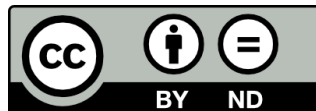




UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Infancia y Adolescencia Trans. Reflexiones éticas sobre su abordaje

Sabel Gabaldón Fraile



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència Reconeixement- SenseObraDerivada 4.0.
Espanya de Creative Commons.

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia Reconocimiento - SinObraDerivada 4.0.
España de Creative Commons.

This doctoral thesis is licensed under the Creative Commons Attribution-NoDerivatives 4.0.
Spain License.



UNIVERSITAT DE BARCELONA

Facultad de Filosofía

Programa de doctorado en Filosofía Contemporánea
y Estudios Clásicos

Infancia y Adolescencia Trans. Reflexiones éticas sobre su abordaje

Doctorando:

Sabel Gabaldón Fraile

Una firma manuscrita en tinta negra, que parece ser "Sabel Gabaldón Fraile".

Directora y tutora:

Begoña Román Maestre

Una firma manuscrita en tinta azul, que parece ser "Begoña Román Maestre".

Barcelona, mayo de 2020

*Para mis hijos,
Sabel y Gala*

Agradecimientos

A Begoña Román, directora de esta tesis por su ánimo, ilusión, apoyo, guía y, sobre todo, por su encomiable labor de poner orden en el caos.

A la Fundación Víctor Grifols i Lucas, por la concesión de la beca de investigación en bioética en el año 2017, embrión y estímulo de esta tesis.

A Diana Polo, Agustín Bonifacio, Marta Ramón y Paula Molina, mis compañeros en la Unidad de Identidad de Género, por compartir este viaje y mantener la ilusión desde el primer día.

Al Hospital de Sant Joan de Déu, mi institución, ejemplo en la atención basada en valores como la hospitalidad, la dignidad, el respeto y el reconocimiento a la diversidad, por abalar la creación de nuestra unidad fundamentada en una perspectiva ética.

A Miguel Missé, por sus escritos, reflexiones y mirada clara ante la infancia y adolescencia trans.

A los niños y adolescentes, disidentes del género, que permitieron nuestra compañía en su camino y, sin saberlo, tanto nos han enseñado.

Índice:

Resumen	19
Abstract	11
Introducción	15
1. Sexo, Género e Identidad	23
1.1. Sexo y Género	23
1.2. Psicología, Biología y Género	30
1.3. Identidad de Género e Identidad Trans	36
2. <i>Scientia Sexualis</i> : el diagnóstico y las intervenciones terapéuticas	47
1.1. Genealogía e historia de la transexualidad	51
2.2. La construcción médica del término “transexual”	61
2.3. Consideraciones sobre el diagnóstico en el DSM	67
2.4. Los cambios en la última clasificación: CIE-11	71
2.5. Las intervenciones terapéuticas	74
2.6. Intervenciones médicas en la adolescencia	80
2.7. Modelos de intervención psicológica en la infancia	85
3. El colectivo trans desde los feminismos, la teoría <i>queer</i> y la teoría transgénero	99
3.1. Feminismos y teoría <i>queer</i> ante las personas trans	99
3.2. Críticas a los feminismos y teoría <i>queer</i>	112
3.3. Teoría transgénero	115
4. El colectivo trans y su atención médica en España	119
4.1. Historia del colectivo trans en España	119
4.2. Construcción legislativa de la identidad de género	127

4.3.	Evolución de la asistencia médica en España	135
4.4.	La situación en Cataluña: el modelo <i>Trànsit</i>	139
4.5.	La Unidad de Identidad de Género (UIG) del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona	143
5.	La mirada ética y jurídica	157
5.1.	Marco ético	157
5.1.1.	El razonamiento moral de la persona menor	160
5.1.2.	La competencia y la toma de decisiones	164
5.2.	Marco jurídico	167
5.2.1.	El interés superior del menor	172
5.3.	Posicionamiento técnico de la Asociación Española de Pediatría en relación con la diversidad de género en la infancia y la adolescencia.	176
5.4.	Recomendaciones a profesionales y cuidadores	180
	Conclusiones	185
	Glosario de términos	191
	Listado de acrónimos	196
	Referencias bibliográficas	197

Resumen

Los niños y adolescentes que experimentan sus características sexuales primarias y/o secundarias y el sexo asignado al nacer como incompatibles con su identidad de género pueden sentir una intensa angustia. Existe además gran relación entre el sistema coercitivo (social y cultural) de género y los malestares sentidos por aquellas personas que no se pliegan al género binario esperado en nuestro contexto social. Según la encuesta realizada por el *National Transgender Discrimination Survey* en el año 2011 en los EE.UU., el 78 % de las personas “no convencionales” en cuanto a su género sufre acoso escolar; de ellos un 35 % sufrió agresiones físicas y un 12 % violencia sexual.

Nos centramos en la infancia y la adolescencia, periodo en el cual la autonomía de la persona se está forjando y requiere de un acompañamiento no invasor ni precipitado. Nuestra intención es contribuir a la despatologización y desmedicalización del colectivo trans y entenderlo como una expresión de género que difiere de las normas culturales prescritas para personas de un sexo en particular. Ni las identidades trans, ni las diversas expresiones de género no normativas, constituyen por sí solas un trastorno mental, forman parte de la diversidad humana. Desde esta perspectiva la experiencia trans forma parte de un conjunto de construcciones y elecciones de carácter personalísimo, de trayectorias heterogéneas, fluidas y cambiantes que deberían ser aceptadas socialmente y legitimadas por la ley.

La identidad de género se forja en una interacción entre lo biológico, el desarrollo, la socialización y la cultura. Si existe un problema de salud mental, con frecuencia proviene del estigma, del rechazo y de experiencias negativas, o es fruto también de las diferentes categorizaciones médicas sobre la transexualidad.

Las clasificaciones psiquiátricas han variado en las últimas décadas: transexualidad, trastorno de identidad de género, disforia de género e incongruencia de género. Estas variaciones en las últimas clasificaciones médicas, influidas por las presiones de colectivos y asociaciones LGTBI, como ya ocurriera hace décadas con la homosexualidad, han tenido como objetivo intentar evitar el estigma y la psiquiatrización sin lograrlo.

Ciertamente, la ansiedad, el estrés, las depresiones, el suicidio, son más frecuentes en este colectivo. Y es que el proceso de aceptación de la identidad

sexual en el colectivo trans es un camino personal conflictivo al que se le suma una importante presión social, estigmatización, discriminación y, en muchas ocasiones, una clara violencia, que pueden dar lugar a conflictos y síntomas que hay que contener y tratar. En la comprensión de la infancia y adolescencia trans es ineludible hallar un compromiso entre el imperativo terapéutico y la obligación ética de contribuir a la aceptación social de la diversidad de género. Criticamos tanto los intervencionismos exagerados como las exclusiones fruto de rigideces o intolerancias ideológicas y culturales.

Se impulsa, de esta forma, la transición desde un modelo médico a otro fundamentado en los derechos del niño, en el que los profesionales de la salud asumimos un rol de acompañamiento y ayuda, pero dejamos de tener la facultad de determinar las formas de entender y vivir las identidades y expresiones de género, las orientaciones y prácticas sexuales y las transformaciones corporales que, en su caso, se puedan llevar a cabo.

Desarrollamos los criterios éticos involucrados en la asistencia a la infancia y adolescencia trans y que son: el interés superior de la persona menor, la protección frente a la vulnerabilidad, el acompañamiento y la escucha activa, el respeto a la diversidad, el reconocimiento, la prudencia y la responsabilidad.

Abstract

Children and adolescents who experience their primary and/or secondary sexual characteristics and the sex assigned at birth as incompatible with their gender identity may feel intense distress. There is also a significant relationship between the coercive system (social and cultural) of gender and the discomforts felt by those people who do not fold to the expected gender in our social context. According to the survey carried out by the *National Transgender Discrimination Survey* in 2011 in the US, 78% of “unconventional” people in terms of gender suffer bullying; 35% of them suffered physical assaults and 12% sexual violence.

We focus on childhood and adolescence, a period in which the autonomy of the person is being forged and requires a non-invasive or hasty accompaniment. Our intention is to contribute to the depathologization and demedicalization of the trans collective and understand it as a gender expression that differs from the cultural norms prescribed for people of a particular sex. Neither trans identities, nor the diverse non-normative expressions of gender, are in themselves a mental disorder, they are part of human diversity. From this perspective, the trans experience is part of a set of constructions and choices of a very personal nature, of heterogeneous, fluid and changing trajectories that should be socially accepted and legitimized by law.

Gender identity is forged in an interaction between biology, development, socialization and culture. If there is a mental health problem, it often stems from stigma, rejection, and negative experiences, or even different medical categorizations of transsexuality.

Psychiatric classifications have changed in recent decades: transsexuality, gender identity disorder, gender dysphoria, and gender incongruence. These variations in the latest medical classifications, influenced by the pressures of LGBTBI groups and associations, just as happened with homosexuality decades ago, have tried to avoid stigma and psychiatrization without succeeding.

Certainly, anxiety, stress, depression, suicide, are more frequent in this group. The process of acceptance of sexual identity in the trans community is a conflictive personal path to which the addition of significant social pressure, stigmatization, discrimination and, on many occasions, clear violence, can lead to conflicts and symptoms to be managed and dealt with. In the understanding of trans

childhood and adolescence, it is unavoidable to find a compromise between the therapeutic imperative and the ethical obligation to contribute to the social acceptance of gender diversity. We criticize both exaggerated interventionism and exclusions resulting from rigidities or ideological and cultural intolerances.

Therefore, we propose a transition from a medical model to another one based on the rights of the child, in which health professionals assume a role of accompaniment and help, but we no longer have the power to determine ways of understanding and to live the gender identities and expressions, the sexual orientations and practices and the corporal transformations that, where appropriate, could be carried out.

We develop the ethical criteria involved in assisting trans children and adolescents, which are: the best interests of the minor, protection against vulnerability, accompaniment and active listening, respect for diversity, recognition, prudence and responsibility.

¿Por qué se sienten tantas personas agredidas por el cuestionamiento de la certeza del género? ¿Qué hace que el propio género nos parezca una verdad tan incuestionable? Entrar en contacto con cualquier persona trans, de repente, nos cuestiona toda esa certeza. La construcción sexo-genérica se viene abajo y todo ha de ser replanteado: sexo, género, orientación sexual, expresión del género, la identidad más profunda. Una deconstrucción inquietante pero liberadora, profundamente liberadora, que nos puede conducir a una mayor comprensión de nosotros mismos, a la vivencia de una identidad más desprejuiciada y gratificante.

(Generelo, 2017, p. 10).

Introducción

La existencia de personas trans, ni es actual ni exclusivo de nuestra sociedad y cultura, existe desde muy antiguo y ha estado y está presente en diferentes culturas y con diferentes denominaciones.

En un estudio realizado por el “Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH – SIDA” se comenta que entre el 0,1% y 1,1% de la población mundial en edad reproductiva es transgénero (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2014). En los últimos 50 años, varios estudios han proporcionado estimaciones de la prevalencia del transexualismo. Las variaciones en la prevalencia son considerables y pueden explicarse por factores como la metodología y las clasificaciones diagnósticas utilizadas y el año y país en que se realizaron los estudios. En el meta-análisis realizado por Arcelus en 2015 la prevalencia meta-analítica global para el transexualismo fue de 4,6 en 100,000 individuos; 6,8 para mujeres trans y 2,6 para hombres trans. El análisis de tiempo encontró un aumento en la prevalencia en los últimos 50 años, revelando que la prevalencia general de transexualidad reportada en la literatura está aumentando. Sin embargo, aún es muy bajo y se basa principalmente en personas que asisten a los servicios y unidades clínicas por lo que no proporcionan un panorama general de la prevalencia en la población. Sin embargo, este estudio debe considerarse como un punto interesante de partida para futuros estudios epidemiológicos más rigurosos (Arcelus et al., 2015).

Estudios más recientes sugieren que el 0,6% de los adultos en los Estados Unidos se identifican como transgénero (Flores, Herman, Gates, & Brown, 2016); y las estimaciones de la prevalencia entre los jóvenes y los adultos jóvenes van desde 0,17% a 2,7% (Turban & Keuroghlian, 2018).

El término “transexual” es bastante reciente, fue utilizado por primera vez por el endocrinólogo Harry Benjamin en 1953, para distinguir a los individuos que desean vivir de forma permanente como miembros del sexo opuesto, al existir una incongruencia entre el sexo con el que nacieron y el sexo al que sienten pertenecer (Gastó Ferrer, 2006). Este es el punto de partida de la categoría transexual, una definición normativa marcada por su origen médico, y por los agentes sociales que controlan su uso (médicos, legisladores, las propias personas trans), y un conflicto alrededor de los límites que abarca (Weeks, 1989).

La transexualidad, hoy en día, sigue formando parte de las categorías médicas patologizantes que han operado y operan como reguladoras de lo que podemos denominar “la verdad del género” (Soley-Beltran, 2009), entendida como un parámetro de normatividad y normalización social que, a través de la exigencia de concordancia sexo-género y el establecimiento de la heterosexualidad obligatoria, nos da una visión específica del mundo.

En los últimos 40 años hemos pasado por diversas clasificaciones psiquiátricas: transexualidad, trastorno de identidad de género, disforia de género e incongruencia de género con el objetivo de intentar evitar el estigma.

El proceso de aceptación de la identidad sexual de las personas trans, es un camino personal conflictivo al que se le suma una importante presión social, estigmatización, discriminación y, en muchas ocasiones, una clara violencia que pueden dar lugar a conflictos y síntomas que hay que contener y tratar. La ansiedad, el estrés, las depresiones, el suicidio, son más frecuentes en el colectivo trans en el que actúan, además, diferentes interseccionalidades (etnia, religión, cultura, pobreza, infancia...), que pueden llegar a complejizar y agravar la situación, porque operan como sistemas de opresión y discriminación de estos colectivos, aumentando su vulnerabilidad.

La transexualidad, en su origen, fue un concepto pensado y utilizado para adultos, pero desde que se incluyó la transexualidad en las clasificaciones médicas, tanto de la OMS (CIE) como de la *American Psychiatric Association* (DSM), apareció una sección donde se incluían estos “trastornos” en la infancia. La adolescencia se incluía en el mismo capítulo que la transexualidad en la edad adulta.

En los últimos años ha ido apareciendo una nueva categoría, “menor transexual” que, según Miquel Missé, *“ha sido clave para abrir el debate en torno a los males de género en la infancia y adolescencia, pero también ha creado las bases para una nueva identidad posible”* (2018, p. 102). Este término ha abierto las puertas a una nueva categorización en la infancia y adolescencia en la medida en que, lo que anteriormente era vivido como unas determinadas prácticas, se ha convertido en una identidad. Los niños con expresiones de género cruzado han existido siempre, pero, lamentablemente, los “menores transexuales” existen porque existe esta categoría. Además este concepto de “menor transexual” es confuso y problemático, ya que *“si menor es una categoría jurídica y*

transexual, una categoría médica, menor transexual es una categoría médico-jurídica" (Missé, 2018, p. 104).

Hasta hace bien poco se pensaba que la infancia era una etapa de desarrollo y evolución donde no se le atribuía la categoría transexual a nadie hasta que con el tiempo podía definirse, llegada la adultez o en las últimas etapas de la adolescencia. Antes de su categorización, la reacción que tenían las familias ante las expresiones de género en la infancia tenían dos respuestas, bien la represión y el castigo, o bien (las menos) una actitud de espera y de gestión de la incertidumbre (Missé, 2018, p. 107). En la actualidad hay familias que han decidido apostar por un acompañamiento, generando contextos más abiertos en relación con los posibles itinerarios vitales de sus hijas e hijos. Esta es una situación llena de dificultades, debido al relato hegemónico que empuja a las familias y al entorno social a insistir en que posiblemente se trate de un caso de transexualidad; con el inconveniente de que, si no se lleva a cabo un tránsito social, es que la familia o su entorno son generadores de transfobia.

Miquel Missé propone que, en lugar de hablar de infancia transexual o adolescentes transexuales o "menores transexuales", donde "*estas categorizaciones dan por hecho una identidad limitada, cerrada, definida, sería más adecuado referirnos a estas situaciones mediante una perspectiva crítica con las normas de género*" (2018, p. 103), y pensar las experiencias en relación al género de las personas menores como posiciones en constante evolución. Esta perspectiva está más en coherencia con una de las características que definen a la infancia y a la adolescencia, es decir personas en constante desarrollo y con una marcada plasticidad psicológica.

Tener una expresión de género diversa no convierte a uno en diferente al resto de niños. Quizás, sin pretenderlo, también estemos creando un nuevo binarismo respecto a la manera de vivir el género: el "normativo" y el "transexual". Tenemos la responsabilidad de acompañar a los niños y adolescentes trans a un escenario de autoestima corporal, a fortalecer sus herramientas para combatir la violencia cotidiana, a ser críticos con un sistema binario de género que les excluye.

La transexualidad infantil sería entonces un paradigma de la lógica normalizante, en el que se trata de que la persona menor "pase" por alguien del otro género, algo muy distinto a construir una sociedad donde las categorías de género no sean tan rígidas como para que si alguien, por cualquier tipo de vulnerabilidad,

no encuentra su lugar en ellas pueda llegar a pensar que el problema está en su cuerpo y acabarse sometiendo a tratamientos con consecuencias irreversibles para ser aceptado socialmente. En los niños y adolescentes que experimentan sus características sexuales primarias y/o secundarias y el sexo asignado al nacer como incompatibles con su identidad de género, puede aparecer una intensa angustia sobretodo en relación con la transfobia social. Según la encuesta realizada por el *National Transgender Discrimination Survey* (James et al., 2016) en el año 2011 en EE.UU, el 78 % de las personas “no convencionales” en cuanto a su género sufre acoso escolar; de ellos un 35 % sufrió agresiones físicas y un 12 % violencia sexual. El acoso fue tan grave que llevó a un 15 % (casi una sexta parte) a abandonar la escuela o la universidad.

La implementación de intervenciones médicas en adolescentes también pueden prolongar su malestar y contribuir a una apariencia que podría provocar abusos y estigmatización, ya que el nivel de abuso relacionado con el género se asocia fuertemente con el grado de sufrimiento psiquiátrico durante la adolescencia (Nuttbrock et al., 2010).

De acuerdo con una encuesta de 2015 de las personas TGNC (*Transgender and Gender Nonconforming*) en los Estados Unidos, el 29% de los encuestados estaban viviendo en condiciones de pobreza, lo que es más del doble de la tasa del resto de la población americana. Los jóvenes de los colectivos LGBTBI experimentan la falta de vivienda en tasas alarmantes, forman entre el 20% y el 40% de los jóvenes sin hogar, que aproximadamente se eleva a 1.6 millones en los EE.UU. (James et al., 2016).

A pesar de que desde diversos ámbitos se ha sugerido una relación entre el malestar experimentado y el rechazo social o la violencia sufrida por las personas con expresiones de género diversas para que se adecúen a las normas de género vigentes, esta posibilidad no ha sido abordada en la perspectiva médica. Con los términos diagnósticos, como “disforia de género”, se cuestiona al individuo que sufre un trastorno, pero no la matriz de normatividad en la que se encuentra inmerso y que funciona mediante la exclusión y la coerción de las personas que se salen de la norma. El diagnóstico no se cuestiona si las normas de género son erróneas (J. Butler, 2007).

También en medicina, debemos tomar conciencia de que la producción de “la verdad del género” actúa como reguladora y generadora de parámetros de

normalización social. Del mismo modo, poner un diagnóstico psiquiátrico a las personas con identidades y expresiones de género diversas, y considerar que su experiencia debe estar necesariamente marcada por un sufrimiento inherente a su condición, así como realizar una “corrección” quirúrgica y hormonal que resitúe a esta persona dentro del binarismo de género normativo, tiene el efecto de reforzar esa misma matriz y el fin de tranquilizar a la sociedad. Tal y como denuncia Miquel Missé, vivimos en una era con un lema claro “*si tu género no te gusta, transita; si tu cuerpo no te gusta, cámbialo*” (2018, p. 146).

Durante los últimos años, ha habido importantes cambios en los modelos sociales y psicológicos de acompañar a estos colectivos. En estos nuevos posicionamientos comienza a emerger una corriente de pensamiento, que entiende que no hay nada de negativo, ni de extraño, en la decisión de una persona menor de edad que quiera transitar hacia una identidad de género diferente de lo establecido en el binarismo normativo de nuestro modelo social. Este cambio también se aprecia en la conducta de las familias de los niños y adolescentes trans. Antes los padres acudían a la consulta de un profesional de la psicología o la psiquiatría para tratar de resolver el problema del hijo o hija, para que se “curase”. Últimamente se acercan a estos profesionales para adquirir herramientas, información y conocimientos para poder comprender, atender y acompañar a sus hijos, para respetarlos y aceptarlos tal como son (Gavilán, 2016).

Este trabajo, realizado por un psiquiatra de niños y adolescentes, es una tesis interdisciplinar y, por tanto, expuesta a las diferentes críticas procedentes de las especialidades que abarca. Asumimos el riesgo que la necesidad de este abordaje conlleva. Nace a partir de la experiencia personal en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, y desde la reflexión ética realizada ante los intervencionismos exagerados o las exclusiones propias de rigideces o intolerancias ideológicas y culturales que se dan en la asistencia a la infancia y adolescencia trans. Estos hechos promovieron, por una parte, la creación, en marzo de 2016, de nuestra Unidad de Identidad de Género (UIG), como respuesta ante la creciente demanda por parte de familias, niños, adolescentes y profesionales de la salud y la educación; y por otra parte, fueron el estímulo para iniciar esta tesis, concebida como un trabajo de ética aplicada a las intervenciones médicas y psicológicas en los niños y adolescentes trans, y con un objetivo, hallar un compromiso

entre el imperativo terapéutico y la obligación ética de contribuir a la aceptación social de la diversidad de género.

A pesar de que en los trabajos sobre personas trans se sigue la costumbre del desdoblamiento de género a nivel gramatical, nosotros aquí seguimos otro criterio. Consideramos que el término “niños” no masculiniza el lenguaje, simplemente es la manera corriente de hacer el plural en castellano. Sin embargo, la fórmula “niños y niñas”, desdoblado el género, sí refuerza el binarismo de género.

Respecto al título de la tesis, “infancia y adolescencia trans”, somos conscientes de que aluden a etapas vitales y no existe una manera homogénea de vivirlas, tampoco en las personas trans; como tampoco proponemos un abordaje homogéneo para acompañarlas en su desarrollo. Nuestra intención es simplemente explicitar que nos centramos en estas etapas y las problemáticas que la vulnerabilidad por razón de la edad conlleva.

En la redacción de la tesis intentamos evitar el término “transexualidad” ya que, tanto en su origen como en su uso habitual, es un término puramente médico, ligado a la cultura médica anglosajona, para definir a las personas que están haciendo o han hecho un tránsito quirúrgico de reasignación de sexo. Hemos mantenido este término cuando hacemos referencia a estudios donde así se utiliza. También hemos intentado evitar los nominalismos diagnósticos, citándolos exclusivamente cuando hacemos referencia a ellos o a trabajos e investigaciones clínicas que los emplean.

El término *Trans** aparece cada vez con más frecuencia en los escritos y debates sobre transexualidad. Su origen se relaciona con las bases de datos de internet en las que el asterisco funciona como comodín, como paraguas que engloba diferentes términos (Stryker, 2017). Hemos preferido recurrir al término trans (sin asterisco), un prefijo que significa "al otro lado" o "a través de", pues las personas trans “atraviesan” los límites construidos por la cultura para definir y contener dicho género. Usaremos también otro término que proviene de la psicología, el acrónimo TGNC, que procede de la expresión inglesa “*Transgender and Gender Non-Conforming*”, porque es más apropiado para la infancia y la adolescencia. Entendemos que hay relación entre el sistema coercitivo (social y cultural) de género y los malestares sentidos por aquellas personas que no se pliegan al género binario esperado en nuestro contexto social. La intención es contribuir a

la despatologización de la transexualidad y a entenderla como una expresión de género que difiere de las normas culturales prescritas para personas de un sexo en particular (Missé & Coll-Planas, 2010).

Considerar socialmente la infancia y adolescencia trans como expresión de una situación peor y no deseada, es la principal causa de discriminación y vulneración de los derechos fundamentales de la persona. El reto es verla simplemente como una diversidad; una diversidad donde la diferencia no debe ser tamizada por tratamientos y actitudes patologizantes, una diversidad donde nos cuestionemos constantemente la epistemología normativa de la cultura y la sociedad en la que vivimos (Gabaldón, 2016). En esta tesis queremos considerar que:

- 1) En la infancia y la adolescencia, tanto las identidades trans como las diversas expresiones de género, no constituyen un trastorno mental.
- 2) Que las variaciones en la identidad de género y las expresiones de género son aspectos normales y forman parte de la diversidad humana, y las definiciones binarias de género no siempre reflejan la identidad de género emergente.
- 3) Que la identidad de género evoluciona como una interacción de la biología, el desarrollo, la socialización y la cultura.
- 4) Que, si existe un problema de salud mental, con mayor frecuencia proviene del estigma, del rechazo y de experiencias negativas, en lugar de ser intrínseco a la infancia, o propio de las diferentes categorizaciones médicas en relación con la transexualidad.

Desde esta perspectiva es necesario entender la experiencia trans no como una patología, un desorden de identidad o un problema, sino como un conjunto de construcciones y elecciones de carácter personalísimo, de trayectorias heterogéneas, fluidas y cambiantes que deberían ser aceptadas socialmente y legitimadas por la ley.

Se impulsa, de esta forma, la transición desde un modelo médico a otro fundamentado en los derechos del niño, en el que los profesionales de la salud asumimos un rol de acompañamiento, pero dejamos de tener la facultad de determinar las formas de entender y vivir las identidades y expresiones de género, las orientaciones y prácticas sexuales y las transformaciones corporales que, en su caso, se puedan llevar a cabo.

Hemos estructurado la tesis en cinco capítulos. En el primero desarrollaremos el concepto de “género” y su diferenciación con el “sexo”, haciendo especial mención a las aportaciones de la psicología y de la biología en la construcción de la identidad de género, explicando la multidimensionalidad de ésta y también de la identidad trans.

El segundo capítulo está dedicado a la genealogía e historia médica del colectivo trans y a los dos pilares que sostienen la praxis clínica, y más en concreto, la psiquiátrica y psicológica, que son el diagnóstico y el tratamiento. Respecto al diagnóstico, hablaremos de la patologización de la transexualidad y de la construcción médica del término en las diferentes clasificaciones. Referente al tratamiento, describiremos la intervención médica y los modelos de intervención psicológica en la infancia y adolescencia. Haremos especial mención a los conceptos de “persistencia” y “desistencia”.

En el tercer capítulo abordaremos las interesantes visiones que se tienen del colectivo trans desde los feminismos, la teoría *queer* y la teoría transgénero y su influencia a nivel social.

El cuarto capítulo lo dedicaremos al colectivo trans en España, su historia, la construcción legislativa realizada sobre él mismo, la atención médica a las personas trans en las tres últimas décadas. Reservaremos una mención, al final del capítulo, a nuestra Unidad de Identidad de Género y expondremos, a modo de ejemplos ilustrativos, algunos casos asistidos.

En el quinto capítulo analizaremos, desde el marco ético y jurídico, el colectivo trans y hablaremos del posicionamiento técnico de la Asociación Española de Pediatría en relación con la diversidad de género en la infancia y la adolescencia, en cuya realización participamos. Finalmente desarrollamos una guía de recomendaciones a profesionales de la salud y a cuidadores.

Al final anexamos un glosario de los términos utilizados.

1. Sexo, Género e Identidad

“No hay dos sexos, sino una multiplicidad de configuraciones genitales, hormonales, cromosómicas, genéticas, sexuales y sensoriales. No hay verdad de género, de lo masculino y lo femenino, fuera de un conjunto de ficciones culturales normativas”
(B. Preciado, 2008, p. 178).

1.1. Sexo y Género

La “Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer” es un tratado internacional elaborado por la ONU en 1979 y que está considerado como el documento jurídico internacional más importante en la historia de la lucha sobre todas las formas de discriminación contra las mujeres. El “Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer” (CEDAW por sus siglas en inglés), que realiza el seguimiento y control de esta convención, establece, en su marco conceptual, que el término “sexo” se refiere a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer, mientras que el término “género” se refiere al significado social y cultural que se atribuye a esas diferencias biológicas y a las identidades, las funciones y los atributos construidos socialmente de la mujer y el hombre. De ese modo el sexo se concibe como un hecho biológico y el género como una construcción social.

Todos nacemos con un determinado tipo de cuerpo al que la cultura dominante llama nuestro sexo; pero nadie nace como niña o como niño, mujer u hombre; más bien se nos asigna un género y llegamos a identificarnos (o no) con dicho género mediante un complejo proceso de socialización (Stryker, 2017).

Joan W. Scott, en su ensayo “El género: una categoría útil para el análisis histórico” (1985), cita la frase atribuida al político inglés William Gladstone (1878): *“Atenea no tiene nada de sexo excepto el género, nada de una mujer excepto la forma”* (Scott, 2008, p. 49). En esta frase aparece, hace 150 años, una de las primeras alusiones a las diferencias entre género y sexo. Pero fue posteriormente y desde el feminismo, cuando esta distinción fue esencial para la transformación de la suposición de características universales en la definición de hombres y mujeres y como una forma de marcado rechazo al determinismo biológico en las relaciones entre los sexos (Scott, 2008). También ha servido para

comprender el caso de la falta de conformidad, en las personas intersexuales, entre su sexo (entendido como su cuerpo), y su género (entendido como su rol social). Este marco analítico y conceptual se apoya en gran medida en la distinción naturaleza-cultura y se asocia con otras dicotomías o binarismos característicos del pensamiento occidental, como mente-cuerpo, abstracto-concreto, etc.

