

SESIÓN DE LA COMISIÓN DE UNIVERSIDADES, IGUALDAD, CULTURA Y DEPORTE

(Comienza la sesión a las doce horas y tres minutos)

LA SRA. PRESIDENTA (Cobo Pérez): Buenos días.

Reanudamos la comisión de Universidades, Igualdad, Cultura y Deporte y le ruego al señor secretario que dé lectura al punto del orden del día.

Único. Comparecencia de D. Eduardo García-Camba de la Muela, profesor asociado de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma. Exjefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de la Princesa de Madrid y responsable de Psiquiatría de la Unidad de Género de Madrid, a los efectos de informar sobre el Proyecto de Ley de Cantabria de garantía de derechos de las personas lesbianas, gais, trans, transgénero, bisexuales e intersexuales y no discriminación por razón de orientación sexual e identidad de género de la Comunidad Autónoma de Cantabria. [10L/1000-0002]

EL SR. ÁLVAREZ PALLEIRO: Gracias señora presidenta.

Punto único. Comparecencia de D. Eduardo García-Camba de la Muela, exprofesor asociado de psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma, exjefe de servicio de psiquiatría del Hospital Universitario de la Princesa de Madrid y responsable de psiquiatría de la unidad de género de Madrid, a los efectos de informar sobre el proyecto de ley de Cantabria de Garantía de derechos de las personas lesbianas, gais, trans, transgénero, bisexuales e intersexuales y no discriminación por razón de orientación sexual, identidad de género de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

LA SRA. PRESIDENTA (Cobo Pérez): Gracias señor secretario. De conformidad con los precedentes existentes sobre este tipo de comparecencias el debate se desarrollará mediante un turno de exposición del compareciente por un tiempo máximo de 30 minutos. Tiene la palabra el Sr. D. Eduardo García-Camba.

EL SR. GARCÍA-CAMBA DE LA MUELA: Bueno, pues muchas gracias por la presentación. Quiero hacer una pequeñísima matización y es que esos cargos que ha comentado son cargos que en este momento digamos estoy en situación ya de jubilación de hace unos meses y aunque sigo con una actividad activa desde el punto de vista psiquiátrico y médico profesional y soy miembro de muchas sociedades, pero que esos cargos ya en este momento, mi relación no es contractual ya en este momento.

Bueno. Bueno pues la primera, quiero decir que cuando me enteré de esta convocatoria, pues la primera -digamos- actitud mía fue de sorpresa, por qué bueno me llaman a mí si yo no tengo ninguna vinculación con ningún partido político. Yo tengo mis ideas políticas, pero no las manifiesto públicamente y no estoy vinculado a ningún partido político. Y en ese sentido pues me llamó un poco la atención.

Incluso en una reacción así un poco de asertividad, que luego el psiquiatra que llevo dentro me corrigió y me dije chico, modérate un poquito guapo. Pues entonces dije, pues no voy, porque yo no esto, por qué me llaman, tengo que ir perder un día, un viaje tal, la familia. Pero pensé que es un colectivo con el que llevo trabajando tantísimo tiempo y con el que me siento tan vinculado y que tengo digamos como una relación muy empática con muchísimas de estas personas, que dije bueno pues voy a ir porque yo creo que algo puedo decir, por lo menos de mi experiencia.

Eso es lo primero que les quería decir. También hay que decir que como aquí en algún momento se podrá abordar el tema de la psiquiatría de niños, del problema de los niños, aunque el tema lo conozco perfectamente, pero hay que decir que yo profesionalmente no he tratado niños, he tratado en algunos casos a veces adolescentes de 15, 16 años, pero mi trabajo profesional desde hace 40 años se ha vinculado básicamente con personas adultas. Que ese dato es un dato que quiero consignar yo.

Bueno, pues con estas personas que también quiero decir que son personas además que yo no considero enfermos, no es que yo no les considere enfermos, es que hoy en día los códigos internacionales no consideran enfermos a estas personas.

Estas personas, que, en su momento, figuraban como un trastorno de la orientación de género o como una enfermedad, hoy día, en la psiquiatría actual, la medicina actual, no los considera, no considera enfermedad. Y ese es un aspecto muy importante.

También quiero decir que es un tema, es un tema que no está exento de, digamos, de polémica. Es un tema enormemente conflictivo, un tema enormemente conflictivo en donde las posiciones, muchas veces son encontradas, en

donde hay, en muchos casos hay sesgo ideológico. En otros casos hay ideas sobrevaloradas, hay personas que están muy en contra de la... digamos del tratamiento de estos pacientes. Personas que quieren tratar más de la cuenta a estos pacientes.

Es decir, que aquí tenemos, es un mundo, es un mundo complejo en donde yo creo que hay que procurar pues andar por el sendero del sentido común y siempre, y siempre por supuesto apoyándose en datos científicos.

Vivimos en una sociedad que estamos totalmente contaminados por las redes sociales. Las redes sociales tiene información falsa, tienen *fake news*, tienen intereses comerciales, políticos, ocultos, de todo tipo y entonces, en un terreno como este y como en cualquier terreno en el ejercicio de la medicina, uno tiene que estar bien informado, utilizar las fuentes adecuadas, que son las revistas de impacto, los libros de la especialidad escritos por autoridades, digamos, científicas o académicas y procurar no hacer mucho caso al resto, porque el resto es como una especie de hojarasca, que muchas veces empantana el camino.

Y en ese sentido, mi exposición yo voy a tratar de que se haga en ese sentido.

Puedo a lo mejor resultarles a ustedes una exposición excesivamente académica, ¿no? y a lo mejor les aburre; pues yo si veo que están muy aburridos aceleraré como tengo aquí el tiempo, pisaré el acelerador y entonces pasaré de 40 a 95, con lo cual pues les liberaré de algunos minutos un poco así de aburrimiento.

Bueno, pues entonces empiezo con las... Yo antes era pacientes, trastornos, yo les llamo personas transgéneros y salud mental. Y entonces yo, como psiquiatra, ¿qué piensa un psiquiatra?, o ¿qué pienso yo en este caso?, o ¿qué piensa la psiquiatría?, si es que yo puedo ser en este momento un exponente o representante de la psiquiatría académica y científica, pues qué se piensa de este tema.

Y el tema verán ustedes que es polémico y no satisface muchas veces a las pretensiones, a los deseos de muchas personas.

Bueno -no sé si esto funciona así-. Entonces decir, en primer lugar, que la transexualidad o el transgénero, que es un asunto de un gran interés sociosanitario, es un fenómeno que está en continua modificación, un fenómeno que no permanece estático, hay cambios legislativos, hay cambios en las clasificaciones internacionales de enfermedades, la terminología es distinta, cambia, los rituales diagnósticos también cambian. Es un proceso que está en un movimiento muy importante.

Y este asunto yo lo voy a abordar desde la salud mental, que es mi especialidad.

Bueno, ¿cuál sería un poco el esquema que quiero seguir?, pues vamos a ver si me da tiempo a verlo todo. Pero voy a hablar de criterios diagnósticos, de datos de prevalencia; es decir, cuáles son los datos, las cifras de presencia de esta condición, qué cambios hay en la distribución, qué nuevas formas aparecen. Les hablaré de un aspecto muy importante que es el estrés minoritario, les hablaré de problemas sociales, de repercusión sobre la salud mental, de los criterios de la WPATH.

La WPATH es la asociación profesional de profesionales transgénero. Es una, digamos, es la asociación internacional de referente, por así..., hace unos años se llamaba asociación Harry Benjamin, y ahora desde hace unos años ha cambiado a este nombre. Es *World Profesional Association Transgender*, la última no sé cuál es.

DESDE LOS ESCAÑOS: Human, humano.

EL SR. GARCÍA-CAMBA DE LA MUELA: *Human, thank you very much, thank you.*

Bueno, les hablaré de ansiedad y de depresión, hablaré de suicidio, hablaré de niños y púberes y luego hablaré de algún resumen ¿no?

Empezando por los criterios diagnósticos, que ya digo que están cambiando, vamos a ver, en medicina, en psiquiatría, vamos concretamente, utilizamos tres crit..., actualmente tres criterios diagnósticos; dos de ellos son de la misma asociación, que es la OMS, Organización Mundial de la Salud, que en la versión 10 a esta condición la llama transexualismo y en la CIE-11 que entrará en vigor en 2022, ya está publicada, pero entrará en vigor dentro de dos años, lo llama ya incongruencia de género.

Y el otro sistema clasificatorio que utilizamos es el sistema americano, el sistema de la *American Psiquiatric Association*, esa clasificación en sí ya tiene una importancia descomunal como tiene todo lo americano digamos en la cultura occidental, lo invade absolutamente todo y realmente son unos criterios muy potentes.

Fijense que cada uno de ellos lo denomina de una manera distinta. La CIE-10 llama transexualismo, los americanos lo llaman disforia de género y la CIE-10 la va a llamar ya incongruencia de género, que tampoco es un nombre que me guste mucho, pero es el nombre que entrará en vigor en 2022.

Bueno pues vamos a ver un poquito brevemente para no enrollarme mucho, brevemente un poquito cada uno de ellos.

Entonces, ¿qué dice la CIE-10 que es el transexualismo? pues es el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto que se acompaña por malestar, deseo de cambio y tal pero que tiene que durar dos años, para la CIE-10 tenía que durar dos años y no tener anomalías cromosómicas, eso es lo que dice la CIE-10 que sigue todavía en vigor porque la CIE-11 todavía no ha entrado, aunque entrará pero hoy en día la codificación en medicina, la CIE-10 esto no es solamente de psiquiatría, es de todas las enfermedades, de cardiología, de digestivo, de urología, de infecciosas de todo, del coronavirus. El CIE-10 engloba todas las enfermedades.

Bueno, los americanos, sin embargo, ya de dos años pasan a seis meses y realmente los criterios son similares, ellos dicen que haya marcada incongruencia entre el sexo sentido y sexo asignado, que dure como mínimo seis meses, que produzca un enorme malestar o deterioro de funcionamiento, que por eso se llama disforia y que tenga luego deseo de cambio, deseo de vestir, deseo de parecerse, deseo de poseer las características sexuales. Una serie de cambios que con dos de ellos sería suficiente, pero esta condición tiene que durar seis meses.

Y, por último, lo que viene, el futuro es el CIE-11, ya no nos habla de tiempo y lo ha sacado de... lo saca del grupo de los trastornos mentales y lo mete en un grupo que lo llama condiciones relativas a la salud sexual. Ya no está en el club de los trastornos mentales como estaba el CIE-10 sino en el club de condiciones relativas a la salud sexual.

Y entonces qué es para ellos, pues es la incongruencia entre el género experimentado y el sexo sentido, uno ve que tiene un sexo biológico, el sexo de nacimiento pero que sin embargo no se identifica con él. Que tiene un género que es el sexo sentido que es distinto del sexo vivido, del sexo biológico. A menudo hay deseo de transición y el diagnóstico no puede hacerse antes del inicio de la pubertad, esto es únicamente para adolescentes y adultos, como figura aquí en el título.

