de la Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria. Uno. Título II. Capítulo XI. De la aprobación judicial de la modificación de la mención registral del sexo de personas mayores de doce años y menores de catorce. Artículo 26 ter. Competencia, legitimación y postulación. 2.*

El procedimiento para realizar dicha rectificación entre los 12 y los 18 años, incluye la manifestación, por parte de la persona legitimada, de su disconformidad con el sexo mencionado en su inscripción de nacimiento (*Artículo 38. 2*). Forma parte también del procedimiento facilitarles información sobre las consecuencias de la rectificación solicitada. Pero el texto se refiere únicamente a las *consecuencias jurídicas* sin tomar en cuenta las consecuencias personales (*Artículo 38. 4. y Disposición final séptima. Modificación de la Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria. Uno. Título II. Capítulo XI. Artículo 26 quater. Tramitación. 3*).

Por otra parte, si bien para las personas que se hallan en el tramo de edades entre los 14 y los 18 años, el borrador establece una segunda comparecencia a los tres meses de realizarse la primera solicitud, para *que la persona legitimada ratifique su solicitud, aseverando la persistencia de su decisión* (*Artículo 38. 6*), solamente para las personas que se hallan en el tramo de edad entre los 12 y los 14 años se considera necesario acreditar *que la persona que insta el expediente ha mantenido de forma estable la disconformidad con el sexo mencionado en su inscripción de nacimiento, así como la madurez necesaria del menor y la estabilidad de su voluntad de rectificar registralmente la mención a su sexo*. Y esto tanto en el proceso de tramitación como en el de resolución de la solicitud (*Disposición final séptima. Modificación de la Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria. Uno, Título II. Capítulo XI. Artículo 26 quater. Tramitación. 2. y 3. Y Artículo 26 quinquies. Resolución. 1*).

Este proyecto de ley introduce también, respecto de textos legales previos una novedad, lo que se ha llamado “despatologización”, que consiste en no requerir diagnóstico ni *informe médico o psicológico* de ningún tipo *relativo a la*

disconformidad con el sexo mencionado en la inscripción de nacimiento ni la previa modificación de la apariencia o función corporal de la persona a través de procedimientos médicos, quirúrgicos o de otra índole para ejercer el derecho a la rectificación registral (Artículo 37. Legitimación. 4) y (Disposición final séptima. Modificación de la Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria. Uno. Título II. Capítulo XI. Artículo 26 quinquies. Resolución. 1).

En principio, es positivo que no se exijan tratamientos previos, ni hormonales, ni quirúrgicos, para la aceptación de una modificación registral. Lo es en la medida en que podría disminuir, en algunos casos, la premura con la que se llevan a cabo modificaciones corporales que pueden ser nocivas y en muchos casos irreversibles. En cualquier caso, los efectos benéficos de este apartado de la ley no serán plenos si, por otra parte, no se impiden, también por ley, esos mismos tratamientos antes de una edad en la que el consentimiento pueda ser pleno y efectivo.

Como se señala en la *Exposición de Motivos, página 6* del borrador, los tratamientos hormonales y quirúrgicos para las personas trans se han incorporado a la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y en la cartera de servicios complementaria de algunas Comunidades Autónomas. Tratamientos tales como los Bloqueadores Puberales se están administrando ya, por no hablar del uso de hormonas del sexo opuesto, con efectos potencialmente mucho más nocivos.

Actualmente empieza a haber consenso sobre la naturaleza experimental de los tratamientos hormonales, incluyendo bloqueadores puberales. Los médicos que se encuentran en el origen del conocido como “Protocolo Holandés”, en cuyas investigaciones se han basado centros de otras nacionalidades, específicamente el Gender Identity Development Service (GIDS) y el Gender Identity Clinic (GIC) del Tavistock Institute en Reino Unido, ellos mismos plantean que, de hecho, las condiciones en las que ellos investigaron y propusieron su protocolo han cambiado drásticamente, por lo que los tratamientos se pueden considerar experimentales y se deberían llevar a cabo nuevas investigaciones.

