

Consideraciones de la Alianza Contra el Borrado de las mujeres a la Proposición de Ley de SUMAR sobre las llamadas terapias de conversión

El 28 de febrero de 2025, SUMAR y varios grupos políticos minoritarios presentaron una Proposición de Ley Orgánica para castigar penalmente las denominadas "terapias de conversión".

La Proposición de ley, bajo el título *Proposición de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, para castigar la práctica de terapias de conversión y garantizar la protección de las víctimas*, está enfocada a introducir un nuevo artículo en el Código Penal, el 175 bis, que establecería penas de prisión de uno a cuatro años para quienes practiquen o consientan dichas terapias.

El problema es que la Proposición de Ley define como "terapia de conversión" cualquier tratamiento psicológico destinado a identificar el origen de los autodiagnósticos de la disforia de género y a explorar sus causas.

Este enfoque de la proposición de SUMAR pretende reprimir, castigar e impedir las intervenciones terapéuticas dirigidas a evitar que las rebeldías contra los estereotipos de género sean medicalizadas. La trampa es que equipara estas intervenciones con las prácticas correctivas que fueron aplicadas para reprimir la homosexualidad, como electroshocks u otras intervenciones inhumanas.

El artículo 175 bis que proponen define las terapias de conversión de manera generalista, abarcando cualquier terapia médica, psicológica o psiquiátrica que no secunde el autodiagnóstico de lo que denomina "identidad de género" de una persona; autodiagnóstico que puede conllevar la dispensa de fármacos o cirugías sin tener en cuenta otras comorbilidades o que los malestares de género atiendan a otras cuestiones ajenas a una posible disforia.

Este enfoque legislativo supone castigar indiscriminadamente a médicos y psicólogos que no se alineen con el modelo afirmativo (el llamado Protocolo Holandés). Dicho modelo parte del autodiagnóstico de la "identidad de género" sin cuestionarlo, promoviendo entre los menores el uso de bloqueadores de la pubertad, la hormonación cruzada y, en algunos casos, cirugías, **sin exigir una evaluación psicológica crítica que explore las causas subyacentes de una posible disforia de género.**

El texto de SUMAR penaliza así un enfoque alternativo basado en la evidencia científica o en una práctica clínica prudente que busque comprender el rechazo al propio sexo antes de proceder a intervenciones irreversibles.

Esta rigidez legislativa busca amedrentar y castigar a psicoterapeutas, psiquiatras y endocrinos que, desde un enfoque exploratorio, sostengan que la disforia de género puede resolverse sin

medicalización, ayudando a los/as pacientes a identificar los auténticos factores causantes del rechazo a las imposiciones de género, factores como misoginia, sexismo, rechazo a roles de género impuestos, represión de la orientación sexual (como lesbianismo o homosexualidad), dudas sobre la orientación sexual, traumas, autismo no diagnosticado o una sensación vaga de "ser distinto".

Estudios como el Informe Cass (publicado el 10 de abril de 2024 por el NHS de Inglaterra) señalan que la mayoría de los casos de disforia en menores, en torno a un 80%, remiten en la adolescencia, especialmente si se abordan estas causas subyacentes mediante apoyo psicosocial en lugar de recurrir a las intervenciones médicas. Este importante informe británico destaca la falta de evidencia sólida sobre los beneficios a largo plazo de los bloqueadores de la pubertad y las hormonas cruzadas, subrayando que muchos jóvenes experimentan una resolución natural de su malestar sin necesidad de realizar una transición médica.