Bueno, estos trastornos qué frecuencia tienen, pues mire esto ha ido cambiando. Nosotros en los datos que manejamos de DSM-5 hace unos años, el DSM-5 nos decía que los nacidos varones que había uno entre cada 7 y 20.000 nacidos varones, y mujeres uno de cada 33.000 a 50.000. Es decir que había más varones que mujeres, la proporción de varones a mujeres era de 3 a 1, el triple.

En España nosotros... estos nos son datos de España, hicimos luego un estudio, en España era similar, uno de cada 10.000 varones y uno de cada 30.000 nacidas mujeres, es decir 3 a 1 de los varones en número más importante que las mujeres.

Pero las cosas han ido cambiando y esto es un estudio que hicimos el grupo nuestro, La Princesa, Ramón y Cajal y La Paz, lo hicimos hace dos años y pico y vimos que la prevalencia en Madrid, en la población en Madrid la prevalencia del transexualismo era de 2,2 por 10.000 habitantes. Y ya seguía siendo más frecuente en hombres que querían ser mujeres que en mujeres que querían ser hombres, entonces la relación de mujeres, de hombres que quieren ser mujeres o mujeres que quieren ser hombres era el doble, más del doble. Esos datos son del año 17 se publicó en una revista internacional y ahí está en la red.

Pero, sin embargo, como decía Bob Dylan: *"times are changing"*. Aquí hay un cambio espectacular. Porque ha habido un aumento de prevalencia altísimo. Estos son datos todos americanos, donde se nos habla, fijese que nosotros en España estamos hablando de 2x10.000, de 2 x10.000, y aquí estamos hablando de 50x10.000. O sea, que no son de dos a tres o a cuatro... no, no, de 50x10.000 en algunos autores. Otros autores hablan de 56x10.000 y otros de 39x10.000. Es decir, que hay una exclusión absoluta. Estos son datos recientes, 2016-2017.

Y datos por ejemplo del Reino Unido -tengo aquí una gráfica del Reino Unido de 2018- donde fijense el aumento tan espectacular que ha tenido. Si se fijan en la cuadrícula, el punto rojo significa que el dato de ese año tiene una diferencia significativa con el anterior. Es decir, que esa diferencia en estadística tenemos que ver si las diferencias tienen sin diferenciación estadística o no. Bueno, pues aquí en todos los casos hay sin diferenciación estadística. Todos los años, el número es mucho mayor y además con sin diferenciación estadística. Y con un crecimiento pues espectacular.

Bueno, y esto, por qué pasa esto. Que es la pregunta que hacemos, bueno, esto qué pasa, ¿es una epidemia?, ¿es un brote?, ¿esto es como el coronavirus que de pronto sale y se impacta a todo el mundo? Bueno, pues hay muchas teorías. Hay muchas teorías.

Dentro de las teorías, algunos autores hablan de que en los medios de comunicación hay más visibilidad del fenómeno transgénero, que Internet ofrece mucha información, uno se mete en Internet y te da información excesiva. También que cada vez se va desestigmatizando más en la despatologización y que, bueno, pues la sociedad sería más tolerante, por así

decir; que el tratamiento médico está más disponible. Que las redes sociales funcionan de una manera muy intensa y a veces se habla de que esas redes sociales están contagiando, se habla como si fuese una moda. Algunos autores hablan de una epidemia.

Pero lo cierto es que en este momento hay, en Estados Unidos y en Canadá, el aumento de transexualismo de chicas... Vamos de varones, de varones pero que se sienten mujeres; un transexual femenino. Bueno, pues los transexuales femeninos en este momento han crecido una barbaridad.

Pero, así como si se habla a veces de cifras, como son treinta veces superior a lo que eran hace dos años, cuarenta veces... O sea, hay una auténtica explosión. Y esto en el mundo científico se está tratando de preguntarse por qué sucede ¿no?, porque sucede.

Se habla, hay algunas autoras que hablan de que -digamos- el hombre tendría como más posibilidades sociales en una sociedad que es bastante machista. Pues entonces una mujer, para tener más posibilidades... yo quiero ser chico porque me empodero más, tengo más capacidad, gano más dinero en el trabajo, etc., etc. Teorías hay para todos los gustos. Pero eso es un dato real, y ha aumentado.

Este asunto es de una capital importancia para entender luego lo que vendrá después, que son los problemas psicopatológicos. El transexualismo tiene una carga de estrés impresionante.

Yo he estado oyendo esta mañana la comunicación de esta mañana y hablaban un poco del estrés. Y realmente eso es -digamos- que el transexual vive -digamos- en un caldo de cultivo de estrés y va a vivir casi toda su vida fíjense lo que les digo. ¿Por qué? Porque la sociedad, en primer lugar, no es una sociedad perfecta, acogedora. Y la sociedad no es la madre Teresa de Calcuta. La sociedad es una sociedad rígida con sus tics, con sus mecanismos de aceptación y de rechazo, con sus prejuicios... etc., etc. Y entonces en estas personas se percibe rechazo familiar, pérdida de amistades y relaciones afectivas, transfobia, discriminación laboral y abusos en el marco laboral. Situaciones de acoso. Dificultades reales y a veces económicas para tratamiento. Y no digamos ya en muchos países, persecución, torturas y asesinatos.

Y si usted va a Arabia Saudita y dice que es transexual, directamente lo primero pueden ser 500 latigazos y después posiblemente una condena a muerte. Igual que la homosexualidad. La homosexualidad está totalmente condenada y prohibida por ejemplo en Arabia Saudita y países un poco de ese entorno y esa cultura.

Pero quiero volver a insistir en el estrés. Porque esto va a ser digamos como la causa o el factor que va a explicar un poco todo lo que va a venir después.

Bueno, pues este estrés hay algunos teóricos que lo llaman estrés de minoría, ¿qué quiere decir estrés de minoría? Pues que es un estrés específico de una minoría, de un grupo. En todos los grupos sociales vivimos el estrés, la tensión, problemas: problemas con mi trabajo, con mi jefe, con la ciudad, con el vecino, con la vivienda. Pero hay situaciones como es la transexualidad, donde hay un estrés específico que es la transfobia, la dificultad de encontrar trabajo, el rechazo social, el que la gente me mira raro, etc., etc. Y todo eso, este estrés que tiene una base social, es un estrés que es crónico y aumenta la vulnerabilidad para problemas de salud física y mental. Y este dato es muy importante. Acuérdense de estrés de minoría que es un tema muy importante.

Bueno, datos de violencia contra los transexuales pues lo que quieran ustedes. Se ha comentado esta mañana a unos homosexuales, pues a los transexuales son víctimas muchas veces de agresiones, de asesinato, además, en Brasil, en Méjico, hay un alto porcentaje de asesinatos a transexuales.

Bueno, salud mental. Entramos ya en el terreno ya de la psiquiatría. Bueno. ¿Cuáles, cómo son los problemas psiquiátricos de esos pacientes? Bueno, pues para todo lo que he dicho al principio. Actualmente el transexualismo no se considera un trastorno psiquiátrico. Y se entiende que la posible comorbilidad psiquiátrica, cuando existe, que es consecuencia de la disforia de género persistente y la angustia psicosocial concomitante. Es decir, es tal la angustia, el sufrimiento, el estrés, que tienen esos pacientes que eso explica el que sin ser enfermos mentales son vulnerables y como no son de piedra pues tienen mucha facilidad para que se produzcan reacciones del tipo que vamos a ver.

Bueno, aquí tienen, les he enseñado alguno de los tratados así más actuales y que abordan estos temas de una manera muy intensa. Si alguien tiene mucho interés pues le doy luego la nota.

Pero digamos que el gol estándar, el gol estándar sería la guía de la WPATH que hemos comentado antes que nos da las normas, las... es la guía como de cuidados para estos pacientes. Y esa es una guía que nos habla de cuidados en muchos aspectos. Yo como estoy hablando de salud mental, pues me centraré en la salud mental refiriéndome a la guía. Y la guía nos habla de que los problemas de salud mental de este colectivo pues son: ansiedad, depresión, autolesiones, compulsividad, consumo de sustancias, de drogas, problemas sexuales, trastornos de la personalidad, trastornos de la salud alimentaria, cuadros psicóticos, trastornos de espectro autista. Vean ustedes una enorme cantidad.



¿Qué pasa que los transexuales son autistas? ¿Qué los transexuales son psicóticos? No, no son psicóticos, pero un transexual si se le atornilla excesivamente y si vive en un marco donde hay un estrés y un sufrimiento altísimo, pues evidentemente puede hacer cualquiera de estas complicaciones.

Nosotros en un trabajo que hicimos hace cinco años en el Hospital de La Princesa, cogimos los transexuales de ese año, creo que eran 95 o 98 no recuerdo cuales. Y luego los antecedentes en ellos, entonces veíamos que había antecedentes de abusos sexual, de abuso de sustancias, insomnio, lesiones, trastornos de la conducta alimentaria, intentos autolíticos, un seis por ...habían tenido intentos autolíticos, depresión en el nueve por ciento y trastornos adaptativos en un 12,4. Es decir, unas cifras pues digamos relativamente altas, más altas que en población normal.

Este es un estudio interesante porque se hizo en cuatro países, cuatro países europeos: en Bélgica, Holanda, Alemania y Noruega y en todos los países vieron una alta prevalencia de trastorno de ansiedad y depresión.

Pero fíjense que, por ejemplo, en los alemanes, se deprimían más que los belgas. Y los holandeses menos que los noruegos. Y los noruegos menos que los alemanes. Es decir, que bueno, que se movía la población en un rango de 13 al 40 por ciento. Entonces, ¿por qué sucede esto? Pues porque muchas veces los criterios de elección no son los mismos. Porque las edades no son las mismas, porque el tiempo evolutivo del transexual tampoco es el mismo. Hay digamos, hay digamos como diferencias metodológicas que hace que la muestra pues no sea una muestra homogénea. Y eso es lo que suele suceder en la mayor parte de los trabajos, sobre todo cuando con los que comparan muestras.

Vamos a pasar a los niños. Bueno, ¿pues qué dicen las guías sobre los niños? Pues las guías dicen que los niños con disforia de género, transexuales, pues que tienen ansiedad, depresión, oposicionismo, problemas en el colegio, y trastornos del espectro autista con más frecuencia que en población normal. Eso es lo que dicen de los niños.

¿Y qué dicen de los adolescentes? Pues de los adolescentes nos dicen algo similar. Que, debido al estrés psicosocial, los adolescentes tienen depresión, autolesiones, ansiedad, trastornos del sistema corporal, abusan de sustancias, trastornos de estrés traumático, espectro autista, trastorno de posición desafiante. Es decir, una gran cantidad de trastornos que tienen muchos adolescentes, pero que en estos adolescentes de alguna manera esa expresión está mucho más aumentada.

Bueno, ¿qué nos dicen las guías? Pues esta guía, que es una guía muy potente, nos dice que la comorbilidad ha de ser diagnosticada y tratada para asegurar los mejores resultados en la terapia de reasignación de género y prevenir arrepentimientos. Eso es muy importante. Porque el arrepentimiento es un dato también que es muy relevante y que crea también dificultades luego de manejo.