En una entrevista publicada¹ en febrero, Thomas Steensma, del Centro de Expertos en Disforia de Género del Universitair Medisch Centrum de Ámsterdam, señalaba que *"Se necesita urgentemente más investigación sobre los cambios de sexo en jóvenes menores de 18 años" [...]* *"No sabemos si los estudios que hicimos en el pasado pueden seguir aplicándose a este momento. Se están inscribiendo muchos más niños, y además de un tipo diferente" [...]* *"Nosotros realizamos investigaciones estructurales en los Países Bajos. Pero el resto del mundo adopta ciegamente nuestra investigación. Mientras que todo médico o psicólogo que se dedique a la atención sanitaria de transexuales debería sentirse en la obligación de hacer una evaluación adecuada antes y después de la intervención"*

Preguntado acerca de los efectos de la administración de hormonas a niños y niñas, particularmente sobre su fertilidad, respondía: *"No lo sabemos. Hasta ahora se ha investigado poco el tratamiento con bloqueadores de la pubertad y hormonas en los jóvenes. Por eso también se considera experimental. Somos uno de los pocos países*

1 <https://www.ad.nl/nijmegen/dringend-meer-onderzoek-nodig-naar-transgenderzorg-aan-jongeren-waar-komt-de-grote-stroom-kinderen-vandaan~aec79d00/#:~:text=Er%20is%20dringend%20meer%20onderzoek,gezet%20door%20de%20lange%20wachttijsten>

del mundo que lleva a cabo investigaciones continuas al respecto. En el Reino Unido, por ejemplo, sólo ahora, por primera vez en todos estos años, se ha publicado un estudio sobre un pequeño grupo de personas transexuales. Esto hace que sea tan difícil, que casi toda la investigación proviene de nosotros mismos".

Se trata de algo muy importante que tiene consecuencias legales decisivas y que, entendemos, habrá que tenerlo en cuenta en las normativas y legislaciones. Los protocolos y las condiciones de los tratamientos experimentales están reguladas de un modo específico y sujetas a restricciones, y de lo que estamos hablando es de que se han propuesto tratamientos que eran todavía experimentales como si fueran tratamientos ya normalizados, es decir sin los protocolos y las restricciones propias de los tratamientos experimentales².

El Colegio de Pediatras Americano, ha publicado el año pasado en su web un comunicado contundente sobre este asunto, titulado “*Deconstruyendo la pediatría transgénero*”³, en el que plantean que [...] “*No hay ni un solo estudio a largo plazo que demuestre la seguridad o la eficacia de los bloqueadores de la pubertad, las hormonas de sexo cruzado y las cirugías para los jóvenes transgénero. Esto significa que la transición de los jóvenes es experimental y, por lo tanto, los padres no pueden dar su consentimiento informado, ni los menores pueden dar su consentimiento a estas intervenciones. Además, la mejor evidencia a largo plazo que tenemos entre los adultos muestra que la intervención médica no logra reducir el suicidio*”.

Esta organización señala que “*De hecho, muchas organizaciones médicas de todo el mundo, como el Colegio de Médicos de Australia, el Real Colegio de Médicos Generales del Reino Unido, y el Consejo Nacional de Ética Médica de Suecia, han calificado estas intervenciones en niños de experimentales y peligrosas. El Dr. Christopher Gillberg, psiquiatra sueco de renombre mundial, ha afirmado que la transición pediátrica es "posiblemente uno de los mayores escándalos de la historia de la medicina " y ha pedido "una moratoria inmediata sobre el uso de fármacos bloqueadores de la pubertad debido a sus efectos desconocidos a largo plazo"*. El documento se acompaña de referencias documentales que sostienen cada uno de estos pronunciamientos

El texto plantea vías alternativas muy claras para abordar “*la incongruencia de género*” y sus posibles salidas, señalando el hecho de que “*la inmensa mayoría de los adolescentes con incongruencia de género están luchando con otros diagnósticos psicológicos que son anteriores a su incongruencia de género*”. No hay razón ni justificación, señalan, para privar o “robar” el tiempo de la pubertad a muchos niños y niñas, lo que no dudan en calificar de delito.

En relación a los tratamientos con supresores de la pubertad y de hormonas cruzadas el comunicado aporta documentación importante sobre los graves y permanentes

2 <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-at-transexuales-infancia-adolescencia.html> páginas 11, 19, 24 y siguientes. La propia Guía reconoce que “la investigación sobre la atención sanitaria a personas transexuales es escasa y de tipo observacional” página 13.