La antropología ha querido explicar hasta dónde ciertas conductas humanas son aprendidas mediante la cultura, o están más bien inscritas genéticamente en la naturaleza humana; es decir, hasta qué punto son determinantes en el comportamiento humano los aspectos biológicos (innatos) o los socioculturales (adquiridos). Los estudios antropológicos han establecido ampliamente que la asimetría entre hombres y mujeres significa cosas distintas en lugares diferentes y en tiempos diferentes. Margaret Mead, en 1935, oponiéndose a la tradición del análisis social de su época, había planteado que los conceptos de género no eran producto de un determinismo biológico sino derivados de una particular estructura cultural y que podían variar enormemente, hasta darse de una manera opuesta e incluso no existir en determinadas culturas en entornos diferentes y no lejanos geográficamente (Mead, 2006). Su enfoque quedó relegado en los años cuarenta y cincuenta, debido al auge de los abordajes biológicos que dominaron los estudios del comportamiento del hombre y la mujer (Conway, Bourque, & Scott, 2015).

Hoy en día se comprueba cómo los límites instaurados por modelos basados en el género varían tanto históricamente como culturalmente, funcionando como componentes fundamentales del sistema social. Pero no son siempre las instituciones las que inculcan de modo exitoso conductas culturalmente aceptables o convencionales. No parece que los individuos acepten o reflejen las designaciones normativas sin más. Más bien sucede que las ideas que tienen acerca de su propia identidad de género y de su sexualidad se manifiestan en sus negativas de los modelos dominantes, o a sus reinterpretaciones o aceptaciones parciales (Conway et al., 2015).

Desde el feminismo académico anglosajón, se impulsó en los años setenta la categoría género con la pretensión de diferenciar las construcciones sociales y culturales de la biología, y con un objetivo claramente político: distinguir las características humanas consideradas femeninas y adquiridas por las mujeres

mediante un complejo proceso individual y social, y no derivadas de su sexo. De esta manera, con la diferenciación sexo y género se combatía mejor el determinismo biológico y se ampliaba la base argumentativa a favor de la igualdad de las mujeres (Lamas, 2015).

Sin embargo, la categoría género no está exenta de dificultades. Como es el hecho de que en lengua inglesa “*gender*” no se corresponde totalmente con el término género en lengua castellana. En inglés alude directamente a los sexos, bien sea como accidente gramatical o como “engendrar” (*engender*); en castellano es muy polisémico y se refiere tanto a la clase, especie o tipo al que pertenecen las cosas; a un grupo taxonómico, o a los artículos y mercancías que son objeto de comercio o a la tela. En las últimas ediciones del diccionario de la RAE se incluye en “género” la referencia al grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural y no exclusivamente biológico (RAE, 2008).

Simone de Beauvoir en su ensayo de 1949 “El segundo sexo”, acuña la famosa frase:

No se nace mujer: se llega a serlo. Ningún destino biológico, psíquico o económico define la figura que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana, el conjunto de la civilización elabora este producto intermedio entre el macho y el castrado que se suele calificar de femenino. Sólo la mediación ajena puede convertir un individuo en alteridad (Beauvoir, 2012, p. 207).

En esta frase queda implícita la no coincidencia de la identidad natural y la de género. Para Beauvoir lo que llegamos a ser no es lo que somos ya, el género se halla desalojado del sexo. No solo estamos contruidos culturalmente, sino que en cierto sentido nos construimos a nosotros mismos (J. Butler, 2015). Pero ¿puede el género ser al mismo tiempo una elección y una construcción cultural? Simone de Beauvoir y Monique Wittig sugieren una teoría del género que dé sentido cultural a la doctrina existencial de la elección. El género, para estas autoras, pasa a ser un *locus* corpóreo de significados culturales tanto recibidos como innovados; en este contexto, la elección pasa a significar un proceso corpóreo de interpretación dentro de una red de normas culturales profundamente

establecida. Judith Butler les cuestiona que “*sí el género es la corporeización de una elección y la aculturación de lo corpóreo, y está determinado en la dialéctica entre cultura y elección, ¿qué le queda entonces a la naturaleza, y en que se ha convertido el sexo?*” (J. Butler, 2015, p. 292).

Para Joan Wallach Scott el núcleo de la definición de género descansa sobre una conexión integral entre dos proposiciones: “*el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos y el género en una forma de relaciones significantes de poder*” (Scott, 2008, p. 65). Podría decirse que el género es el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder. Al propiciar una distribución desigual de conocimientos, propiedad e ingresos, responsabilidades y derechos entre mujeres y hombres, el género estructura unas relaciones asimétricas de poder entre ambos.

Como elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos, el género comprende cuatro aspectos interrelacionados (Scott, 2008). Ninguno de estos cuatro aspectos opera sin los demás, pero tampoco lo hacen simultáneamente:

- 1) Los símbolos y mitos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples y a menudo contradictorias. Estos símbolos serían, por poner unos ejemplos, las figuras de Eva y María en la tradición cristiana, o los símbolos de purificación y contaminación, inocencia y corrupción, etc.
- 2) Los conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos, en un intento de delimitar y contener sus posibilidades metafóricas. Estos conceptos se expresan en las doctrinas religiosas, en las educativas, científicas, legales y políticas que afirman de modo categórico el significado de hombre y mujer, de lo masculino y lo femenino. Estas declaraciones normativas dependen del rechazo y represión de posibles alternativas, y su posición es expuesta como la única posible, como por ejemplo, la moral victoriana del siglo XIX (Scott, 2008).
- 3) Instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género, es decir, los sistemas de parentesco, la familia, el mercado de trabajo segregado por sexos, las instituciones educativas, económicas y políticas.

4) *La subjetividad y las identidades de género, que en el sistema binarista son solo femenina y masculina (Scott, 2008).*

El biologismo ha llegado a reificar las diferencias entre hombres y mujeres considerándolas como algo inmutable, asocial y trans-histórico (Rubin, 1989). Sin duda hay un orden biológico en algunas diferencias entre hombres y mujeres, pero la predisposición biológica no es suficiente por sí misma para provocar un comportamiento. No hay comportamientos o características de personalidad exclusivas de un sexo; ambos comparten rasgos y conductas humanas (Lamas, 2015). Hoy en día es mucho más fácil modificar los hechos de la naturaleza que los de la cultura (Sullerot, 1979) y, sin embargo, la ideología asimila lo biológico a lo inmutable y lo sociocultural a lo transformable (Sullerot, 1979).

Otro concepto importante en esta cuestión es el de “sistema sexo-género”, que aparece por primera vez en un ensayo de Gayle Rubin de 1975 titulado “La trata de mujeres: notas sobre la economía política del sexo”. En este ensayo, la autora define el sistema sexo-género como un conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas (Rubin, 2015). A través de este texto Rubin interpreta las relaciones de sexualidad, las relaciones de producción y las relaciones de opresión, en lo que constituye la primera revisión de crítica feminista a los planteamientos de Marx y Engels.

Karl Marx y Friedrich Engels establecían el origen de la opresión de la mujer en el surgimiento de la división de clases. Su análisis sobre la opresión de la mujer no era pues un asunto añadido a su análisis sobre una sociedad de clases, sino parte integral y central de la teoría revolucionaria socialista que vemos en el *Manifiesto Comunista* de 1848:

El burgués ve en su mujer un mero instrumento de producción. Oye decir que (bajo el comunismo) los instrumentos de producción han de ser explotados comunitariamente, y, como es natural, no puede menos de imaginarse que el destino de la utilización común ha de afectar también a las mujeres. No sospecha que se trata precisamente de abolir la situación de las mujeres como meros instrumentos de producción (Marx & Engels, 2012, p. 59).

A partir de este texto se desarrolló una teoría sobre la opresión de la mujer que culminó en la publicación de “El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado” de Friedrich Engels en 1884, y en el que colaboró Eleonor Marx, hija de Karl Marx. Para Engels, la opresión de las mujeres surge del mismo proceso que instituye a la propiedad privada y la división en clases como núcleo de la organización social, lo que forja como instituciones concomitantes las formas de familia (que buscaron asegurar cómo se heredaban las riquezas acumuladas), y las formas de Estado (que perpetuaría la naciente división en clases y el derecho de la clase poseedora a explotar a la no poseedora) (Engels, 2013). Así pues, como el resto de fenómenos sociales que los seres humanos han forjado, no hay nada de “natural” en la milenaria opresión de la mujer. Engels plantea que el factor decisivo en la historia es la producción y la reproducción de la vida inmediata. Por una parte, la producción de medios de existencia, de productos alimenticios, de ropa, de vivienda y de los instrumentos que se necesitan para producir todo eso; de otra parte, la producción del hombre mismo, la continuación de la especie, la procreación.

Teniendo como base estas ideas, Gayle Rubin, a través del sistema sexo-género, explicó que las mujeres no sólo han sido traficadas por las razones que lo han sido los hombres, sino fundamentalmente por el sólo hecho de ser mujeres, como reproductoras, como vientres y pechos que se intercambian para su acceso sexual. También da razón de cómo, a través del sistema sexo-género se había impuesto la heterosexualidad como constructo social del deseo sexual hacia el otro sexo; y denunció la no visibilidad de otras formas de relaciones sexuales fuera de esta heteronormatividad (Rubin, 2015). Para ella el movimiento feminista debe ir más allá de la opresión de las mujeres, debe apostar por la eliminación de las sexualidades y los papeles sexuales obligatorios. Su gran sueño era el de una sociedad andrógina y sin género, aunque matizaba, no sin sexo, en el sentido de que sexo es también sinónimo de practicar sexo (*have sex*).

Gayle Rubin reinterpreta las ideas de grandes pensadores, que habían discutido y escrito sobre el género y las relaciones sexuales, bien considerándolas como instituciones económicas (Marx y Engels); o como una función social convencional (Lévi-Strauss); o como reproducciones en el desarrollo psicológico de la

infancia (Freud y Lacan). Rubin los revisa desde una perspectiva feminista. En su ensayo “El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo”, nos ayuda a comprender dimensiones específicas de la situación social de la mujer, y marcó el rumbo de los feminismos angloamericanos de los años setenta. Contribuyó a consolidar una revolución heurística del conocimiento social y ayudó al surgimiento de los estudios de género. Contribuyó a que se dejara de hablar de feminismo para hablar de género, asumiéndolo no sólo como una apuesta política, sino también como una categoría de investigación¹.

Gayle Rubin influye en otras teóricas feministas como Teresa de Lauretis que, en su libro “*Technologies of gender: essays on theory, film, and fiction*” (1987), establece cuatro interesantes proposiciones sobre el género:

- 1) *El género es una representación, lo que no quiere decir que no tenga implicaciones concretas o reales, tanto sociales como subjetivas, para la vida material de los individuos.*
- 2) *La representación del género es su construcción, y en el sentido más simple se puede afirmar que todo el arte y la cultura occidental es el cincelado de la historia de esa construcción.*
- 3) *La construcción del género continúa hoy tan diligentemente como en épocas anteriores. Y continúa no sólo donde podría suponerse (en los medios, en la escuela, en el deporte, en la familia), en lo que Louis Althusser ha llamado los aparatos ideológicos del Estado. La construcción del género continúa también, aunque menos obviamente, en la comunidad intelectual, en las prácticas artísticas de vanguardia y en las teorías radicales y, especialmente, en el feminismo.*
- 4) *En consecuencia, y paradójicamente, la construcción del género es también afectada por su deconstrucción; es decir, por cualquier discurso, feminista o no, que pudiera dejarla de lado como una tergiversación*

¹ Paul B. Preciado, partiendo del sistema sexo-género creado por Rubin y de las teorías de Foucault sobre la sexualidad, comenta cómo se ha creado una teoría del cuerpo llamada “contrasexualidad”:

“Para Foucault, la forma más eficaz de resistencia a la producción disciplinaria de la sexualidad en nuestra sociedad liberal no es la lucha contra la prohibición, sino la contraproductividad, es decir, la producción de formas de placer-saber alternativas a la sexualidad moderna... La contrasexualidad se sitúa fuera de los binarismos hombre-mujer, heterosexualidad-homosexualidad y define la sexualidad como tecnología considerando los diferentes elementos del sistema sexo-género (hombre, mujer, heterosexual, homosexual, transexual...) así como sus prácticas e identidades sexuales como productos, instrumentos, fronteras, diseños”... (P. B. Preciado, 2016a, pp. 13-14).

ideológica. Porque el género, como lo real, es no sólo el efecto de la representación sino también su exceso, lo que permanece fuera del discurso como trauma potencial que, si no se lo contiene, puede romper o desestabilizar cualquier representación (de Lauretis, 1987, p. 3).

Otra de las contribuciones más relevantes de los estudios de género ha sido la introducción y desarrollo del concepto “interseccionalidad”, creado por Kimberle Crenshaw en su artículo “*Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*” (Crenshaw, 1989). En él se sintetizan múltiples tradiciones que vienen cuestionando los esencialismos y los privilegios.

La interseccionalidad alude a la situación, en la que las formas de opresión interaccionarían entre sí y con su contexto concreto, de manera que determinadas prácticas de dominación emergerían en determinados contextos y no en otros. Habría ciertos privilegios y vulnerabilidades, que se activarían o no, en función del contexto y se reactualizarían de forma específica en la vida de las personas (Climent Clemente, 2018, p. 255).

La interseccionalidad, supone que las personas no somos una sola categoría o una sola identidad, no somos sólo hombres o mujeres, adultos o jóvenes, migrantes o autóctonos, ricos o pobres, categorías que siempre entendemos como los polos opuestos de una díada.

Desde una base multidimensional, la interseccionalidad nos permite comprender la injusticia sistemática y la desigualdad social en la mayor parte de los colectivos trans, más patente y más evidente aún en la infancia y adolescencia. Una analítica de género siempre debe ser interseccional (Crenshaw, 1989) y preguntarse cómo el género es modulado en cada contexto por otros ejes sociales de desigualdad, para poder comprender mejor la ecuación entre fortaleza y vulnerabilidad de cada situación específica.

1.2. Psicología, Biología y Género

La identidad de género (*gender identity*), como sentido psicológico de masculinidad o feminidad, fue una invención conceptual del psiquiatra y psicoanalista Robert Stoller (1964) y una intervención en los conceptos de género y “rol de género” (*gender rol*) del psicólogo John Money. Money, utilizó la palabra género

por primera vez en 1955 al hablar del “rol de género”, al que definía como “*todas esas cosas que una persona dice o hace para revelarse a sí misma como que tiene el estatus de niño u hombre, niña o mujer, respectivamente*” (Money, 1955, p. 254). En el hospital Johns Hopkins de Baltimore, John Money con la introducción del término técnico “género”, buscaba un concepto que pudiese facilitar el trabajo sobre la intersexualidad. Pretendía evadir el debate entre psicología y biología, argumentando que si bien la capacidad de aprender un rol y la orientación de género (como el lenguaje) estaba biológicamente fundamentada, el rol y la orientación nativa, específica y aprendida (como un idioma) dependían del entorno social, aunque se manifestaban a una edad muy temprana (Money, Hampson, & Hampson, 1955).

El concepto de Money de género como un atributo del individuo, como algo que se tiene, diverge mucho de las conceptualizaciones posteriores por parte del feminismo a partir de la década de 1970 (Sadjadi, 2019). En los feminismos, como veremos más adelante, lo entienden más bien como una relación (Holter, 1970); como un sistema (Rubin, 2015); como una herramienta analítica (Scott, 1986); o más tarde, como una cualidad performativa (J. Butler, 2007).

Robert Stoller, en 1964, acuñó la expresión “identidad de género”, lo que ayudó a separar terminológicamente la noción de rol social del sentido psicológico del yo, planteando por primera vez la hipótesis de que el sexo y el género no están inevitablemente vinculados, sino que cada uno puede ir de manera bastante independiente (Stoller, 1964). Considera la identidad de género, sin embargo, como una demanda biológica en la medida en que la capacidad de identidad de género (como la capacidad de lenguaje) se considera innata. Este punto de vista parecería sugerir que el género, como el lenguaje, es parte integral del ser humano; y tanto la dimensión biológica como el entorno social permitirían la determinación de la identidad de género (Katchadourian, 1983; Meyerowitz, 2002). En la comprensión clínica de la identidad de género y transgénero estos conceptos de Money y Stoller siguen vigentes.

Para Stoller, desde la perspectiva psicológica, el género es una categoría en la que se articulan tres instancias básicas (Stoller, 1968):

1. La asignación de género: se realiza en el momento en que nace un bebé en el que se observa en exploraciones prenatales la apariencia externa de sus genitales.

2. La identidad de género: se establece a la edad en la que el niño adquiere el lenguaje (entre los dos y tres años), y es anterior al conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos.
3. El rol de género: se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad, la cultura y la familia sobre el comportamiento masculino o femenino, con variaciones según la cultura, clase social, grupo étnico, etc. Esta dicotomía entre lo masculino y lo femenino establece rígidos estereotipos que condicionan y limitan las potencialidades humanas al estimular o reprimir sus comportamientos en función de su adecuación al género asignado.

También desde la psicología cognitiva de Kohlberg (1966) se ha defendido la existencia de tres etapas en el desarrollo, con clara similitud a las que hizo mención Stoller dos años después (1968). Estas etapas son:

- 1) Etiquetaje: consiste en la categorización de uno mismo y de los demás en dos grupos diferentes, hombres y mujeres.
- 2) Estabilidad: posteriormente, el niño comprende que esa categoría a la que pertenece se mantiene a pesar de los cambios superficiales, como ropas o adornos.
- 3) Constancia de género: se asimila la constancia de género a pesar de la variabilidad situacional.

Kohlberg considera que estos estadios acontecen a los dos años el primero, entre los dos y los cinco el segundo, y a partir de cinco el tercero, aunque dicha cronología parece ser variable (Kohlberg, 1966).

Se critica el modelo de Kohlberg que encuentra su acento en la primera infancia, obviando el desarrollo y cambios de la identidad de género a lo largo del ciclo vital. Otra crítica alude a la secuencia: Kohlberg considera que la adquisición de la identidad de género es previa a la manifestación de comportamientos tipificados y de estereotipos de género. Sin embargo, son diversas las investigaciones que recogen comportamientos tipificados y manifestaciones estereotípicas previas al de género (Stoller, 1968). Por último, plantea una causalidad lineal directa de los estadios genéticos evolutivos, factor partícipe pero no responsable único en la adquisición de la identidad de género, como exponen otras teorías. Los estudios de Stoller y Kohlberg parten de un error metodológico propio de la

época, y es el de utilizar únicamente a niños tipo (*cisgénero*²), no contemplan la inclusión de infantes trans.

Cabe destacar las aportaciones de la psicóloga Eleanor Maccoby. Esta autora ve a los niños y las niñas como miembros de dos subculturas distintas, cada una de las cuales está caracterizada por comportamientos radicalmente diferentes. Su mensaje básico es que las diferencias de género operan principalmente en términos de sus efectos en las interacciones sociales. Cuando los niños y las niñas están solos, su comportamiento difiere ligeramente, pero el comportamiento de los grupos de niños es muy diferente del de los grupos de niñas (E. Maccoby, 1998). Para Maccoby, según cita Marta Lamas en su libro "*El género, la construcción cultural de la diferencia sexual*", muchas personas que presentan más talento y más creatividad son las que se alejan de las conductas de género estereotipadas (citado en Lamas, 2015).

Desde la *American Psychological Association* (2015), se concibe que el desarrollo de género es multidimensional. La evidencia muestra que es un error considerar aspectos de género, como son las expresiones de género (la apariencia, actividades) y las variaciones en el comportamiento estereotipado de género, como la presentación externa de la identidad de género de un individuo. Las expresiones de género pueden o no cumplir con la identidad de género de una persona (American Psychological Association, 2015). En este sentido, en la infancia y adolescencia, el concepto de "*Transgender and Gender Nonconforming*" (TGNC) es más adecuado al combinar las variaciones de comportamientos estereotipados de género con las variaciones en la identidad de género.

En el marco del debate teórico sobre el género, siempre se ha producido una confrontación, que persiste en la actualidad, entre entender la identidad de género como algo esencial o como algo construido socialmente. El esencialismo supone que existe una esencia real, auténtica, de aquello que es inmutable y constitutivo de una persona o cosa, a menudo apelando a argumentos biologists. Dicha esencia se considera presocial: la organización social la puede fomentar o reprimir, pero no modificar (Coll-Planas & Missé, 2015).

² El Término "cisgénero" designa a las personas que no son trans, en las que coinciden su identidad de género, expresión de género y el sexo asignado en el nacimiento.

No hay ninguna evidencia que haya demostrado que la identidad de género es innata. La evidencia más relevante acerca de las influencias biológicas sobre la identidad de género proviene de individuos con un *trastorno del desarrollo sexual* (DSD por sus siglas en inglés), en el que hay una discordancia entre los niveles de diferenciación sexual. La exposición a los andrógenos (hormonas masculinas) en el desarrollo temprano tiene un efecto de masculinización en los aspectos de comportamiento típico de género (Turban & Ehrensaft, 2018). Sin embargo, la terminología imprecisa que difumina la distinción entre el comportamiento estereotipado en el género y la identidad de género puede contribuir a inferencias incorrectas. Los andrógenos en etapas prenatales masculinizan claramente el comportamiento en niñas, particularmente en actividades e intereses, pero tienen efectos mucho más débiles en la identidad de género (Berenbaum, 2018; Turban & Ehrensaft, 2018). La excepción principal se refiere a las niñas con exposición continuada posnatal a los andrógenos, que son más propensas que las personas con otra DSD para cambiar su identidad de género de mujer a hombre. Por lo tanto, la exposición a andrógenos combinada en múltiples períodos de desarrollo (prenatal y postnatal) parece proporcionar un impulso para cambiar la identidad de género.

Vemos que la mayoría de los niños que tienen intereses atípicos de género son cisgénero. Por ejemplo, las niñas con exposición a andrógenos, debido a una hiperplasia suprarrenal congénita, están interesadas y comprometidas con los juguetes y actividades propias de los niños, pero se identifican como niñas (Berenbaum, 2018). Las variaciones en el comportamiento de género son comunes entre los niños cisgénero.

Una cuestión interesante es el grado en que las variaciones en el comportamiento estereotipado de género contribuyen a variaciones en la identidad de género.

Los estudios que afirman posibles *locus* genéticos relacionados con la identidad transmasculina aluden a los genes de la 17- α -hidroxilasa (CYP17), el gen RYR3 y los genes ER β . También dos regiones neuroanatómicas, BST e INAH3, se han asociado con la identidad de género (Korpaisarn & Safer, 2019).

Para la mayoría de investigadores, no se han identificado influencias externas o ambientales, y se piensa que el desarrollo de la identidad de género y la

expresión de género son procesos multidimensionales que implican la interacción entre numerosos factores (Korpaisarn & Safer, 2019).

En un estudio realizado en Japón (2016), se analizaron datos de 1450 pares de gemelos monocigóticos masculinos, 1882 pares de gemelos monocigóticos femeninos y 1022 de gemelos dicigóticos (pares mixtos de hombres y mujeres) de 3 a 26 años de edad. Los datos no respaldan la teoría de la transferencia hormonal prenatal en los “trastornos de identidad de género” (TIG). Consideran que una gran parte de la varianza para los rasgos de TIG en los niños se podía explicar por factores familiares, siendo mayor la magnitud en niños que en adolescentes o adultos, y particularmente entre las mujeres. Pero este es un dato con el que los propios autores eran críticos al comprobar las dificultades que tienen los varones adultos y adolescentes, en Japón, de expresar su posible disconformidad de género, no así las mujeres (Sasaki et al., 2016).

Otro estudio (Polderman et al., 2018), basado en la revisión de 302 publicaciones donde se cruzan los datos de “disforia de género” y “factores genéticos”, defiende que las construcciones de género socialmente definidas están influenciadas en parte por factores innatos, y que las influencias genéticas se encuentran entre los factores biológicos que determinan las variaciones en la identidad de género. Concluye que la identidad de género es un rasgo complejo multifactorial con un componente poligénico heredable.

A ambos estudios, se les reprocha la falta de casuística y poder estadístico suficiente para demostrar ningún factor como componente claro. Y aunque la evidencia revelase que la identidad de género es innata, eso no quiere decir que sea inmutable, pues innato no es equivalente a fijo. La identidad de género se perfila desde la plasticidad.

Algunas personas desarrollan la identidad transgénero en la adolescencia o la edad adulta; otros tienen una historia de identidad transgénero desde su primera infancia. Curiosamente, la transición social contribuye a la persistencia, y no está claro si lo hace permitiendo que los niños sean lo que realmente son, o en su lugar se les empuja a asumir una identidad binaria (a decidir entre ser hombre o mujer, niño o niña) cuando habrían sido felices con una identidad transgénero que no implique intervenciones médicas (Ristori & Steensma, 2016).

La expresión de género y la no conformidad de género no son isomorfos con la identidad de género, y es un error utilizarlas para marcar la identidad de género

de un niño o niña. Sin embargo, la no conformidad de género puede contribuir a un malestar evolutivo. Tenemos que entender cuándo la no conformidad de género (TGNC) refleja la identidad transgénero y cuándo no lo hace. La afirmación de una identidad transgénero no es apropiada para los niños cisgénero que incumplan los estereotipos de género, y esto es importante para desarrollar soportes que permitan la no conformidad de género sin transición de género.

1.3. Identidad de Género e Identidad Trans

Desde hace décadas se reconoce que, en la configuración de la identidad, ya sea masculina o femenina, intervienen no solo factores biológicos y genéticos, sino también elementos simbólicos, psicológicos, sociales, culturales y estrategias de poder que son condicionantes muy importantes en la construcción de la identidad personal. En consecuencia, hoy se afirma que las personas no nacemos hechas psicológicamente como hombres o mujeres, sino que la constitución de la masculinidad o de la femineidad es resultado de un largo proceso, de una cimentación, que se va fraguando en interacción con el medio familiar, social y cultural (Gabaldón, 2016).

Si hay algo que caracteriza a nuestra cultura es su obcecación, su falta de inteligencia prudencial, en pensar que el ser humano debe responder a una norma de comportamiento que se conceptúa como obligación y como normal. En el caso de las identidades de género esto implica pensar que son inmutables, que encuentran su arraigo en la naturaleza, en el cuerpo y en la heterosexualidad. Este hecho ha llevado a la necesidad de articular límites, fronteras que delimiten, con la intención de evitar ambigüedades inquietantes, como las constatadas con los conceptos de género e identidad.

Tal límite es siempre un concepto resbaladizo, ambiguo y de doble filo. Todo límite tiene una incitación a ser traspasado, trasgredido o revocado. Pero el límite es también una invitación a la superación y una sugerencia al exceso. Etimológicamente proviene del latín "*limes*", término con el que los romanos denominaban las fronteras, las franjas de territorio habitable donde confluían ciudadanos romanos y bárbaros. En aquellas fronteras, como en las actuales, se producían importantes fenómenos de colisión y mestizaje, llegándose a perder la identidad de carácter originario o natural (Trías, 2000).

Desde el discurso oficial de la psiquiatría y la psicología, la identidad de género y la tendencia sexual son dos fenómenos totalmente diferentes; de la misma manera que identidad y deseo pueden presentarse como dos elementos diferenciados y excluyentes (Coll-Planas, 2010b). La identidad de género y la identidad sexual convergen en la construcción que hace el sujeto de sí, sin embargo, la primera es más general e incluye aspectos no estrictamente biológicos, en tanto que la segunda se relaciona principalmente con el reconocimiento que los sujetos hacen respecto a sus órganos sexuales.

¿Qué entendemos por identidad? Coll-Planas, en su ensayo sobre “*La voluntad y el deseo*” comenta:

La identidad nos hace posibles, inteligibles para nosotros mismos y para los demás. Al mismo tiempo la identidad es algo imposible en el sentido de que nunca se logra fijar y que siempre está amenazada por el inconsciente y por la mirada del otro, de cuyo reconocimiento depende su viabilidad. La necesidad de fijar una identidad indica, pues, que somos seres sociables, que somos reconocibles como humanos en la medida que abrazamos y somos abrazados por categorías que nos otorgan reconocimiento (Coll-Planas, 2010b, p. 221).

La identidad supone un vínculo con un grupo social determinado, cualquier identidad nos vincula con una comunidad. La identidad de los grupos homosexuales (gais y lesbianas) ha pasado por un proceso de desestigmatización en nuestra cultura occidental hasta el punto de reivindicarse con “orgullo”, que es lo contrario de la vergüenza, fortaleciendo así sus sentimientos de pertenencia al mismo grupo (Eribon, 2004). Desde esta reivindicación y orgullo de lo propio, se ha contribuido positiva y significativamente a alejar la indiferencia y el desprecio respecto a otras corporeidades, a otras estéticas, a otras formas de pensar y entender la vida (Canimas Brugué, 2015). En las personas trans la identificación entre sí se encuentra con diversos obstáculos: menos espacios de encuentro, rechazo de las personas trans a ser identificadas como tales, y la estigmatización de la palabra y del grupo.