Como les decía antes hablando de las licencias metodológicas, pues a veces los estudios cuando se hacen muestras de diferentes centros, la evaluación de la comorbilidad se hace de manera diferente, el momento de la evaluación no siempre es el mismo. Los tamaños muestrales no son los mismos.

Y eso hace también que a veces muchos datos de estos estudios haya que cogerlos un poco con pinzas y a veces hay que hacer una profundización, porque puede haber digamos estos sesgos metodológicos.

El suicidio es un tema digamos que de mucha... en este momento que tiene una gran trascendencia. Porque es un hecho muy importante.

¿Y por qué es un hecho muy importante? ¿Es que los transexuales son enfermos mentales y se suicidan? No. Los pobres transexuales como tienen un estrés brutal y tienen una situación muchas veces de depresión, de tensión, de angustia, de agobio, de dificultad para manejar esa situación; entonces son más proclives a tener cuadros depresivos y más proclives a tener cuadros de desesperanza, de desaliento, de decir yo aquí ya me voy porque la vida no tiene sentido. Y en ese sentido, el suicidio entre transexuales es muy alto.

Fíjese, este es un estudio hecho en Suecia, hecho en Suecia. Y realmente esto se hizo en Suecia el año no sé si el 2013 o 2012... entonces, se vio que los transexuales tras haberles operado, después de la intervención, transexuales ya operados, ya con reasignación física y quirúrgica, que las muertes por suicidio eran de 800 por 100.000 los transexuales, versus 11 por, por 100.000 en la población general. Es decir, que la proporción de suicidios entonces era 80 veces más. Eso es brutal. Es una cifra brutal. Pero es un estudio hecho por suecos. Y en ese momento, como la salud sueca, el sistema sanitario sueco permite tener unos datos epidemiológicos muy bien recogidos, porque es una población pequeña y es un país muy avanzado y muy evolucionado, pues aquí cogieron toda la población, toda la población de transexual. Y publicaron este primer estudio.

Entonces, decían que al menos un tercio de las personas transgénero habían hecho un intento de suicida. ¿Y cuáles eran los factores asociados? Pues lo que se pueden imaginar, la depresión, la ansiedad, abuso de sustancias, discriminación, violencia, estigma. Pero esa depresión y esa ansiedad viene por lo último, por la discriminación, por la violencia y por el estigma. Que de alguna manera es -digamos- el acompañante de muchos de nuestros pacientes.

Esto ya estamos en Estados Unidos. Es un estudio también muy potente, este es de 2014 me parece. Y entonces esto lo hace el *National Transgender Discrimination Survey*, es un grupo muy potente. Y entonces ellos valoran a 6.400 personas transgénero mayores de 18 años. Y entonces el 41 por ciento había recibido tentativa suicida frente al 4 por ciento de población general. Es decir, diez veces más que población general. Es un dato que ahí está el dato americano.

Este es un estudio... yo no sé si es británico, una revista inglesa *Adolescent Health*. Entonces señala que el suicidio, en el 24 por ciento de las muertes de jóvenes de LGTBI. Es decir, que es muy frecuente que la muerte en los pacientes de LGTBI sea por suicidio. Una cuarta parte de la muerte sería por suicidio. Dato también evidentemente importante.

Hay aspectos... les hablo del estrés, del estigma, de la situación de sufrimiento. Este trabajo es muy bonito, porque fíjese que aquí se ve... en las dos últimas barras se ve los que tienen depresión y los que tienen tentativa de suicidio.

La penúltima barra es depresión y la última es tentativa de suicidio y las barras en color rojo son *supportive parents*, es decir, padres apoyadores, familias digamos, familias que quieren a su familiar, que le apoyan, que le quieren, que están con él y que de alguna manera ese apoyo familiar de alguna manera tiene un efecto para contrarrestar la ansiedad, la tristeza, la falta de autoestima de otros de sus, es decir, que esto es una manera como de reivindicar digamos el papel de la familia que en esto y en todas partes es absolutamente fundamental como ustedes saben.

Bueno, vamos a ir un poquito a factores causales entonces, porque en esto quiero insistir, voy a ser muy pesado, pero es que es muy importante. El estrés minoritario ya hemos dicho lo que es, es un estrés específico de grupos minoritarios y este es un grupo digamos grupo príncipes de estrés minoritario, bueno pues que ese aspecto lo tengamos claro.

Siguiente factor causal, el estigma social y el rechazo, me he referido a ello, pero es un dato importantísimo. Este dato es muy importante, todavía no he hablado de él y eso lo veo yo en la clínica muchas veces, lo que llamamos el error de predicción. ¿Qué es el error de predicción?, pues es que yo me han dicho que yo voy de chica a chico, y yo que mido 1,80 y tengo un cuerpo un poco atlético, pero me transformo, me dan hormonas y me convierto en chica y no sé qué. Y entonces ese chico con aspecto de cargador de muelles cuando se convierte en chica es una chica muy rara, es una chica que canta, canta la Traviata, en la sala de espera del hospital tal.

Entonces esta persona que pensaba que eso todo iba a ir bien y que iba a ser digamos el sueño dorado y la solución a sus problemas, resulta que no es la solución a los problemas, resulta que se convierte en un factor de estrés más porque se siente mucho más rechazado social, y va raro, cuando va en el metro le miran, en el trabajo le ponen motes etc., etc. Yo he visto casos dramáticos que podría luego si quieren en privado contarle dato a dato de muchos de mis pacientes que el error de predicción ha sido digamos una causa importantísima de sufrimiento, dolor y de acción de muerte. Eso es muy importante.

Y luego otro tema es esto, la insatisfacción con la percepción corporal, a veces también pensamos que yo voy allí, la cirugía, las hormonas y no sé qué y me queda un cuerpo maravilloso, y estamos en lo anterior, el cuerpo no me queda maravilloso, me han hecho una faloplastia que no sé si han visto alguna pero yo he visto unas cuantas y la faloplastia es una intervención muy difícil, es poner un pene, hay que fabricar un pene. Claro, muchas veces el parecido del pene de la faloplastia con el pene normal es absolutamente vamos, le tienen que a uno jurar y hacer jurar, eso dice el cirujano que eso es un pene porque uno no se lo cree. Porque es un pene que no es funcional, que no produce erección que a veces únicamente es un tubito para hacer pis, etc....

Y claro eso a veces uno entra con unas fantasías, con un deseo de tal y resulta que la realidad luego, la realidad es muy terca, es tozuda y aquí lo que puede ser es esto. Son datos que el médico con todo cariño tiene que explicarle y tiene que sacarle a veces de una visión un poco idealizada y de lo que en psiquiatría llamamos la fantasía deseada, lo que a mí me gustaría que sucediera, pero una cosa es la fantasía y otra cosa es la realidad. Y la realidad y la fantasía deseada muchas veces no tiene nada que ver y en ese sentido es importante que eso lo expliquemos con todo cariño, pero con claridad.

Bueno, paso a los niños muy rápidamente, es un asunto polémico, opiniones divergentes, se necesita más investigación, esta es la conclusión de la mayor parte de los autores: hay que investigar más porque el tema de los niños no está muy claro, no está muy claro.

Miren este dato es un dato de hace muy poquito, es de 2020, de hace unos meses, lo pueden ver en internet, es un dato del *National Health Service*, es el Servicio de salud británico que es un servicio muy potente. Entonces este servicio coge la mayor parte de los niños operados en el Reino Unido y entonces plantean que los tratamientos en estos casos tienen que ser siempre por equipos multidisciplinarios con especialista en salud mental y endocrinólogos pediatras, es fundamental.

Segundo, que los tratamientos en esta etapa deben de ser básicamente psicológicos más que médicos o quirúrgicos, porque la mayoría según dice los británicos y estamos hablando de muestras, estamos hablando de muestras 7.000 niños, es un número ya bien alto. Porque la mayoría de los niños con sospecha de disforia de género no la tienen al llegar a la pubertad y esto es así y yo he visto casos de estos un montón.



Entonces, aquí también los médicos a veces tenemos opiniones divididas, el que es muy aficionado a dar la hormona y no sé qué y no sé cuánto, pues a veces no ve tal y el que no es aficionado tal.

Pero lo que es cierto es que en niños que de pequeñitos creían que eran niñas, cuando llegan a la pubertad, de pronto se les pasa, eso se desvanece y ya el niño deja de pensar en ello. Es un dato muy frecuente.

Luego, entonces, ¿qué hay que hacer con estos niños? Pues apoyo psicológico con los niños y las familias, para sobrellevar esa situación y hacer acompañamiento terapéutico, sin precipitarnos en tratamientos más drásticos.

Los británicos dicen "*wait and see*", "esperemos y veamos". Y si el niño, efectivamente, es una disforia, por supuesto, iremos con todo el cariño y tal, pero no nos vamos a precipitar, porque es que el niño luego le dejamos estéril y el niño luego nos denuncia, porque hemos hecho una cosa que le ha condicionado toda su vida. Ese dato es importantísimo.

Bueno, vuelvo a lo mismo, esto es de otros autores, el 80-95 por ciento de niños que en edad tardía aceptan su sexo biológico y logran salud emocional, es decir, que se arrepienten...

LA SRA. PRESIDENTA (Cobo Pérez): Sr. García-Camba, tiene que ir finalizando.

EL SR. GARCÍA-CAMBA DE LA MUELA: Pues nada, tardo... bueno este problema ético que el tema a plantear.

Nada, esto en la prensa se recoge la *Sociedad Transgender Surgery* no es la solución. El *Natural Reviews Mohave*, tratar o no tratar, trato o no trato, eso plantea muchos problemas en muchos colectivos.

Esta es la penúltima. Bueno, las guías clínicas que les he enseñado antes, ¿qué recomiendan todas ellas?, en general, cuáles son el denominador común de todas ellas.

Pues que la evaluación se haga por expertos con cautela y se haga acompañamiento psicológico suficiente, descartar comorbilidad o causa de confusión, buscar estabilidad emocional y autoestima y evitar expectativas poco realistas. Eso es muy importante.

Y ya la última, *last one*, la última contiene algunas líneas. Conclusiones: estos cuadros hay que individualizarlos. Hay que tener en cuenta que la demanda es muy creciente. Que viven una situación estresante, que puede afectar a su estado psicológico. Hay que evitar posiciones extremas. Que todos tienen comorbilidad psiquiátrica o ninguno tiene. Son planteamientos que no tienen sentido.

Hay que luchar contra el estigma. Las unidades multidisciplinarias. Fundamental el acompañamiento psicoterapéutico y apoyo familiar. Y es necesario, importantísimo potenciar la investigación y en nuestro país, desgraciadamente está en mantillas.

Yo hago una invocación a los políticos para que nos ayuden.

Y nada más. Muchas gracias y perdonen el rollo, excesivamente académico y pesado, pero es lo que hay.

LA SRA. PRESIDENTA (Cobo Pérez): Muchas gracias García-Camba.

Tiene..., turno ahora de los portavoces de los grupos parlamentarios, por un tiempo de diez minutos, tiene la palabra el Sr. Palacio del Grupo Parlamentario Mixto.

EL SR. PALACIO RUIZ: Muchas gracias.