La Proposición de Ley ignora el creciente cuerpo de evidencia que ha llevado a países como Suecia, Finlandia y el Reino Unido a revisar sus protocolos para menores con disforia de género, alejándose del modelo afirmativo. En Suecia, la Agencia Nacional de Salud y Bienestar (2022) restringió el uso de hormonación a casos excepcionales tras determinar que los riesgos superan los beneficios, basándose en revisiones sistemáticas que muestran una certeza "muy baja" en los resultados positivos. Finlandia, pionera en el protocolo holandés, adoptó en 2020 una postura similar, priorizando la psicoterapia y limitando las intervenciones médicas a entornos de investigación controlada, tras observar que la disforia de inicio adolescente a menudo coexiste con problemas de salud mental no relacionados con el género. El Informe Cass en el Reino Unido recomendó "extrema cautela" en el uso de hormonas antes de los 18 años, abogando por evaluaciones exhaustivas que descarten comorbilidades como autismo o trauma.

Estos países han reconocido que el protocolo holandés, no es adecuado para la mayoría de los casos actuales, que presentan disforia de inicio rápido en la adolescencia (ROGD, por sus siglas en inglés) y alta prevalencia de condiciones como depresión, ansiedad o autismo. Sin embargo, el artículo 175 bis penalizaría a los médicos españoles que, alineándose con estas evidencias, optaran por un enfoque más exploratorio, equiparándolos con quienes practican "terapias de conversión" coercitivas o pseudocientíficas.

El artículo 175 bis no distingue entre métodos coercitivos y terapias legítimas que cuestionan críticamente el supuesto carácter inmutable de la "identidad de género", un concepto que carece de consenso científico sólido y que estudios como el de Littman (2021) vinculan a influencias sociales o comorbilidades tratables.

Otro punto crítico es la **intencionada omisión de las detransiciones**, un fenómeno que evidencia que la autopercepción de la "identidad de género" puede cambiar con el tiempo. Estudios recientes, como el de Littman (2021), muestran que algunos detransicionadores atribuyen su disforia inicial a factores como trauma, influencia social o dificultad para aceptar su orientación sexual, y que la transición médica no resolvió sus problemas subyacentes.

El Informe Cass también señala la necesidad de investigar más a fondo este grupo, reconociendo que las intervenciones irreversibles pueden dejar secuelas físicas y psicológicas significativas. Al penalizar cualquier intervención que no sea afirmativa, el texto desincentiva la exploración de estas trayectorias alternativas, **privando a los menores de opciones terapéuticas que podrían evitar decisiones apresuradas.**

Es particularmente alarmante que esta ley pueda obligar a medicalizar a adolescentes homosexuales que atraviesan períodos de confusión o rechazo a su cuerpo, interpretados como disforia de género. Estudios como el de Zucker (2019) y el Informe Cass sugieren que una proporción significativa de menores con disforia podrían estar lidiando con una homosexualidad no aceptada, influida por entornos homofóbicos o roles de género rígidos.

Paradójicamente, al vetar enfoques psicológicos que exploren estas dinámicas y al promover únicamente la transición médica, la proposición de ley puede perpetuar un daño innecesario, imponiendo una forma de "terapia de conversión": transformar a jóvenes gays o lesbianas en personas transgénero mediante intervenciones irreversibles, cuando un acompañamiento adecuado podría resolver su malestar sin necesidad de fármacos o cirugías.

Al prohibir alternativas psicológicas, la proposición de SUMAR impone como única vía de actuación la administración de medicamentos como bloqueadores de la pubertad (p. ej., análogos de la GnRH) y hormonas cruzadas (estrógenos o testosterona), cuyos efectos dañinos e irreversibles están bajo escrutinio. La revisión sistemática de la Sociedad Sueca de Medicina (2022) y el Informe Cass (2024) destacan riesgos como la pérdida de densidad ósea, infertilidad, impacto en el desarrollo cerebral y secuelas psicológicas en caso de arrepentimiento, con evidencia "muy baja" de beneficios a largo plazo. Sin embargo, el artículo 175 bis CP fuerza a los profesionales a adoptar estas intervenciones, incluso cuando podrían no ser apropiadas.