3 <https://acpeds.org/topics/sexuality-issues-of-youth/gender-confusion-and-transgender-identity/deconstructing-transgender-pediatrics>

efectos de los mismos: “*El uso temporal de Lupron también se ha asociado y puede ser la causa de muchos efectos secundarios permanentes graves, como la osteoporosis, los trastornos del estado de ánimo, las convulsiones, el deterioro cognitivo y, cuando se combina con hormonas de distinto sexo, la esterilidad. Además de los daños causados por el Lupron, las hormonas cruzadas exponen a los jóvenes a un mayor riesgo de ataques cardíacos, derrames cerebrales, diabetes, coágulos de sangre y cánceres a lo largo de su vida. Si añadimos el hecho de que a las niñas físicamente sanas que creen en la transexualidad se les practica una doble mastectomía a los 13 años y una histerectomía a los 16, mientras que a sus homólogos masculinos se les remite a la castración quirúrgica y a la penectomía a los 16 y 17 años, respectivamente, queda claro que afirmar la transición en los niños consiste en mutilar y esterilizar a los jóvenes con problemas emocionales*”.

“*Los estadounidenses*”, concluye el comunicado, “*están siendo desviados por un establecimiento médico impulsado por una ideología peligrosa y una oportunidad económica, no por la ciencia y el juramento hipocrático. La supresión de la pubertad normal, el uso de hormonas cruzadas que causan enfermedades y la mutilación quirúrgica y la esterilización de niños constituyen atrocidades que deben prohibirse, no la atención sanitaria*”.

Es importante considerar que, si tales tratamientos se están llevando a cabo, ello no es exclusivamente ni en primer lugar por las exigencias legales que pueda haber para el cambio registral, sino porque existe una fortísima presión ambiental⁴ y una tendencia acrítica a lo que se llama “terapia afirmativa”, que suele incluir, como medidas prácticamente inmediatas, los tratamientos hormonales⁵. Por tanto, el planteamiento de la ley en este punto, aun estando en sí mismo cargado de buenas razones, no refleja la realidad de lo que ocurre. Hay niños que están siendo hormonados sin que se den condiciones para un consentimiento válido.

En países europeos pioneros en la materia también se está reconsiderando la idoneidad de los procedimientos, que están siendo sometidos a un examen cuidadoso. Inglaterra y Suecia están revisando sus protocolos de actuación, las prácticas terapéuticas y las recomendaciones. El Karolinska Institutet, de Suecia, centro de referencia, ha decidido suspender los tratamientos hormonales en menores, argumentando expresamente sobre sus potenciales consecuencias adversas, extensas

4 Por ejemplo, *El País* divulga día sí día no una historia felicísima de transición, sobre todo si es precoz (¡18 meses, 10 meses!), sin dar nunca voz a personas que han detransicionado y denuncian las consecuencias de los tratamientos.

5 Algunos libros en circulación explican muy bien que You Tube y la red Reddit son los lugares fundamentales para la difusión de la ideología trans y la promoción de tratamientos hormonales y cirugías. También documentan muy detalladamente las páginas web y los nombres de influencers trans, el tipo de influencia que ejercen sobre los jóvenes, las instrucciones que dan para fomentar el enfrentamiento con los padres, los chantajes emocionales a los que hay que someterlos, qué guion seguir para conseguir hormonas en los centros médicos, los maravillosos efectos de la cirugía, etc. De esta documentación revisada citamos tres ejemplos:

-Heather Bruskell y Michele Moore. *Inventing transgender children and young people*. Cambridge Scholars, 2020. aportar nombres de youtubers, influencers, etc.,

-Abigail, Shrier. *Un daño irreversible: la locura transgénero que seduce a nuestras hijas*. Deusto (en prensa, hemos utilizado la edición norteamericana).

- Hellen Joyce. *When ideology meets reality*. Oneworld Publications, 2021.

e irreversibles, las mismas que señala el documento del Colegio de Pediatras Americano. Señala además la dificultad de evaluar el riesgo / beneficio para el paciente individual y, para los menores o sus tutores, de estar en una posición informada⁶. Decide, además, por un criterio de prudencia, revisar exhaustivamente las condiciones en las que un paciente se puede considerar maduro para consentir a un tratamiento que, en todo caso, se considerará experimental, “en un entorno de ensayo clínico”.