En efecto, toda identidad grupal tiene una definición normativa de lo que une al grupo y fija a su vez sus límites, lo que conlleva a inevitables exclusiones. Hay

personas que piensan que adoptar una identidad colectiva lleva consigo anular la individualidad, pudiendo llegar a invisibilizar a la persona, que es vista como la encarnación de un estereotipo. De esta forma la identidad colectiva atentaría contra la individualidad (Coll-Planas, 2010b).

En esa línea, el movimiento “*queer*” parte de la crítica de los modelos normativos homosexuales y transexuales, y cuestiona cualquier intento de crear una identidad cerrada. Defiende una identidad con etiquetas abiertas, inclusivas y anti-esencialistas que agrupe a las personas con sexo, género o identidad no normativos. Pero, paradójicamente, estos contramodelos terminan configurando un modelo igualmente normativo y que lleva consigo nuevas exclusiones.

La identidad es profundamente ambivalente, por un lado nos hace viables al mismo tiempo que nos somete (J. Butler, 2001). Hace posible la reivindicación y la lucha política, pero reproduce las categorías que oprimen; ofrece un sentido pero acostaba de impedirnos acercarnos a nuestra complejidad y singularidad (Coll-Planas, 2010b).

Tal y como describe Judith Butler el proceso de “sujeción” (J. Butler, 2007), el poder nos habilita al mismo tiempo que nos somete (nos “sujeta”); este es el doble aspecto que nos define como “sujetos”. De manera que las categorías identitarias tienen esta doble valencia de habilitación-sumisión, autorización-sujeción.

La necesidad de pertenecer a la sociedad implica tratar de reconocerse y ser reconocido en sus categorías. La mayor parte del tiempo las personas están de acuerdo con el estatus asignado, pero a veces no ocurre. La misma noción de persona está presa por categorías como el género, siendo impensable que haya alguien sin un género identificable. Esto se concreta en los obstáculos que encuentran las personas trans que optan por no reproducir la correspondencia sexo-género ni los roles masculino-femenino y en la práctica imposibilidad de vivir como persona intersexual. Hay personas que relatan el proceso de tratar de encontrar un sentido a su tendencia sexual o identidad de género adaptándose a las etiquetas disponibles. Por ejemplo, las personas trans que se muestran contrarias a reproducir los roles masculino-femenino evidencian la dificultad de encarnar posiciones incategorizables, lo que les lleva a menudo a adoptar algún tipo de compromiso con las identidades de género establecidas (Coll-Planas, 2010b). Se debería poner el acento en el debate político y social centrándose en

si las exclusiones que genera una determinada identidad son legítimas o ilegítimas, asumiendo que cualquier tipo de identidad genera exclusiones y que los límites son necesarios.

En este sentido es interesante la tesis de Austin H. Johnson, *“Doing Cisgender Vs. Doing Transgender: An Extension of Doing Gender Using Documentary Film”* (2013). En este trabajo aparece el concepto de “Transnormatividad”, que es definido como una ideología hegemónica que estructura la experiencia, la identificación y las narrativas transgénero en una jerarquía de legitimidad que depende de un modelo médico binario y de los estándares que lo acompañan, independientemente del interés o la intención que tengan las personas transgénero, a nivel individual, de llevar a cabo tratamientos médico-quirúrgicos como caminos de transición (Johnson, 2013).

Como una ideología normativa, la transnormatividad debe entenderse, junto con la heteronormatividad y la homonormatividad, como un conjunto de ideales fortalecedores y restrictivos que consideran que algunas identificaciones, características y comportamientos transgénero son legítimos y prescriptivos, mientras que otros son marginados, subordinados o invisibles. La hegemonía de este modelo conduce a prácticas transnormativas que eclipsan las diferencias de experiencia entre las personas transgénero y margina las experiencias transgénero que no se adhieren a un modelo médico binario de identidad de género.

La transnormatividad estructura, como ideología, la identificación, la experiencia y las narrativas trans en una realidad que depende en gran medida de la responsabilidad ante un modelo heteronormativo de base médica. Para las personas transgénero, cuya interacción social, atención médica y documentos legales que afirman el género se distribuyen de acuerdo con un modelo médico, responder al modelo médico es una parte necesaria de la vida diaria. El modelo médico de transición implementado por el DSM y la WPATH, requieren que las personas realicen identidades trans en interacciones formales e informales (Johnson, 2016).

Si bien la transición médica es un componente central de la trayectoria de género de muchas personas trans, Johnson muestra que el privilegio de este modelo sobre otros crea un efecto marginal para las personas no conformes con el género que no pueden o no desean realizar una transición médica.

Las personas trans están sujetas a estándares reguladores medicalizados, colocados en sus identidades, en sus interacciones dentro de grupos comunitarios, en la atención médica y en entornos legales. La comunidad, la atención médica y los entornos legales, entre otros, son conductos de transnormatividad, una ideología normativa reguladora que estructura las interacciones en todos los ámbitos de la vida social.

Para las personas que se adhieren a un modelo médico de identidad transgénero, la transnormatividad confirma simultáneamente la legitimidad de su identidad de género y facilita su acceso a la atención médica que afirma el género. Para las personas que no se adhieren a un modelo médico de identidad transgénero, caracterizado por el rechazo de las realizaciones binarias de género o el rechazo de las intervenciones médicas, la transnormatividad margina y a veces eclipsa sus experiencias, restringiendo su acceso a la afirmación de género en interacciones con transgénero y personas e instituciones cisgénero (Johnson, 2016).

La masculinidad y la femineidad transgénero se superponen con la masculinidad y la femineidad cisgénero en general. Sin embargo, dentro de las comunidades trans y específicas para las personas trans, existen estructuras adicionales de “vigilancia” que hacen cumplir los miembros de la comunidad trans (grupos de apoyo, medios de comunicación comunitarios, figuras públicas) y las instituciones de control (profesionales de la salud trans).

Respecto a la infancia y adolescencia cada vez adquiere más fuerza el relato que aconseja facilitar el cambio corporal lo antes posible, con el argumento de que, en el futuro, estos niños, cuando sean adultos, no parecerán personas trans, pasarán desapercibidas al acomodarse a un binarismo normativo y su vida será mucho mejor (Missé, 2018).

Debido a la medicalización de la no conformidad de género bajo el ámbito de la Asociación Americana de Psiquiatría, las personas transgénero están sujetas a un estricto conjunto de criterios diseñados para determinar la legitimidad y autenticidad de las identidades transgénero de las personas. Estos criterios han descansado hasta hace poco bajo el diagnóstico de “trastorno de identidad de género”, cambiado a “disforia de género” en la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), y actúan como una prueba positiva para determinar la legitimidad de las afirmaciones de identidad trans según dos áreas generales:

- 1) La primera es una identificación fuerte y persistente con el sexo opuesto, o una insistencia en que uno es el sexo opuesto.
- 2) La segunda es la incomodidad y el deseo de deshacerse de las características sexuales al nacimiento y el deseo de adquirir las características sexuales del sexo opuesto.

Estas dos áreas siguen presentes en las descripciones de la disforia de género, pero las personas también deben experimentar angustia emocional si no hay intervención médica disponible. El incumplimiento de estos criterios limita el acceso de las personas a las personas transgénero como una categoría de identidad, intervenciones médicas y legales que afirman el género y, como lo demuestra la investigación previa, la aceptación social dentro de las comunidades transgénero (Johnson, 2016).

De esta forma, el discurso hegemónico sobre la transexualidad, sostenido no solo por los profesionales, sino también por gran parte del colectivo trans, “*promueve renunciar a la integridad física con tal de, presuntamente, conseguir la identidad deseada y acabar así con el sufrimiento*” (Coll-Planas, 2010a, p. 64); se refuerza así colectivamente un modelo médico de identidad trans ante el cual todas las personas transgénero deben rendir cuentas, independientemente de su identificación con un modelo médico binario.

Susan Stryker, en su artículo “*My words to Victor Frankenstein above the village of Chamounix: Performing Transgender Rage*” (2006), expone excelentemente la condición de transnormatividad:

El cuerpo transexual es un cuerpo antinatural. Es el producto de la ciencia médica. Es una construcción tecnológica. Es carne desgarrada y cosida nuevamente en una forma diferente a la que nació. En estas circunstancias, encuentro una profunda afinidad entre mí como mujer transexual y el monstruo de Frankenstein de Mary Shelley. Al igual que el monstruo, con demasiada frecuencia se me percibe como menos que humano debido a los medios de mi encarnación; como el monstruo también, mi exclusión de la comunidad humana alimenta una ira profunda y permanente en mí que yo, como el monstruo, dirijo contra las condiciones en las que debo luchar para existir (Stryker, 2006, p. 244).

La atribución de la monstruosidad, según Stryker, sigue siendo una característica palpable de la mayoría de las representaciones de transexuales incluso entre los colectivos de lesbianas y homosexuales. La transexualidad más que cualquier otra práctica o identidad transgénero representa la posibilidad de desestabilizar la presuposición fundamental de los géneros fijos de los que depende una política de identidad personal (Stryker, 2006, p. 245).

Para Paul Preciado, los procesos de cambio corporal tienen además otras consecuencias:

Un proceso de reasignación de género en una sociedad dominada por el axioma del binarismo sexual y donde los espacios sociales, laborales, afectivos y económicos están segmentados en términos de masculinidad o feminidad, de heterosexualidad o de homosexualidad, es cruzar la que es quizás, junto con la raza, la más violenta de las fronteras políticas inventadas por la humanidad y se convierte en un acto herético, ya que contradice los postulados de la religión científica de occidente (2019, p. 30).

Como estamos viendo, el desarrollo de la identidad de género es un proceso complejo, dinámico y multifactorial, que involucra múltiples variables culturales, sociales e individuales. En gran medida, la socialización y la endoculturación³ juegan un papel muy importante, pero no son los únicos factores que intervienen. La forja de la identidad es un proceso continuo y permanente, sujeto a los cambios que observamos en los otros, en los contextos sociales, en las experiencias individuales y, por supuesto, vinculadas a los costos y ganancias que se desprenden de estas.

En el caso de las personas menores, tenemos que pensar las experiencias en relación al género como posiciones en constante evolución. Platero afirma que no existe una evolución lineal en la infancia y en la adolescencia, ni se adquiere una conciencia de la transexualidad a la misma edad, ni todas las rupturas de las normas de género en la infancia o adolescencia implican una vida adulta trans (R. (Lucas) Platero Méndez, 2014b).

³ Proceso de transmisión de costumbres, ideas y comportamientos de una generación a otra.

Tey Meadow, en su libro "*Trans Kids: Being Gendered in the Twenty-First Century*" (2018), un estudio etnográfico y basado en entrevistas de familias que han afirmado y facilitado la no conformidad de género en los niños, describe el cambio institucional de una medicina reguladora a otra facilitadora en el tratamiento de la variabilidad de género, y donde antes la expresión de género atípica se consideraba un fracaso de género, ahora es una forma de género (Meadow, 2018). Para este autor, el género está formado por una amplia gama de agentes, incluidos los padres, muchos de los cuales han tenido que luchar con la forma en que sus propias categorías cerradas han creado problemas a sus hijos. Meadow muestra como cada vez más los modelos afirmativos de salud no solo generan conocimiento, sino que también disipan la patología contra la cual los niños trans tienen que luchar.

Así la antropología ha estudiado cómo las sociedades manejan este conflicto (Lamas, 2015). Por estudios etnográficos se conoce la existencia en varias sociedades de un llamado tercer género (mujeres con género masculino y hombres con género femenino). Los indios *mohave*, aceptan que un hombre biológico puede convertirse en una mujer social y viceversa; también las *muxes* pertenecientes a la cultura zapoteca en Oaxaca (México) y los *hijras* en la India (Stryker, 2017). En muchas de estas culturas, caracterizadas por una mayor expresión y visibilidad en cuanto a la variabilidad de género, el colonialismo, la occidentalización y una desigualdad social sistémica, han contribuido de modo ostensible a la disminución y casi desaparición de estas características (Nanda, 1999).

Serena Nanda, en su texto "*Neither man nor woman, the hijras of India*" (1999), explora la noción de identidad de género como un componente esencial del sujeto como producto del sistema occidental de género. Para Nanda el concepto de "identidad de género" es específico de la cultura hegemónica occidental. La noción de género como parte esencial de la identidad de una persona está ligada a la suposición de un género invariable y, puesto que la cultura occidental considera al género como invariable, no se considera que los transexuales cambien de género, sino que alteran la anatomía equivocada (Nanda, 1999). Entendiendo que las categorías de sexo occidentales son rígidamente dicotómicas, sólo consideran una forma de concebir a una persona cuyo sexo es ambiguo, y es definirla como alguien que se halla en un estatus de transición. Éste es precisamente

el significado del término transexual, una categoría creada para aliviar la ambigüedad (Nanda, 1999).

El ejemplo de los *hijra* descritos por Nanda, llama especialmente la atención, ya que se trata de varones biológicos que son o bien impotentes o intersexuales y que de modo voluntario acceden a una emasculación⁴ dentro de un complejo ritual religioso. Para Nieto, “*este rito emasculatorio para devenir hijra, no es visto como una transexualización del cuerpo*” (2008, p. 101); Aunque desde el pensamiento occidental se les considere transexuales, los *hijras*, culturalmente, son definidos como “*ni hombres ni mujeres*”, constituyendo un tercer sexo/género (Nieto Piñeroba, 2008, p. 97).

Durante casi toda su historia, la cultura europea ha sido rigurosamente binarista y, por tanto, transhomófoba. En nuestra cultura occidental, heredera en gran medida de una tradición judeo-cristiana, la realidad no binarista, al ser filtrada por una ideología binarista, se conceptualiza solo dentro de esquemas de pecado (sodomía), como “*contra natura*”, como algo abyecto, ominoso, despreciable. En esta línea cabe citar el comentario sobre la influencia de las religiones judeo-cristianas en la cultura occidental de Susan Stryker:

Muchos de los que buscan una justificación religiosa a sus opiniones condenatorias (sobre la transexualidad) todavía recurren al siguiente verso del Deuteronomio 22:5: La mujer no se pondrá ropa de hombre, ni el hombre se pondrá ropa de mujer, porque el Señor tu Dios detesta a cualquiera que hace tal cosa (Stryker, 2017, p. 72).

A lo largo de la historia, según las culturas la reacción social ante la transexualidad ha sido de aceptación y de rechazo. Habría que buscar las razones infraestructurales de ese cambio (Pérez Fernandez-Figares, 2010).

¿Cómo explicar las actitudes de rechazo y violencia que se generan en torno a las identidades trans? La antropología evolucionista demuestra cómo las diferencias son el detonante de la violencia, pues la inclinación hacia los que comparten nuestros usos, aspecto o preferencias culturales nos hace hostiles a

⁴ Ablación total de todos los órganos sexuales masculinos (testículos y pene).

quienes no las comparten, y la desconfianza hacia el distinto es una tendencia que forma parte, de modo atávico, de nosotros mismos⁵.

Siguiendo a Joan Canimas, esta violencia se produciría según dos esquemas; desde el feminismo la explican en términos de imposibilidad de reconocer al otro en su radical singularidad; y desde el foucaultismo, se explica la opresión en términos de imposición interpretativa de la mayoría (Canimas Brugué, 2015).

La identidad emerge como lo opuesto a la ambigüedad. El transexual es el ejemplo más claro de la ambigüedad identitaria sexual y, además, no cumple con los requerimientos en cuanto a construir una identidad que implicarían una total equivalencia entre, como mínimo, dos realidades de la existencia: la igualdad absoluta, entre conceptos o ideas y la plena correspondencia entre realidades conceptuales o físicas.

Eugenio Trias, basándose en Hegel, plantea una concepción de la vida en relación a la contradicción, comentando que la vida existe y es en virtud de la contradicción. Allí donde hay contradicción hay fuerza vital. La contradicción es el signo mismo de lo viviente, de lo que está plenamente vivo; se halla en este sentido en las antípodas de la identidad⁶ (Trías, 2000).

Hemos visto en este capítulo la configuración de la identidad de género y la identidad trans. En el siguiente capítulo hablaremos de la genealogía e historia

⁵ Un fenómeno constante y que apela a la búsqueda de la identidad es el de la diferenciación y de la exclusión, aspectos que son a su vez el punto de partida de los actos violentos, de la violencia. Sigmund Freud describe perfectamente este tema en una de las cartas dirigidas a Wilhelm Fliess (Freud, 2008); en ella Freud pone énfasis en el origen de la violencia enfatizando que es lo distinto lo que provoca la agresión. Freud denomina este concepto como “*Narcisismo de las pequeñas diferencias*”. Consiste en un fenómeno que ocurre entre semejantes y vecinos; es decir, personas que tienen algo en común y mantienen entre sí relaciones íntimas y prolongadas, y se exterioriza como un modo de discriminación agresiva. Freud comentaba que siempre es posible ligar en el amor a una multitud mayor de seres, con tal de que otros queden fuera para manifestarles la agresión, y describía dos movimientos clásicos y sucesivos en la búsqueda de la identidad grupal, primero la adhesión y, posteriormente, una vez conseguido el anterior, la discriminación agresiva al otro, al diferente, al extraño que es vivido como hostil y amenazador (Freud, 2008).

Freud, también utiliza este concepto en una obra escrita en 1917, “*El tabú de la virginidad*”, en ella se refiere al fenómeno del odio y de la misoginia (rechazo a la mujer por considerarla extraña, diferente y, por tanto, hostil), y la pone en relación con diferentes hipótesis explicativas. Freud alude así a la exigencia cultural de virginidad de la mujer para llegar al matrimonio, buscando el “estado de servidumbre” que garantiza su ulterior posesión sin sobresaltos. Esa medida de servidumbre sexual sería indispensable, según Freud, para mantener el matrimonio cultural y poner diques a las tendencias polígamas que lo amenazan (Freud, 2000).

⁶ Propusimos, en el artículo “*La transexualidad medicalizada: una mirada ética*”, el término de “*identidades oximorónicas*”, un concepto un tanto borgiano pero útil para definir los aspectos contradictorios, opuestos, distintos que conviven en una misma persona y que rompen los límites y el encuadre social establecido (Gabaldón, 2016, p. 8).

médica del colectivo trans y de los dos pilares que sustentan la praxis psiquiátrica y psicológica: el diagnóstico y el tratamiento. Trataremos cómo el diagnóstico ha configurado y patologizado al colectivo trans a través de las diferentes clasificaciones médicas y nos detendremos en los tratamientos médicos y psicológicos asociados a las diferentes clasificaciones.

2. *Scientia Sexualis: el diagnóstico y las intervenciones terapéuticas.*

“Todo el revés negro del cuerpo que tapizan largos sueños sin ojos es, a la vez, discutido en su objetividad por el discurso reductor del médico y fundado como tantos objetos por su mirada positiva”
(Foucault, 2012, p. 11).

“El cuerpo es el lugar en el que se expresa el malestar, pero no es la fuente del malestar trans”
(Missé, 2018, p. 118)

Michel Foucault, en el tomo primero de su “Historia de la sexualidad” (La voluntad del saber) titula a su tercer capítulo “*scientia sexualis*”. Llama la atención el concepto, la idea de Foucault era diferenciarlo, no tanto contraponerlo, con la llamada “*ars erotica*”, disciplina vigente en la antigua Grecia y el Imperio Romano, así como en la India, China y Japón, y que se basaba en la multiplicación de placeres.

En nuestra cultura occidental la sexualidad ha sido vista como algo fundamentalmente perverso, poco natural, razón por la cual se la debe ocultar y controlar. La *scientia sexualis* se centra en buscar la verdad de la sexualidad, entendida como una vergonzosa verdad (Foucault, 2005).

Foucault describe que la confesión es la manera de encontrar esa verdad sobre la sexualidad, bien la confesión religiosa, o las prácticas médicas, judiciales e incluso familiares. Todas ellas constituyen el núcleo de una variedad de técnicas destinadas a internalizar las normas sociales (Foucault, 2005). También se realiza de manera conjunta y colaborativa, como relata Foucault en el caso de “*Herculine Barbin, llamada Alexina B.*” (2007), un hermafrodita del siglo XIX que se suicidó a los 29 años, después de que la iglesia, los jueces y la ciencia decidieran la reasignación de sexo, el cambio de nombre y vestimenta en castigo a su homosexualidad. En este relato se atestigua la monstruosidad de la confesión y su lugar en la moral judeo-cristiana. Foucault se pregunta en este texto: “¿*verdaderamente tenemos necesidad de un sexo verdadero?*” (2007, p. 11).

En “*Herculine Barbin*” se produce una narrativa de la sexualidad interpretada por una figura de autoridad, una verdad producida dentro de un discurso específico y vinculada al poder, entendido este no como una propiedad inherente a un

individuo sino como un complejo de relaciones (Spargo, 2004).

Para Foucault, la “exclusión de lo diferente” se sostiene mediante un sistema de verdad institucionalizada que impone un particular código discursivo con la aplicación de mecanismos coercitivos como la coacción y la violencia (Foucault, 1999, p. 19). Pero también, y a través de un giro epistemológico, se impondrá cada vez más mediante una “interiorización de la norma”. En este proceso la institución médica psiquiátrica tendrá un papel protagonista. (Vila Núñez, 2018, p. 20).

En 1975, en el curso del *Collège de France* sobre “los anormales”, Foucault analiza críticamente los tres factores que constituyen el ámbito de la anormalidad: los aparatos jurídicos, médicos y la maquinaria psiquiátrica que, junto a una racionalidad propia del siglo XIX, constituyeron la base de los mecanismos presentes en los sistemas normativos de la época, sobre lo que debe ser considerado anormal y cómo debe tratarse (Foucault, 2001). En un intento de comprender la sinrazón de actos y hechos que atentan contra las leyes de la naturaleza y la sociedad, se articula una nueva forma de racionalizar lo humano que estará fuertemente relacionada con el problema de la anomalía, y que lleva a la concepción de un “sujeto patologizado”:

Ahora bien, en el siglo XIX, la aparición en la psiquiatría, la jurisprudencia y también la literatura de toda una serie de discursos sobre las especies y subespecies de homosexualidad, inversión, pederastia y “hermafroditismo psíquico”, con seguridad permitió un empuje muy pronunciado de los controles sociales en esta región de la “perversidad”, pero permitió también la constitución de un discurso “de rechazo”: la homosexualidad se puso a hablar de si misma, a reivindicar su legitimidad o su “naturalidad”, incorporando frecuentemente al vocabulario, las categorías con que era medicamente descalificada (Foucault, 2005, p. 107).

Estos sistemas normativos de la época son perfectamente aplicables, hasta hoy en día, a la transexualidad, y nos sirven para enmarcar la consideración de las personas trans en la historia reciente. Han pasado de calificarse de seres monstruosos, abyectos, aberrantes o perversos, a integrarse en las categorías médicas patologizantes que han operado y operan como reguladoras de la *verdad del*

género, entendida como el parámetro de normatividad y normalización social a través de la exigencia de la concordancia sexo-género y de la heterosexualidad (Soley-Beltran, 2009).

La idea de control social, heredera de la ilustración y la revolución industrial, parte de la instrumentalización de la ciencia, concibiendo el saber científico como un producto social que, en muchos casos, muestra los presupuestos políticos y sociales bajo los cuales se produce. Dentro de los saberes científicos, no han escapado a este hecho la medicina y particularmente la psiquiatría.

Estos presupuestos políticos, vigentes durante casi trescientos años en la cultura hegemónica occidental, se han basado, como ya comentamos en el capítulo anterior, en una concepción del género (y en una concepción social en general) rigurosamente binarista y, en consecuencia, transhomófoba. De ese modo, las realidades no binaristas, filtradas por una ideología binarista, se conceptualizan como pecado (como la sodomía) y como algo abyecto y antinatural (Pérez Fernandez-Figares, 2010). Al mismo tiempo, la ciencia y la técnica, consideraron todo lo no binarista como enfermedad. No obstante, este hecho resultó ser un alivio, ya que bajo la concepción de enfermedad están implícitos el tratamiento y la curación, que en este caso constituía un deseado regreso al binarismo socialmente aceptado. Pasar de ser vicio y pecado a enfermedad significaba una evolución, se pasaba de ser reprobado a ser atendido. (Pérez Fernandez-Figares, 2010).

Para ilustrar esta instrumentalización de la ciencia, y más particularmente de la psiquiatría, citaré tres ejemplos, lejanos en el tiempo, pero muy representativos. El primero de ellos tiene como protagonista al Dr. Samuel A. Cartwright, que en el año 1851 describió dos nuevas entidades médicas (Forcades, 2012): a una la denominaba "*Disestesia Etiópica*", y la definía como la poca motivación por el trabajo y la falta de diligencia en general que tenían algunos esclavos de las plantaciones del sur de los EE.UU. La otra, "*Drapetomanía*" (del griego *drapetes*, que significa "fugitivo"), era definida como el "*deseo imperioso que manifestaban ciertos esclavos a huir de la plantación incluso corriendo el riesgo de perder la propia vida*" (Forcades, 2012, p. 807). Se podría pensar que estas descripciones de Cartwright a mediados del siglo XIX son tan lejanas como grotescas, y que forman parte de un racismo pseudocientífico o de un binarismo supremacista que somete la ciencia a un pretendido orden natural de las cosas. Pero,

desgraciadamente, no es así; la medicalización de los problemas sociales tiene continuidad en nuestros días en un intento de justificar la posición social de desventaja del conjunto de la población afroamericana en los EE.UU. (Forcades, 2012).

El segundo ejemplo tiene que ver con la homosexualidad que, desde finales del siglo XIX, ha sido contemplada también como entidad psiquiátrica (Westphal, 1869). Aunque aparece por primera vez, como una patología, dentro de la categoría de “desordenes mentales” en 1949, en la sexta edición del *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (más conocido como CIE por sus siglas en castellano) y elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En 1952, la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) publica su primera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I), donde también incluye la homosexualidad (Coll-Planas, 2010b) y donde ha estado presente hasta hace bien poco, sin ninguna evidencia científica que lo avalase, hasta que dejó de formar parte, y no por “razones científicas” sino por la presión social del activismo homosexual y de sectores progresistas de la política (Weeks, 1993). Debido a estas presiones, en 1973 los miembros de la *American Psychiatric Association* (APA) decidieron cambiar de término, y en el DSM-III (1980) surgió la categoría “homosexualidad egodistónica”, para referirse a aquellas personas que sufren a causa de su orientación homosexual. En la edición revisada del DSM-III (1987), se elimina también este concepto, por considerarse que dicho sufrimiento, de estar presente, es producto de la homofobia social y no de la propia condición homosexual (Mas Grau, 2017). La *Organización Mundial de la Salud* (OMS) retiró en 1990 la homosexualidad de su lista de enfermedades mentales.

El tercer ejemplo lo encontramos en la “*Escuela de Moscú*”, creada por el Dr. Andrei Snezhnevsky en la antigua Unión Soviética, entre los años sesenta y ochenta del siglo XX, donde estuvo en vigor un sistema nosológico psiquiátrico que, aunque en muchos aspectos era muy descriptivo, no se basaba, a diferencia del DSM o de la CIE, en una investigación según patrones científicos comúnmente aceptados. Este sistema empleaba unos criterios tan amplios y elásticos de los trastornos esquizofrénicos que permitían que se emitiera este diagnóstico en casos en los que, en países occidentales, no se diagnosticaría enfermedad mental (Reich, 2001). Así, algunos de los rasgos que presentaba la

“esquizofrenia continua o cicloide de subtipo leve” eran temor, desconfianza, depresión (sentimientos nada extraños en personas perseguidas por el Estado), religiosidad, adaptación deficiente al medio social (lo que caracteriza a un disidente), formulaciones ideológicas y “reformismo” (otro modo de describir la disidencia antes del advenimiento de la *perestroika*). El hecho de que los psiquiatras soviéticos diagnosticaran a estas personas sugiere que, al menos en algunas ocasiones, creían que estos sujetos (en muchos casos disidentes) eran auténticos enfermos. Es este un ejemplo claro de la utilización de la psiquiatría como instrumento político al servicio de un régimen totalitario.

En el saber científico se generan, por el prestigio de los investigadores o de las instituciones, líneas o circuitos de confianza que llevan a una deificación de la medicina con actitudes de seguimiento y obediencia hacia las directrices marcadas por instituciones, grupos o personas de relevancia científica sin realizar ningún tipo de reflexión, cuestionamiento y crítica (Gavilán, 2016). De esta manera, si la ciencia se distorsiona con el fin de servir a sistemas de creencias ya sean políticos o ideológicos, las normas éticas fallan.

En el caso de las personas trans, cuando realizamos un diagnóstico psiquiátrico por manifestar identidades y expresiones de género diversas, o comportamientos de género no normativos, y consideramos que su experiencia debe estar necesariamente marcada por un sufrimiento inherente a su condición, ese diagnóstico tiene el efecto perverso de reforzar la matriz de normatividad y el fin de tranquilizar a la sociedad y estigmatizar a estas personas (Gabaldón, 2018).

Las consideraciones éticas más fundamentales en psiquiatría surgen a partir de la prerrogativa del diagnóstico (Gabaldón, 2007). En el caso de la transexualidad, la “patologización” y la clasificación de estas situaciones plurales es el primer punto conflictivo que debemos tener en cuenta.