Le agradezco su intervención y sobre todo el intento de hacerla exclusivamente académica y de soportarla en datos y en literatura científica.

Una de las cuestiones que plantea la ley, que estamos estudiando es la hormonación, por un lado, para evitar el desarrollo del sexo anatómico, aparentemente no deseado y por otro lado la incentivación del sexo no anatómico, para acordarle, para ir generando una anatomía más semejante a lo que el individuo percibe o la persona percibe como tal.

Una de las cuestiones que a mí me preocupa es que se prevé que esa hormonación se haga en la..., durante la minoría de edad y la ley no establece una fecha mínima de actuación ¿no?, aunque los expertos que han comparecido antes que usted sí que hablan de los 12 años como la edad a partir de la cual deben darse estos tratamientos, realmente la ley no da ninguna fecha.

Y yo, después de escucharle a usted me quedo con la duda de que, si no estamos fabricando con 12 años a una persona transexual, que probablemente a los 18 hubiera superado, como usted decía, esa disforia y que sin embargo se la provocamos al intervenir sobre la salud de esa persona, alterando la forma natural de esta persona y hormonándola.

Me gustaría saber su opinión.

La otra cuestión que me preocupa tiene que ver con lo que usted planteaba en el inicio de su intervención, que es la progresión geométrica que estamos sufriendo de la prevalencia, la cantidad o la multiplicación enorme, en estos últimos años, de personas que de repente descubren que no se sienten en esa incongruencia entre su sexo percibido y el anatómico.

Y me planteo en qué medida la enorme concurrencia de leyes que intentan regular y que intentan reflejar como un derecho y como una actuación de avance social esta situación lo que hace es ayudar a esa moda o a ese brote y lo incrementa.

Se que en principio el objeto no es ese, el objeto es regular precisamente los derechos y al revés darles una cobertura, pero en qué medida el reconocimiento social a esta situación la acentúa o favorece ese brote que luego parece que en un 80 o 90 por ciento resulta infundado cuando transcurren unos años y en qué medida un chico de 14 años se ve influido por una sociedad que valora positivamente el reconocerse con una sexualidad distinta de la anatómica y en qué medida a esa valoración contribuye la aprobación de este tipo de leyes y sin embargo luego cuando este chico alcanza la mayoría de edad o va madurando en su desarrollo intelectual eso desaparece y por tanto se confirma que era una moda.

Y la tercera cuestión que me gustaría que nos abordara un poco, aunque no lo ha hablado en su intervención, es si esto fuera así, en qué medida es estable la autopercepción, en qué medida es estable esa autopercepción. Es decir, un chico de 12 o 14 años que se percibe como transexual va a..., qué certeza hay de que va a seguir percibiéndose así a lo largo del tiempo y que no va a mudar esa percepción y transcurridos diez años, con 25 años por ejemplo va a cambiarla.

Si en la adolescencia es más variable esa autopercepción y hay un momento a partir del cual se puede entender que ya la autopercepción es mucho más permanente y por tanto se puede actuar quirúrgicamente sobre esa persona u hormonalmente sobre esa persona con un grado de certeza aceptable de que no va a haber una incongruencia entre lo provocado y lo percibido.

Muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Cobo Pérez): Muchas gracias Sr. Palacio.

Turno ahora del Grupo Parlamentario Ciudadanos, tiene la palabra el Sr. Marañón.

EL SR. MARAÑÓN GARCÍA: Gracias presidenta.

Bueno lo primero agradecerle mucho su intervención y sus explicaciones y sobre todo que haya apoyado todas sus afirmaciones en datos.

Lo primero es si me puede aclarar un concepto que yo no conozco y no manejo que es el de comorbilidad, lo desconozco...ah vale, gracias. No conocía ese concepto.

Y luego ayer no recuerdo bien cuál de los dos comparecientes, yo le creí entender que, aunque le parecía un estudio que era controvertido, que sí que había algunos estudios que afirmaban que cuanto más joven era la persona y tenía un sentimiento de ser de otro sexo, más real era y yo le he entendido a usted ahora lo contrario. Por si me puede aclarar un poco esta situación.

Y lo último es que ha mencionado muy al final en sus recomendaciones, me imagino porque se quedaba sin tiempo, que era muy importante el apoyo familiar o el entorno familiar, un poco si me puede ampliar un poco más esta información y en qué se puede avanzar, si en formación a las familias, se ha hablado aquí en alguna comparecencia incluso en actividades de grupo con otras familias que ya han pasado por estas situaciones y que sirven para poner en casos concretos.

Y por mi parte nada más. Muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Cobo Pérez): Muchas gracias Sr. Marañón.

Turno ahora del Grupo Parlamentario Socialista, tiene la palabra la Sra. de la Cuesta.

LA SRA. DE LA CUESTA AGUADO: Muy brevemente también para agradecer su exposición super interesante y que nos ha ilustrado muchísimo. Muchas gracias.

A mí me ha quedado la duda, más académica si quiere que otra cosa, de la comparativa entre los porcentajes de prevalencia de las distintas enfermedades o patologías entre la población trans y la población normal. Claro, no tengo el dato para comparar, no sé si un 11 por ciento es mucho o es poco en relación con..., pero bueno supongo no se los estoy pidiendo evidentemente, solo le comento que me ha quedado..., sí....

(Desconexión de micrófonos)

EL SR. GARCÍA-CAMBA DE LA MUELA: Detectan un aumento de prevalencia en....

LA SRA. PRESIDENTA (Cobo Pérez): Perdonar, como después usted tiene un turno de quince minutos pues contestamos a las preguntas de los portavoces.

LA SRA. DE LA CUESTA AGUADO: Bueno, pues un poco era esta cuestión y luego se ha centrado usted en las personas trans, pero no hemos hablado de otras personas del colectivo LGTBI. Entonces no sé si hay datos o estudios que nos puedan aclarar en qué medida estas otras personas también con otras percepciones pues también padecen esta comorbilidad o...de acuerdo, nada más.

Muchísimas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Cobo Pérez): Muchas gracias Sra. De la Cuesta.

Turno ahora del Grupo Parlamentario Popular. Tiene la palabra el Sr. Pascual.

EL SR. PASCUAL FERNÁNDEZ: Sí, muchas gracias.

En primer lugar, agradecer al profesor su exposición que se ha fundamentado en publicaciones científicas. Si es cierto que el alcance ha sido limitado a los trans, pero al final, creo que nos hace una referencia general del fenómeno que sería muy trasladable con lo único que valoraríamos es la intensidad de su presentación.

Pero, en cualquier caso, creo que, con su intervención, así como la de otros comparecientes, han quedado algunas cosas que creo que son muy claras, y que deberemos tener en cuenta y es que existe una progresión exponencial en la, en el número de casos y este es un dato contrastado, por él, por las publicaciones y por otros comparecientes, pero al mismo tiempo que no existe un consenso ni evidencia de las causas. De por qué se produce este. Y, por tanto, que ello nos obliga como legisladores a considerar el hecho, de que existe un crecimiento exponencial, pero al mismo tiempo también que la ausencia del conocimiento de las causas nos obliga a legislar -desde mi punto de vista- con prudencia y con flexibilidad. No seamos muy cerrados en la legislación porque conforme vaya habiendo más conocimiento de porqué están aumentando, pues tendremos más datos ¿no?

Y por otra parte que la comorbilidad, usted la considera como derivada, fundamentalmente, de la disforia de género y de la angustia psicosocial, y que no la considera una enfermedad, esto también algunos otros ponentes nos han hablado de que no es un trastorno, pero sí trastorna, que lo han definido muy bien, y eso evidentemente requiere un abordaje que ha puesto ejemplos de otros sistemas de salud, por equipos multidisciplinares que la aborden en su generalidad, ¿no?

La ley no menciona para nada el suicidio y eso sí quería preguntarle, lo mismo que no se menciona el suicidio general en nada, es un tema que bueno, que algunos defienden que está muy bien que no se hable del suicidio y los medios de comunicación no hagan referencia. Hay otros autores ahora que están propugnando que es necesario hablar de ello, pero yo, sí quería preguntarle si considera o no que la legislación debiera hacer algún tipo de referencia al tema del suicidio dada la gran diferencia en la tasa de suicidios que se aprecia en todos los estudios, tanto internacionales como nacionales. Es una diferencia de tal nivel que creo que merecería la pena que al menos alguna referencia legislativa sí tuviéramos acerca del suicidio en estas personas.

Por lo demás, nada más, muchísimas...agradecerle de nuevo su intervención.

LA SRA. PRESIDENTA (Cobo Pérez): Muchas gracias Sr. Pascual.

Turno ahora del Grupo Parlamentario Regionalista, tiene la palabra la Sra. Aguirre.

LA SRA. AGUIRRE VENTOSA: Gracias presidenta.

Pues igualmente agradecerle su comparecencia, sobre todo la información que nos ha aportado, desde su sobrada experiencia profesional. Nos ilustra sobre, para poder conocer en mayor profundidad cuales son los trastornos reales que sufre este colectivo para poder, en la medida de lo posible, abordarles, abordarlos.

Nos ha quedado claro de su intervención, como del resto de comparecientes que no es un trastorno, como se ha mencionado, que incluso ya el CIE que se vaya a aplicar lo valora, ya no dentro de salud mental, sino en otro ámbito, ¿no? Es una cuestión importante también para ellos sin perjuicio de que durante el ciclo vital y como consecuencia de esta situación se puedan derivar otras cuestiones.

Respecto al incremento exponencial que esta situación está teniendo, es evidente, se habla de cuadruplicar, los datos nos lo han también tratado usted en esta comparecencia y ha mencionado diversas teorías que existen. No hay una buena. El tema es que la situación hay que abordarla porque hay un incremento, sin perjuicio de que en algún grupo parlamentario se quede única y exclusivamente con el tema de moda ¿no?

Usted ha mencionado otras teorías. La visibilidad en los medios de comunicación, Internet ofrece información a la que es de fácil acceso, y al final la información, a veces es buena, sin perjuicio de que pudiera existir algunos "fake news"; la desestigmatización, la normalidad con la que se está pretendiendo implantar, o por lo menos en eso tenemos que avanzar la sociedad, que estamos en una sociedad más tolerante, más libre. Esas son también otras de las teorías, no solo la moda o el brote que se han expuesto en esta comparecencia.

Hay dos cuestiones que le quería preguntar. Usted ha tenido acceso al texto normativo. ¿Si le parece suficiente? Es decir, este texto como para sin perjuicio de que luego hay que desarrollar y que luego hay que educar, y que esto solo es una herramienta con la que podamos contar todos los colectivos, tanto en el ámbito sanitario, educativo, de la administración. Si le parece suficiente el texto, si cree que se puede mejorar en algún apartado.

Y respecto al tema... En el artículo 24, en el 2 a), se hace referencia a la atención sanitaria de personas trans menores. Y habla concretamente de recibir tratamiento para el bloqueo hormonal al inicio de la pubertad.

Es decir, nunca antes. Siempre se ha hablado por los comparecientes que hay que ser prudente; que no hay que frenar, no hay que retroceder, por supuesto, no hay que frenar, pero no hay que ser impaciente. No hay que ser impaciente y mantener una situación de neutralidad en esta situación.