El Alto Tribunal inglés, ha redactado una sentencia planteando⁷: 1) la poca calidad de los estudios en los que se basaban las guías terapéuticas, que ocultaban datos desfavorables de los tratamientos hormonales; 2) el modo equívoco en que se exhibían ante las familias datos de supuestos suicidios en “trans” no tratados con hormonas; 3) la insuficiente consideración de otras problemáticas añadidas al síntoma conocido como “disforia de género”; 4) falta de información adecuada a los usuarios sobre las consecuencias negativas de los tratamientos hormonales, por no hablar de los quirúrgicos. En un planteamiento más de fondo, el tribunal cuestiona la capacidad de un menor para tomar, con un consentimiento suficientemente informado, decisiones que comprometen su futuro, dadas las importantes consecuencias de los tratamientos hormonales, además del carácter incierto de la mejoría de la “disforia de género”.

A continuación, el National Health Institute se ha visto obligado a modificar su página web. El NICE (National Institute for Health and Care Excellence), que en Inglaterra establece las guías de buenas prácticas, ha emitido un informe cuestionando las recomendaciones anteriores sobre tratamientos hormonales y la validez de los estudios en los que estas se habían basado⁸.

Por otra parte, estamos revisando una serie de documentación⁹ que pone de manifiesto la mala calidad científica de los estudios en los que se han basado los protocolos de acción que han legitimado la terapia afirmativa + hormonas. Entre las deficiencias encontradas se señalan: el pequeño tamaño de las muestras; la pérdida de un número considerable de pacientes en el período de reclutamiento y seguimiento; que la mayoría de los estudios también carecen de un grupo de control, refiriéndose a lo que se denomina “*ensayo controlado aleatorio ciego*”; que la heterogeneidad de los tratamientos con bloqueadores de la pubertad o con hormonas cruzadas complican las comparaciones entre los estudios: falta información sobre el tipo y la dosis del tratamiento hormonal cruzado y cuando se informaron, hubo poca coherencia entre los estudios; que la adherencia a los tratamientos no se informa o es inconsistente; que más de la mitad de los estudios no mencionaron / controlaron la

6 <https://segm.org/sites/default/files/Karolinska%20Guideline%20K20214144%20April%202021%20%28English%2C%20unofficial%20translation%29.pdf>

7 <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf>

8 https://segm.org/NICE_gender_medicine_systematic_review_finds_poor_quality_evidence

9 Dos ejemplos: The effect of cross-sex hormonal treatment on gender dysphoria individuals' mental health: a systematic review, en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4977075/> y <https://blogs.bmj.com/bmjebmspotlight/2019/02/25/gender-affirming-hormone-in-children-and-adolescents-evidence-review/>

comorbilidad psiquiátrica, lo que podría haber representado un sesgo crítico en este tipo de investigación; y que los resultados subjetivos, que son muy prevalentes en los estudios, también son propensos al sesgo debido a la falta de grupos de control con diseño de “*ensayo controlado aleatorio ciego*”. Estas deficiencias permiten plantear que “*los resultados también podrían tener explicaciones diferentes debido al diseño del estudio*”.

En una de estas revisiones, realizada por **Carl Heneghan** Director del Centro para la Medicina Basada en la Evidencia de la Universidad de Oxford y **Tom Jefferson** Tutor Senior Asociado de la Universidad de Oxford y Profesor invitado del Instituto de Salud y Sociedad de la Facultad de Medicina de la Universidad de Newcastle, y en relación al tratamiento con GnRHa, se plantean *tres preocupaciones principales*: 1) *los jóvenes quedan en un estado de "limbo del desarrollo" sin características sexuales secundarias que puedan consolidar la identidad de género*; 2) *es probable que el uso amenace la maduración de la mente adolescente*, y 3) *los bloqueadores de la pubertad se utilizan en el contexto de una profunda ignorancia científica*.