2.1. Genealogía e historia de la transexualidad

El título de este apartado hace mención a dos conceptos (genealogía e historia), de Michel Foucault presentes en su libro “Nietzsche, la Genealogía, la Historia” publicado en 1971. En este texto, se resalta que la historia convencional presenta los sucesos del pasado mediante recursos narrativos, cronológicos y formales, que transmiten la idea de una sucesión lineal y monótona de los hechos. De un modo diferente, la genealogía define al pasado como una construcción

turbulenta, marcada por una serie de diversos determinantes que construyen los sucesos (2014). Foucault comenta que *“lo que encontramos en el comienzo histórico de las cosas no es la identidad aún preservada de su origen, es su discordancia con las otras cosas, el disparate”* (Foucault, 2014, p. 19). Nosotros, inspirados en él, los aplicamos al colectivo trans.

Susan Stryker, ante la escasez de conocimientos sobre la historia social o de las expresiones de sentimientos transgénero en público, infiere que las mismas circunstancias que contribuyeron al desarrollo de entornos homosexuales se habrían reproducido en aquellas personas que buscaban formas distintas de expresar su percepción de género.

Los vocablos comúnmente utilizados (transexual, transgénero, travesti, trans, trans*, hermafrodita, intersexual), son producto de momentos históricos determinados, en determinadas sociedades y culturas, y se han utilizado (y se utilizan) para dar significado a las rupturas, con el sexo asignado al nacimiento, con la expresión de género, la corporalidad o la identidad de la persona.

Stryker, en su libro *“Historia de lo trans”* (2017), sitúa a comienzos de la década de 1850 el inicio de la aparición de las primeras comunidades homosexuales, coincidiendo con la aprobación de ordenanzas municipales, en varias ciudades de EE.UU., que ilegalizaban la presentación en público con vestimentas que no perteneciesen al propio sexo:

“La aparición de comunidades gais y lesbianas tuvo que esperar a mediados del siglo XIX con el auge de las ciudades industriales modernas y sus grandes poblaciones de clase obrera. No fue hasta abandonar las cerradas comunidades rurales, caracterizadas por formas íntimas e interconectadas de vigilancia familiar y religiosa cuando los hombres tuvieron la oportunidad de formar otros tipos de lazos emocionales y eróticos con otros hombres. Vivir en relativo anonimato entre miles de otras personas proporcionaron las circunstancias sociales idóneas para la configuración de comunidades gais.” (Stryker, 2017, p. 84)

La distinción entre lo que ahora conocemos como transgénero, gay o lesbiana tenían diferente significado que en la actualidad (Stryker, 2017). Durante la segunda mitad del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, el deseo homosexual

y las variaciones de género solían asociarse; de hecho la homosexualidad era pensada como una “inversión del género”, en la que a un hombre al que le gustaban los hombres se le suponía una actitud femenina, y a una mujer que se sintiera atraída por otra se le atribuía una conducta masculina (Stryker, 2017). Uno de los instrumentos más poderosos para la regulación social en esta época fue la ciencia médica, sustituyendo el papel de la religión como la más alta autoridad y que, como tal, definía y regulaba las normatividades y normalidades de la vida diaria. Los médicos y las instituciones sanitarias, a través de su poder social, han determinado y determinan lo que es sano y enfermo, normal y patológico, cuerdo o demente. Este poder de la medicina ha sido especialmente clave en la historia transgénero (Stryker, 2017). Para Susan Stryker *“las ciencias médicas han sido un arma de doble filo, ya que la voluntad de intervenir de sus representantes ha ido de la mano con su poder de intervenir y juzgar”* (Stryker, 2017, p. 88).

Susan Stryker destaca que la mayoría de cirugías genitales que se pusieron a disposición de las personas transgénero se desarrollaron mediante la experimentación con los cuerpos de mujeres negras esclavizadas, y de manera tampoco consensuada, con los cuerpos de jóvenes intersexuales (Stryker, 2017).

La medicina y la cirugía llevan años ofreciendo a las personas transgénero que libremente lo demandan, o se sienten obligadas por la presión social a cambiar algún aspecto físico de su persona, toda una serie de intervenciones quirúrgicas y hormonales cada vez más accesibles y perfeccionadas. El acceso a los servicios médicos ha dependido de la interpretación de la condición transgénero bajo el epígrafe de un diagnóstico, ya sea como síntoma de un trastorno mental o como síntoma de una enfermedad física, pues el diagnóstico es la manera de legitimar la intervención médica.

En 1864 Karl Henrich Ulrichs, jurista alemán, creó el término “uranismo” para definirse a sí mismo y a los hombres que se sienten atraídos por otros hombres. Los uranistas, según Ulrichs, *“no son ni enfermos ni criminales, sino almas femeninas encerradas en cuerpos masculinos que se sienten atraídas por almas masculinas”* (citado por P. B. Preciado, 2019, p. 21). Esta concepción no heterosexual está influenciada por las ideas del *Banquete* de Platón, pues Ulrichs separa el alma y el cuerpo creando una combinatoria de almas y cuerpos que le

permite reclamar la dignidad de aquellos que aman de otras maneras (P. B. Preciado, 2019).

Ulrichs fue el embrión de un activismo social en defensa de las personas que hoy consideramos gays o transgénero, para que no fuesen vistas como criminales o pecadoras, sino simplemente como personas diferentes, pero con los mismos derechos a participar en la vida social. En palabras de Paul Preciado (2019), Ulrichs fue uno de los primeros ciudadanos europeos que defendió el derecho a la homosexualidad, denunciando las categorías que lo concebían como enfermo sexual y como criminal.

En 1868, Karl Maria Kertbeny, ciudadano húngaro, activista y defensor de los derechos de las minorías sexuales, acuñó por primera vez el término “homosexual” en una carta enviada a Ulrichs (P. B. Preciado, 2019; Stryker, 2017). Ulrichs y Kertbeny consideraban sus respectivas condiciones, que describían como físicas e innatas, como “*objetos de investigación médica y, por tanto, sugestivas de reformar la legislación contra la expresión de los sentimientos homosexuales/transgénero en nombre de un orden social racional que reflejase la verdad científica*” (Stryker, 2017, p. 89). Es curioso cómo, sin embargo, con el paso del tiempo, las teorías biológicas de la homosexualidad o la variabilidad de género han pasado a entenderse como condiciones fruto de un deterioro físico y psicológico de la persona y, como tal, factible de corregirse y tratarse.

Es a finales del siglo XIX que la condición transgénero comenzó a tratarse como problema médico en la literatura científica. Richard von Krafft-Ebing, en 1886 publicó un libro, “*Psychopatía Sexualis*”, posiblemente la obra que sentó las bases de la patologización de todas aquellas prácticas que no se encontrasen dentro de los cánones de la “heteronormatividad sexual”. En este texto Krafft-Ebing realiza todo un esfuerzo para generar una taxonomía completa de lo que él considera aberraciones sexuales, prestando especial atención a la homosexualidad masculina, creando una nomenclatura que ha llegado hasta nuestros días como sadismo, masoquismo o fetichismo (Martínez Santiago & Martínez de las Heras, 2018). También en este mismo texto Krafft-Ebing acuña términos como “instinto sexual contrario” (rechazo por lo que debería encontrarse erótico en función del propio sexo); “emasculación” (cambio de carácter por el que los sentimientos de un hombre se convierten en los de una mujer); “desfeminización” (los sentimientos de una mujer se convertían en los de un hombre); o “*metamorphosis sexualis*

paranoica” (delirio psicótico en el que se tiene la vivencia de que el propio cuerpo se está transformando en otro sexo), y donde incluía a hombres que, además de desear mantener relaciones sexuales con otros hombres, vestían, sentían y actuaban como las mujeres (Guasch & Mas Grau, 2014; Stryker, 2017). La terminología que empleaba Krafft-Ebing nos muestra claramente cómo su idea de aberración sexual o comportamiento aberrante está sustentada por la “teoría de la degeneración”, que fue creada por el psiquiatra francés Bénédict Morel en 1857, en su *Traité des dégénérescences physiques, intellectuales et morales de l’espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives* (Martínez Santiago & Martínez de las Heras, 2018, p. 55).

En el mismo año, 1886, en la literatura médica, destaca también George M. Beard con su libro *Sexual Neurasthenia*, donde describe una práctica ritual de los llamados “*mujerados*”, nombre dado por los conquistadores españoles a personas pertenecientes a la tribu de los indios pueblo del norte de México y del Estado de Nuevo México, y que se caracterizaban por su excesiva feminización: “*estos mujerados tienen abdomen protuberante, glándulas mamarias bien desarrolladas, extremidades redondeadas y suaves, órganos genitales encogidos, voces altas, delgadas y agrietadas, y pubis sin pelo*” (Beard, 1886, p. 100). Beard consideraba esta feminización como resultado de una excesiva masturbación desencadenante de una atrofia de testículos y pene:

En cada tribu pueblo se encuentra un mujerado, y es una persona importante en las ceremonias religiosas que se llevan a cabo muy secretamente en la primavera. Para hacer un mujerado se selecciona un hombre muy fuerte; la masturbación se realiza sobre él muchas veces al día; tiene que montar casi continuamente a caballo sin silla de montar. Mediante este proceso, los órganos genitales se excitan mucho y se producen pérdidas seminales; se interfiere con la nutrición de los órganos; se vuelven más pequeños y más débiles y, con el tiempo, el deseo y el poder cesan; luego siguen los cambios de carácter, el deseo de vestirse como una mujer y participar en ocupaciones femeninas, perdiéndose el coraje y la virilidad (Beard, 1886, p. 100).

Tanto George M. Beard, como Krafft-Ebing (Stryker, 2017, p. 90) comparaban la situación de los “mujerados” con la “locura de los escitas”:

En el Cáucaso hay individuos que pierden los atributos de virilidad antes de la vejez; se les cae la barba; sus órganos genitales se atrofian; sus deseos amorosos desaparecen; su voz se vuelve débil; su cuerpo pierde su fuerza y energía, y finalmente llegan a una condición en la que participan del vestuario femenino y se asimilan a las mujeres en muchas de sus ocupaciones. La enfermedad ha sido descrita tanto por Heródoto como por Hipócrates. Según Heródoto, la enfermedad era un castigo sobre los escitas por saquear el templo en Ascalón. Hipócrates dice que estos escitas impotentes se llamaban Anandrii, y dice que la enfermedad estaba excitada por montar a caballo en exceso. Según Allemand, la enfermedad es causada por emisiones seminales producidas por la equitación (1886, p. 99).

Albert Moll, psiquiatra alemán, escribió en 1891 sobre el “sentimiento sexual contrario”. Max Marcuse, sexólogo alemán, describió en 1913 acerca de la “pulsión sobre la transformación sexual” (Stryker, 2017). En 1913, Havelock Ellis, psicólogo británico, describe el deseo de asemejarse al sexo contrario como “inversión sexo estética”, y en 1928 este mismo autor crea el término “eonismo” que alude al caballero de Eon, un espía y miembro de la corte de Luis XVI que había vivido intermitentemente como hombre y como mujer.

En el laberinto de vocablos en constante evolución sobre la condición transgénero, Magnus Hirschfeld, médico y sexólogo alemán, fue una figura imprescindible en los estudios sobre sexualidad y género, completando los estudios de Krafft-Ebing. Hirschfeld desarrolló el concepto de las “sexualidades intermedias” en 1910, donde distinguía por primera vez la intersexualidad, la homosexualidad y la transexualidad, confundidas hasta entonces. Hirschfeld definía cuatro categorías (citado por Missé, 2013, pp. 29-30):

1. *Estadio intermedio de los órganos sexuales*, donde incluía a las personas que hoy conocemos como intersexuales.

2. *Estadio intermedio de otros caracteres corporales*, que incluía a personas con características sexuales atípicas (mujeres con barba, hombres con pecho).
3. *Estadio intermedio de los impulsos sexuales*, que incluía a personas con tendencias homosexuales, pero también incluye a personas sado-masoquistas, fetichistas, etc.
4. *Estadio intermedio de otros caracteres psíquicos*, en el que estarían incluidas lo que hoy entendemos como personas transexuales y transgénero, pero que él denominaba travestidos.

Se usa el término “*travestido*” por primera vez en un artículo publicado también en 1910 y que llevaba por título “*Die Transvestiten*” (los travestidos), y que fue el primer texto donde se abordaba el tratamiento de la persona transgénero.

Magnus Hirschfeld y Havelock Ellis dan comienzo a la campaña para la diferenciación y separación de las categorías travestismo y homosexualidad. Ambos defienden que el hecho de sentirse atraído por personas del mismo sexo no está necesariamente asociado a travestirse, al amaneramiento, o a sentirse del sexo contrario y, al mismo tiempo reconocen, que alguien se puede travestir y mantener una tendencia heterosexual (Coll-Planas & Missé, 2015).

Magnus Hirschfeld creó en 1897 la primera organización en representación de las minorías sexuales dedicada a la reforma social (Stryker, 2017). De la misma manera que hicieron anteriormente Ulrichs y Kertbeny, Hirschfeld pensaba que las variaciones en la sexualidad y el género en los seres humanos tenía su raíz en la biología, y que una sociedad justa era aquella que reconocía el orden natural de las cosas. Sin duda, fue un pionero en la defensa de las personas transgénero y en 1928 se convirtió en el presidente fundador de la Liga Mundial para la reforma sexual que tenía su sede en la ciudad de Berlín⁷.

Entre el círculo de amigos y colaboradores de Hirschfeld figuraban Eugen Steinach y Harry Benjamin. Steinach fue un fisiólogo y endocrinólogo austríaco que descubrió, en la segunda década del siglo XX, los efectos y cambios morfológicos de las hormonas sexuales (testosterona y estrógenos). Harry Benjamin

⁷ Adolf Hitler acusó personalmente a Hirschfeld, de ser “*el judío más peligroso de Alemania*” (citado por Stryker, 2017, p. 93). El 10 de mayo de 1933, en la llamada “acción contra el espíritu antialemán”, fue saqueado y destruido el instituto de Berlín y quemada públicamente su biblioteca.

era un endocrinólogo alemán que emigro a los EE.UU. en 1913 y se convertiría, a mediados del siglo XX, en la autoridad médica de referencia en el terreno de la transexualidad (Missé, 2013; Stryker, 2017).

La primera intervención quirúrgica de transformación genital documentada (de varón a mujer) se realizó en 1931 a Dorchen Richter, y fue organizada y supervisada por Hirschfeld, como la intervención realizada a Lilli Elbe, conocida por la novela y película “La chica danesa”, que fallece tras la intervención por las secuelas de la misma (Stryker, 2017). No fue hasta 1952 que se realizó la primera intervención de transformación genital, llevada a cabo con éxito en Copenhague, a Christine Jorgensen, nacida varón. Este primer caso exitoso de cirugía fue llevado a cabo por C. Hamburger, y fue también el primer caso tratado tanto quirúrgica como hormonalmente. Este autor publicó la historia de la “conversión de sexo” de Georges Jorgensen realizada en Dinamarca (Berguero Miguel et al., 2004; Stryker, 2017) y que tuvo gran repercusión mediática, sobretudo en los EE.UU. donde la cirugía de reasignación genital estuvo prohibida desde 1949 hasta los años 60, por considerarla mutilación, en tanto que causaba “*destrucción intencionada del tejido sano*” (Stryker, 2017, p. 100).

En 1948, Harry Benjamin realizó su primer tratamiento, después de recibir en su consulta al sexólogo Alfred Kinsey, quien le comentó el caso de un hombre que quería ser mujer. Benjamin, interesado por el caso, decidió recetarle hormonas feminizantes (comercializadas desde el año 1941 por los laboratorios Wyeth). A pesar de las críticas recibidas, Benjamin siguió investigando y trabajando en este ámbito (Missé, 2013). Harry Benjamin utilizó por primera vez el término “transexual” en una conferencia impartida en diciembre de 1953, y lo recoge de un trabajo clínico de David Cauldwell de 1949, titulado “*Psychopatia transexualis*”, que tuvo mucha aceptación en el momento de su publicación. Cauldwell distinguía el “sexo biológico” del “sexo psicológico”, y pensaba a este último como determinado por el condicionamiento social. Consideraba que estas personas no estaban mentalmente sanas, por eso las denominaba “psicópatas transexuales”, por lo que su tratamiento debía ser psiquiátrico y psicológico. El término “transexual” no fue aceptado por las comunidades científicas hasta que Harry Benjamin publica en 1966 “*The Transsexual Phenomenon*” (1966), y aparece por primera vez en 1968 en el *Index Medicus* (Nieto Piñeroba, 2008) asociado a las intervenciones quirúrgicas de reasignación de sexo autorizadas desde pocos años antes. A

partir de la obra de Benjamin se fijan las pautas de la asistencia médica de la transexualidad, defendiendo los tratamientos hormonales y las intervenciones quirúrgicas de reasignación de sexo.

Los primeros programas de tratamiento de la transexualidad se establecen en la Universidad de Los Ángeles (California) en 1962, y en la Universidad Johns Hopkins de Baltimore, en 1963 (Berguero Miguel et al., 2004). El que se realizaran en hospitales y universidades de prestigio contribuyó a extender las terapias de reasignación sexual a otros centros sanitarios de los EE.UU. (Missé, 2013).

Robert Stoller intentó determinar con más precisión el diagnóstico de transexualismo, tratando de diferenciarlo de otros, como el de “travestismo” o el de “homosexual afeminado”. Stoller insistía en la importancia de realizar este diagnóstico diferencial con precisión (Stoller, 1968). Comentaba que el travestido o el homosexual se sienten pertenecientes a su sexo biológico y, además, gozan de sus órganos sexuales, no existiendo conflicto en este sentido.

En el debate sobre qué criterios debe cumplir una persona para ser diagnosticada como transexual y considerarla apta para la modificación corporal, también son importantes las aportaciones de John Money; este autor definía, en 1970, la transexualidad como *“un problema de la identidad del género en el que una persona manifiesta con convicción persistente y constante, el deseo de vivir como miembro del sexo opuesto y progresivamente enfoca sus pasos hacia una vida completa en el rol del sexo opuesto”* (citado por Berguero Miguel et al., 2004, p. 11).

Norman Fisk, en 1974, crea el término “disforia de género” para referirse al malestar sufrido por las personas que no aceptaban su género asignado en el nacimiento (Fisk, 1974). Este término fue utilizado posteriormente por la “Asociación Americana de Psiquiatría” (APA) en la quinta edición de su manual diagnóstico, denominado DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), para sustituir el anterior concepto (DSM-IV) de *“trastorno de identidad de género”* como veremos. También en 1974 Ethel Person y Lionel Ovese introdujeron una distinción interesante distinguiendo transexualismo “primario” (1974a), donde se incluían a las personas que presentaban una identidad o comportamientos de género cruzado desde la infancia, y “secundario” (1974b), que incluye a las personas en las que la identificación con el otro sexo es más tardía y aparece de manera más gradual, habitualmente en las etapas intermedias de la vida adulta. Estos autores

llamaron la atención sobre la frecuencia en que se presentan las formas mixtas, y alertaron de la dificultad a la hora de lograr una distinción clara en todos los casos (Person & Ovesey, 1974a, 1974b).

En la actualidad, las alteraciones del sexo biológico, como son los “trastornos del desarrollo sexual” en el que está incluido el hermafroditismo, pertenecen a un nivel ontológico completamente distinto al del simple travestismo o transformismo de la apariencia sexual. Pero esta diferencia que vemos clara hoy en día no lo era antes de los inicios de la medicina científica. “*Poseer un sexo era como pertenecer a un estado o estamento; los atributos biológicos formaban parte del rango, al mismo nivel que el atuendo o las ocupaciones*” (Vázquez García, 2011, p. 50). Por esta razón carece de sentido y se incurre en un anacronismo cuando se habla de “transexuales” para referirse a estas personas en el siglo XIX y primera mitad del siglo XX. El concepto “transexual”, con el que se ha consumado la disociación de sexo y género, no ocurre antes de 1950.

A partir de la década de 1970 se produce una creciente aceptación de la cirugía de reasignación sexual dentro de los círculos médicos y empieza a institucionalizarse. En este período se consolida el término transexual, mientras que el de travestido prácticamente desaparece del ámbito médico (Coll-Planas & Missé, 2015; D. King, 1998). Destacamos que la aparición de la categoría médica “transexual” está determinada fundamentalmente por las posibilidades técnicas de llevar a cabo una reasignación sexual. En este sentido, es clave el desarrollo de la endocrinología y la cirugía, que no solo ofrecen las técnicas para hacer posible las intervenciones de reasignación sexual, sino que también establecen un campo simbólico que clarifica la noción de transexualidad.

Las presiones ejercidas, durante los años 70, por la asociación “*Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*” (HBIGDA), hoy en día denominada “*The World Professional Association for Transgender Health*” (WPATH), dieron lugar a que la APA incluyese la Transexualidad en el DSM-III en 1980 (ver tabla 1 y 2). La OMS ya la había incluido en su clasificación en 1978.

La WPATH publicó en 1979 el primer protocolo oficial para el tratamiento y la reasignación de género en las personas transexuales conocido como *Standars of Care (SOC) for Transgender Health*. En la actualidad está en su 7ª edición (WPATH, 2012).

Año	Autor	Término
1864	<i>Karl Heinrich Ulrich</i>	Uranismo
1869	<i>Karl Maria Kertbeny</i>	Homosexual
1886	<i>Richard von Krafft-Ebing</i>	Instinto sexual contrario Emasculación Desfeminización Metamorphosis sexualis paranoica
1891	<i>Albert Moll</i>	Sentimiento sexual contrario
1910	<i>Magnus Hirschfeld</i>	Sexualidades intermedias Travestido
1913	<i>Max Marcuse</i>	Pulsión sobre la transformación sexual
1913	<i>Havelock Ellis</i>	Inversión sexo estética
1928	<i>Havelock Ellis</i>	Eonismo
1949	<i>David Cauldwell</i>	Psicopatía transexual
1953	<i>Harry Benjamin</i>	Transexualidad
1974	<i>Norman Fisk</i>	Disforia de género
1974	<i>Person & Ovesey</i>	Transexualismo primario y secundario

Tabla 1. Cronología de términos médicos

Año de aprobación	Clasificación	Diagnóstico
1978	CIE-9	Transexualidad
1980	DSM-III	Transexualidad
1994	DSM-IV	Trastornos de Identidad de Género
2013	DSM-5	Disforia de Género
2018	CIE-11	Incongruencia de Género

Tabla 2. Cronología de términos en las clasificaciones médicas

2.2. La construcción médica del término “transexual”

Como concepto médico, la transexualidad entra en el año 1980 en el DSM, en su tercera edición, coincidiendo con la desaparición de la homosexualidad de ese mismo manual clasificatorio.

Su introducción se debe, en gran medida, a las presiones ejercidas por la asociación “*Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*” (HBIQDA), hoy en día denominada “*The World Professional Association for Transgender Health*” (WPATH), y que edita y revisa periódicamente los “*Standards of care for the health of transsexual, transgender and gender non-conforming people*” (SOC), herramienta y guía de referencia internacional para la instauración de tratamientos médicos, quirúrgicos y psicológicos para las personas trans.

La WPATH fue creada en 1979 por un grupo de profesionales que trabajaban con personas transexuales, y en homenaje al endocrinólogo Harry Benjamin, que con la publicación en 1966 de “*The Transsexual Phenomenon*”, fijó las pautas de la asistencia médica de la transexualidad, defendiendo los tratamientos hormonales y las intervenciones quirúrgicas de reasignación de sexo.

El planteamiento de Harry Benjamin se basaba en que *“la mente del transexual no puede ajustarse al cuerpo, por lo que es lógico y justificable intentar lo opuesto: ajustar el cuerpo a la mente”* (Benjamin, 1966, p. 53). Benjamin no despatologizaba la transexualidad, la definía y le daba un nombre y, en consecuencia, proponía un tratamiento. Para él, la transexualidad pasaba de ser una psicopatología a ser un síndrome, algo más complejo y multidisciplinar, haciendo hincapié en que el único tratamiento conocido era el quirúrgico. Antes de la aparición de esta obra, se denostaba la solución hormonal y quirúrgica de la transexualidad, y la mayoría de los profesionales preferían un abordaje psicoterapéutico para reconducir los deseos del paciente. Este es el caso de David Cauldwell, que en 1949 publicó *“Psychopatia transexualis”*. Cauldwell tenía una visión de la plasticidad psicológica del género y consideraba la cirugía de reasignación de sexo como una respuesta inaceptable a la transexualidad, abogando por que se tratase únicamente como un trastorno mental modificable con psicoterapia.

Harry Benjamin destacaba el nivel de sufrimiento de las personas trans por no tener el cuerpo deseado, e indicaba la necesidad de una valoración psiquiátrica antes de actuar médicamente, con la intención de descartar trastornos psicóticos y comprobar el estado emocional y el nivel de inteligencia del paciente, concediendo a la psiquiatría el papel validador del diagnóstico y de los tratamientos. Esta legitimación de la intervención psiquiátrica se consolida con la citada inclusión de la transexualidad en el DSM III en 1980 (Mas Grau, 2013). La presión para la introducción del término transexualidad como un “trastorno mental”, tenía como intención posibilitar nuevas vías de atención, facilitando el acceso a tratamientos hormonales y quirúrgicos y que fuesen asumidos por las aseguradoras privadas o por el sistema público de salud.

En las diversas clasificaciones de la APA (DSM-III y posteriores), parece haber un nexo en común con la ruptura epistemológica con las dos anteriores clasificaciones (DSM-I en 1952 y DSM-II en 1968), ya que en estas dos primeras era evidente la orientación psicosocial y psicodinámica, con marcada influencia psicoanalítica; mientras que, a partir del DSM-III, es clara la orientación biomédica, poniéndose el énfasis en la clasificación y descripción de cariz biológico (Martínez Hernández 2000).

Este enfoque parece obedecer a una voluntad científica, neutral, alejada de prejuicios. Pero esta pretendida neutralidad o asepsia científica queda en entredicho

en la definición misma de “trastorno de la identidad de género”, donde se confunde lo patológico con lo socialmente normativo (Mas Grau, 2013).

También a partir del DSM-III se diferencian dos criterios diagnósticos según franjas etarias: uno dedicado a la infancia prepúber, y otro a la adolescencia y a las personas adultas.

En las últimas clasificaciones médicas, se ha intentado evitar el estigma con cambios de denominación. A lo largo del tiempo y de diversas clasificaciones psiquiátricas, también hemos ido variando los nombres: transexualidad, trastorno de identidad de género (codificado en la infancia como trastorno de la identidad sexual), disforia de género. En la última clasificación de la OMS (CIE-11), como comentaremos más adelante, se modifica la terminología por “incongruencia de género”, su categoría diagnóstica desaparece del capítulo “trastornos mentales y de comportamiento” y pasa a formar parte de un nuevo capítulo denominado “condiciones relacionadas con la salud sexual”.

Ya que los criterios de la CIE de la OMS están muy influenciados por los de la DSM que los preceden, comentaremos y compararemos a continuación los criterios del DSM-IV y DSM-5 (American Psychiatric Association, 1994, 2013):

DSM-IV <i>Trastorno de Identidad Sexual en la Infancia</i>	DSM-5 <i>Disforia de Género en la Infancia</i> 302.6 (F64.2)
<p>A. Identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales). En la infancia el trastorno se manifiesta por cuatro o más de los siguientes rasgos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Deseos repetidos de ser, o insistencia en que uno es, del otro sexo 2. En los niños, preferencia por el travestismo o por simular vestimenta femenina; en las niñas, insistencia en llevar solamente ropa masculina 3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo 4. Deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo 5. Preferencia marcada por compañeros del otro sexo. En los adolescentes y adultos la alteración se manifiesta por síntomas tales como un deseo firme de pertenecer al otro sexo, ser considerado como del otro 	<p>A. Marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de 6 meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes (una de las cuales debe necesariamente ser el criterio A1):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo al que se le asigna). 2. En los niños, una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el atuendo femenino. En las niñas una fuerte preferencia por vestir ropas típicamente masculinas y una fuerte resistencia a vestir ropas típicamente femeninas. 3. Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo. 4. Una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades

<p>sexo, un deseo de vivir o ser tratado como del otro sexo, o la convicción de experimentar las reacciones y las sensaciones típicas del otro sexo.</p>	<p>habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto. 6. En los niños, un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las niñas, un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos. 7. Un marcado disgusto con la propia anatomía sexual. 8. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo que se siente.
<p>B. Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol. En la infancia la alteración se manifiesta por cualquiera de los siguientes rasgos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. En los niños, sentimientos de que el pene o los testículos son horribles, o van a desaparecer, de que sería mejor no tener pene, o aversión hacia los juegos violentos y rechazo a los juguetes, juegos y actividades propios de los niños. 1.2. En las niñas, rechazo a orinar en posición sentada, sentimientos de tener o de presentar en el futuro un pene, de no querer poseer pechos ni tener la regla, o aversión acentuada hacia la ropa femenina. 1.3. En los adolescentes y en los adultos la alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (p. ej., pedir tratamiento hormonal, quirúrgico u otros procedimientos para modificar físicamente los rasgos sexuales y de esta manera, parecerse al otro sexo); o creer que se ha nacido con el sexo equivocado. 	<p>B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento</p>
<p>C. La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.</p>	<p>Especificar si coexiste con un trastorno del desarrollo sexual: Trastorno adrenogenital congénito, hiperplasia adrenal congénita, síndrome de insensibilidad androgénica.</p>
<p>D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>	

Tabla 3. Criterios del DSM-IV y DSM-5

El DSM-IV introdujo varios cambios en la clasificación diagnóstica: abandonó el término transexualismo y en su lugar se utilizó el “trastorno de identidad de género” (TIG). Bajo el “trastorno” se engloba una serie de descripciones de síntomas, acciones o comportamientos específicos que lo diferencian del concepto de “enfermedad”, ya que esta debe cumplir por lo menos dos de los siguientes factores: tener signos y síntomas identificables, alteraciones anatómicas, o un agente etiológico reconocible.