Entonces, aquí se habla del inicio de la pubertad. No se habla ni de doce años, ni de dieciocho, ni de dieciséis; sino al inicio de la pubertad. Si el que se recoja este precepto le parece a usted correcto.

Y en principio... Bueno, sí, otra única cuestión. A veces se habla de los datos del arrepentimiento. Entonces, cuando se habla de porcentajes, pues las diferentes comparecencias han sido diferentes los porcentajes que se han dado. Entonces, quería saber qué concepto tiene usted por arrepentimiento; si es cuando una persona ha iniciado el procedimiento y ve que realmente no quiere. Decía antes de iniciarle; es decir, cuando empiezan las primeras consultas y vea que finalmente no es lo deseado. Porque esta situación que hablamos a veces que se puede estar fantaseando con una situación, que luego no es lo que realmente se quiere. Y cuando se habla con los profesionales, al final se llega a esa conclusión.

O se habla de ese porcentaje cuando ya una persona ha hecho una reasignación, ya ha hecho el bloqueo, ya ha hecho el tratamiento y quiere revertirlo.

Entonces, quería saber: cuando se habla de arrepentimiento, si se habla en global o se habla de los dos temas.

Y luego por último se han dado los datos, muchísimos datos; muchísimas gracias por su aportación; respecto a Estados Unidos, a Reino Unido. ¿Existen algunos datos respecto a España tanto del tema del suicidio como del incremento exponencial reciente respecto a los trans?

Muchísimas gracias. Y agradecerle su comparecencia y sus explicaciones.

LA SRA. PRESIDENTA (Cobo Pérez): Muchas gracias, Sra. Aguirre.

Turno ahora de réplica del compareciente. Sr. García-Camba, por quince minutos.

EL SR. GARCÍA-CAMBA DE LA MUELA: Muchas gracias.

No sé si el compareciente ha recogido bien todas las preguntas, pero bueno... Vamos a ver.

La primera pregunta era del Grupo Mixto, sobre -yo tengo aquí- niños hormonación, aumento de prevalencia... estabilidad...

EL SR. PALACIO RUIZ: Sí. En qué medida tiene sentido hormonarles con 12 años...



EL SR. GARCÍA-CAMBA DE LA MUELA: Vamos a ver. Mire, la hormonación es un tema enormemente delicado. Mi opinión sobre esto como he expuesto, quizás en una exposición tan rápida que no se ha podido digamos entender. Aquí hay que individualizar el caso. O sea, cada niño es un niño distinto.

Nosotros, yo soy presidente de la Asociación española de enfermedades psicosomáticas, entonces allí tenemos un lema, que es que no hay enfermedades sino enfermos.

Quiero decir que la úlcera de estómago del Sr. Rodríguez es distinta de la úlcera de estómago del Sr. Gutiérrez. Porque no estamos tratando úlceras, sino que estamos tratando personas. Porque esa persona tiene una úlcera porque come más de lo normal, está hiperestresado, le va muy mal en la vida, ha tenido un disgusto, se le ha muerto un hijo, yo qué sé, entonces, en cada caso uno tiene que individualizar, personalizar.

Quiero que, con los niños, los niños, lo ideal por supuesto es que sean en equipos multidisciplinares -como he puesto también aquí- con experiencia. Y entonces ese equipo movilizado, con experiencia, acoge al niño y el equipo, porque tiene experiencia, pues decide, decide con el niño, con la familia del niño, en el equipo, y se procura de alguna manera hacer una decisión que sea empática, compartida, que no haya perdedores, sino que estamos, yo les estoy contando mi experiencia, estamos todos en el mismo barco, pues vamos a ver, el barco, toda la tripulación tenemos que hacer lo posible para que el barco llegue a destino ¿no? Y vamos a ver como cada uno pone de su parte ¿no?

Yo creo que con los niños que es tema hiper delicado y que hay algunos colectivos que totalmente reniegan de tratar y otros colectivos que sin embargo quieren hormonar a un niño de tres años. Es decir, es en que esto hay mucha ideología y hay mucha, a veces, opiniones, que no tienen ningún fundamento científico, opiniones que se mueven por aspectos emocionales, por aspectos reivindicativos, pero que olvidan que es que hay un ser humano que es la, que va a ser el target en el que estamos dirigiendo una actuación que es una actuación que va a tener una importancia enorme en su vida, porque ese niño sin tal es un niño que se va a quedar estéril, es un niño que en un momento determinado, yo que se, si quiere renunciar lo tiene ya difícil porque no hay vuelta atrás, con independencia de otros problemas que ya no es el niño, sino que es el adulto, porque esto pensemos que es que, vamos a ver, a veces, yo tengo la percepción de que desde fuera este asunto se banaliza un poco y tal. Y claro, no nos damos cuenta de que es un paciente que está en cuerpo ajeno, pero el cuerpo ajeno tiene una carga genética y unas, digamos, manifestaciones hormonales y biológicas que las va a tener toda su vida.

Y nosotros estamos echando un apagafuegos, echar un apagafuegos para que la testosterona la tenga controlada, echo otro apagafuegos para que los andrógenos tal, pero eso está ahí, eso está ahí de por vida. Y entonces tengo que tratar a esa persona de por vida. Tiene que ir todos los meses de su vida tiene que ir a la consulta del médico para que vean, para que no hagan un cáncer de útero, para que no hagan una endometriosis, para que no haga un cáncer de mama. Para que no entren en insuficiencia hepática, para que no haga un accidente cerebrovascular, etc., etc., etc.

Las complicaciones, no sé si se lo ha explicado alguien ha venido aquí, pero es que las complicaciones son muy importantes. Y no estamos hablando de un tratamiento que dura tres meses y yo lo pongo aquí y hago un retoque, un tuneado al niño, no es que eso es *forever* hasta el día que, ¿entiende? Pero es ojo, con, con, con, sí, sí, yo hablo de la prudencia, y lo que dicen los americanos: "*wait and see*", esperemos y veremos, y lo que están diciendo los holandeses ahora. Los holandeses, los grupos holandeses han sido los más lanzados del mundo. Son los que empezaron a hormonar a niños pequeños hace muchísimos años. En este momento, en este momento los holandeses están diciendo donde dije digo, digo Diego, ojo, que es que estamos viendo muchos problemas. Eso lo están diciendo, hay un artículo de hace un par de años del grupo de psiquiatras y endocrinos holandeses más potente que están diciendo, ojo, que estamos viendo cosas que antes nos hemos llevado por una euforia que no preveíamos, el tal.

Yo creo que aquí ¿Qué hay que hacer? Que te atienda un equipo de profesionales que sepan de que va, que sepan de que va y que te atienda evidentemente con todo el cariño del mundo y pensando como objetivo fundamental el bien del niño. Pero el bien del niño es viendo cómo va a ser su evolución psicosexual, su evolución biológica, su desarrollo motor, su aspecto físico, etc., etc. Y procurando además que ese niño se integre bien socialmente, es decir, que no sea luego el raro de la clase ni el que le hacen *mobbing* porque ese es el siguiente tema. Es que el siguiente tema aquí es que el estigma y el rechazo social forma parte de muchísimas personas, pero de muchísimas personas, y esas personas cuando a veces en lo que yo hablo del error de predicción es que yo pensaba que es que yo me operaba ya y era la más guapa, la más guay del Paraguay. Se opera, y cuando va el trabajo todos, pues ya has visto como está, ya es la rara, la rara del grupo, con lo cual se tiene que ir del trabajo normalmente. Generalmente las personas que tal, generalmente se cambian de trabajo porque no pueden soportar...

Pero es que cuando llegan al nuevo trabajo, como ha pasado con una querida paciente que tengo yo, que es una chicha monísima, una auténtica, vamos es de pasarela de moda, una chica de 1,80 rubia, unos ojos preciosos negros. Esta chica está... se ha hecho ya toda la cirugía, se ha operado en Barcelona... tal y cual. Y entonces es la más guapa de la empresa. Bueno, pues entró en una empresa de Madrid, como es muy guapa, muy inteligente, pues era la reina... Pero mira por dónde, cómo la gente a veces se entera, de pronto dicen oye, sabes que esta... si es un tío; que sí joder, que es un tío... Ya decía yo, ya decía yo que esta no sé qué.

Y entonces ha pasado de estar en la cresta de la ola, a de pronto estar con una intención suicida brutal porque en la empresa todo el mundo sabe... Ella que cuando iba en el metro antes iba encantada ahora piensa que la gente del metro también se da cuenta de que ella es una persona transexual. Y lo está pasando fatal.

Entonces, qué hay que hacer con esta chica. Apoyarla, por supuesto, tener entrevista de apoyo, mejorar su resiliencia, tratar de mejorar su autoestima, etc., etc.

Pero quiero decir que estos pacientes tienen un problema interno que es que lo llevan siempre. Y eso hay que saberlo. Y hay que saberlo cuando uno puede hacer indicaciones un poco superficiales y poco meditadas, nada usted va y se opera, le dan las hormonas no sé qué tal...

Ahora por ejemplo yo no sé cómo va aquí la ley, pero en Madrid lo que quieren hacer, yo creo que todavía... Se está desarrollando la ley, me imagino que alguna persona sensata echará el freno, en Madrid quieren hacer el tratamiento por proximidad. Es decir, yo, Eduardo García-Camba, de repente digo: no, no, si es que yo me he dado cuenta ayer que yo soy Margarita, y entonces yo quiero ser chica. Y entonces oye, me voy aquí al ambulatorio que está más cerca de mi casa, tratamiento por proximidad, está más próximo... y entonces voy al médico a decir: oye, doctor Gutiérrez, mire, que quiero que me quites aquí cosas... Entonces, de momento me vas a empezar a dar antitestosterona y dame estrógenos, porque quiero que me salga pecho. Y el señor dirá: pero tú de qué me estás hablando, si yo no sé nada... Oye, pues la ley dice el derecho a la autodeterminación. Así que... y por proximidad. Así que ya me estás mandando esto porque si no hago unas reclamaciones a la inspección médica.

Pues podemos llegar a esa caricatura tan horrible, tan dramática. Si llegamos a eso sería una burrada y yo, bueno, me habré ido a Noruega me imagino, al exilio. Estaré allí tomando... no sé la sauna finlandesa. Pero ese es el asunto.

Bueno, me he enrollado y no respondo a tu pregunta, a tus preguntas. Unas eran estas. ¿Y por qué dices la visibilidad? Pues mira, los artículos estos... Vamos a ver, lo que es una evidencia es que esto aumenta, y ha aumentado exponencialmente como se ven en las gráficas que les he puesto... Entonces, vamos a ver ¿Es qué en el ser humano ha hecho unos cambios biológicos en los circuitos cerebrales y entonces aquí la conectividad interhemisférica ha cambiado últimamente...? Yo creo que no. Yo creo que el cerebro sigue siendo el mismo.