La presión ambiental a la que nos referimos se ha visto reforzada por la sinergia entre distintos factores:

- el papel decisivo de las redes sociales e influencers trans, como detallamos en la nota 5 de la página anterior, que promueven el cambio de género y el uso de las hormonas como tratamiento de prueba para resolver las dudas sobre la transición.
- las ideas simplistas y reductoras relativas a la “identidad” de la persona y el papel que en ella ocupan aspectos, a lo sumo parciales, como el sexo o las identificaciones que se producen en este ámbito y que ahora se suelen llamar “género”.
- la grave confusión que se produce en este discurso entre las manifestaciones de la orientación del deseo sexual (cambiantes en muchos niños y niñas) y la supuesta identidad de género.
- la presión que se ejerce sobre los niños, directa o indirectamente para definirse en términos de “género”, cuando todos los aspectos de la identidad de los niños y las niñas están sujetos a una compleja evolución, sin que muchas veces se llegue a una definición más o menos estable o completa antes de haber tenido una serie de experiencias en el ámbito de la sexualidad y las relaciones afectivas.

En los siguientes artículos¹⁰, ya referidos, del actual borrador, parece tratarse todo el tiempo de personas que ya han realizado y concluido un proceso de transición, y su situación requiere entonces un marco legal adecuado a su realidad y a sus necesidades, como, por ejemplo, registrar oficialmente la conclusión y el resultado de dicho proceso. Pero es necesario no olvidar la situación de las personas menores de edad que se encuentran en el proceso, que implica un tiempo, de la toma de decisiones en relación a su identidad. Decisiones que pueden tener consecuencias jurídicas, pero también personales y en el ámbito de la salud.

10 Artículos 37; 38; 41; 42; Disposición final séptima. Modificación de la Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria. Uno. Título II. Capítulo XI. Artículo 26 ter, quater, quinquies), u otros artículos del mismo borrador: Artículo 54. Tratamiento del alumnado menor de edad conforme al nombre registral, Artículo 55. Protocolos de atención al alumnado trans y contra el acoso transfóbico, o el Artículo 66. Personas LGTBI menores de edad

Incluso si se tratara de personas que ya han concluido sobre ese proceso, es importante considerar, como lo hace este mismo proyecto de ley, la posibilidad de una reversión de la rectificación de la mención registral relativa al sexo (*Artículo 41*), transcurridos seis meses desde la inscripción en el Registro Civil de la rectificación, lo que no parece coherente con la posibilidad de que se realicen previamente intervenciones hormonales o quirúrgicas que tengan efectos irreversibles.

Tampoco está claro que facilitar el cambio de nombre disminuya significativamente las expectativas de un tratamiento hormonal y quirúrgico: si bien puede ser objeto de un derecho, no garantiza por sí solo la desaparición, ni la disminución, del malestar subjetivo. Se trata de una medida que, si se dan otras condiciones, puede formar parte de una solución viable para algunas personas, pero muy distinto es proponerlo como la solución para todos los casos.

En todo caso algunos datos relativos a la atención en centros especializados exigen cierta reflexión. No tenemos información de datos públicamente accesibles en España y, a reserva de otras informaciones cuantitativas que podamos obtener, partimos de las que están publicadas y a las que hemos podido acceder. Las estadísticas proporcionadas por la Tavistock Clínic de casos atendidos en el servicio GIDS (*Gender Identity Development Service*) entre 2011 y 2020 muestran que:

- A diferencia de lo que ocurría en el pasado, en que la mayor parte de casos de “disforia de género” se diagnosticaban en la infancia, en la actualidad una inmensa mayoría surge poco antes de la pubertad o durante la adolescencia.
- De entre los casos de “disforia de género” detectados en la infancia y tratados en el GIDS, hasta 2014 predominaron los varones. Pero desde entonces, va aumentando el número de niñas y en 2020 las niñas ya doblan a los niños.
- De entre los casos de adolescentes, el crecimiento del número de chicas se va acelerando progresivamente, hasta que en el año 2020 estas superan a los chicos en una proporción cercana a 4:1.

Esta asombrosa desproporción entre ambos sexos es un dato crucial que requiere explicación. Por motivos que el psicoanálisis permite esclarecer, para las jóvenes actuales la asunción de su cuerpo sexuado en la pubertad y la adolescencia resulta particularmente problemática. Si la identidad estuviera determinada por el cerebro o los genes no habría lugar a dudas ni existirían las dificultades a las que esta ley intenta responder.

Nos parece que, en estos puntos relativos a las personas menores de edad, convendría más una posición como la que se traduce de los *artículos 18 y 71* del mismo borrador, en los que se manifiesta un criterio de prudencia y cuidado en el tratamiento de las cuestiones relativas a las personas intersexuales, que echamos en falta en el correspondiente a las personas menores de edad transexuales.