Dos son los factores importantes que caracterizan al “trastorno de identidad de género” (American Psychiatric Association, 1994). El primero es que no coexiste una enfermedad intersexual. A los individuos con enfermedades intersexuales o del desarrollo sexual y con dificultades en la identidad del género, se les asigna el diagnóstico residual de “TIG no especificado”. El segundo es, como sucede con otros diagnósticos DSM-IV, que el individuo debe evidenciar, como resultado del trastorno, malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas de su actividad. Aunque el sufrimiento puede ser más difícil de determinar en los niños pequeños, su medida parte de las investigaciones que muestran evidencias de déficits en las habilidades de niños del mismo sexo y en las interacciones con sus coetáneos.

La APA publicó el 22 de mayo de 2013, el DSM-5, la última versión. El grupo de trabajo encargado de revisar los Trastornos de Identidad de Género tuvo que equilibrar dos aspectos; por una parte, el mantenimiento del acceso a la atención sanitaria y, por otra, la reducción del estigma asociado a la búsqueda de atención en salud mental. Para ello, cambió el nombre del diagnóstico de “trastorno de identidad de género” por “disforia de género”, de forma que las personas con condiciones intersexuales ahora se pueden diagnosticar con el mismo término (en el DSM-IV, las personas con condiciones intersexuales fueron excluidas).

Este cambio de nomenclatura es resultado de las críticas al diagnóstico por parte de grupos transexuales, cada vez más numerosos, cada vez con mayor capacidad de presión social y política. Defienden que la transexualidad no es un trastorno mental, y que ese diagnóstico es estigmatizante, por lo que reclaman su eliminación de las clasificaciones psiquiátricas (Suess-Schwend, 2017). Atendiendo a estas reclamaciones, y a pesar de que lo que se demandaba era la salida del diagnóstico de las clasificaciones psiquiátricas, tal y como ya ocurrió con la homosexualidad en el DSM-III, la APA, en un primer momento, propuso

cambiar el diagnóstico por “incongruencia de género” y eliminar la noción “trastorno”, para que fuera menos estigmatizante. Pero algunas personas criticaron que así se patologizaba a personas a las que sus comportamientos atípicos de género no les producían sufrimiento. Finalmente acordaron “*disforia de género*” como nuevo diagnóstico. Desde la APA argumentaron que es más apropiado semánticamente que otros términos; que expresa un componente emocional aversivo; que resulta familiar para los especialistas y tiene una larga historia en sexología clínica⁸.

“Disforia de género” refleja un cambio en los rasgos definitorios del trastorno, haciendo hincapié en la “incongruencia de género” y no en la identificación de género cruzado *per se*, como sucedía en el DSM-IV, donde en el capítulo de “trastornos de la identidad sexual y de género” se incluían tres clases dispares de diagnóstico: trastornos de identidad sexual, disfunciones sexuales y parafilias. La disforia de género no es disfunción sexual ni parafilia, es una condición única, un diagnóstico que, aunque es realizado por profesionales de salud mental (psiquiatras y psicólogos), su tratamiento es en gran medida endocrino y, en muchos casos, también quirúrgico.

El concepto de disforia de género es multicategorial. Hay grupos de criterios separados para la disforia de género en la infancia, por un lado, y en adolescentes y adultos, por otro. Los criterios de adolescentes y adultos incluyen un conjunto más detallado y específico de síntomas. El criterio de identificación transexual y de aversión hacia el propio género se han fusionado. En la redacción de los criterios, “otro sexo” es sustituido por “algún género alternativo.” Se utiliza sistemáticamente género, en lugar de sexo, debido a que este es inadecuado para referirse a las personas con un trastorno del desarrollo sexual⁹. En los criterios de la infancia, el “fuerte deseo de ser del otro sexo” sustituye al “deseo declarado en repetidas ocasiones”, para tener en cuenta la situación de algunos niños que, en un entorno de coacción, no pueden verbalizarlo. Se han eliminado también los subtipos sobre la base de la orientación sexual, debido a que la distinción no se

⁸ Este término fue usado por primera vez por Norman Fisk en 1974 (Fisk, 1974), con la intención de denominar tanto la transexualidad como otros trastornos de la identidad de género (Cohen-Kettenis & Gooren, 1999).

⁹ Recordemos que en el capítulo anterior (Sexo, Género e Identidad) aludimos a que John Money, con la introducción del término “género”, buscaba facilitar el trabajo sobre la intersexualidad esquivando el debate entre psicología y biología.

considera clínicamente útil, y se ha añadido en los adultos un especificador “post-transición”, porque muchas personas, después de la transición, ya no cumplen con los criterios de disforia de género y, sin embargo, continúan sometiéndose a diversos tratamientos para facilitar la vida en el género deseado (American Psychiatric Association, 2013). Aunque el concepto de posttransición se inspira en el de remisión total o parcial, el término remisión tiene implicaciones de reducción de los síntomas que no es aplicable directamente a la disforia de género.

2.3. Consideraciones sobre el diagnóstico en el DSM

El DSM-5 define la “disforia de género” como una *“marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, y que va asociada a un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento”* (American Psychiatric Association, 2013, p. 239).

La inclusión de la transexualidad (y sus variantes nominativas a nivel médico) en las clasificaciones de trastornos mentales, a parte de contraproducente y estigmatizante, resulta paradójica desde el momento que la terapéutica requerida actúa sobre el cuerpo, bien sea hormonal o quirúrgicamente, y no sobre el supuesto trastorno mental.

A pesar de que lo que se demandaba con los cambios de nombre era la salida del diagnóstico de las clasificaciones (tal y como ya ocurrió con la homosexualidad en el DSM-III), se optó por “disforia de género”, haciendo hincapié en la “incongruencia de género”. La situación no se arregla, por supuesto, proponiendo un cambio de nombre, se requiere un proceso de “resemantización” crítico, y de denuncia y deconstrucción de lo que crean las actuales palabras. El lenguaje no solo describe el mundo, también lo crea.

En cualquier caso, la definición médica de disforia de género, como en las anteriores denominaciones, no cuestiona si las normas de género son erróneas. Desde la psiquiatría y la psicología clínica, se asume un ideal normativo y normalizador en el que toda persona normal siente su género como algo apropiado y en armonía y concordancia con su sexo. De esta manera la “disforia” se concibe como inherente a la experiencia transexual y en consecuencia cuestiona al individuo, que sufriría un trastorno, sin cuestionar en cambio, la matriz de normatividad y que funciona con mecanismos de exclusión y coerción de las

personas que se salen de la norma (J. Butler, 2007). En el caso de los niños y adolescentes, son coacciones y violencias, tanto en la escuela como a nivel familiar y social, con la intención de impedir que expresen conductas no normativas respecto a su género asignado y así mantenerse el sistema de género binario. Destacamos el hecho de que los adultos que consultan en las Unidades Especializadas de Género no presentan un mayor índice de patología psiquiátrica que la población general. La transexualidad ha sido considerada una expresión de sintomatología grave, pero sin evidencia científica suficiente.

La transexualidad es un constructo que responde a una concepción antropológica y de la existencia normalizadora; una concepción que exalta los modelos estándar de perfección y de las normatividades sociales hegemónicas y, al mismo tiempo, subyuga a aquellos que difieren de la mayoría estadística a través de diferentes estrategias, una de las cuales es patologizando las diferencias (Foucault, 2005). Es lo que pasó con la homosexualidad, que se constituyó como una alteración psiquiátrica el día en que se la categorizó médicamente en el año 1869 (Foucault, 2001), a raíz de la publicación del famoso artículo de Carl Westphal sobre “Las sensaciones sexuales contrarias” (*Die Konträre Sexualempfindung*) y donde, curiosamente, también este autor describió el primer caso de transexualidad, sin llegar a definirlo como tal (1869). A partir de este momento, las rarezas del sexo pasaron a depender de una “tecnología de la salud y de lo patológico” afianzadas por el pensamiento científico (Foucault, 2005). Y desde el momento que se vuelven objetos médicos o medicalizables son, en tanto que enfermedades, trastornos o síntomas, merecedoras de respuestas médicas.

La teoría *queer* invita a una reflexión más amplia y atenta a la multiplicidad de las diferencias sexuales. Se constituye como una crítica a la idea esencialista según la cual las identidades de género son inmutables y encuentran su arraigo en la naturaleza, en el cuerpo y en una heterosexualidad normativa y obligatoria. Nace, sobretudo, de las ideas de Michel Foucault y, posteriormente de Judith Butler, sobre los procesos de subjetivación centrados en la discursividad de la sexualidad, pasando a convertirse en la elaboración teórica y activista de la disidencia sexual que, a través de la resignificación del insulto (*queer*¹⁰), reafirma

¹⁰ *Queer* es un término de la lengua inglesa que tiene diversos significados: como sustantivo es utilizado de manera peyorativa para aludir a *maricón, lesbiana*; como verbo transitivo se refiere a *desestabilizar, perturbar, jorobar*; y como adjetivo significa *raro, torcido, extraño*.

que la opción sexual distinta es un derecho humano y no una mera desviación o una perversión¹¹ (J. Butler, 2007).

En esa línea podemos avanzar que la transexualidad no supone una distorsión ni una incongruencia en la infancia. No hay trastorno ni problema de la identidad. No hay más conflicto ni disforia que el que la sociedad ha creado. La transexualidad, lejos de ser algo abominable, abyecto o perverso, se ha desvelado como una más de las expresiones de la diversidad humana (Gavilán, 2016). Por estas razones debemos poner el acento no en el individuo (que es diagnosticado y patologizado), sino en el dispositivo de control que ejerce violencia contra las personas cuya identidad o expresión de género no normativos cuestionan el sistema de género binario.

El proceso de aceptación de la identidad sexual no es un capricho, es un camino personal conflictivo al que se le suma una importante presión social, estigmatización, discriminación y, en muchas ocasiones, violencia, que dan lugar a conflictos y síntomas que hay que contener y tratar, pues la ansiedad, el estrés, las depresiones, el suicidio, son más frecuentes en este colectivo.

En la infancia y adolescencia nos encontramos con un proceso de desarrollo rápido y en ocasiones dramático (tanto físico, como psicológico y sexual), y una mayor fluidez y variabilidad en los resultados, en particular cuando aún no han pasado por la pubertad. A partir de los dos años pueden presentar características que podrían indicar comportamientos de género no normativos: expresar deseos de pertenecer al otro sexo y tener sentimientos de infelicidad respecto a sus características físicas, sexuales y sus funciones (Gabaldón, 2016). Muchos niños rompen con los modelos tradicionales y los comportamientos normativos de género con distinta intensidad. A veces sucede durante toda su vida, a veces sólo durante un período de tiempo más o menos breve. No todos estos niños serán personas trans cuando sean adultas, de hecho, la gran mayoría no serán personas trans. La ruptura de las normas del comportamiento que entendemos como masculino o femenino es tan frecuente que evidencia que estas normas no encajan con la realidad de las personas de carne y hueso (R. (Lucas) Platero Méndez, 2014b).

No existe una evolución lineal en la infancia. Los niños y adolescentes trans no

¹¹ En el capítulo 3, en el apartado “Feminismos y teoría *queer* ante las personas trans”, trataremos con más amplitud este tema.

adquieren una conciencia de su transexualidad a la misma edad ni toman las mismas decisiones sobre sus vidas, ni todas las rupturas de las normas de género en la infancia o juventud implican una vida adulta trans, ni conciben sus cuerpos de la misma manera. Hay jóvenes que necesitan explorar la ambigüedad, que no se quieren sentir encerrados en una identidad simple y esquemática, pues no encajan en los moldes del sistema binario, y convierten su indefinición en una forma de ser y estar (R. (Lucas) Platero Méndez, 2014b).

Estos niños se encontrarán con poderes institucionales, como la psiquiatría, y prácticas informales, como el *bullying*, que tratan de mantenerlos en el “camino adecuado”. Así lo muestra una encuesta realizada por el *National Transgender Discrimination Survey* en el año 2011 en EE.UU.: el 78 % de las personas “no convencionales” en cuanto a su género sufre acoso escolar; un 35 % de ellos sufrió agresiones físicas y un 12 % violencia sexual. El acoso fue tan grave que llevo a un 15 % (casi una sexta parte) a abandonar la escuela o la universidad (James et al., 2016).

No obstante, y a pesar de que se insiste en el sufrimiento como fundamento de la disforia, encontramos argumentos en la literatura médica que cuestionan este supuesto. Pues aquellos niños o adolescentes que han tenido el apoyo de sus padres, y conocían antes de su pubertad la posibilidad de tener tratamientos y que eran además aceptados en la escuela por compañeros y profesores, no manifiestan sufrimiento, a diferencia de los que han vivido en entornos menos tolerantes (Cohen-Kettenis & Pfäfflin, 2010).

Es de destacar que la despatologización de la transexualidad tiene consecuencias muy distintas a la de la salida de la homosexualidad del DSM-III, ya que esta retirada no afectó en absoluto a las prestaciones sanitarias de los homosexuales. En estos momentos, depende de la inclusión en los sistemas clasificatorios médicos el hecho de que las personas trans reciban una atención médica (hormonal y/o quirúrgica) como prestación sanitaria. No se puede despatologizar la transexualidad sin construir antes un marco político y normativo con el que se garantice la atención sanitaria.

En algunos países europeos se abogó por un cambio de posicionamiento político. Así, en 2009, la Junta Nacional de Salud y Bienestar Social de Suecia retiró el “trastorno de identidad sexual de la infancia” de la versión sueca de la CIE-10, pero manteniendo el diagnóstico de la transexualidad en adultos, alegando que

el diagnóstico en la infancia tenía potencial para dañar a las personas trans y su eliminación no afectaba al sistema de estadísticas de salud. En una resolución unánime, el Parlamento Europeo en el 2011 pidió a la OMS retirar los trastornos de identidad sexual de la lista CIE de los trastornos mentales y del comportamiento, y asegurar una no patologización en las nuevas clasificaciones (Drescher, Cohen-Kettenis, & Reed, 2016).

2.4. Los cambios en la última clasificación: CIE-11

En junio de 2018 aparece la nueva clasificación de enfermedades de la OMS (CIE-11), con más flexibilidad que en el DSM. El nuevo diagnóstico, “incongruencia de género”, pasa de la sección de trastornos mentales a otra denominada “Condiciones Relacionadas con la Salud Sexual”.

La CIE-11 define el diagnóstico de “incongruencia de género en la infancia” del siguiente modo:

“La incongruencia de género en la infancia se caracteriza por una marcada incongruencia entre el género experimentado / expresado de un individuo y el sexo asignado en los niños prepúberes. Incluye un fuerte deseo de ser un género diferente al sexo asignado; una fuerte aversión a su anatomía sexual o características sexuales secundarias anticipadas y / o un fuerte deseo por las características sexuales secundarias primarias y / o anticipadas que coincidan con el sexo experimentado; y juegos de fantasía o fantasía, juguetes, juegos o actividades y compañeros de juego que son típicos del género deseado en lugar del sexo asignado. La incongruencia debe haber persistido durante aproximadamente dos años” (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2018).

Notemos que el término “incongruencia de género” forma parte de la definición de disforia de género en el DSM-5 y la especifica como una “*marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna*” (American Psychiatric Association, 2013, p. 239).

Se permite a los países con sistemas nacionales de salud tener un código de diagnóstico, seguir prestando atención a las personas, pero sin el estigma asociado a un trastorno mental. En efecto, este cambio en la terminología y su

categoría diagnóstica fuera de los “trastornos mentales y de comportamiento” pero manteniendo un código relacionado con la atención sanitaria trans-específica bajo las “condiciones relacionadas con la salud sexual”, tiene como finalidad garantizar la mejor atención sanitaria y que toda actuación esté presidida por el interés superior de la persona menor, actuando los profesionales sanitarios como garantes de dicho interés (Suess Schwend, Winter, Chiam, Smiley, & Cabral Grinspan, 2018).

Organizaciones como *Stop Trans Pathologization* (STP) abalan la introducción de una categoría no patologizante de atención sanitaria trans-específica en la CIE, fuera del capítulo referido a los “Trastornos Mentales y de Comportamiento”, con el objetivo de facilitar su cobertura pública en diferentes partes del mundo. Pero consideran que el concepto de “incongruencia” también patologiza, ya que establece un estado normativo de “congruencia”, además de la carga psicológica y psiquiátrica del término, que sigue conceptualizando los tránsitos en el género como problema psicológico, fomentando de esta manera la continuación de la práctica clínica actual de evaluación psicológico-psiquiátrica en el acceso a los tratamientos trans-específicos (Stop Trans Pathologization (STP), 2013). Desde este colectivo se considera también que la inclusión de una categoría específica de “Incongruencia de Género en la Infancia” en la CIE-11 carece de utilidad clínica, ya que aumenta el riesgo de una patologización y medicalización de la exploración libre de expresiones, trayectorias e identidades de género en personas menores de edad. Considera que la infancia es una etapa especialmente vulnerable a situaciones de discriminación, abusos médicos o terapias reparativas. Un proceso diagnóstico en el que no hay necesidad de intervención médica (como ocurre en la infancia trans), puede contribuir a aumentar la estigmatización y la discriminación de niños con expresiones y trayectorias de género que difieren de las expectativas culturales asociadas al género atribuido al nacer (Stop Trans Pathologization (STP), 2013).

En este sentido destacamos la afirmación que hizo en la prensa (Agencia EFE 18 de junio de 2018) *Shekhar Saxena* (director del Departamento de Salud Mental de la OMS desde 2010): “Queremos que las personas que padecen estas condiciones puedan obtener la ayuda sanitaria cuando la necesiten”. Llama la atención que, pretendiendo despatologizar, utilice el término “padecen”. Cabe preguntarse hasta qué punto desde organizaciones de salud, poco críticas con

la cultura hegemónica, se mantiene una actitud artificiosa e impostada con “lo otro”, con lo distinto, a manera de conveniencia, solo para mantenernos en el buen camino.

La creación de categorías, como la transexualidad, respaldadas por la fuerza social de un manual diagnóstico ampliamente aceptado, más allá de etiquetar a las personas, abre nuevas posibilidades de ser y de existir, independientemente de que las respuestas ante su etiquetaje, sean el rechazo o bien la resignificación del concepto en una suerte de “nominalismo dinámico”, tal y como lo define Ian Hacking (Mas Grau, 2017).

El nominalismo dinámico se ocupa de las diversas formas en que las clasificaciones interactúan con los individuos a los que se aplican cuando se aventuran a describir sus comportamientos. La categoría y lo categorizado se ajustan mutuamente (Martínez, 2010). La consecuencia del establecimiento de una clasificación y su aplicación a las personas, genera una matriz de instituciones y prácticas que producen efectos en los individuos así clasificados, que reaccionan ante la descripción que de ellos se hace modificando su conducta y produciendo un cambio en la clasificación existente para que se adapte a las nuevas características de sus miembros. Este proceso de *feedback*, o “efecto bucle”, hace que los fenómenos estudiados por las ciencias humanas no sean estables, como los naturales, sino objetivos móviles y permeables.

En la transexualidad, y sobretodo en la infancia y en la adolescencia, sería adecuado diferenciar el término “diagnóstico”, del de “categoría”. El diagnóstico tiene relación con enfermedad o trastorno (por tanto, con patología) y es una tipificación administrativamente relacionada con la asignación de tratamiento. El diagnóstico por sí mismo no sólo no mejora la calidad de vida, sino que, puede ser un acto médico fútil e inapropiado por innecesario (Gabaldón, 2007). La categoría, en cambio, es una marca o señal que se coloca a algo o alguien para su identificación, valoración o clasificación. La categoría, sin patologizar ni abandonar, permite a los profesionales acordar abordajes para el mejor acompañamiento.

Cabe aquí mencionar tres consecuencias que para Judith Butler están implícitas en el acto diagnóstico de las personas trans (J. Butler, 2010):

- 1) Convertirse en objeto de patologización.
- 2) Como resultado de las actitudes e instituciones transfóbicas se incluyen

como problema o trastorno emocional los daños psíquicos que cualquier persona trans sufre.

- 3) Se introducen valores, pues no hay manera de disociar la práctica y los términos del diagnóstico de la escena ética. En medicina, en psicología y en cualquier ciencia de la salud, cuando tomamos decisiones clínicas (como el diagnóstico), implícitamente estamos tomando decisiones éticas.

La infancia es una etapa de desarrollo con una gran dependencia del entorno familiar y escolar y con una marcada plasticidad psicológica. Durante ese proceso la identidad de género puede mutar. Tampoco hay garantías de permanencia de la variabilidad de género en todos los casos. Por ello es necesaria la prudencia, evitar la precipitación y la creación de estereotipos, y respetar los ritmos de cada persona. Los profesionales sanitarios no deben patologizar este colectivo, su posición debe ser más bien la de garantes de que las decisiones se adopten de acuerdo con el estado de la ciencia y, sobretodo, del interés superior del menor y su protección (Riaño Galán, del Rio Pastoriza, Chueca Guindulain, Gabaldón Fraile, & de Montalvo Jááskeläinen, 2018).

2.5. *Las intervenciones terapéuticas*

Hemos visto cómo la patologización de la transexualidad, considerada trastorno por la psiquiatría desde una visión binarista de género, ha sido respaldada por instituciones médicas, como la OMS y la APA, que establecen las categorías y protocolos, utilizados en diversos países para regular su diagnóstico y, en consecuencia, su tratamiento.

En esa línea, el concepto de transexualidad instaurado por Harry Benjamin en 1953, definía a aquellas personas que se sienten del sexo contrario y desean modificar su cuerpo hormonalmente y quirúrgicamente para parecerse a las personas del sexo opuesto. La aparición de esta categoría estaba determinada, esencialmente, por las posibilidades técnicas de intervención tanto a nivel médico (hormonal) como quirúrgico. Resultó clave el desarrollo de la endocrinología y la cirugía plástica, que no sólo ofrecen las técnicas para hacer posible la operación de reasignación sexual, sino que establecen un campo simbólico que hace concebible la noción de transexualidad (Hausman, 1998). A mediados de 1960 aumentó el volumen de investigación sobre la transexualidad y se

produjeron intervenciones médicas y quirúrgicas a gran escala. Una década después, tuvo lugar una creciente aceptación de la cirugía de reasignación sexual dentro de los círculos médicos, normalizándose su práctica en hospitales.

En la actualidad las personas trans no demandan que se les atienda porque sufran una enfermedad o un trastorno, sino por los obstáculos sociales que encuentran en el libre desarrollo de sus derechos más fundamentales y por el sufrimiento que tales dificultades les generan. Por eso justifican la ayuda sanitaria, a la vez que exigen despatologizar la transexualidad basándose en el concepto de salud de la OMS, que no se limita a la ausencia de afecciones o enfermedades, sino que incluye la presencia de bienestar físico, mental y social (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Ante esta demanda médica debemos preguntarnos hasta dónde llegar en la aplicación de tratamientos médicos. Entendemos que, según la necesidad sentida por cada persona, hasta donde uno quiera; pero este querer debe ser libre y autónomo; sin injerencias internas o externas; sin coacciones sociales, por lo que hay que analizar la capacidad de comprender, valorar, razonar y expresar su decisión, teniendo en cuenta las diferentes opciones y sus consecuencias potenciales y, lo que es muy importante, siempre personalizando cada situación (Gabaldón, 2016).

El papel de psicólogos y psiquiatras debe limitarse a tratar el malestar, si realmente existe, de las personas menores y no tratar el “comportamiento de género cruzado¹²” como ha sido la práctica habitual. La valoración y el asesoramiento psicológico, lejos de pretender finalidades diagnósticas y patologizadoras, pueden ser esenciales en la transición de género, en lugar de impedimentos para el ejercicio de la elección (Murphy, 2016), tanto para aclarar los motivos de la modificación corporal como para ayudar a explorar algunas de las consecuencias físicas y psicológicas previsibles del cambio de roles de género, así como también los posibles efectos del estigma asociado a la transición de género y las implicaciones para la dinámica familiar, la escuela o el lugar de trabajo.

Sin embargo, la evaluación y el asesoramiento no son igualmente valiosos o necesarios para todas las personas, por eso son procesos que deben ser

¹² Del inglés “*cross-gender behavior*”, alude al deseo de vivir en el rol social del sexo opuesto mediante la adopción de la ropa, peinado, gestos, patrones del habla y características generales de la personalidad que comúnmente se atribuyen al otro género.

opcionales, nunca obligatorios. Podemos ayudar a las familias a tomar decisiones sobre el momento y el proceso de cambio en el rol de género de sus hijos o hijas pequeñas, si este es necesario, proporcionando información y ayudando a los padres a considerar los beneficios potenciales y los retos de cada opción, y valorando los posibles rechazos familiares.

Cabe recordar que las interferencias o el retraso en la implementación de intervenciones médicas oportunas (hormonales) en adolescentes pueden prolongar el malestar y contribuir a una apariencia que podría provocar más estigmatización y sufrimiento (Gabaldón, 2016).

Pero también hay riesgos asociados a las demandas de tratamientos médicos y quirúrgicos. Uno es el derivado por la presión social y el miedo al rechazo. Así se ve, a veces, como única salida para los niños y adolescentes fomentar un tránsito al género deseado como remedio adaptativo a las normatividades de género sociales y culturales (Gabaldón, 2016).

En 1981, se realizó un estudio comparativo donde se demostraba cómo existía una menor proporción de transexuales que requerían cirugía de reasignación de sexo en Suecia que en Australia. Los autores concluían que la presión social y el miedo al rechazo tiene cierta influencia sobre el número de transexuales que demandan reasignación de sexo (Ross, Walinder, Lundstrom, & Thuwe, 1981) pues había correlación entre el impulso de convertirse en transexual por una parte y la rigidez de la diferenciación de rol y las actitudes homófobas en una determinada sociedad por la otra.

Otro riesgo es que la transexualidad puede atraer a personas que tienen problemas de salud mental y emocional que es importante detectar y no dejar desasistidas, condenándolos a una “orfandad terapéutica”. Por eso insistimos en que hay que individualizar cada situación. Es importante mantener una actitud prudente y de escucha, sin confundir prudencia con la inacción o el miedo, y eso es especialmente importante en la infancia y adolescencia.

Los profesionales de la salud debemos partir de la máxima de que lo que no es metodológicamente correcto no es éticamente aceptable. Bajo esta premisa hay ya buenas guías de trabajo. Por un lado, tenemos el documento realizado por la WPATH (*The World Professional Association for Transgender Health*) sobre “*Standards of Care (SOC): for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people*”. Se basa en la evidencia clínica y científica y se actualiza

periódicamente (su última revisión es la 7ª, del año 2012). En este documento se insiste en la necesidad de apoyarse en un seguimiento riguroso y continuo de la persona menor de edad y de su familia, hasta la mayoría de edad, al considerar que no hay una transición adecuada sin un adecuado apoyo a nivel familiar, social y escolar (WPATH, 2012).

Por otro lado, tenemos la nueva guía internacional sobre el tratamiento de las personas con Disforia de Género/Incongruencia de Género (2017), sobre los tratamientos endocrinológicos (*Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline*), propone las siguientes pautas (Hembree et al., 2017):

1. Necesidad de un manejo multidisciplinar, no sólo psicológico y psiquiátrico, continuado en el tiempo y con respuestas personalizadas.
2. Esencial papel de los psicólogos, bien formados y dispuestos a participar en el cuidado continuo en la transición.
3. Evitar dañar con tratamiento hormonal a las personas que tienen condiciones distintas de la incongruencia de género y que pueden no beneficiarse de los cambios físicos asociados con ese tratamiento hormonal.
4. Realizar investigaciones para disponer de resultados basados en ensayos controlados prospectivos que permitan mejorar la calidad de la asistencia a estas personas.

Desde la Asociación Española de Pediatría (AEP) se formó una comisión de estudio, en la que participamos, para consensuar un posicionamiento sobre la diversidad de género en la infancia y adolescencia, dando como resultado el “Posicionamiento Técnico de la Asociación Española de Pediatría en relación con la diversidad de género en la infancia y la adolescencia: mirada ética y jurídica desde una perspectiva multidisciplinar” (Riaño Galán et al., 2018). En él se destaca, en línea con las anteriores guías, que la identificación de la diversidad de género es un proceso que, además de acompañamiento, exige coordinación, y un trabajo multidisciplinar que mejore la atención y ayude a obtener mayores evidencias que, a día de hoy, faltan. Recomienda, asimismo, poner el acento en un cambio de mirada social, capaz de superar los estereotipos que suponen discriminación y aumentan el sufrimiento.

Entre los adolescentes que han sido remitidos a clínicas de identidad de género, el número de quienes reciben tratamiento médico temprano (administración de

análogos de GnRH para suprimir la pubertad en los primeros *estadios de Tanner*¹³) difiere entre países y centros. Y no todas las clínicas ofrecen supresión de la pubertad. Si este tratamiento se ofrece, la etapa puberal en la que se permite que los y las adolescentes comiencen varía entre el estadio 2 y el estadio 4 de Tanner, pero se aconseja realizarlo al inicio del estadio 2 (Hembree et al., 2017). Es importante regirse por los estadios de desarrollo sexual de Tanner, en lugar de por el rango etario, ya que nos podemos encontrar con niños con pubertad precoz o, todo lo contrario, retraso en su pubertad. Los porcentajes de adolescentes tratados depende de la influencia de organizaciones de la atención en salud, compañías aseguradoras, diferencias culturales, opiniones de profesionales de la salud, y procedimientos de diagnóstico que se ofrecen en diferentes configuraciones.