¿Entonces, por qué pasa esto? Pues nosotros pensamos que por lo que pasa es porque la influencia social tiene un impacto muy enorme. Y en este momento hay mucha visibilidad del tema, en Internet tienes todo tipo de información. Tienes líderes de opinión que salen en los programas. Yo veo unos programas por la noche en mi casa que las parejas de no sé qué... y dices: ¿pero esto es España? De cinco casos, tienes un 30 por ciento que son homosexuales, pero aparte de eso luego es que hay un transexual con una no sé qué... -digo- si esto no es la estadística del país. Como la estadística del país no es que uno tenga que ir tatuado como los futbolistas a todo... Pero hay líderes sociales que de alguna manera arrastran a la gente ¿no?

Y yo creo que, con este asunto, lo que se invoca es que las redes sociales tienen una importancia grande. Que, en Estados Unidos, porque estos cambios curiosamente suceden en chicas nacidas biológicamente chicas que quieren ser chicos, no en chicos que quieren ser chicas. Antes, la mayor prevalencia era de chico que quiere ser chica. Ahora, lo más frecuente es que la chica quiere ser chico. Pero en Estados Unidos ya con una diferencia de diez a uno, más o menos.

Entonces, por qué se piensa esto. Pues porque se piensa que los grupos sociales de adolescentes, que son más comunicativas, que son más expresivas, aquí hay modas que estas mujeres piensan que su -digamos- actividad social va a ser de más poder, van a tener más empoderamiento si son chicos que si son chicas, porque la mujer en la sociedad machista está de alguna manera un poco como dejada de lado y ellas como van a ser hombres pues entonces quieren los atributos de los hombres que es el poder, el dinero, la fuerza, la capacidad de decisión, el ser *winner*. Eso es un poco lo que se está planteando.

Pero tampoco hay mucha reflexión porque estamos hablando de un fenómeno que se dio hace dos años y es el fenómeno este que se llama *rapid onset gender dysphoria*, o sea disforia de género de inicio rápido, y es una persona que de pronto un adolescente que le comunica a los padres de un día para otro que ella quiere ser chica, porque su amiga es chica y porque está con muchas chicas, y van a un club donde hay muchas chicas que quieren ser chicos.

Y ahí el contagio social pues supuestamente tiene un papel importante, pero de momento no se saben otras causas más que las que usted ha comentado.

Perdón porque me estoy enrollando muchísimo, presidenta, *I am sorry*, no sé si le falta al Sr. Palacio alguna pregunta más, ¿está todo seguro? Sea bondadoso conmigo, diga que está todo, digo para dar tiempo.

Bueno, el Grupo Ciudadanos tengo yo aquí en una letra que no entiendo nada, cuanto más joven más real es y apoyo familiar, discusión. Bueno vamos a ver, cuanto más joven no, lo que están viendo los ingleses y los holandeses y si le interesa mucho tengo aquí los artículos, además, es que los niños pequeños que se hace el diagnóstico supuesta disforia

de género en la infancia, cuando llegan a la adolescencia un porcentaje entorno al 80 por ciento, fíjese lo que le digo, altísimo, de alguna manera desisten y abandonan ese objetivo. Eso lo dicen artículos holandeses y artículos ingleses.

Entonces qué hay que hacer con los niños, pues con esos niños lo que hay que hacer, por supuesto, lo que he dicho con todos, acompañamiento terapéutico y trabajar también con las familias un poco para que el estrés que tiene el niño pues que no lo tenga la familia, y procurar que en el marco familiar sea un marco menos tóxico para todos, porque si la familia está hiperansiosa el niño lo sufre muchísimo y el niño ahí es una esponja que todas las angustias las recibe con más ansiedad.

Yo tengo aquí puesto Holanda, Holanda y apoyo familiar. Son los aspectos que tengo yo.

Bueno el Grupo Socialista diferencias entre trans y normales (murmullos desde los escaños). Sí, las estadísticas son muchos de estos estudios están hechos entre transexuales y disgénero (murmullos desde los escaños). Pues no la ha visto porque no la he pasado, la tengo en la otra diapositiva, pero vamos si quiere le mando el artículo, yo creo que lo tengo aquí, además. (Murmullos desde los escaños)

Quiero decirle que además es un artículo fácil y además de eso hay muchísimo o sea que no es... Es decir, estos son datos que, mire, estos son datos que se comparan... el grupo de adolescentes es un grupo que por la edad que tiene también tiene digamos como una cierta digamos propensión a determinados trastornos ¿no?, ansiedad, cuadros depresivos, autolesiones, consumo de sustancias, trastorno de la conducta alimentaria.

Es decir, que es un grupo vulnerable también y también es un grupo muy vulnerable a las modas, igual que sucede la prevalencia que hay con los trastornos de la identidad de género lo mismo sucede por ejemplo con los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos de la conducta alimentaria también son muy contagiosos. Y yo que he trabajado mucho y que he escrito mucho sobre el tema de vez en cuando en un instituto, una niña empieza con un cuadro de anorexia y de pronto la compañera de la clase de al lado, curiosamente en el mismo mes tal. Son niñas que también se meten mucho en las redes sociales, que tienen mucha información, que comparten información. A veces hay incluso hasta páginas que les enseñan a ser anoréxicas, les enseñan a como..., yo he tenido pacientes en el hospital y entonces, desde páginas de cómo vomitar en un recinto cerrado, como hacer ejercicio en un recinto cerrado, yo tuve una paciente en el hospital que pesaba 37 Kg y esta chica no puede salir al pasillo a andar, tiene que estar en reposo absoluto. Pues esta chica nos confesó que había días que hacía 5.000 abdominales en la cama.

No si está muy tranquilita, estaba en la cama, no se ha movido en toda la tarde, claro, no se ha movido, no se ha movido... 5.000 abdominales.

Y eso forma parte de la adolescencia, a veces tiene esas peculiaridades. Pero aquí, cuando ha comparado transexuales con adolescentes, siempre, digamos, el número de patología ha sido siempre más alto en adolescentes transgénicos, siempre. Y cuando se hace en la población normal, por supuesto claro.

Digo adolescentes porque es una edad complicada, ¿no?, porque la segunda causa de muerte en Estados Unidos de los adolescentes es el suicidio. No de los adolescentes trans, de los adolescentes. O sea que es una época de la vida, es una época de la rebelión contra el padre, la muerte del padre, del "yo lo quiero todo para mí", tal, y entonces, pues muchas veces pues ese adolescente entra en crisis y consume sustancias o tiene una conducta muy inadecuada...

No sé si hay alguna otra pregunta.

Vamos a ver, tengo aquí algo del colectivo LGTBI, ¿qué pasa con el colectivo LGTBI?

LA SRA. DE LA CUESTA AGUADO: No, lo que he preguntado es que tampoco, que se había centrado en la estadística de las personas trans...

EL SR. GARCÍA-CAMBA DE LA MUELA: Sí, sí.

LA SRA. DE LA CUESTA AGUADO: ...y no...

EL SR. GARCÍA-CAMBA DE LA MUELA: Pues me he centrado, efectivamente, tiene razón, me he centrado en las estadísticas de lo que realmente es el programa que hemos tenido en Madrid muchos años y era para LGTB, de las personas homosexuales y lesbianas, también hay mucha segregación, hay mucho sufrimiento y digamos que es algo que está como más asumido, como más aceptado. Pero yo conozco muchos pacientes míos que son homosexuales, por ejemplo, les horroriza la, el día LGTB que se hace en Madrid con las caravanas y tal, les horroriza, porque ellos no quieren, no quieren digamos, la más mínima exhibición de todo eso, que les parece una cosa como de circo, como una cosa exagerada.

Ellos son personas normales y tal, que cumplen con su trabajo, que tienen un aspecto totalmente, digamos, estándar, que nadie diría que por su aspecto es homosexual y eso, en principio, les causa tal.

Y cuando esa persona, y estoy hablando ahora de otro paciente, queridísimo paciente amigo mío, cuando ese paciente llega un día al portal de su casa y se encuentra un letrero en su ascensor que dice: el vecino del quinto es un maricón. Pues se puede imaginar que él ve eso y él que es una persona normalmente sensible esa noche ya no duerme. Porque ya le han puesto..., y además ese día el portero le había mirado con cara así un poco como de perdonarle la vida.

Con lo cual, incluso tenía la fantasía que podía haberlo escrito el portero. Pero tanto si lo ha escrito como no, eso para él es un motivo de sufrimiento. Porque hablamos de lo mismo, del estigma, del rechazo social, de una sociedad que tiene que crecer y tiene que ser más tolerante, más flexible y que tiene que ser más compasiva.

Pero, y entonces lo pasan muy mal. Pero no lo pasan tan mal como estos pobrecitos. Porque un transexual tiene que seguir tratamiento toda su vida. Es que aquí el problema es el tratamiento de por vida, ¡eh! Es que no nos damos cuenta, que eso es una barbaridad, el tratamiento por vida, de vez de cuando me tengo que hacer un estudio renal, para ver cómo tiene no sé qué. De vez en cuando tener que ver cómo están las suprarrenales..., y de vez en cuando pulmones porque no sé qué, y tengo que hacer un TAC cerebral porque son, estamos actuando con unas sustancias que no las produce el organismo. Y el organismo como es lógico protesta, se revela y tiene complicaciones.

Pues no sé dónde vamos a ir ahora.

LA SRA. PRESIDENTA (Cobo Pérez): Sr. Pascual.

EL SR. GARCÍA-CAMBA DE LA MUELA: El Sr. Pascual lo voy a hacer rápidamente.

A ver, bueno, pues progresión exponencial, causas. Yo creo que más o menos no sé si, que la presión es exponencial, por supuesto y esto es una causa de preocupación para el sistema sanitario, para todos los profesionales, para la sociedad en su conjunto ¿no?

Pero que este es un dato real, entonces pues habrá que hacer estudios que de alguna manera nos permitan entender más el fenómeno, ¿no?

Yo creo que el exceso de visibilidad genera conductas imitativas. Es decir, que si en este momento se empiezan a poner programas en la televisión donde todo el mundo sale tatuado no sé qué por todas no sé qué, pues al final el número de personas que se tatúan..., ¿por qué?, porque la gente muchas veces es vulnerable, es débil, porque tienen, digamos, la necesidad de parecerse a alguien, la necesidad de pertenecer a un grupo, de sentirse acogido por un grupo y entonces, son muchas veces razones que llevan a que una persona tenga una decisión poco reflexiva, porque con esto que yo hago ya soy miembro del grupo y ya me acogen y me invitan.

Pues yo pienso que eso es una de las múltiples explicaciones que puedan...

Bueno. Dice: no es un trastorno, pero muchos van a vivir con un trastorno. Es decir, no es un trastorno primario, en las clasificaciones médicas clásicas la transexualidad primaria era un trastorno, trastorno de la identidad sexual, TID. Esto ahora ya no es un trastorno, pero es un trastorno, Dr. Pascual, que, aunque no es un trastorno es una condición que tiene, digamos, que lleva muchas papeletas, muchas papeletas para que en un momento determinado surjan averías y surjan goteras. Y las papeletas son las que hemos estado aquí comentando.