Desde el psicoanálisis, consideramos que tratándose de decisiones fundamentales y a veces definitivas sobre la vida de las personas, se debe dar un tiempo a la reflexión y no eludir distintos modos de conversación entre el sujeto y una serie de interlocutores. Entre ellos, figuras como la del terapeuta, el psicólogo o el psicoanalista, pueden posibilitar modalidades de conversación en términos que, sin

recurrir a la patologización, pueden aportar al sujeto modos de interrogar él mismo sus decisiones, evitando pasajes al acto.

Por su planteamiento finalista, que excluye cualquier interrogación sobre los motivos del malestar del joven con su cuerpo, la “terapia afirmativa” no puede ser la única opción. Se trata, en cualquier caso, de la protección del menor, de darle la oportunidad de pensar las decisiones que más le favorecen, procurando que no se vea arrastrado por presiones ambientales que, como se sabe, son a veces decisivas en la pubertad y la adolescencia.

El psicoanálisis no excluye por principio la posibilidad de que un sujeto decida modificar su cuerpo como un modo de tratamiento de un malestar. Ya sea recurriendo a tratamientos hormonales o incluso quirúrgicos. En todo caso, no se le debe dejar solo ante una decisión de este calibre y es preciso ayudarlo a dilucidar la necesidad o la conveniencia de determinadas intervenciones. Ya sea que decida finalmente llevarlas a cabo o buscar otras alternativas, se trata de contribuir a evitar que sus decisiones sean impulsivas o excesivamente influidas por factores grupales o por otra clase de presiones. No importa sólo el resultado final, que tomado globalmente es una abstracción, sabemos que no hay homogeneidad en el resultado y que lo que va bien a algunos no les va bien a otros, sabemos también que hay quienes quieren deshacer lo hecho. Así pues, se trata de cuidar los tiempos y los medios necesarios para una decisión suficientemente madurada y de mantener el deber del estado de proteger a los ciudadanos. En este proceso, los interlocutores con los que cuente el sujeto son importantes y deben estar dispuestos a una escucha sin prejuicios, poniendo la singularidad del caso por encima de cualquier fórmula estandarizada. No hay soluciones buenas para todos, sólo las hay uno por uno.

Propuesta

De este modo, proponemos que en el texto de la Ley sea añadida una sección específica o una serie de artículos específicos en la sección octava del actual borrador, orientados a la protección de los menores y el cuidado de su salud, diferenciados de los artículos correspondientes a la sección tercera del actual borrador, en los que se establezca con claridad:

- La imposibilidad o prohibición de realizar cualquier tipo de intervención hormonal o quirúrgica, de la que puedan derivarse efectos irreversibles, antes de una edad en la que el consentimiento pueda ser pleno y efectivo. Esta regulación debe tener en cuenta la posibilidad de que haya excepciones, a valorar en cada caso, y en las que, entendemos, se procedería a tenor de lo que se especifica en la *Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Disposición final segunda. Modificación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.*

- Medidas que garanticen, para las personas menores de edad que se encuentran en momentos, que por otra parte son propios del periodo de la infancia, la adolescencia y primera juventud, en los que se trata del proceso de la toma de decisiones en relación a su identidad —quizá hacia una posible transición o en el

proceso mismo de realizar una transición—y a sus familias, la prestación de asesoramiento, apoyo y acompañamiento adecuados, incluido el psicológico.

-La ley debería contemplar la legitimidad de la consulta del menor con el acompañamiento o no de sus padres o tutores, con los profesionales que elijan para mantener abierta la posibilidad de un tratamiento por la palabra. La idea de tratamiento no implica, en absoluto, la de enfermedad o patología. Tratar una cuestión o coyuntura difícil en la vida no guarda parentesco alguno con la patología sino con la vida.

Una segunda alegación y propuesta tiene que ver con las medidas dirigidas a la información, sensibilización y formación de los profesionales de las diferentes administraciones del Estado.