A medida que los adolescentes trans y sus familias contemplan las opciones de tratamiento, deben participar en un análisis de riesgo-beneficio sobre resultados a largo plazo, con el beneficio más inmediato en relación a evitar resultados perjudiciales en la salud mental y asociados a la ausencia de tratamiento hormonal, incluyendo un mayor riesgo de suicidio (Eisenberg et al., 2017; M. King et al., 2008). Aproximadamente dos tercios (61,3%) de jóvenes trans manifestaron ideación suicida, que es más de 3 veces la tasa de jóvenes cisgénero con el mismo rango de edad (20%) (Eisenberg et al., 2017). Un 48% había realizado al menos un intento de suicidio (Nodin, Peel, Tyler, & Rivers, 2015).

Algunos profesionales de la salud sin experiencia pueden confundir indicaciones de variabilidad de género o conductas de no conformidad de género (TGNC) con ilusiones delirantes. Fenomenológicamente, hay una diferencia cualitativa entre la presentación de TGNC y la presentación de delirio u otras manifestaciones psicóticas. La gran mayoría de niños y adolescentes trans no presenta una enfermedad psiquiátrica grave subyacente, tales como trastornos psicóticos (Steensma, Biemond, de Boer, & Cohen-Kettenis, 2011). Es más común que en estos adolescentes coexistan trastornos internalizados, como la ansiedad y la

¹³ Valoración de la maduración sexual en 5 estadios a través del desarrollo físico. La escala define las medidas físicas sexuales, como el tamaño de las mamas, de los genitales, el volumen testicular y el desarrollo del vello púbico y axilar.

depresión, y/o trastornos externalizados tales como trastorno de oposición desafiante (de Vries, Doreleijers, Steensma, & Cohen-Kettenis, 2011).

Los equipos de profesionales de la salud pueden ayudar a las familias a tomar decisiones sobre el momento y el proceso de cambio en el rol de género de sus niños o niñas. Deben proporcionar información y ayudar a las madres, padres y a los hijos (si tienen madurez suficiente) a considerar los beneficios potenciales y los retos de cada opción. Independientemente de las decisiones de la familia con respecto a la transición (momento, grado), también deben aconsejarla y apoyarla en su trabajo a través de las diversas opciones y sus implicaciones. En este sentido, la baja tasa de persistencia de TGNC durante la infancia descrita anteriormente es relevante (Drummond, Bradley, Peterson-Badali, & Zucker, 2008; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Un cambio de vuelta al rol de género original (reversión) puede ser también muy doloroso, e incluso repercutir en el aplazamiento de esta segunda transición social por parte del niño o niña (Steensma & Cohen-Kettenis, 2011). Por razones como éstas, las madres y padres pueden preferir tomar este cambio de rol como una exploración de vida en otro rol de género, en lugar de una situación irreversible. Los profesionales de la salud mental pueden ayudar a padres y madres en la identificación de posibles soluciones o propuestas intermediarias (por ejemplo, sólo cuando están de vacaciones). También es importante que las madres y padres informen a los niños y adolescentes de forma explícita que pueden cambiar de idea.

Hay niños que manifiestan el deseo de hacer una transición social hacia un rol de género diferente mucho antes de la pubertad. Para algunos, esto puede reflejar una expresión de su identidad de género; pero para otros, esto podría tener otro origen. Algunas transiciones sociales en la primera infancia, favorecidas por la familia, se producen con éxito inmediato. Este es un tema controvertido, y las opiniones de los profesionales de la salud son divergentes. Es necesaria más investigación de resultados con niños que han completado las primeras transiciones sociales, para mejorar futuras recomendaciones clínicas, ya que la base de la evidencia actual es insuficiente para predecir los resultados a largo plazo de iniciar una transición de roles de género en la infancia temprana.

En el caso de padres y madres que no permiten que sus niños o niñas pequeñas hagan una transición de roles de género, es posible que necesiten asesoramiento para ayudarles a satisfacer las necesidades de sus hijos o hijas de una

manera sensible y cuidadosa, asegurándose de que el niño o la niña tenga amplias posibilidades de explorar sentimientos y comportamientos de género en un ambiente seguro. Pero si los padres y madres permiten que sus niñas o niños pequeños hagan una transición de roles de género, es posible que necesiten asesoramiento para facilitar una experiencia positiva para su hijo o hija. Pueden necesitar, por ejemplo, apoyo en el uso de los pronombres correctos, el mantenimiento de un entorno seguro de su hijo o hija en transición (por ejemplo, en la escuela, en los grupos de amigos), y la comunicación con otras personas en la vida de su hijo o hija. En cualquier caso, a medida en que un niño o niña se acerca a la pubertad, una evaluación adicional puede ser necesaria, ya que las opciones para intervenciones físicas se vuelven relevantes (WPATH, 2012). Es importante respetar los tiempos y los ritmos de los niños y adolescentes atendidos, ya que es muy frecuente que las personas adultas, tanto profesionales como familias, impongan los nuestros propios. De la misma manera es importante darnos cuenta de los posibles estereotipos e ideas erróneas que pueden estar influyendo en cómo actuamos y en cómo nos sentimos los profesionales de la salud (Ehrensaft, 2011).

2.6. Intervenciones médicas en la adolescencia

Como hemos indicado, antes de cualquier intervención médica en la adolescencia, es necesario llevar a cabo una extensa exploración de las dimensiones psicológicas, familiares y sociales. La duración de esta exploración puede variar considerablemente dependiendo de la complejidad de la situación.

Uno de los argumentos que utilizan muchos movimientos en defensa de las personas menores trans para defender la urgencia de los tratamientos hormonales (bloqueadores o tratamientos hormonales cruzados), son las tasas de suicidio. La decisión, respecto a la instauración de tratamientos hormonales, es muy compleja y se necesita tiempo para escuchar, dialogar y reflexionar. Pero también es muy preocupante que estos argumentos alarmistas lleguen a los niños y adolescentes y que aprendan y utilicen el relato de “*si no me dejan hormonarme voy a estar mal y puede que me suicide*”. Mandar el mensaje repetido de que no prescribir tratamientos hormonales puede ser una causa de suicidio, genera una falsa idealización de la capacidad salvadora de estos tratamientos.

Desde la infancia se está expuesto a un tipo de relato en el que se depositan todas las expectativas en el cambio de cuerpo y, además, con urgencia de realizarlo lo antes posible, así se les dice que, cuando sean adultos no parecerán personas trans, pasarán desapercibidos y su vida será mucho mejor. Sin querer, estamos generando sufrimiento cuando afirmamos a los adolescentes que la modificación corporal es la clave para sobrevivir; y, sobre todo, estamos alimentando la demanda de estos tratamientos.

Los adolescentes, las familias, los profesionales debemos aprender que el cambio corporal no lo es todo, no resuelve todos los malestares y no permite una nueva vida. *“El cuerpo es el lugar en el que se expresa el malestar, pero no es la fuente del malestar trans”* (Missé, 2018, p. 118).

El acompañamiento es esencial, significa *“crear un espacio durante la infancia que minimicen los gestos de identificación normativos que se dan desde el exterior y que se maximicen la exploración, la experimentación de identificaciones, las dudas”* (Missé, 2013, p. 123).

Llegado el momento, los adolescentes pueden ser tributarios de comenzar la terapia hormonal de feminización-masculinización, en algunos países, a los 16 años las personas son mayores de edad para la toma de decisiones médicas y no requieren consentimiento de sus padres y madres.

Idealmente, las decisiones de tratamiento deben ser acompañadas y compartidas entre el o la adolescente, la familia y los profesionales de la salud.

Las intervenciones físicas deben abordarse en el contexto del desarrollo de la adolescencia. Las intervenciones físicas para adolescentes se dividen en tres categorías que coinciden con la etapas del proceso (Hembree et al., 2017):

1. Intervenciones totalmente reversibles.
2. Intervenciones parcialmente reversibles
3. Intervenciones irreversibles.

1)- Intervenciones totalmente reversibles:

Implican el uso de análogos de GnRH (hormona liberadora de gonadotropina) para suprimir la producción de estrógeno o testosterona y, consecuentemente, retrasar los cambios físicos de la pubertad. Son los llamados supresores, inhibidores o bloqueadores de la pubertad.

Una transformación importante surgió a finales de los años 90 con la llegada de estos tratamientos “bloqueadores de la pubertad” para los niños transgénero. El

objetivo de este tratamiento es lograr una apariencia física de adultos congruentes en el género, prevenir la angustia de la pubertad y permitir más tiempo para la toma de decisiones sobre la transición de género (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012).

Los y las adolescentes pueden ser tributarios de administración de hormonas de supresión de la pubertad tan pronto los cambios puberales hayan comenzado. Para que los adolescentes y sus familias tomen una decisión informada sobre el retraso puberal, se recomienda que experimenten el inicio de la pubertad hasta, al menos, el estadio 2 de la escala de Tanner. Algunos niños pueden llegar a esta etapa a edades muy tempranas (por ejemplo, a los 9 años de edad). Estudios de evaluación de este enfoque han incluido sólo niños que tenían al menos 12 años de edad (Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries, y Delemarre-van de Waal, 2011; Vries, Steensma et al., 2010; Delemarre-van de Waal, van Weissenbruch, y Cohen-Kettenis, 2004; Delemarre-van de Waal y Cohen-Kettenis, 2006), pero en la actualidad se discute su aplicabilidad en situaciones de pubertad precoz.

El propósito de la suspensión de la pubertad es doble: en primer lugar, con el bloqueo de la pubertad se obtiene más tiempo para que los adolescentes puedan explorar sus identidades de género con el apoyo de sus familias y los profesionales asistenciales sin que aparezca el desarrollo de las características sexuales secundarias no deseadas (como la voz grave, desarrollo de los senos, aparición de vello). En segundo lugar, el bloqueo del desarrollo de tales características da lugar a que los jóvenes trans, que persisten en sus identidades transgénero requieran un menor número de intervenciones médicas y quirúrgicas. Además, el uso temprano de las hormonas de supresión de la pubertad puede evitar consecuencias negativas sociales y emocionales de la TGNC con mayor eficacia que con su uso posterior. La supresión de la pubertad se asocia con una reducción de depresión y ansiedad, pero el retraso de la pubertad también puede situar a los jóvenes en riesgo de problemas psicosociales, y desadaptativos adicionales, ya que permanecerán físicamente como prepúberes mientras que sus amigos y compañeros acceden a la pubertad y a los cambios que ella conlleva (Hembree et al., 2017).

La supresión de la pubertad puede continuar durante algunos años, llegando un momento en el que se toma la decisión de interrumpir la terapia hormonal o pasar

a un régimen hormonal de feminización-masculinización. La supresión de la pubertad no deriva, necesariamente, en la transición social o la reasignación de sexo.

Para que los y las adolescentes reciban las hormonas de supresión de la pubertad, los siguientes criterios deben cumplirse (Hembree et al., 2017):

1. El o la adolescente ha demostrado un patrón de larga duración e intensidad de variabilidad de género o disforia de género (ya sea suprimida o expresada).
2. La TGNC surgió o se agravó con la llegada de la pubertad.
3. Los problemas psicológicos, médicos o sociales coexistentes que puedan interferir con el tratamiento (por ejemplo, que pueda comprometer el cumplimiento del tratamiento) han sido abordados, de manera que la situación del o de la adolescente y su funcionamiento son lo suficientemente estables para iniciar el tratamiento.
4. El o la adolescente ha dado su consentimiento informado y, especialmente cuando no ha alcanzado la edad de consentimiento médico, los padres, madres o tutores han consentido el tratamiento y están involucrados en el apoyo al adolescente en todo el proceso del tratamiento.

Durante la supresión de la pubertad, el desarrollo físico de los adolescentes debe ser cuidadosamente monitorizado preferentemente por un endocrinólogo pediátrico, por las intervenciones necesarias que puedan ocurrir (para establecer una adecuada altura del género apropiado, para mejorar la baja densidad mineral ósea de origen iatrogénico) (Hembree et al., 2017).

Ni la supresión de la pubertad ni el permitir que la pubertad se produzca es un acto neutral. Por un lado, el posterior funcionamiento en la vida puede verse comprometido por el desarrollo de las características sexuales secundarias irreversibles durante la pubertad, experimentando por años un malestar intenso. Por otro lado, existen preocupaciones sobre los efectos físicos negativos secundarios del uso de análogos de GnRH (por ejemplo, en el desarrollo óseo y la altura). Los primeros resultados de este enfoque (según la evaluación de adolescentes observados durante más de 10 años) son prometedores, en el sentido de no observarse efectos físicos negativos secundarios al tratamiento (Cohen-Kettenis, Schagen, Steensma, de Vries, & Delemarre-van de Waal, 2011).

Para la supresión de la pubertad, las adolescentes con genitales masculinos deben ser tratadas con análogos de GnRH que detienen la secreción de hormona luteinizante y, por lo tanto, la secreción de testosterona. Alternativamente, estas personas pueden ser tratadas con progestinas (por ejemplo, medroxiprogesterona), o con otros medicamentos que bloquean la secreción de testosterona y/o neutralizan la acción de la testosterona. Los adolescentes con genitales femeninos deben ser tratados con análogos de la GnRH que detienen la producción de estrógeno y progesterona. Alternativamente, pueden ser tratados con progestinas (por ejemplo, medroxiprogesterona). Los anticonceptivos orales continuos (o de medroxiprogesterona) pueden usarse para suprimir la menstruación. En ambos grupos de adolescentes, el uso de análogos de la GnRH es el tratamiento hoy aconsejado (Hembree et al., 2017). Las adolescentes con genitales masculinos que inician análogos de GnRH en el principio de la pubertad deben ser informadas de que esto podría resultar en un insuficiente tejido del pene para realizar futuras técnicas de vaginoplastia de inversión (ciertas técnicas alternativas, tales como el uso de un injerto de piel o tejido del colon, se encuentran disponibles).

2)- Intervenciones parcialmente reversibles:

Incluyen la terapia hormonal para masculinizar o feminizar el cuerpo. Algunos de los cambios inducidos por estas hormonas pueden necesitar cirugía reconstructiva para neutralizar ciertos efectos (por ejemplo, la ginecomastia causada por los estrógenos), aunque otros cambios no son reversibles (por ejemplo, la profundización del tono de voz causada por la testosterona).

Las terapias hormonales en adolescentes con TGNC difieren sustancialmente de los que se utilizan en adultos (Hembree et al., 2017) y se han adaptado teniendo en cuenta el desarrollo somático, emocional y mental durante la adolescencia.

3)- Intervenciones irreversibles:

Son procedimientos quirúrgicos, y por ello se recomienda un proceso gradual. No se debe saltar de una etapa a otra hasta que no haya pasado tiempo suficiente para que los adolescentes y sus familias asimilen plenamente los efectos de las intervenciones anteriores.

En la actualidad sabemos poco acerca de los efectos a largo plazo de las intervenciones, tanto hormonales como quirúrgicas, en las personas trans (Kimberly et al., 2018).

La cirugía genital no debe llevarse a cabo hasta que las personas alcancen la mayoría de edad legal para dar su consentimiento a procedimientos médicos de acuerdo con las leyes de cada país, y hayan vivido continuamente, durante al menos 12 meses, en el rol de género que es congruente con su identidad de género. El umbral de edad debe ser visto como un criterio mínimo y no una indicación de por sí para una intervención activa.

Una cirugía de eliminación de tejido mamario podría llevarse a cabo antes de la cirugía genital, preferiblemente después de algún tiempo de vivir en el género deseado y después de un año de tratamiento con testosterona. La intención de esta secuencia sugerida es dar a los adolescentes la oportunidad suficiente para experimentar y ajustarse socialmente a un rol de género más masculino antes de someterse a una cirugía irreversible. Sin embargo, pueden ser más adecuados otros pasos, dependiendo de la situación clínica específica del adolescente y las metas y expectativas propuestas para la expresión de su identidad de género.

Debemos tener en cuenta que la interferencia en la implementación de intervenciones hormonales en adolescentes puede prolongar el malestar y contribuir a una apariencia que podría tener como consecuencia el provocar abusos y estigmatización. La obstrucción de la supresión de la pubertad y de la posterior terapia hormonal de feminización o masculinización no es una opción neutral.

En contrapartida a las respuestas medicalizadas, han aparecido otras etiquetas identitarias desafiantes, como *queer*, *genderqueer*, que cuestionan tanto la medicalización de la migración de género y la reproducción de roles de género, como el binarismo de género que consideran refutable. Reivindican que las personas puedan exhibir rasgos de ambas características marcadas, hasta ahora, como exclusivas de un género determinado.

2.7. Modelos de intervención psicológica en la infancia

En la infancia trans (prepúberal) se distinguen tres grandes líneas de intervención psicológica (de Celis Sierra, 2018, pp. 2-3); pero recordemos que ninguna de ellas está basada en la evidencia al faltar validación empírica:

1) El enfoque afirmativo:

Caracterizado por la aceptación y afirmación de la identidad de género expresada por la persona menor. La referente más conocida en esta línea es la psicoanalista Diane Ehrensaft. Desde este enfoque, se orienta y apoya la transición social (cambio de nombre, de vestimenta, etc.), acompañando a los niños pre-púberes en el despliegue y exploración de su identidad de género, desde la convicción de que así se les ayuda a desarrollar herramientas que les permitan integrar una identidad de género positiva, tanto si continúan rechazando el género asignado al nacer a lo largo del tiempo, como si acaban aceptándolo.

En este modelo está implícita la idea de que en la infancia existe un “*self* de género verdadero” (en palabras de Diane Ehrensaft habría *true gender self, false gender self, and gender creativity*) (Ehrensaft, 2012, 2014) como un núcleo de identidad de género que existe desde el comienzo de la vida, y del que su demanda de transición daría cuenta. Ehrensaft describe su método terapéutico como “*true gender self therapy*” (TGST), y está profundamente influenciado por D. W. Winnicott, sobre todo en sus textos “El proceso de maduración en el niño” (1965), donde acuña los conceptos de *self* y falso *self* y en “Realidad y Juego” (1970), donde describe sus bases terapéuticas a través del juego (Ehrensaft, 2012). Asocian la mayor presencia de síntomas psicopatológicos encontrada en los menores trans (ansiedad, depresión, ideación y conductas suicidas) a la incompreensión y al rechazo del entorno.

En este método el profesional escucha a la persona menor y le ayuda a vivir en congruencia con ello, sin cuestionarlo ni confrontarlo.

Los enfoques afirmativos postulan que la variación de género de los niños no es un trastorno mental, y la angustia no es inherente a la misma. Se trata de una variación natural en la trayectoria del desarrollo del niño y se debe permitir que florezca sin despreciar ningún resultado potencial para cuando sean adultos o presionar al niño hacia la conformidad (Sadjadi, 2019). En esta línea de trabajo no se defiende una ideología esencialista, a pesar de hablar Ehrensaft de un “*self* de género verdadero”; afirma que existen diferentes posibilidades de evolución y plasticidad en la formación de la identidad de género en la infancia y sostiene que los datos de los seguimientos obtenidos hasta la fecha muestran que las personas menores que han hecho una transición apoyados por sus familias y su entorno, presentan una adaptación similar a la de otras personas sin

variabilidad de género. Desde el enfoque afirmativo se ofrece asesoramiento y apoyo, principalmente a los padres, y a veces a los niños para hacer frente a la estigmatización y la ansiedad, independientemente del resultado futuro, animando a los padres a aceptar y hacer frente a la incertidumbre del futuro. Este apoyo prepara, cuando la persona menor alcance la pubertad, para minimizar los riesgos de los tratamientos de bloqueo hormonal, hormonación cruzada y cirugía, que se perfilan como horizonte.

Los niños prepúberes con transición social suelen estar bien ajustados a nivel emocional, evidenciándose, en estos casos, una "identidad transgénero estable" (*true gender self*) que surge en la primera infancia (Ehrensaft, Giammattei, Storck, Tishelman, & Keo-Meier, 2018). Estos autores hacen recomendaciones para respaldar las transiciones sociales en este tipo de niños como facilitador de la "salud de género", definida como la oportunidad de un niño de vivir en el género que siente más auténtico, pero reconocen que existen limitaciones en nuestro conocimiento y que la investigación en este aspecto es esencial (2018).

El modelo afirmativo cambia la pregunta de "*¿cómo deberían desarrollarse las identidades de género de los niños con el tiempo?*" por "*¿cómo debería apoyarse mejor a los niños a medida que se desarrolla su identidad de género?*" (Ehrensaft et al., 2018). Y la respuesta está en crear un marco conceptual más inclusivo que tome en serio las voces de los niños. Escuchar las experiencias de los niños no conformes con el género permitirá una comprensión más integral de sus necesidades, al mismo tiempo que da orientación a las comunidades científicas (Temple Newhook et al., 2018).

2) El llamado modelo holandés:

Desarrollado desde finales de la década de los 80, en el departamento de psicología del centro médico de la Universidad Libre de Ámsterdam. Propugna una actitud de observación sin expectativas de resultados concretos, de "espera vigilante" (*watchful waiting*), hasta la pubertad, considerando inadecuada la transición social en la infancia, pero defendiendo el bloqueo hormonal puberal para ganar tiempo al llegar a la adolescencia, donde ya se puede abordar el tratamiento hormonal a los 16 años (la transición social, que ya se ha podido iniciar con el bloqueo) y, al llegar a la mayoría de edad, la reasignación quirúrgica. Se pide a los padres que no prohíban los comportamientos de género cruzado, pero también que traten de que los menores mantengan contacto con otros menores

de su mismo sexo natal y no abandonen totalmente los roles de género asociados a este. El objetivo es que los padres encuentren el equilibrio entre la aceptación y apoyo de los sentimientos del menor y la protección de este de la posible hostilidad del entorno (por ejemplo, limitando el uso de prendas de vestir del otro género al hogar si se prevé rechazo fuera de él). Se les insta a que mantengan una relación realista con la situación, no olvidando que una transición completa implica procedimientos médico-quirúrgicos invasivos (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012).

3) El modelo de terapias reparativas o de conversión:

Defiende el tratamiento psicológico disuasorio de la “disforia de género”. Desde este enfoque, se considera que las conductas asociadas a esta son síntomas y que solo pueden abordarse desde la comprensión de los mecanismos subyacentes. Este sería el caso del psicólogo Kenneth Zucker, de la Universidad de Toronto (Canadá).

Se insiste en la presencia de psicopatología en los niños (rasgos autistas, trastornos del apego, trastornos adaptativos, reacciones postraumáticas) y dan gran importancia a las psicodinámicas familiares como desencadenantes o mantenedoras de la disforia. Generalmente son las figuras parentales las que definen el objetivo de la terapia, que se dirige a ayudar a la persona menor a sentirse mejor en su cuerpo y en los roles y comportamientos de género asignados; o esperar a ver cómo evoluciona la disforia explorando las distintas opciones, pero sin tomar decisiones hasta la pubertad. En el primer caso, complementariamente al trabajo de comprensión de las causas de la disforia, se instruye a los padres para que fomenten las conductas genéricamente asociadas al sexo natal, a través del fomento de la interacción con los pares y estableciendo límites a los comportamientos que se asocian al otro género. Los defensores de este enfoque consideran que un resultado deseable de la intervención es la reducción de la persistencia de la identificación trans en la adolescencia y, por tanto, del transexualismo adulto, dados el estigma y el posible tratamiento médico de por vida asociados. Sin embargo, entienden como necesaria la transición en la adolescencia y en la edad adulta cuando es evidente que está consolidada una identidad de género determinada, ya que consideran que, según los estudios longitudinales, es improbable que esta cambie (Zucker, Wood, Singh, & Bradley, 2012).

Autores como Kenneth Zucker, así como algunos miembros de la propia WPATH, que han desarrollado modelos de tratamiento de la disforia de género, consideran que la conformación de la identidad de género tiene cierta flexibilidad durante la infancia, lo que hace posible una intervención que, sin ser “reparativa” o “de conversión”, de lo que le acusan sus detractores, ayude al prepúber a aceptar su cuerpo y a desarrollarse sin necesidad de hacer una transición al otro género, como apuntan muchos estudios de seguimiento con una orientación probablemente homosexual, o heterosexual en un menor porcentaje.

Cuando en marzo de 2015 se aprobó en Ontario (Canada) la ley conocida como “*Bill 77: Affirming Sexual Orientation and Gender Identity Act*” (Legislative Assembly of the Province of Ontario. Canada, 2015), que prohibía las terapias que pretendieran cambiar la orientación sexual o la identidad de género en menores, la clínica que dirigía Zucker fue cerrada y Zucker despedido, pues concluía que su abordaje terapéutico no estaba en consonancia con las líneas de trabajo más actualizadas. Además de en Canadá, hay trece estados en EE.UU. en los que están prohibidas las “terapias de conversión” para menores, sobre la base de la orientación o la identidad o expresión sexual (de Celis Sierra, 2018). Desde la WPATH se considera no ético “*el tratamiento dirigido a tratar de cambiar la identidad y expresión de género de una persona para que sea más congruente con el sexo asignado al nacer*” (WPATH, 2012, p. 18).

Debido tanto a la presión del activismo trans como a la crítica realizada por los profesionales que abogan por enfoques afirmativos, se han acabado denominando terapias “de conversión” o “reparativas” los tratamientos que intentan disminuir mediante intervención psicológica la disforia o incongruencia de género y se desaconseja su utilización.

Los términos “insistente, persistente y consistente” (Turban & Keuroghlian, 2018) se utilizan, en ocasiones, para describir a los adolescentes y jóvenes transgénero, pero la identidad de género no siempre es persistente o consistente. El cambio de un o una adolescente hacia la conformidad de género puede ocurrir, sobre todo, para complacer a los padres y madres, y puede no persistir o reflejar una mudanza permanente en la TGNC (Steensma et al., 2011). Si no se reconoce la naturaleza dinámica de la identidad de género que puede aparecer en ocasiones a lo largo de la vida de una persona, se podría perjudicar a aquellos niños o adolescentes cuya identidad de género en evolución podría llevarlos

lejos de su transición inicial. No reconocer esta posibilidad puede estigmatizar a estos adolescentes, que se encuentran entre una población que ya sufre un estigma significativo.

Los defensores de los distintos modelos se acusan entre sí de influir en las tasas de persistencia y desistencia mediante intervenciones no explicitadas como tales, de manera que con los datos que recogen defienden su visión de cuál sería el curso “natural” del malestar asociado a la disforia de género (Steensma & Cohen-Kettenis, 2018; Temple Newhook et al., 2018; Zucker, 2018).

Una diferencia importante entre niños transgéneros o con comportamientos de género no normativos (TGNC), está en la proporción de su persistencia en la edad adulta. Los comportamientos de género no normativos en niños prepúberes no necesariamente continúan en la edad adulta. En los estudios de seguimiento de niños prepúberes (principalmente niños varones) que fueron remitidos a unidades de identidad de género para su valoración, solamente persistió en la edad adulta en el 6-23% (Cohen-Kettenis, 2001; Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Estudios más recientes, incluyendo también las niñas, mostró una tasa de 12-27% de persistencia en la edad adulta (Drummond et al., 2008).

En contraste, la persistencia de TGNC en la edad adulta es más alta para adolescentes. No hay estudios prospectivos formales. Sin embargo, en un estudio de seguimiento de 70 adolescentes diagnosticados con disforia de género y a los que se les habían administrado hormonas de supresión de la pubertad (bloqueadores), todos continuaron con la reasignación de sexo, partiendo desde la terapia hormonal de feminización/masculinización (de Vries, Steensma, Doreleijers, & Cohen-Kettenis, 2011). Trabajos más recientes como los de Turban y Keuroghlian (2018), señalan que hay un número muy pequeño de adolescentes y adultos jóvenes que abandonan su identidad como transgénero y renuncian al tratamiento hormonal.

Otra diferencia entre niños y adolescentes trans radica en la proporción de sexos de cada grupo de edad. En niños con TGNC menores de 12 años, la proporción hombre/mujer varía de 6:1 a 3:1. Ya en adolescentes de más de 12 años, la proporción hombre/mujer es cercana a 1:1. La respuesta a esta disparidad en la proporción en la infancia se debe en parte, a que los niños trans tienen relaciones entre pares significativamente más pobres que las niñas con la misma problemática (WPATH, 2012). Por otra parte, dada la evidencia de que tanto los

compañeros como los adultos toleran menos el comportamiento entre géneros en los niños que en las niñas, se concluye que los factores sociales explican parcialmente la diferencia de sexo en las tasas de derivación a las unidades de identidad de género. Las niñas parecen necesitar un umbral más alto que los niños para el “comportamiento de género cruzado” antes de ser remitidas para una valoración clínica (Zucker, Bradley, & Sanikhani, 1997).

En este sentido, es relevante la baja tasa de persistencia de TGNC o disforia de género (término utilizado en estos estudios) durante la infancia (6-23%), pues la vuelta al rol de género original puede ser muy dolorosa. Por eso debemos informar a las familias y a los niños de forma explícita de que puede cambiar de idea en cualquier momento.