Otro asunto y es cómo se tiene que tratar esto. Bueno, yo creo que fundamental y yo creo que la ley está bien recogerlo, quizá, claro la ley habla del desarrollo de la ley, creo que el desarrollo de la ley tiene que ir a potenciar que estos pacientes se traten en unidades con experiencia, que no tiene que ser haber un médico en cada calle, se entiende que a lo mejor pues una unidad por yo qué sé, por provincia. Pero un sitio donde haya experiencia, personal preparado, personal que conozca el tema y donde se les ofrezca, de alguna manera, una solución a este asunto.

Por ejemplo, fíjese, uno de los artículos de los que he leído de los ingleses, todos los ingleses, en Inglaterra, en Inglaterra los tratan en el Tavistock Clinic, que está Londres. La Tavistock es una clínica psiquiátrica de toda la vida. Yo no sabía que ahora se dedica al tratamiento de los menores de género. Pero todos. Y entonces, claro, una de las estadísticas que he hecho aquí son 6.000, 6.000 niños en total. Y de esos 6.000 niños han visto que muchos niños no siguen.

Entonces, claro, tener estas unidades tan potentes qué permiten, tener un personal superpreparado, poder hacer investigación, poder formar profesionales. Bueno, y darle una dimensión mucho más técnica y científica a un asunto que si no a uno se le escapa de las manos.

La ley no habla del suicidio. Pues no, la ley no habla del suicidio. Pues yo creo que eso es, el político que redacte el último tiene que ver si la prueba de suicidio es una prueba estética o no es estética en una ley. Y a lo mejor hay que utilizar eufemismos que digan que pude haber conductas autolesivas o evoluciones negativas. No sé, eso lo dejo a los...



Pero que el suicidio es una realidad, no hace falta nada más que cualquiera de ustedes méntanse en Internet, diga: *suicider and transgender* y te sale una catarata de artículos que están al alcance de todas las personas.

Bueno, y por último me quedaba el Partido Regionalista.

LA SRA. PRESIDENTA (Cobo Pérez): La Sra. Aguirre.

EL SR. GARCÍA-CAMBA DE LA MUELA: Sra. Aguirre. Vamos a ver.

Tengo yo aquí sale del grupo de trastornos. Ah bueno, sale del grupo de trastornos. Una cosa importante, mire, el debate que ha habido con respecto a sacar este asunto de las guías médicas, es un debate importante, porque en el momento que salgan, me imagino que usted sabe cómo funciona la medicina americana.

La medicina americana funciona con un manual, con un manual. O sea, que usted dice que tiene depresión, ¿no?, vamos a ver depresión..., efectivamente, 330A es un cuadro que puede durar seis meses... no sé qué, triste, llanto y desesperanza, anorexia, trastorno del sueño. Muy bien. Usted tiene depresión y entonces como figura aquí, y es una cosa que el sistema americano le va a tratar a usted, pues usted va a su psiquiatra, le pone su tratamiento, tal, le manda una sesión de psicoterapia, etc. Y tiene usted cobertura sanitaria. Pero ¡jojo! si no viene. Ojo, si no viene porque las compañías de seguro, le puedo asegurar que no es la madre Teresa de Calcuta, las compañías de seguro buscan el beneficio y el negocio, el *business*.

Y entonces... O sea, que usted dice que tiene depresión. ¡ah, pero lo siento mucho, pero... -Aguirre, ¿no? - *I am sorry Ms. Aguirre, the condition is not in the book*. Lo que usted tiene no está en el libro *so we can't pay for the treatment*, y como *they can't pay for your treatment* se tiene uno que buscar la vida. Entonces, eso en Estados Unidos y con el presidente que tienen los americanos, no digo nada. O sea, lo que no esté, no existe para lo que es la tal. Porque dicen, mire usted, teñirse el pelo de rubio tampoco está aquí; tíñaselo usted. Que se quiere usted cortar los uñas y ponérselas de color... hágalo usted.

Usted, lo que dice es que esto se ha despatologizado y que no es una enfermedad. *Of course*, no es ¡claro! Pero como no es, pues encantado de conocerla... ¿no? Es un problema muy grande. Es un problema muy grande.

Aquí, en España, tenemos la sociedad universal, la sanidad universal, somos mucho más compasivos, mucho más empáticos, más generosos. Nosotros hemos tratado en mi hospital cantidad de transexuales, cantidad de transexuales de Perú, de Argentina, de Bolivia, de Ecuador. Cantidades ingentes, que llegaban allí y pasaban de un país donde estaban viviendo en la pobreza y en la miseria, y vienen aquí y entonces el primer día entran por urgencias, y ese día cena caliente, sabanita limpia... Y al día siguiente, habitación, ducha...

¿Y usted qué quiere, que le quitemos los pechos? Muy bien, se los quitamos. Que le pongamos... Eso es así. Eso es así. Bueno, eso es como se funciona en España.

En España, el sistema que tenemos es muy generoso, y yo lo vivo... Yo llevo 40 años en el sistema sanitario público. Yo conozco el sistema, comparado con sistemas de... váyase usted a Inglaterra y tenga un niño, ya verá cuántas veces le ve el obstetra, una vez y nada más. Una vez nada más. Todos los demás son enfermeras, pero ningún médico más.

Y váyase a Luxemburgo, y pida cita para un problema de estrés laboral. Tardan en darle una cita tres meses. Esos son datos reales.

Entonces, yo creo que la ley ésta que tenemos pues fantástica. Y bueno, pues sigo considerando que esto, aunque no sea un diagnóstico psiquiátrico es un problema sanitario que afecta a la persona, por supuesto, y que el sistema tiene que idear una manera de cuidarle y de atenderle, de incorporarlo.

Pero ¡claro! puede haber grupos digamos políticos que piensen lo mismo; si este señor no tiene una enfermedad, por qué coño yo con mis impuestos le tengo yo que cubrir aquí su capricho. Que es un poco el discurso del que no entiende este asunto ¿no?

Bueno, pues yo creo que la atención médica es fundamental, por todo lo que he dicho. Es decir, una persona que está tomando... está con hormonación cruzada de por vida, evidentemente tiene que estar viéndolo un médico. Por supuesto.

Y una persona que eventualmente puede hacer episodios depresivos, episodios de ansiedad, que puede tal... Pues evidentemente tiene que tener la posibilidad de tener un dispositivo de salud mental que permita de alguna manera contenerle.

LA SRA. PRESIDENTA (Cobo Pérez): Muchas gracias, Sr. García-Camba.

Turno ahora de los portavoces de los grupos parlamentarios. En turno de duplica. Por cinco minutos.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Mixto. El Sr. Palacio.

EL SR. PALACIO RUIZ: No. Me ha quedado muy clara la explicación. Y le agradezco la forma en la que nos ha iluminado.

LA SRA. PRESIDENTA (Cobo Pérez): Muchas gracias, Sr. Palacio.

Turno ahora del Grupo Parlamentario Ciudadanos. Sr. Marañón.

EL SR. MARAÑÓN GARCÍA: Nada más. Muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Cobo Pérez): Muchas gracias, Sr. Marañón.

Turno ahora del Grupo Parlamentario Socialista. Tiene la palabra la Sra. De la Cuesta.

LA SRA. DE LA CUESTA AGUADO: Muchísimas gracias, muchas gracias señora presidenta.

A ver, a mí una cosa que me inquieta o me resulta... me inquieta, en sentido cognitivo, quiero decir: no entiendo. Me ha dado la impresión de que usted lo ha hecho, pero también lo ha hecho alguna otra persona, algún otro compareciente en esta sala: empezamos con datos científicos que ponen de manifiesto la crudeza, la dureza de la situación que se encuentran las personas trans antes de iniciar su transición y lo terrible que es el futuro una vez que lo inician o que lo consuman.

Hablamos del estrés social, del estrés minoritario, del estigma por su condición, antes, en medio y después, y, a continuación, cuando nos preguntamos por las causas decimos: "es moda; es que lo ven en internet, es que se lo ha visto a su amiga". A ver, ¿cómo cuadra esto? ¿Cómo va a ser una moda? ¿No será que la sociedad les esté machacando? Porque usted lo ha dicho que la sociedad les está machacando, ¿cómo va a ser una moda?, a mí cuando me machacan no me pongo un determinado vestido.

Me dice... Me dicen, no solo usted, porque también lo han dicho otros miembros de este Parlamento y algún otro compareciente: "es que se ve mucho en internet". ¿Pero no será que es que ahora encuentran que hay otra vida posible? "Es que es un contagio social", ¿Cómo se puede contagiar algo que genera ese estrés tan terrible que aboca a muchas personas -creo que ha hablado usted- de un 25-30 por ciento de suicidios? Es que eso es lo que no me cuadra.

Y decimos: "es que no sabemos las causas de que esté pasando esto". Pues si no lo sabemos ¿por qué decimos que es una moda y no decimos que es el horror de vida que están llevando y la esperanza de un futuro mejor?

Si me dicen que es una moda, ¿cómo cuadra eso con el estrés? Es decir, si no hay razones científicas para que suceda, a lo mejor no debemos dar opiniones, porque las opiniones se pueden reorientar según la perspectiva ideológica.

Pero entiéndalo con todo el respeto, con todo el respeto, pero es que es la gran duda que me queda. O sea, yo estoy viendo cómo hay un x por ciento de personas que se suicidan, un x por, lo terrible que es el estrés social, un x por ciento de personas que sufren agresiones, la familia no les aprecia, corren gravísimos riesgos de situaciones psiquiátricas patológicas... y luego decimos ¡no!, es que esto pasa porque lo ven en la clase de al lado que lo tiene su amiga.

Me parece que es, no sé, a lo mejor es mi ideología, también, que potencio unas cosas sobre otras. Pero, creo que los datos me están dando más la razón que a quienes dicen que esto es una mera frivolidad.

Muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (Cobo Pérez): Muchas gracias Sra. De la Cuesta.

Tiene la palabra el Grupo Parlamentario Popular, Sr. Pascual.

EL SR. PASCUAL FERNÁNDEZ: Muchas gracias.

No. Simplemente reiterar mi agradecimiento al profesor García-Camba y tendré la oportunidad de discutirlo con Paz de la Cuesta acerca de esto.

LA SRA. PRESIDENTA (Cobo Pérez): Muchas gracias Sr. Pascual

Turno ahora del Grupo Regionalista, tiene la palabra la Sra. Aguirre.

LA SRA. AGUIRRE VENTOSA: Muchas gracias señora presidenta.

Agradecerle sus explicaciones y me quedo con la conclusión de la última intervención a respuesta a mis preguntas cuando ha llegado a concluir que la ley es necesaria, que hay que abordar los temas sanitarios, no estamos en Estados Unidos, estamos gracias a Dios en España con nuestro sistema sanitario y en este sentido pues dentro de los problemas que conlleva los sanitarios este colectivo, por lo menos, los que están en España poder, a los que nosotros a día de hoy nos competen, poder adjuntarles y darles una ley, una herramienta lo mejor posible para que puedan abordar esa cuestión.