Argumentación

El artículo 12 del borrador en su punto 1, establece que la formación inicial y continuada sobre diversidad sexo-afectiva y familiar e igualdad y no discriminación de las personas LGTBI, para el personal al servicio de las Administraciones Públicas, especialmente a quienes prestan sus servicios en los ámbitos de la salud, la educación, la juventud, las personas mayores, las familias, los servicios sociales, el empleo, la justicia, las fuerzas armadas y cuerpos de seguridad, la diplomacia, el ocio, la cultura, el deporte y la comunicación, es condición para garantizar su sensibilización y correcta actuación.

Estas medidas están claramente establecidas en, al menos, los artículos 9, 12, 15, 18, 20, 21, 25, 32, 36, 52 y 62 del borrador de la ley.

Ahora bien, el Artículo 23. Programas de información en el ámbito educativo establece que “Se procurará que estos programas (de información dirigidos al alumnado, a sus familias y al personal de centros educativos con el objetivo de divulgar las distintas realidades sexuales, afectivas y familiares y combatir la discriminación de las personas LGTBI y sus familias por las causas previstas en esta Ley, con especial atención a la realidad de las personas trans e intersexuales) se realicen en colaboración con las organizaciones representativas de los intereses de las personas LGTBI”.

La educación sobre temas de sexo y género en la Enseñanza Pública no debería estar en manos de asociaciones militantes, ya que no parece acorde ni a la importancia y trascendencia que tiene esa función educativa para el futuro de los niños y jóvenes, ni al peso que se da a la educación, la información y la sensibilización en el borrador de la ley.

Hay dos grandes líneas conceptuales o argumentales que atraviesan todo el texto: el reconocimiento de la diversidad como factor enriquecedor de nuestras sociedades y la prevención, corrección y eliminación de toda forma de discriminación. Estos principios forman parte de muchos de los artículos del borrador y se encuentran ya como objeto de la ley en el artículo 1.2 y como objetivos de la misma en la Memoria del Análisis de Impacto Normativo (MAIN), página 10, aplicados al contenido que motiva la ley: “Este anteproyecto de ley aspira a reconocer la diversidad sexual, de

género y familiar, como factor enriquecedor de nuestras sociedades”. “Para ello, la norma establece unos principios de actuación de los poderes públicos, regula derechos y deberes de las personas físicas y jurídicas, tanto públicas como privadas, y prevé medidas específicas destinadas a la prevención, corrección y eliminación, en los sectores público y privado, de toda forma de discriminación por razón de orientación e identidad sexual, expresión de género o características sexuales [...]”.

Ambos principios se leen articulados en el empeño que motiva la ley: *“desarrollar y garantizar los derechos de las personas lesbianas, gais, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGTBI) erradicando las situaciones de discriminación, para asegurar que en el Estado español se pueda vivir la diversidad afectiva, sexual y familiar con plena libertad”* con el fin de que las personas LGTBI puedan *“ejercer plenamente su ciudadanía”*. En razón de lo cual se plantea la importancia y la necesidad de *“impulsar y consolidar un cambio de concepción social sobre las personas LGTBI”,* lo que pasa por *“entender la diversidad como un valor, por asegurar la cohesión social en los valores de igualdad y respeto y por extender la cultura de la no discriminación frente a la del odio y el prejuicio”* (MAIN, página 6 y Exposición de motivos, I, páginas 3-4).

El compromiso con estos principios y la defensa de los mismos es una tarea que compete al conjunto de la sociedad, en colaboración con las instituciones del Estado como tal, y sólo así nos parecen conseguibles.

Propuesta

En coherencia con esta perspectiva y con dichos principios, **proponemos que la realización de los programas a los que se refiere el artículo 23, se abra a todas aquellas organizaciones con una trayectoria de trabajo y dedicación a diferentes colectivos, en la que quede probada su posición de compromiso y defensa con los mencionados principios. El trabajo en relación con las poblaciones cuyas condiciones de vulnerabilidad se especifican claramente en el borrador y en la Memoria del Análisis de Impacto Normativo: migrantes y personas extranjeras, personas con discapacidad, residentes en entornos rurales, menores y jóvenes, mujeres, personas de edad avanzada, puede ser un criterio para convocar a estas organizaciones.**

Esperamos que nuestra participación pueda contribuir a que esta iniciativa legislativa lleve a cabo su propósito.

Fundación para la Clínica Psicoanalítica de Orientación Lacaniana (FCPOL), de ámbito estatal. C/ Santa Perpétua 10-12. 08012-BARCELONA. N.I.F.: G-63545453