Según estos estudios, en la mayoría de los niños, la disforia de género desaparecerá antes o al comienzo de la pubertad. Sin embargo, en algunos niños, estos sentimientos se intensifican, y la aversión al cuerpo se desarrolla o aumenta a medida en que llegan a la adolescencia y sus características sexuales secundarias se desarrollan (Cohen-Kettenis, 2001; Drummond et al., 2008). Los datos de un estudio sugieren que la variabilidad de género más extrema en la infancia está asociada con la persistencia de TGNC en la adolescencia tardía y la adultez temprana (Wallien & Cohen-Kettenis, 2008). Sin embargo, muchos/as adolescentes y adultos/as trans no relatan una historia de infancia con comportamientos de variabilidad de género (Landén, Wålinder, & Lundström, 1998). Por lo tanto, puede ser una sorpresa para el entorno (padres, madres, familiares, amigos/as e integrantes de su comunidad) cuando la disforia de género se hace evidente, por primera vez, en la adolescencia.

Si llegada la pubertad, los adolescentes persisten en la variabilidad de género, debe hacerse una evaluación exhaustiva antes de realizar un tratamiento hormonal. Siguiendo los criterios de la SOC (WPATH, 2012), es importante el trabajo multidisciplinar, con la inclusión de la figura de un endocrinólogo pediátrico. Cabe recordar, como ya hemos comentado, que las interferencias y el retraso en la implementación de intervenciones médicas oportunas (hormonales) para adolescentes pueden prolongar el malestar y contribuir a una apariencia que podría provocar estigmatización y rechazo.

Los y las adolescentes que experimentan sus características sexuales primarias y/o secundarias y su sexo asignado al nacer como incompatibles con su

identidad de género pueden sentir una intensa angustia al respecto. Un número creciente de adolescentes ya ha empezado a vivir en su rol de género deseado al entrar en la escuela secundaria. Muchos, pero no todos los adolescentes trans, desean intensamente la administración de hormonas o la realización de cirugías.

En el caso de adolescentes y jóvenes partimos de la escasez de literatura publicada sobre las personas que hacen la transición. La identidad de género es compleja y, a veces, fluida. En el ámbito de los niños prepúberes, estamos actuando sin datos sólidos que nos digan cuántos continuarán identificándose como adolescentes y adultos trans (Turban & Keuroghlian, 2018). Desde la limitación de datos publicados se sugiere que la mayoría de los adolescentes y jóvenes transgénero, continuarán identificándose en el futuro como personas trans.

En la práctica asistencial, Turban y Keuroghlian, afirman que hay un número muy pequeño de adolescentes y adultos jóvenes que abandonan su identidad transgénero y solicitan interrumpir el tratamiento hormonal (2018). Sin embargo, algunas personas optan por detener este viaje (*desisters*), o para revertir su transición (*detransitioning*). Se ha sugerido que algunos profesionales y activistas son reacios a reconocer la existencia de *desisters* y “detransicionistas”, posiblemente temiendo que puedan deslegitimar las experiencias de los persistentes (C. Butler & Hutchinson, 2020). La que será la 8ª edición de la WPATH incluirá una sección sobre la “detransición” (*detransitioning*), confirmando que este es un fenómeno cada vez más frecuente (Levine, 2018).

Pero el caso de desistencia, no debe ser motivo de alarma. Los bloqueadores de la pubertad se pueden detener y la pubertad natal progresará; y aunque las hormonas reafirmantes del género pueden causar algunos cambios irreversibles, como redistribución de la grasa corporal y cambios vocales, estos efectos son principalmente cosméticos (Turban & Keuroghlian, 2018).

Debemos fomentar una actitud de escucha para comprender mejor por qué las personas menores desean realizar una transición médica y social. Con un 40% de prevalencia de intentos de suicidio a lo largo de la vida entre las personas trans (James et al., 2016), y un 48% entre los jóvenes trans (Nodin et al., 2015), el riesgo de prevenir la transición social y/o médica para aquellos con angustia significativa relacionada con el género, casi siempre supera el riesgo de arrepentimiento en una pequeña minoría de personas que reciben atención médica que

los confirma. Debemos fomentar que se expresen libremente, estar abiertos al cambio y brindarles aceptación y apoyo, sin importar cómo evolucionen sus identidades. Desde la perspectiva asistencial, el objetivo es ayudarlos a comprender sus propios deseos y lo que implican futuras intervenciones, sin descartar cambiar de opinión acerca de ser transgénero.

Desde el enfoque afirmativo (Ehrensaft et al., 2018), se minimiza la cuestión de la desistencia, considerando que si se realiza una transición social del menor hacia el otro género y luego este “desiste”, se puede hacer una nueva transición sin mayor problema. Desde el modelo holandés (Steensma et al., 2011; Steensma, McGuire, Kreukels, Beekman, & Cohen-Kettenis, 2013) observan que algunos adolescentes tienen dificultades para realizar esa segunda transición social porque temen la reacción adversa del entorno.

Para algunos adolescentes los cambios corporales y las experiencias eróticas y de enamoramiento son muy perturbadoras, y llevan a potenciar el malestar y la angustia en relación con la perspectiva de que el cuerpo siga desarrollándose en un sentido que no corresponde con la percepción de sí mismos; mientras que, en otros casos, estos cambios en relación a su propio cuerpo y a su sexualidad pueden hacerles abandonar la idea de pertenecer, o de que sea deseable pertenecer, a otro género (Steensma & Cohen-Kettenis, 2011). Este efecto “diagnóstico” relacionado con el inicio de la pubertad justificaría, para muchos autores, que se demore el bloqueo puberal hasta los estadios 2 o 3 de la escala de Tanner, *“ya que si se bloqueara antes la pubertad para proteger a los menores de experimentar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios no deseados, se les podría estar sustrayendo también la oportunidad de aceptarlos”* (de Celis Sierra, 2018, p. 5).

También plantean que las transiciones tempranas, en la etapa preescolar, pueden suponer que los niños dejen de ser conscientes de cuál fue su sexo de nacimiento y, por tanto, se le dificulte la toma de conciencia de las complejidades que implica la transición médica posterior a la pubertad. Incluso se plantean que un cierto grado de frustración sobre sus deseos de transición es necesario ya que, aunque las hormonas y la cirugía logren en muchos casos que desaparezca la disforia de género en la adolescencia, el deseo o la fantasía de haber nacido en un cuerpo de otro género nunca será completamente satisfecho.

Es muy importante que las personas que realizan transiciones de género en la infancia y adolescencia desarrollen herramientas para reforzar la autoestima (Missé, 2018, p. 113), conociendo a otras personas trans y teniendo referentes positivos y que les ayuden a entender que la experiencia trans no desaparece con el cambio de cuerpo.

Por el contrario, si reforzamos la idea de cambio de cuerpo lo antes posible estamos mandando un mensaje de que las personas trans visibles no son deseables y mejor no parecerse a ellas. Hay que acompañar a las personas menores en una identificación realista, responsable, empoderadora y positiva (Missé, 2018, p. 116).

Se hace fundamental una adecuada gestión de la espera y de la incertidumbre en el apoyo a niños, adolescentes y padres. En este sentido destacamos el comentario de Carmona Osorio (2018):

Debemos proporcionar acompañamientos sanos y saludables. Pese a la incertidumbre resulta fácilmente asimilable el acompañamiento, indisoluble de la incertidumbre, que se da en toda relación terapéutica. Esa tolerancia a la incertidumbre, al no saber qué será de la persona a la que acompañamos en algo tan relevante como si es hombre o mujer/ si será capaz de vivir “adaptado al medio” o no, nos facilita alejarnos del “furor diagnosticandi” que irremediabilmente atraviesa nuestra práctica (Carmona Osorio, 2018, p. 14).

La Asociación Americana de Psicología (*American Psychological Association*) editó en 2015 la “*Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People (TGNC)*”. Esta guía marca una serie de directrices dirigidas a los profesionales de la psicología en la atención a personas con TGNC. Estas recomendaciones son extrapolables a todos los profesionales de los equipos de salud mental que atienden a estas personas. Recogemos, a continuación, las directrices más aplicables a la infancia y la adolescencia (*American Psychological Association, 2015*):

1. El género es una construcción no binaria que permite una gama de identidades de género, y que la identidad de género de una persona puede no alinearse con el sexo asignado al nacer.

2. La identidad de género y la orientación sexual son constructos distintos pero relacionados entre sí.
3. La identidad de género se cruza con las otras identidades culturales (religiosas, étnicas) de las personas trans.
4. La actitud de los profesionales y el conocimiento acerca de la identidad de género y expresión de género pueden afectar a la calidad de la atención que prestan a las personas trans y sus familias.
5. Los profesionales reconocen que el estigma, el prejuicio, la discriminación y la violencia afectan a la salud y el bienestar de las personas trans.
6. Los profesionales reconocen la influencia de las barreras institucionales sobre la vida de las personas trans para ayudar en el desarrollo de entornos afirmativos para estas personas.
7. Necesidad de promover el cambio social en la medida que reduce los efectos negativos del estigma en la salud y el bienestar de las personas trans.
8. Los profesionales comprenden las diferentes necesidades de desarrollo de los niños y adolescentes, y entienden que no en todos los jóvenes persistirá una identidad TGNC en la edad adulta.
9. Los profesionales reconocen que los problemas de salud mental, pueden o no estar relacionados con la identidad de género de una persona trans y con los efectos psicológicos del “estrés de las minorías”.
10. Las personas trans son más propensas a experimentar resultados positivos de vida cuando reciben apoyo social y escolar o atención afirmativa.
11. Los profesionales reconocen los beneficios potenciales de un enfoque interdisciplinar al proporcionar atención a las personas trans.
12. Los profesionales se comprometen a preparar a futuros profesionales en la capacitación y adquisición de competencias necesarias para trabajar con personas trans.

Al apoyar y tratar a niños y adolescentes, el equipo de profesionales de la salud (pediatras, endocrinólogos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras), deberán seguir las siguientes pautas, basadas en los criterios de la WPATH (2012):

1. Las familias y personas usuarias de los servicios de las UIG deben recibir apoyo en la toma de decisiones difíciles con respecto al grado en el que a las mismas se les permite expresar un rol de género que sea coherente con su identidad de género, así como en el momento de los cambios en el rol de género y posible transición social. Por ejemplo, un niño o niña puede asistir a la escuela asumiendo un proceso de transición social parcial (por ejemplo, el uso de ropa y con un peinado que refleje su identidad de género) o total (por ejemplo, utilizando también un nombre y pronombres congruentes con su identidad de género). Las cuestiones difíciles son acerca de si es necesario y, en caso afirmativo, cuándo informar a los demás de la situación de estos niños, y cómo otras personas responderán.

Las familias deben recibir apoyo para la gestión de la incertidumbre y la ansiedad acerca de las perspectivas psicosexuales futuras de su niño, niña o adolescente, y para ayudar a los jóvenes a desarrollar un autoconcepto positivo. Se debe ayudar a las familias a tener una respuesta acogedora y educativa a las preocupaciones de su niño, niña o adolescente trans. Las familias juegan un papel muy importante en la salud emocional y en el bienestar de los niños y adolescentes.

Este hecho es aplicable a los amigos, compañeros y educadores en la comunidad, que pueden ser otra fuente de apoyo social. La no aceptación por parte de familiares y compañeros es un importante predictor conocido de depresión y suicidio en adolescentes transgénero (Turban & Keuroghlian, 2018)

2. Los profesionales de los equipos de salud no deben imponer una visión binaria del género. Deben indicar amplios márgenes para que las personas atendidas exploren diferentes opciones de expresión de género. Las intervenciones hormonales y quirúrgicas pueden ser apropiadas para algunos adolescentes, pero no para otros.

Los profesionales de la salud mental deben esforzarse por mantener una relación terapéutica con niños y adolescentes trans y con sus familias, en el transcurso de posibles cambios sociales o intervenciones físicas posteriores. Esto asegura que las decisiones sobre la expresión de género sean cuidadosamente y recurrentemente consideradas. El mismo razonamiento se aplica si un niño, niña o adolescente ya ha cambiado socialmente el rol de género antes de ser atendido por un profesional de la salud.

Para los adolescentes que buscan reasignación de sexo, la psicoterapia puede centrarse en apoyarles antes, durante y después de la reasignación. La psicoterapia debe centrarse en la reducción de la angustia del niño, niña o adolescente relacionada con su TGNC, y en disminuir cualquier otra dificultad psicosocial. (WPATH, 2012).

3. Sabemos que el tratamiento dirigido a tratar de cambiar la identidad y expresión de género de una persona para que sea más congruente con el sexo asignado al nacer ha sido intentado en el pasado sin éxito. Recordemos, como comentábamos anteriormente, que Cauldwell (1949) tenía una visión de la plasticidad psicológica del género y abogaba por que se tratase únicamente como un trastorno mental modificable con psicoterapia. Dicho tratamiento es éticamente reprochable, no solo porque asume acríticamente el sistema sexo-género dominante, sino también porque no acepta a la persona y su autonomía (WPATH, 2012).

En este capítulo hemos visto cómo, a través de la historia de la condición trans, se ha partido de una concepción binarista del género y, en consecuencia, transfóbica, patologizado a este colectivo. Hemos analizado los cambios en las clasificaciones médicas del DSM y CIE y los tratamientos médicos y psicológicos asociados a ellas y contemplando las posibilidades de persistencia y desistencia. En el siguiente capítulo abordaremos el colectivo trans desde los feminismos, la teoría *queer* y la teoría transgénero, y su influencia a nivel social y cultural en nuestra sociedad.

3. El colectivo trans desde los feminismos, la teoría queer y la teoría transgénero

“Toda teoría feminista que limite el significado del género en las presuposiciones de su propia práctica, dicta normas de género excluyentes en el seno del feminismo, que con frecuencia tienen consecuencias homofóbicas” (J. Butler, 2007, p. 8).

Se da un punto de inflexión en el abordaje del colectivo trans por parte de los feminismos, la teoría *queer* y la teoría transgénero. Precisamente porque estas teorías van a liderar los cambios a nivel social en la manera de entender a las personas trans, e incluso en la perspectiva médica.

3.1. Feminismos y teoría queer ante las personas trans

Aunque en la actualidad pueda parecer inconcebible, muchas de las perspectivas feministas manifestaron respecto a los transexuales una clara hostilidad (Bettcher, 2014a). Uno de los primeros ejemplos de esta reacción hacia las mujeres trans la encontramos en el libro de Janice Raymond, editado en 1979 *“The Transsexual Empire: The Making of the She-Male”*:

Todos los transexuales violan los cuerpos de las mujeres al reducir la verdadera forma femenina a un artefacto, apropiándose de este cuerpo para sí mismas. Sin embargo, la lesbiana-feminista construida transexualmente viola también la sexualidad y el espíritu de las mujeres. La violación, aunque generalmente se hace por la fuerza, también se puede lograr mediante el engaño. (Raymond, 1994, p. 104).

En 1994, *The Transsexual Empire* fue reeditado con una nueva introducción de Raymond que retoma explícitamente la nueva política transgénero (Raymond, 1994). Defiende que cualquier transgresión de género implica la adopción de roles de género sexistas y, por tanto, falla en la trascendencia de género genuina. Desde el punto de vista de esta autora, la mayoría de las personas que se autoidentifican como transgénero son predominantemente hombres que de alguna manera realizan una feminidad estereotipada y sexista (Raymond, 1994).

En la actualidad, y desde ciertas perspectivas feministas, el sujeto político en el feminismo habría cambiado. Son propuestas posmodernas del transfeminismo y de la teoría queer, que se enmarcan en el trabajo innovador de Judith Butler, y que tienen una relación mucho más compleja con las personas transgénero y con los estudios trans. Esta autora desmantela la necesidad del discurso binario y heteronormativo para dar cabida a todas las identidades disidentes del sistema sexo-género. De esta manera, la construcción de lo masculino y lo femenino está abierta a la reinención, a la multiplicidad de formas alternativas que escapan a la exigencia social del binarismo rígido.

Es a partir de los años 90 cuando el concepto de identidad de género se deconstruye a través del feminismo postmoderno y posestructuralista y de la teoría *queer*. Mientras que el primero ha ido más allá de los modelos binarios impuestos por las taxonomías normativas de género, la teoría *queer*, en particular, ha utilizado el concepto de diferencia para incorporar al transgénero en los análisis de la diversidad sexual y de género, y ha puesto en duda las limitaciones de los sistemas de clasificación sexual y de género existentes (Hines, 2006). Paradójicamente, la falta de énfasis en la particularidad dentro de la teoría *queer* ha llevado a una teorización homogénea del transgénero. La falta de atención a la subjetividad dentro del posestructuralismo plantea problemas para una teoría social del transgénero. Pensamos que un marco sociológico *queer* es relevante para el análisis de la diversidad de género, con el fin de ir más allá de una comprensión universal del término "transgénero" y reconocer la diversidad de subjetividades trans.

La expresión "teoría *queer*" nació en 1990 y fue utilizada por primera vez por Teresa de Lauretis como tema de un *workshop* que organizó en la Universidad de California en Santa Cruz (de Lauretis, 2015). La teoría *queer*, como la presenta Teresa de Lauretis, nace de la influencia del feminismo, sobre todo de autoras como Gayle Rubin, y de las teorías de Michel Foucault y Louis Althusser (de Lauretis, 2015). Es creada para las sexualidades lésbicas y homosexuales, pero admitía la oportunidad de abarcar a muchas personas trans en una sociedad más amplia, permitiendo a las personas aceptar sus diferencias sin discriminarlas (Nagoshi & Brzuzy, 2010).

Si bien es Teresa de Lauretis la primera en utilizar el término "teoría *queer*", es fundamentalmente Judith Butler quien la desarrollará en profundidad, a partir del

posestructuralismo, con la publicación en 1990 de su libro “*Gender Trouble*”, traducido al castellano como “El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad” (2007). Butler, apoyándose en autores como Lacan, Freud, Foucault, y en conceptos como los enunciados performativos de Austin, plantea el concepto de “proliferación de géneros” desde la performatividad del género, entendiendo que el género es una construcción que se representa de forma continua.

Para Butler el género es culturalmente construido, pero es performativo (igual que el lenguaje para Austin), porque se sostiene en un conjunto de actos naturalizados que producen determinados efectos, puesto que la repetición constante de actos performativos consolida lo que la ley heteronormativa construye como género.

Cuando el término queer se utilizaba como un estigma paralizante, como la interpelación mundana de una sexualidad patologizada, el usuario del término se transformaba en el emblema y el vehículo de la normalización y el hecho de que se pronunciara esa palabra constituía la regulación discursiva de los límites de la legitimidad sexual (J. Butler, 2002, p. 313).

Por ello, el acto performativo más radical consiste en abrir un canal de resistencia, de disidencia y de subversión de la heteronormatividad, y antes de naturalizarse o de adscribirse a la ley heteronormativa por medio de la repetición, el acto crea la posibilidad de nuevas significaciones, abriendo el espacio a otro tipo de cuerpos, de formas de vida y de deseo para poder existir y visibilizarse. Las acciones o los cuerpos son performativos cuando producen realidad por transformación de la misma. En este sentido, la suma de acciones corporales de varias personas, de colectivos, como un ejercicio de performatividad, tiene una enorme potencialidad en la transformación de las relaciones sociales y de poder. El fin de la performatividad es la desnaturalización de conceptos como el sexo, el género y el deseo (J. Butler, 2007).

De ese modo, según Butler, no existe algo esencialmente masculino, o femenino, o hetero, o gay, o cis, o trans, sino que continuamente representamos qué es lo masculino, qué es lo femenino, etc. Esas representaciones están atravesadas

por normas culturales y sociales que se pueden ir modificando desde su mismo cuestionamiento (Carmona Osorio, 2018).

La teoría *queer* llama a una acción continua de deconstrucción de categorías y la creación de otras categorías paraguas que abarcan muchos conceptos (y personas) dentro de sí (Carmona Osorio, 2018, p. 8). En este sentido, Judith Butler, comenta:

El término queer emerge como una interpelación que plantea la cuestión del lugar que ocupan la fuerza y la oposición, la estabilidad y la variabilidad, dentro de la performatividad. El término queer operó como una práctica lingüística cuyo propósito fue avergonzar al sujeto que nombra o, antes bien, producir un sujeto a través de esa interpelación humillante. La palabra queer adquiere su fuerza precisamente de la invocación repetida que terminó vinculándola con la acusación, la patologización y el insulto (J. Butler, 2002, p. 318).

Butler utiliza las prácticas de “*drags*” y de travestis como ejemplos de juego de género que hacen visibles las formas en que las reglas de género actúan de manera compulsiva y repetitiva para reforzar la naturalidad. Estos actos muestran cómo puede desafiarse la naturalización del género (J. Butler, 2007). Sin embargo, la refutación de identidad de la teoría *queer* puede, paradójicamente, conducir a una negación de la diferencia. ¿Cómo deconstruir categorías de identidad y explicar positivamente la diferencia sin perder de vista las experiencias subjetivas que constituyen la diferencia? Tanto la política feminista como la *queer* se movilizan precisamente a través de prácticas que destacan la desidentificación con aquellas normas reguladoras mediante las cuales se materializa la diferencia sexual.

La premisa central del posestructuralismo es que el discurso construye significado. Los análisis feministas posestructuralistas y los enfoques teóricos *queer* toman, como punto de partida, las formaciones discursivas de género y sexualidad. Al adoptar el “análisis genealógico” de Foucault, Butler (2007) muestra cómo las categorías binarias de “sexo” y “género” han restringido la comprensión feminista. Plantea que la forma en que las feministas, y los científicos sociales en general, han entendido que el “sexo” constituye el cuerpo biológico masculino o femenino, y el “género” una referencia a los significados sociales asociados a

dichos cuerpos, ha impedido la comprensión más efectiva del género como distinto del sexo. La comprensión del género como algo separado del sexo tiene el potencial de una mayor diversidad de masculinidades y feminidades, esto es importante para una sociología del colectivo transgénero que tenga en cuenta una multiplicidad de identidades y expresiones de género que no están fijadas al cuerpo "sexuado".

Para Butler, en la subcultura *queer* las prácticas de género no siempre tienen el mismo significado que en los contextos culturales convencionales. Por ejemplo, la presentación femenina en algunos contextos *queer* puede implicar un grado de ironía que no se encuentra en las instancias convencionales de esa presentación femenina. Tratar las prácticas de género *queer* como simples repeticiones o imitaciones de prácticas no *queer*, sin ningún cambio profundo en el significado, supone comprender todas las prácticas de género con significados heterosexuales dominantes (J. Butler, 2002, 2007). El desempeño de género *queer*, lejos de replicar las normas patriarcales, puede subvertir tales normas al exponer su carácter imitativo y no natural (J. Butler, 2007). A veces, ese desempeño de género *queer* puede implicar ironía y/o parodia a través de la exageración, puede burlarse de las prácticas de género heterosexuales al exagerarlas y parodiarlas para que parezcan teatrales y artificiales. Es el caso del *voguing*¹⁴, baile popular afroamericano y *queer*, que permite “entender la emergencia de la pose como forma de resistencia y su capacidad para articular nuevas formaciones sociales” (Gavaldon & Segade, 2019, p. 9); o el caso del “arrastre masculino gay”, que para Butler puede mostrar que la presentación femenina no es propiedad exclusiva de las mujeres.

Según Butler, las manifestaciones conductuales de género a menudo expresan una identidad de género previa que está contenida dentro de un cuerpo sexuado naturalmente. De ese modo, el comportamiento femenino se ve como expresión de un núcleo femenino interno (contenido dentro del cuerpo femenino sexuado). Por el contrario, en su opinión, tales actuaciones simplemente sirven para generar las ficciones de una identidad de género preexistente, y del cuerpo

¹⁴ El *voguing* es una forma de baile urbano y desafiantemente *queer*, nacido en la comunidad LGTBI afroamericana en EE.UU. Este baile se inspira en las poses de las revistas de moda (*Vogue*), de ahí su nombre, apropiándose de un imaginario elitista como la alta costura, pero también en los gestos de los jeroglíficos egipcios o las artes marciales asiáticas (Gavaldon & Segade, 2019, p. 10).

sexuado como contenedor natural de esta identidad (J. Butler, 2007). Para ella las manifestaciones conductuales son anteriores a la identidad de género y al cuerpo sexuado, no al revés. La ilusión de un cuerpo sexualmente estable, una identidad de género central y una orientación (hetero) sexual se perpetúa a través de actuaciones corporales estilizadas y repetidas que son performativas, en el sentido de que producen la ficción de una identidad estable, una orientación y un cuerpo sexuado antes del comportamiento de género (J. Butler, 2007).

Butler responde así a la acusación de que las actuaciones de género *queer* simplemente replican el comportamiento sexista de rol de género. En su opinión, todo comportamiento de género es de naturaleza imitativa. La identidad de género heterosexual implica una inestabilidad que intenta cubrir: si bien pretende estar basada en un núcleo de género natural, obedece más bien a intentos repetidos de imitar instancias pasadas de comportamiento de género (J. Butler, 2007). Butler celebra la proliferación de comportamientos de género *queer* que resignifican, parodian y exponen los mecanismos por los cuales se crea la ficción del género heterosexista normativo.

Por ello, para Butler, el sujeto político del feminismo ya no serían las mujeres, sino un sujeto en coalición de identidades diversas y contingentes, aliadas en la resistencia del discurso binario y heteronormativo, y en el que se incluyen gais, lesbianas, transexuales, transgénero, bisexuales, etc. El sujeto político "mujeres" del feminismo clásico queda totalmente deconstruido. Esto no significa un rechazo a la identidad política, sino que estaría más ampliada en un nuevo contexto que no puede obviar.

La filósofa feminista Seyla Benhabib contesta a Butler que, si deconstruimos la identidad "mujeres", y con ella todo principio identitario, no ve cómo se pueda articular un proyecto de emancipación femenina. Argumenta que si no hay identidad de género tras las expresiones de género, sino que dicha identidad está representativamente constituida por las mismas expresiones que dicen ser su resultado, entonces el yo es simplemente una suma de expresiones. Pero esto supone desarticular conceptos tan importantes para la tradición feminista como identidad, acción y autonomía (Benhabib, 2005, p. 328). Benhabib no considera necesario la demolición de toda identidad. El sujeto puede ser sometido a crítica sin necesidad de renunciar a su articulación. No niega que la subjetividad está estructurada por un lenguaje, por una narración y por las estructuras simbólicas

del relato disponible en una cultura determinada, pero afirma que no somos simplemente extensiones de nuestras historias, que estamos en la posición de autor y personaje a la vez, algo necesario para poder hablar de responsabilidad, autonomía, reflexividad, intencionalidad, pluralismo y tolerancia. (Benhabib, 2006). Desde las diferentes perspectivas de estas dos autoras, se puede concluir que el feminismo es, ante todo, un proyecto ético circunscrito en los parámetros de la modernidad, que busca la emancipación de las mujeres y que no puede sostenerse sobre un suelo de relativismo de los valores. Pero este proyecto ético debe estar abierto al debate y a la revisión de sus fundamentos, a fin de ser inclusivo con todas las nuevas reivindicaciones, siempre y cuando respeten la libertad de los individuos a decidir sobre sus propias vidas (Velasco Lázaro, 2013).

Judith Butler, en “Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo” (J. Butler, 2002), en su sexto capítulo “Hacerse pasar por lo que uno no es: el desafío psicoanalítico de Nella Larsen” hace mención a la novela de Larsen, publicada en 1929, “*Passing*”. En el sentido sociológico, la palabra “*passing*” (pasar) es sinónimo de “aprobación”, se refiere al acto y la capacidad para “pasar” como miembro de un grupo al que no se pertenece originalmente. Puede ser un grupo étnico, una clase social, otro grupo de edad, o el género opuesto.

En el libro de Larsen, la práctica de pasar es un asunto racial, consiste en cruzar el límite de color y tratar de ser reconocido en otro grupo racial. Larsen relata el cruce de fronteras raciales, la “*color line*”, entre blancos y negros, un hecho frecuente en las primeras tres décadas del siglo XX. Muchas personas afroamericanas tenían ascendencia europea en proporciones muy variables, que en algunos casos les hacían parecer visiblemente europeos, lo que llevo a miles de afroamericanos a emigrar desde los estados rurales del sur de EE.UU. a las ciudades del norte y efectuar así un *passing* racial. Nella Larsen era hija de una inmigrante danesa y de un hombre negro.

Larsen retrata a dos amigas de la infancia, Irene y Clare¹⁵ ambas con características físicas propias de mujeres blancas, y de las que nadie sospecharía que

¹⁵ Los nombres de las protagonistas del libro de Nella Larsen tienen una importante carga simbólica. Etimológicamente Clare significa “*limpia, diáfana, transparente*” e Irene, nombre de origen griego, significa “*paz, armonía*”.

tuvieran sangre negra en las venas. Ambas mujeres están realizando un “*passing*”, pero de una manera muy diferente: Irene acepta el paso solo ocasionalmente, para obtener algunos beneficios prácticos que se le negaría como afroamericana, mientras que Clare ha optado por el “*passing*” permanente, al casarse con un hombre blanco, de clase social alta, racista y que desconoce la herencia negra de su mujer. Clare se sumerge totalmente en la comunidad blanca para beneficiarse de todos sus privilegios, ocultando su ascendencia africana. Después de doce años, Clare se encuentra accidentalmente con Irene, que había elegido otro camino. A pesar de que podría haber pasado por blanca, tal como lo había hecho Clare, Irene se casó con un hombre más oscuro que ella. La elección de Irene de permanecer en la sociedad negra de Harlem fue deliberada, no tanto por su lealtad a su raza, sino porque está más apegada a la seguridad que cualquier otra cosa. La historia toma un nuevo giro cuando Clare quiere las ventajas de ambos mundos, permanecer en la comunidad blanca disfrutando de los placeres de la sociedad negra.