Y luego hay una cuestión que yo creo que bueno finalmente en sus conclusiones ha estado conforme, es decir, se debe abordar un equipo especializado y con experiencia y dentro de que es el sistema sanitario público, pero bueno el ejemplo que ha dado quizás desde mi punto de vista no muy afortunado de que cualquiera va al médico y le pide oye mira, yo me quiero cambiar de sexo, me quiero poner tal... Yo no voy al médico y le digo oye me quiero dar, dame *Tranxilium* porque yo considero que necesito *Tranxilium*. No. El médico, yo le doy lo que a mí me pasa y el médico me diagnostica. Yo no le voy diciendo al médico oye tengo esto, yo al médico le digo me pasa esto. Y el médico es el que una vez con la sintomatología que yo padezco, que quiero darle un poco a gente de médico de familia, a los médicos de, de, de, más provinciales, pues ellos hacen eso, remiten al especialista y en este caso la ley lo que está contemplando es que debe ser un equipo especializado y, sobre todo, sobre todo en estos casos con experiencia.

Para poder afrontar esta situación de la mejor manera posible, para que una vez que se diagnostique que realmente esa persona de una manera individualizada, esa persona, como ha explicado usted, esa persona, no el colectivo, cada persona es diferente, cada persona tiene unas circunstancias familiares, genéticas, de todo tipo, diferentes y cuando se aborde por ese equipo especializado esa situación, se debe de dar los medios.

Y mi pregunta, no me ha contestado a una única pregunta que no me ha contestado, es que en la ley se recoge el derecho de los menores trans a recibir el tratamiento de bloqueo hormonal al inicio de la pubertad. Entonces mi pregunta es ¿considera que ese inicio de la pubertad, en el caso de que este equipo especializado haya determinado que no es un capricho, que no es una moda, sino que realmente, dada la sintomatología que esta persona presenta, lo requiere, es un momento acertado? Y nada más y muchísimas gracias por su comparecencia y por sus explicaciones.

LA SRA. PRESIDENTA (Cobo Pérez): Muchas gracias Sra. Aguirre.

Para finalizar turno del compareciente por cinco minutos Sr. García-Camba.

EL SR. GARCÍA-CAMBA DE LA MUELA: Bueno pues vamos a ver.

Era lo de la causa, ¿cuál es la causa?, ¿dónde está el asesino?, ¿no? Pues vamos a ver. Muchas veces, muchas veces y sobre todo en personas inmaduras y personas digamos con poca experiencia de la vida se toman decisiones irreflexivas. Y entonces muchas veces una adolescente que de pronto dice, de lo que se llama *rapid onset dysphoria gender*. Esto son cuadros que aparecen en un mes. Usted tiene una linda niña, una sobrina, que es una niña buena estudiante y entonces dice, oye mamá, o tía, que es que he decidido que yo quiero ser chico. Pero hombre, pues lo he decidido esta semana. Pero sí, porque mira, en la clase hay unas chicas que tal, hemos ido al club lo hemos pasado muy bien, hemos hecho un grupo muy majó... es que es así que es de inicios rápidos. El inicio rápido es eso.

Bueno, habrá que estudiarlo, ese fenómeno hay que estudiarlo, porque es un fenómeno que esto se ha descrito hace unos meses, o sea, que estamos hablando de una cosa que está digamos en caliente el papel. Pero yendo a por qué una persona quiere hacer eso, pues mire, lo puede querer hacer por muchísimas razones. Porque el adolescente muchas veces es transgresor y como se lleva mal con su padre y como se lleva mal con su madre, pues una forma de autoafirmación del adolescente es hacer justo... (murmillos desde los escaños) ... hombre, sí claro, hemos encontrado y está referido en la literatura. Porque eso está descrito desde tiempos inmemoriales. La muerte del padre la escribió Freud hace ya más de cien años ¿eh? El adolescente quiere matar al padre.

No, quiere decir que hay un componente transgresor por supuesto, no digo que sea la única causa, ni muchísimo menos, pero que en un marco de personas que por la edad son inmaduras, que son irreflexivas, que tienen un grupo social que de alguna manera eso está de moda, lo apoya, lo protege. Que hay la fantasía de que, si soy chica, además voy a mandar más, porque los que mandan son los chicos. Hay una serie de mecanismos que habría que analizarlos con más profundidad, pero mecanismos de tipo inconsciente, mecanismos de tipo social, que pueden llevar a que una persona, puedo decir poco reflexiva en un momento determinado se apunta, como en otros terrenos de la vida se apuntan al terrorismo y yo qué sé. A veces, ... (murmillos desde los escaños) ... Es igual en la medida, es igual en la medida en que, estamos hablando de decisiones irreflexivas, decisiones que se toman a una edad determinada. ... (Murmillos desde los escaños) ... Porque, bueno, estoy hablando de lo que es, permítame que yo un poco, adolescente, por mi especialidad puedo conocerlo un poquito. No estoy hablando de esto.

Y el adolescente que tiene un fondo trasgresor y un fondo que como ya el maestro Freud hablaba del deseo que tiene el adolescente de matar al padre, matar al padre es enfrentarse con el poder, decir que no a lo estatuido, intentar ir por otro territorio.

Entonces estas personas, que ya digo que son poco reflexivas y que no saben esa es el aspecto fundamental, mira guapa es que esto tienes que estar en tratamiento toda tu puñetera vida, siempre, tienes que tomar hormona. Es que no lo saben, no lo saben porque estamos hablando de gente inmadura, estamos hablando de una niña de 16 años que no se plantea estas cosas y se plantea lo que le ha dicho su amiga y que lo ha visto en una página de internet, pero no sabe lo que es la vida.

Entonces por eso lo fundamental a esta niña con todo el cariño del mundo un especialista o una especialista que sea empática, que sintonice bien con ella que no sé qué, lo que tiene que hacer es un poco analizar eso. Y si el profesional experto, empático, cariñoso y con buena química decide que está de acuerdo con la niña y que la niña está en sus cabales pues adelante, pues ancha es Castilla por supuesto que sí.

Yo no me estoy oponiendo al tema, digo que es un tema muy delicado. Y mire en este momento méntanse en internet y méntanse en las asociaciones de padres americanos y niños y es monstruoso lo que dicen los padres. O sea, en este momento igual que existe las madres del 2 de mayo en Argentina que son las madres de los desaparecidos que organizaron unas movidas impresionantes, en este momento hay unos colectivos muy importantes de padres que un hijo no es que se ha metido en la ciencia y me lo han quitado y ya no me dejan verlo, no, es que mi hija de pronto que es normal y que es una buena niña adolescente, es que de pronto ahora dice que quiere ser chico y que además está cabreada con nosotros, no hay quien la aguante, está irritable.

Quiero decir que eso exige en vez de decir que eres una tonta y de eso nada, exige todo lo contrario, pues acercamiento empático, dedicarle tiempo y un interlocutor que no sea digamos como una figura paterna a la que la niña también quiera matar, igual que quiere matar a sus padres. Esto es lo que yo digo.

No es que esté en contra radicalmente, ahora, lo que estoy en contra es de lo irreflexivo y de un día para otro. Yo creo que eso, creo que eso salta a la vista.

No sé cuál era la siguiente pregunta. Bueno, y otra cosa me he referido a ello antes también, mire, en psicoanálisis hay un término que se utiliza muchísimo que es lo que se llama la fantasía deseada y entonces en la fantasía deseada es lo que yo creo que va a pasar, si yo hago esto seguro que va a pasar esto y entonces yo de alguna manera pierdo un poco el sentido de la realidad y entonces me dirijo a una cosa porque yo creo que eso va a pasar y me convengo de que eso va a pasar y al final no pasa y entonces la frustración es brutal y eso produce una crisis importante.

Yo creo que en estos casos muchas veces estos pacientes tienen un poco la fantasía deseada de que todo va a ser un camino de rosas, de que van a estar con un cuerpo maravilloso, de que esta chica va a ser la más guay del Paraguay y no es así, es que no es así y no es así porque lo que estamos diciendo porque la anatomía es la anatomía, porque la carga hormonal es la carga hormonal, la genética es la genética entonces yo puedo ese cuerpo de alguna manera irlo tuneando y tal pero muchas veces el resultado no es el que es.

Entonces esa fantasía deseada va seguida del error de predicción, yo he hecho una predicción tal y ese error de predicción es como un boomerang que viene y me da en la cabeza y entonces me arrepiento pues yo quiero estar como estaba antes, etc.

Son situaciones muy delicadas que hay que individualizar, y es caso a caso y no se puede generalizar. Le estoy contando un poco...

Y luego otra cosa lo que hemos comentado mire de la automedicación. La ley cántabra no me la he leído así con gran detenimiento, pero la ley de Madrid que sí me la he leído con detenimiento habla del derecho a la autodeterminación y el derecho a la autodeterminación es que yo tengo derecho a la autodeterminación y entonces yo voy al médico del seguro que está aquí, por qué me voy a ir yo al hospital o a la unidad que está, yo me voy al médico no sé qué, porque se habla de proximidad y la proximidad es el médico del tercero que es médico, y le puedo decir al médico del tercero: por favor recéteme estrógenos, recéteme anti andrógenos y el médico de cabecera se puede quedar absolutamente alucinado, oiga usted, yo para eso pago y tengo derecho y la ley lo dice. La ley habla del derecho a autodeterminación, estoy hablando de Madrid, de la autodeterminación y de la proximidad. Y yo soy contrario a ello, yo creo que estos cuadros hay que tratarlos en unidades especializadas con experiencias, con un equipo multiprofesional, donde no haya..., "es que solo hay un psiquiatra", no, pues es que tiene que haber un psiquiatra o un psicólogo, un endocrinólogo, un cirujano, un equipo que conoce el tema, que lo discuten, como se hacen normalmente en el mundo científico.

Yo cuando tengo algún problema difícil en mi servicio, el equipo se reúne y hacemos una sesión clínica o se presentan si son clínica en el hospital y todo el mundo decide. Y si hay algún problema ético complicado, no somos nosotros, tenemos el Comité Ético del Hospital, donde hay un abogado que viene de fuera, un expaciente que no sé qué, una trabajadora social, en fin y ahí colegiadamente se decide, pues mire, este señor, aunque la familia no quiera que le transfundamos sangre, se le transfunde sangre porque es que si no se muere el pobrecito. Y ya está, y la familia aquí no pinta nada, porque este chico tiene capacidad de autonomía y de decisión.

Y ese equipo multiprofesional, experto en bioética y experto en...

Yo creo que en estos casos, en los equipos multiprofesionales con experiencia, de alguna manera pueden tomar decisión y en algún momento llamar..., vamos a ver, en Madrid nosotros hemos llamado a veces al Fiscal de Menores, se llama a la Fiscalía de Menores, porque te llega una madre con una demanda absolutamente inconcebible, de que al niño hay que hacerle esto y mire usted, creemos que es una barbaridad y llamas a la Fiscalía de Menores y lo pones en conocimiento.

Si la Fiscalía de Menores te autoriza, pues muy bien, pero son situaciones individuales que hay que, cada una de ellas hay que pensarla y analizarla.

LA SRA. PRESIDENTA (Cobo Pérez): Muchas gracias Sr. García-Camba.

Y para concluir el debate del orden del día y reiterando el agradecimiento al compareciente por haber asistido a esta Comisión, se levanta la sesión.

(Finaliza la sesión a las trece horas y cuarenta y cuatro minutos)