La amplitud del artículo 175 bis podría tener un efecto disuasorio sobre los profesionales de la salud mental, quienes podrían evitar tratamientos basados en la comprensión de la disforia como un síntoma potencialmente reversible, por miedo a sanciones penales. **Esto limita la libertad científica y clínica, forzando a los médicos a adherirse a un modelo afirmativo que está siendo cuestionado internacionalmente**, en lugar de permitirles adaptar sus prácticas a la evidencia más reciente. Además, al considerar irrelevante el consentimiento (apartado 5), la norma ignora la autonomía de los pacientes y sus familias que, como las madres y padres de la Asociación AMANDA, prefieren un enfoque no medicalizado.

Además de las sanciones penales establecidas en el artículo 175 bis, la Proposición de Ley Orgánica también introduce sanciones administrativas severas por la difusión de información, materiales o lo que denomina "información falsa" sobre abordajes médicos distintos al modelo afirmativo, clasificados como "terapias de conversión". En concreto, el artículo 80 de la Ley Trans estatal

(ampliada por esta proposición de SUMAR) establece que las infracciones muy graves serán sancionadas con multas de 10.001 a 150.000 euros con medidas accesorias como la prohibición de acceso a ayudas públicas, el cierre de establecimientos, la prohibición de ejercicio profesional, la retirada de contenidos en línea y la obligación de retractación.

Estas sanciones se aplican a conductas como la difusión o producción de materiales, así como la diseminación de información que cuestione la eficacia o los riesgos del modelo afirmativo, etiquetada como "falsa" sin un criterio claro de verificación científica. Esta disposición no solo criminaliza la práctica clínica, sino que también reprime el debate científico y la libertad de expresión.

Este enfoque medicalizador se extiende al ámbito educativo mediante la modificación de protocolos. Por ejemplo, el artículo 21.1.d obligaría a las administraciones educativas a implementar planes de identificación temprana y formación del profesorado sobre las terapias de conversión, mientras que el artículo 24 impulsa programas de charlas sexoafectivas para divulgar la imposibilidad de modificar la identidad de género, presentándola como una realidad innata e inmutable.

Asimismo, el artículo 16.1.g encomienda la elaboración de guías de práctica clínica que refuercen este modelo, excluyendo enfoques críticos o exploratorios. La Proposición de Ley, en su exposición de motivos, sugiere que la no afirmación de la identidad de género incrementa el riesgo de suicidio, presentando esta idea como un consenso científico. Sin embargo, esta afirmación, que la ley da por comúnmente aceptada, está siendo fuertemente cuestionada por investigaciones recientes. Estudios como el de Biggs (2022), basado en datos del Tavistock Centre (Reino Unido), y la revisión longitudinal de Bränström y Pachankis (2019, corregida en 2020), indican que la medicalización y la transición social (cambio de nombre y vestimenta) no reducen las tasas de suicidio y, en algunos casos, podrían incluso incrementar el riesgo al no abordar problemas subyacentes como ansiedad, depresión o trauma, que a menudo causan o coexisten con la disforia.

Un aspecto **particularmente grave de la proposición es la consideración de los padres como potenciales agresores si intentan proteger a sus hijos de tratamientos médicos precoces e irreversibles.** El artículo 22.b incluye como indicador de maltrato familiar por motivo de identidad de género, el rechazo familiar a la perspectiva de la "identidad de género" y la apuesta por un abordaje médico distinto a la medicación. La proposición de ley propone alternativas habitacionales y recursos económicos para menores que denuncien estas prácticas, como si los padres fueran inherentemente enemigos de sus hijos. Esta perspectiva presupone que cualquier resistencia a la medicalización inmediata equivale a violencia, ignorando que muchas madres y padres, como los integrantes de la Asociación AMANDA en España, actúan desde la prudencia o el conocimiento de la resolución espontánea de la disforia en la mayoría de los casos, como documenta el Informe Cass (2024), que estima que hasta el 80% de los casos de disforia en la infancia pueden remitir en la adolescencia sin intervención médica.

Alianza Contra el Borrado de las Mujeres
Marzo de 2025