En este relato, para Butler, la palabra *queer* ("raro", "anómalo", "extraño") alude a las angustias, tanto sexuales como raciales, y hace una lectura para indagar en qué medida la regulación sexual opera a través de la regulación de las fronteras raciales y las distinciones raciales operan como un escudo contra ciertas transgresiones sexuales socialmente peligrosas. La novela de Larsen ofrece a Butler un enfoque para re teorizar lo simbólico como un conjunto de normas sexuales racialmente articuladas, y para considerar tanto la historicidad de tales normas como sus puntos de conflicto, convergencia y los límites impuestos a su rearticulación.

Este término se ha adaptado en la actualidad a la perspectiva trans. Jay Prosser diferencia entre los transexuales que buscan un cambio de género (*passing*) dentro de los patrones del binarismo normativo, y aquellas personas transgénero que viven en la encrucijada, en "tierras fronterizas" entre géneros (*crossing*), evitando la universalización de lo trans (Prosser, 1998).

Actitudes de *passing* las observamos cada vez más en la infancia trans, y en colectivos de familias de niños trans que abogan por realizar un *passing* de una manera acelerada con la intención de posibilitar las ventajas y privilegios que, para ellos, este hecho conlleva (*passing privilege*), basándose en que las personas trans enfrentan menos prejuicios cuando son percibidas como cisgénero,

incluido un menor riesgo de rechazo, acoso y violencia. Lo peligroso es que “se establece una idea del éxito basada en el cambio corporal, pero alejada del empoderamiento de la persona trans, sin solidaridad, sin comunidad, sin reflexión crítica” (Missé, 2018, p. 140).

Los estudios *queer* se nutren en gran parte de la que se ha llamado la *french theory*¹⁶, fruto de la lectura de universitarios americanos sobre autores de cultura francesa como Michel Foucault, Gilles Deleuze, Jacques Derrida, Roland Barthes, Jacques Lacan y Julia Kristeva. Destaca, de esta última autora, su “teoría de la abyección” (Kristeva, 1982), entre el psicoanálisis y el feminismo (Carmona Osorio, 2018). La abyección, tal y como la presenta Kristeva, se conecta con las tres fases del proceso constitutivo del sujeto: oral, anal y genital. Esas aberturas del cuerpo humano funcionan como borde entre lo que pertenece al cuerpo y lo que, por incumbir al mundo exterior, debe ser considerado como un objeto. Kristeva distingue tres categorías de cosas que, según las circunstancias socio-culturales, se consideran abyectas: comida/residuos (oral), desechos corporales (anal), y signos de la diferencia sexual (genital). Kristeva piensa que lo abyecto, en forma sublimada, es parte del arte, la literatura, los rituales religiosos y aquellas formas de comportamiento sexual que la sociedad tiende a rechazar (Kristeva, 1982). Por lo tanto, la abyección no es sólo un aspecto de la constitución del sujeto; se relaciona con el discurso cultural (arte, literatura, filosofía, etc.), y se conecta con las prácticas transgresivas en general, con la experiencia de cruzar límites y manejar prohibiciones. Kristeva sostiene que la abyección (lo abyecto) es lo que perturba identidades, sistema y orden y no respeta límites, posiciones ni reglas (Kristeva, 1982).

Tanto espacial como temporalmente, la abyección es la condición en la cual la identidad se encuentra perturbada, donde se produce un colapso del significado. De ahí la atracción que ejerce en el movimiento *queer* como en los artistas de vanguardia, ya que ambos quieren perturbar tanto el orden del sujeto como el de la sociedad” (Foster, 2001). Lo abyecto supone una corporalidad amenazante que el arte y la cultura intentan conjurar simbólicamente. Tanto lo abyecto cultural

¹⁶ Corpus posmoderno de teorías filosóficas, literarias y sociales donde la noción de deconstrucción ocupa un lugar relevante. Apareció en Francia en la década de 1960 y en las universidades de EE.UU. en la década de 1970.

como lo abyecto político-social se construyen no desde el cuerpo individual sino desde el cuerpo social. La experiencia estética vinculada con lo abyecto se integra en la corriente del “arte político”, que se nutre ideológicamente del feminismo, la teoría *queer* y el multiculturalismo. El tratamiento de la abyección en estas corrientes parte, más que de la repugnancia o el asco, del rechazo, de un rechazo marcado por los parámetros culturales de diferentes épocas o grupos (Martínez Arias, 2015).

Una cuestión clave que introduce la teoría *queer* es la crítica a la función normalizadora que tiene la identidad, donde se cuestiona la posibilidad de cierta “esencia” que genera las identidades (ser mujer u homosexual, por ejemplo), señalando que las posiciones de los sujetos (sus identidades) forman parte de cierta normatividad. De esto se extrae que lo *queer* no sería tanto una conformación de una nueva identidad, distinta de otras, como la homosexualidad o la heterosexualidad, sino el señalamiento de ciertas prácticas de la vida cotidiana, el activismo o la investigación que contribuyen a ese cuestionamiento de la normalidad y de la reificación de las identidades (R. (Lucas) Platero Méndez, 2014a).

En este sentido, Vila Núñez (2018) comenta que el objetivo de la teoría *queer* no es la construcción de una “identidad *queer*”; para esta autora lo *queer* propone un movimiento postidentitario que intenta escapar de una lógica binaria. Vila Núñez también aborda el tema de la infancia, la “*crianza queer*”, escasamente abordado desde la teoría feminista y la *queer*. Alude con ella a los estilos parentales de crianza que van más allá del binarismo de género, repensando las maneras de formar familia y las redes de afectos, e insta a:

Convertir una vivencia sobre ser lesbiana, transexual, transgénero, queer, intersexual o tener una expresión de género que no es típica en el seno de la práctica de la crianza es un cuestionamiento de la normalidad y de los roles que se dan por hecho tradicionalmente, dando valor a lo extraño, infrecuente, torcido y lo que se puede entender como fracaso de una norma socialmente aceptada. El fracaso es entendido como un motor de cambio donde lo nuevo y lo deseable se redefine y permanece en el horizonte. El fracaso como alegría y ruptura, frente al triunfo banal y desposeído de futuro de la familia nuclear tradicional empeñada en replicar su imparable declive (Vila Núñez, 2018, p. 21).

Jack Halberstam cita al escritor y actor inglés Quentin Crisp para quien el fracaso puede ser un estilo (“*si al principio no tienes éxito, el fracaso puede ser tu estilo*”), o una forma de vida, como también reseñaba Foucault (Jack Halberstam, 2018, p. 15).

Vila Núñez, basándose en el libro publicado en 2011 por Jack Halberstam, “*The queer art of failure*” (*El arte queer del fracaso*) (2018), plantea que ser rara es ser trágica e implica fracasar.

“Las vidas queer están forjadas en el fracaso, no como depresión o imposibilidad de ser, sino como un continuo devenir abierto a la confrontación como forma de existencia. Un cúmulo de fracasos que nos dotarían no sólo de una especial resistencia frente a la adversidad, sino también de herramientas para el acceso al goce” (Vila Núñez, 2018, p. 23).

Esta tensión tendría dimensiones políticas en todos los órdenes, y por supuesto, también en la crianza.

Para Jane Ward (2008), la crianza *queer* es una manera de relacionarse con los niños, y se centra en tres intervenciones (Vila Núñez, 2018; Ward, 2008):

- 1) Desligando las nociones de “madre” y “padre” tanto de los cuerpos femenino y masculino, como de los roles habitualmente asociados y de las expectativas depositadas.
- 2) Respetando las diferencias de género de las criaturas, pero mostrándoles con orgullo escenarios más amplios de relaciones significativas de parentesco, de acceso a los imaginarios simbólicos a través del juego, del consumo, la vestimenta, y posibilitarles celebrar en toda su potencialidad la diferencia de género.
- 3) La crianza *queer* sólo puede existir reactualizándose, imaginando nuevas posibilidades de relación y vínculo, respetando el modelo familiar de parentesco elegido, y problematizando las lógicas socio-jurídicas y simbólicas heteropatriarcales.

En definitiva, se trata de alimentar y expresar un amor particular por la diversidad sexual y de género, diferencias que son un valor en sí mismo. La crianza queer conlleva un cuestionamiento encarnado que se practica desde la cotidianeidad. Es un fracaso necesario (Vila Núñez, 2018, p. 24).

Sheyla Jeffreys ubica explícitamente su trabajo dentro de la segunda ola de epistemología feminista del constructivismo social (2014, pp. 13-15) y en algunos aspectos tiene un gran parecido con el marco epistemológico aparentemente opuesto del esencialismo biológico que fija al sujeto feminista como una mujer. El marco epistemológico constructivista social de Jeffreys posiciona el género como un sistema opresivo de castas jerárquicas, de posiciones sociales distribuidas de acuerdo con la percepción del sexo corporal. Esto le permite argumentar contra las políticas de identidad de género, como las comunes en los discursos transgénero. Además, demuestra cómo la idea predominante de "género interno" dentro de los discursos transgénero choca con su propia conceptualización del género como una construcción social. Su argumento principal es que si el género prescribe un comportamiento estereotípico a las diferentes castas sexuales y subordinadas a sujetos nacidos en mujeres, nunca puede ser un lugar de empoderamiento feminista. Tomar voluntariamente una "identidad de género" es participar en este mecanismo patriarcal. Desde esta línea de pensamiento, las políticas de identidad en general no son sólidas desde una perspectiva feminista rigurosa, porque obstruyen el "análisis político estructural" de su propia construcción opresiva (Jeffreys, 2014).

Jeffreys, respecto al discurso transgénero en particular, hace dos acusaciones relacionadas: en primer lugar, afirma que los sujetos transgénero de hombre a mujer se apropian de la posición subordinada de género femenino en busca de excitación sexual masoquista; mientras que los sujetos transgénero de mujer a hombre, buscan subir la escalera de la jerarquía de género precisamente debido a la subordinación de las mujeres. Ambos se están apropiando de la construcción social del género como un sistema de castas que, según Jeffreys, debe abolirse por completo. En segundo lugar, su postura constructivista social la opone radicalmente a la idea de que el género tiene algo que ver con un sentido innato de sí mismo. Este es un lenguaje figurado común en los discursos transgénero y expresa la idea de que el sentido innato de uno mismo sobre el género puede diferir del género asignado al sexo corporal de uno. En resumen, la tesis principal es que el discurso transgénero es esencialista en la atribución de género (Jeffreys, 2014).

Gayle Salamon (2010) toma como punto de partida la disputa entre Judith Butler (2007), que afirma que el yo de género está socialmente construido, y teóricos

trans, como Jay Prosser (1998), quien en lugar de tomar la transexualidad como evidencia de la construcción del género, lo señala como evidencia de algo que trasciende esa construcción. Salamon considera que la imagen corporal de una persona no es innata, sino que se construye con el tiempo a través del contacto experiencial con el mundo (incluidas las interacciones con los otros). Por ello argumenta que la falta de ajuste, entre el sentido del cuerpo y apariencia externa, que experimentan algunas personas trans es, de hecho, generalizada y relevante tanto para las personas trans como para las no trans. Esta disyunción no necesariamente debe ser vista como una estructura patológica (Salamon, 2010). Sin embargo, no está claro cómo tal explicación ambiental puede explicar la génesis de las experiencias trans de "encarnación incorrecta". No todas las mujeres trans poseen una identidad propia consciente de ser mujer (o niña) desde una edad muy temprana; ni todos los hombres trans poseen una identidad propia consciente de ser hombre (o niño) desde el principio. Imaginemos, por ejemplo, una mujer trans que es criada para verse a sí misma como hombre y para seguir las normas de género "apropiadas". Esta persona debería, por la influencia ambiental, desarrollar una imagen corporal que se describiera como "masculina". De acuerdo con las normas externas de género y la identidad de género internalizada, esta persona generalmente habrá tenido los tipos de experiencias mundanas interactivas que se esperaría que produjeran esa imagen. Por lo tanto, si existe una imagen incongruente con el género asignado, no debe haberse desarrollado de manera ambiental.

Christine Overall lleva a cabo un proyecto feminista no trans para encontrar bases de solidaridad entre las feministas no trans y las personas trans. Overall distingue entre identidades adquiridas y aspiracionales. Las primeras se asignan o ganan y no se requiere trabajo mantenerlas, por ejemplo, ser madre biológica. La identidad aspiracional, por el contrario, requiere un trabajo constante para mantenerse, por ejemplo, ejercer de madre, que requiere de un mantenimiento constante. Para ella la identidad de género (referida a las categorías sociales niño-hombre y niña-mujer) es de naturaleza aspiracional; pues se aspira a ejemplificar un género a través de auto-presentación, de actividades corporales y roles de género, que deben ser continuas para el mantenimiento de la identidad de género (Overall, 2012).

Overall considera que las personas trans y cis, en general, tienen las siguientes características en común:

- Con respecto a la identidad aspiracional, ambas están inmersas en un sistema de mantenimiento obligatorio de género.
- Ambas están sujetas a restricciones sobre cómo se mantienen sus identidades de género, a la vez que ofrecen diversas oportunidades para expresar sus identidades
- Ambas están expuestas a varios peligros relacionados con el mantenimiento de género (por ejemplo, las personas trans pueden ser objeto de violencia transfóbica por "tergiversar" su estado genital, mientras que las mujeres cisgénero pueden estar sujetas a violencia sobre su presentación de género).
- Finalmente, y en contra de una suposición común, ambas pueden experimentar formas de continuidad y discontinuidad en sus aspiraciones de género. Por ejemplo, una persona trans puede albergar aspiraciones de género de ser una niña-mujer durante la mayor parte de su vida, mientras que una mujer cis puede, como consecuencia del feminismo, alterar sus aspiraciones femeninas.

3.2. Críticas a los feminismos y teoría queer

La teoría de Butler, tiene la ventaja de responder a la suposición de Raymond de que todo comportamiento de género es inherentemente replicativo de las normas sexistas y proporciona una base teórica para el potencial subversivo de algún rendimiento de género extraño, al descartar una visión que considera el sexo biológico masculino o femenino como independiente de la cultura. Por ello su trabajo es muy compatible con la teoría y la política transgénero. Sin embargo, la teoría de Butler también tiene algunas dificultades importantes que han llevado a algunos académicos trans a hacerle objeciones. La tensión parece derivar, en parte, de que Butler pretende defender algunas formas de comportamiento de género *queer* en oposición al comportamiento de género heterosexual.

En efecto, en el modelo de Butler, el beneficio de género transgresor está estrechamente relacionado con la sexualidad no heterosexual (Prosser, 1998). Lo que

falta en tal explicación es el reconocimiento de la opresión trans como una modalidad distinta en algunos aspectos del heterosexismo.

Se critica a la teoría feminista y la *queer* que, al tener antecedentes sociales constructivistas, en su conceptualización del género, carecen de la capacidad de permitir que las personas se identifiquen fuera del binario tradicional del hombre o la mujer. Los puntos de vista constructivistas sociales tienen como objetivo comprender las complejidades de la opresión y la formación de la identidad de género de las personas transgénero, pero hay autores que critican estos enfoques, alegando que no tienen en cuenta la elección personal, la autoconstrucción de la identidad, pues suponen que el género y la identidad se limitan a binarios "normales" (hombre-mujer) (Nagoshi, Nagoshi, & Brzuzy, 2014). Tauchert (2002) en su crítica a este enfoque constructivista social, comenta que eso ha llevado a que lo *trans* sea una ideología de la "mente sobre el cuerpo", teniendo como consecuencia disminuir la posibilidad de las múltiples variables a las que se refiere el paraguas trans.

Un modelo constructivista social incluiría cómo la sociedad y el medio ambiente crean y cambian las normas sociales y los desafíos que enfrentan muchas personas dentro de la sociedad. Sin embargo, los teóricos trans describen este modelo como "problemático", porque si bien el constructivismo social reconoce que existe una fluidez de identidad de género, conserva la noción de género binario (Nagoshi & Brzuzy, 2010). Así se incluirían la conceptualización de "ambos-ninguno", que contrasta con los puntos de vista esencialistas binarios "normales" que muchos profesionales aún tienen. El punto de vista esencialista se basa en binarios fijos de género (hombre-mujer), que solo reconoce el binario después de la transición completa de una persona trans. Y reconocer la identidad como solo hombre o mujer sería la esencia de las perspectivas teóricas tradicionales. En esa línea, autores como Dave King (1998), Jay Prosser (1998) y Bernice Hausman (2001), sostienen que los estudios *queer* descuidan las experiencias vividas de las personas transgénero. Para Prosser, "*los estudios queer han convertido al sujeto transgénero, el sujeto que cruza (crossing) los límites de género, en una figura queer clave*" (Prosser, 1998, p. 5).

El trabajo de Prosser en particular puede leerse como una deliberación sobre las contradicciones entre las narrativas transgénero de autenticidad y la desestabilización de la identidad de la teoría *queer* como un dispositivo de categorización.

Por lo tanto, Prosser diferencia entre transexuales que buscan un "hogar" de género (*passing*) y aquellos que viven en las "tierras fronterizas" entre géneros (*crossing*). Prosser propone una distinción entre transgénero y transexual para evitar la "universalización de lo trans" (Prosser, 1998). Pero esta distinción es problemática en el sentido de que, si bien es crucial teorizar las diferencias subjetivas bajo el paraguas del concepto "transgénero", se cambian los significados de la negación. Al ver la transexualidad como representante de una experiencia "auténtica", el transgénero se posiciona como un sujeto posmoderno casi frívolo. Paradójicamente, tales críticas al universalismo pueden recurrir a categorías esencialistas que implican que todas las narrativas transexuales son iguales, y niegan instancias de incomodidad de género dentro de otras posiciones del sujeto, ya sea trans o no trans.

Halberstam se fundamenta en la teoría poscolonial para criticar la ubicación de Prosser de las identidades transgénero y transexuales, ya sea en el "hogar" o en las "fronteras". Argumenta que el análisis de Prosser sobre la transexualidad depende de una estricta demarcación del género: "*se basa en una creencia en los dos territorios del hombre y la mujer, divididos por un borde de carne y cruzados entre cirugía y endocrinología*" (1998, p. 164). Prosigue comentando que más bien, "*algunos cuerpos nunca están en casa, algunos cuerpos no pueden simplemente pasar de A a B, algunos cuerpos reconocen y viven con la inestabilidad inherente de la identidad*" (1998, p. 164). Halberstam afirma que "*el viaje de regreso a casa para el transexual puede ser a expensas del reconocimiento de que otros están permanentemente desplazados*" (1998, p. 171). Por lo tanto, Halberstam, al defender una política de movilidad transgénero, desvía el foco de los debates dentro de los estudios transgénero sobre quién o qué constituye el sujeto transgénero "real". Estos desplazamientos identitarios se deben a que lo *queer* nunca, o en menor medida, se ha referido tanto a una identidad como a un modo particular de crítica política y de resistencia; una crítica política al heteropatriarcado y una resistencia a las normas, entendidas como respetables pero opresivas, respecto al género y la sexualidad. Jack Halberstam ofrece una redefinición de la identidad política refiriéndose a una vida *queer* en la cuerda floja respecto de lo que se considera respetable y seguro (2018).

3.3. Teoría transgénero

Teóricas feministas como Cressida J. Heyes (2003) y teóricas *queer* como Talia Mae Bettcher (2014a), creen que estas teorías son las más útiles cuando se trabaja con la comunidad trans. Heyes (2003) opina que la teoría feminista es la más beneficiosa para trabajar con la comunidad trans debido a su paradigma. Permite binarios más claros y permite que las personas trans busquen la igualdad de género desde una perspectiva feminista. Mientras que Bettcher (2014a) cree que la teoría *queer* beneficia a las personas trans debido a su amplia aceptación de la comunidad trans dentro del género binario. Esta aceptación permite disminuir la opresión dentro de la comunidad trans (Bettcher, 2014b).

Falta en las teorías feminista y *queer*, que sí se aborda en la teoría transgénero, la idea de encarnación y el papel de la autoconstrucción como un "*proceso narrativo y que este aspecto autónomo del yo existe en relación con el entorno social y en sus interacciones*" (Shotwell & Sangrey, 2009, p. 61). Existe una brecha en las teorías actuales aplicables a la teoría trans, y es que no se centra en la experiencia vivida de la comunidad trans. Muchos de los modelos posmodernos, como las teorías feminista y *queer*, no incluyen el "sentido de sí mismo" o el impacto de las estructuras sociales dentro de la sociedad, y eliminan la expresión de fluidez y pluralidad que las personas trans pueden experimentar. La teoría transgénero intenta hacer de estas experiencias una parte integral del trabajo constructivo con la comunidad trans; a partir de este hecho, se ha entendido más ampliamente que la aceptación en la sociedad desde muchos niveles, como la identidad, la escuela, el trabajo y la familia pueden ser muy beneficiosos para la persona trans (Nagoshi & Brzuzy, 2010). En contra de esta idea, Shotwell y Sangrey reconocen que las teorías feminista y *queer* pueden adaptarse e incorporar el concepto de autoconstrucción y el de las experiencias vividas (Shotwell & Sangrey, 2009), fundamental para entender a las personas y al colectivo trans y que, generalmente, se obvia en los trabajos, investigaciones y teorías.

Autoras como Katrina Roen, (2002) y Bernice Hausman (2001) optan por la necesidad de una teoría que se centre únicamente en la comunidad trans, y no solo en aspectos como la identidad, la inclusión, u otros esencialismos. La teoría transgénero pretende abarcar todos estos aspectos.

Un componente importante, que detalla Bernice Hausman, es que la agencia transexual es intrínsecamente cómplice del modelo médico. Para ella, los

transexuales se definen por su deseo de conversión quirúrgica, y su subjetividad está constituida por y a través de relatos médicos de transexualidad. Más allá del modelo médico, ninguna subjetividad transexual es posible en absoluto (Hausman, 1995). Hausman señala la existencia de una tensión autodestructiva entre las afirmaciones transexuales de haber sido siempre "el otro sexo" todo el tiempo y la demanda de cirugía de cambio de sexo (1995, p. 148). Cabe pues la reflexión de que, si siempre se tuvo ese sexo, ¿por qué la cirugía de cambio de sexo?

En respuesta a esta pregunta, Jay Prosser (1998) argumenta que la narrativa autobiográfica es esencial para comprender la subjetividad transexual. Esta narrativa autobiográfica, requerida por el clínico, y luego quizás entendida a través de una autobiografía formal, permite a los transexuales conferir inteligibilidad a sus vidas (Prosser, 1998). Las tensiones entre haber pertenecido siempre a un sexo, por un lado, y pasar por un proceso quirúrgico de cambio de sexo, por el otro, son simplemente constitutivas de los tipos de tensiones que surgen en la narrativa autobiográfica (Prosser, 1998).

Hausman también considera la política transgénero como una posible fuente de resistencia a la concepción médica de la transexualidad (1995). Para ella la posibilidad de que las personas trans vivan en desacuerdo con la regulación médica del género, pone de relieve la reducción de la subjetividad transexual a complicidad con lo médico. Algunos activistas transgénero adoptan esta posición sobre los transexuales, pero sin embargo Hausman no aborda el punto principal de que existen formas de subjetividad trans más allá del modelo médico¹⁷ (Bettcher, 2014a).

Desde una perspectiva trans, este punto de vista, comprende la complejidad de la identidad y el etiquetado, intentando asumir los desafíos y las dificultades de la comunidad trans, incluyendo el desafío del esencialismo y el constructivismo

¹⁷ Uno de los resultados del trabajo de Hausman, así como la nueva introducción de Raymond a "*The Transsexual Empire: The Making of the She-Male*", fue el reconocimiento entre los académicos trans de la fragilidad de los estudios transgénero. Preocupada por la continua transfobia por parte de algunas escritoras feministas no trans, C. Jacob Hale redactó en 1997 "*Suggested rules for non-transsexuals writing about transsexuality, transsexualism, or trans*" (Reglas sugeridas para los no transexuales que escriben sobre transexualidad, transexualismo o trans) con la intención de ayudar a las personas no trans a escribir sobre personas trans evitando perpetuar estrategias y representaciones transfóbicas (citado por Bettcher, 2014a).

social, que tradicionalmente han informado las interpretaciones teóricas de género y trans (Galupo, Henise, & Mercer, 2016).

El modelo de teoría transgénero incorpora tanto una fluida encarnación de sí mismo como una autoconstrucción de identidad que se inserta en el contexto de la experiencia vivida de una persona trans y las expectativas sociales. Estos principios de la teoría transgénero dispersan la idea de una visión "esencialista" del género basada en el cuerpo (Tauchert, 2002). Esta teoría alienta a los profesionales a cuestionar y reflexionar sobre los estereotipos y paradigmas que pueden tener ellos mismos.

Roen (2002) había criticado teorías anteriores asociadas con grupos minoritarios y grupos trans. La teoría reformista de Roen combina un punto de vista social constructivista, al tiempo que incluye un enfoque significativo en la experiencia vivida del individuo. La teoría permite a las personas trans elegir en qué perspectiva quieren que se centren los profesionales que les acompañan. Podrían darse dos vías:

- 1) Las personas elijen dónde se identifican en el espectro trans y el profesional trabaja con ellas en este ámbito.
- 2) No necesariamente hay una etiqueta y se trabaja con ellos de manera transparente (Nagoshi & Brzuzy, 2010).

El uso de estas reglas alentaría continuamente a una persona trans a empoderarse en su identidad, elegida en todo momento.

La teoría transgénero permite un amplio espectro de ideas donde se incluyen los conceptos de fluidez en la identidad, encarnación para uno mismo y una identidad social y autoconstruida, conceptos que permiten la comprensión y el conocimiento de las identidades oprimidas interseccionales. La teoría considera las abundantes experiencias diferentes de encarnación y opresiones sociales que están asociadas con múltiples identidades sociales. Además, la narración de las experiencias vividas se prioriza dentro de este proceso y nuevamente la comprensión individual de estas experiencias es primordial para la individuo y, muy importante, para el profesional, ya que permite comprender estas identidades con un enfoque centrado en la persona.

Este enfoque permite que la persona trans se empodere a lo largo de este proceso teórico (Nagoshi & Brzuzy, 2010; Nagoshi et al., 2014). Además de ser la primera vez que una etiqueta no se ha puesto en una persona trans, significa un

cambio en la comprensión de la identidad de estas personas dentro de un binario de género fijo. Este modelo anti opresivo y antidiscriminatorio brinda un enfoque teórico fresco y único, personalizado, que enfatiza tanto la importancia de la autoidentificación de una persona trans, como la ausencia de ciertas etiquetas, permitiendo una comunicación mucho más abierta y honesta y un proceso analítico que incluye la experiencia vivida de cada persona trans.

A nuestro juicio, tanto las teorías feministas como queer, no tienen porqué dejar de lado la autoconstrucción de la identidad y la experiencia de vida. Recordemos que Jay Prosser (1998) ya argumentaba que la narrativa autobiográfica es esencial para comprender la subjetividad trans. La narrativa autobiográfica, requerida por profesionales, y luego entendida a través de una autobiografía formal, permite a las personas trans conferir inteligibilidad a sus vidas.

Hemos tratado en este capítulo cómo el concepto de identidad de género e identidad trans se han deconstruido a través del feminismo posestructuralista, la teoría *queer* y la teoría transgénero, reconociendo la diversidad de las subjetividades trans. En el siguiente capítulo abordaremos la situación en España, su historia, la construcción legislativa de la identidad de género y la atención médica a las personas trans en las tres últimas décadas.

4. El colectivo trans y su atención médica en España

“Un proceso de reasignación de género en una sociedad dominada por el axioma del binarismo sexual y donde los espacios sociales, laborales, afectivos y económicos están segmentados en términos de masculinidad o feminidad, de heterosexualidad o de homosexualidad, es cruzar la que es quizás, junto con la raza, la más violenta de las fronteras políticas inventadas por la humanidad y se convierte en un acto herético, ya que contradice los postulados de la religión científica de occidente” (P. B. Preciado, 2019, p. 30).

4.1. Historia del colectivo trans en España

A lo largo del siglo XIX (y especialmente a partir del 1870), se fue asentando la tendencia a individualizar el abordaje de los casos de intersexualidad, basándose en la inspección y examen físico. Como ejemplo ilustrativo, en 1879, Vicente Peset, médico valenciano, en uno de estos exámenes, recomendó a los padres de un bebé con genitales ambiguos no rectificar el sexo registral y “esperar a la llegada de la edad de las pasiones” (citado por Vázquez García & Cleminson, 2012, p. 111). Para Peset, la futura orientación sexual tuvo más importancia que los genitales ambiguos del bebé y que la presencia de las gónadas masculinas que objetivó. En este caso, la orientación sexual podía haber sido definitoria de la identidad sexual, ya que el binarismo sexual y la heterosexualidad eran el único marco de posibilidades del momento. Nos congratula que hace casi 150 años prevaleciese el humanismo antes que el intervencionismo médico. En el año 1926 Gregorio Marañón publica tres trabajos: “Tres ensayos sobre la vida sexual (Sexo, trabajo y deporte)”; “Maternidad y feminismo”; y “Educación sexual y diferenciación social”, y en el año 1930 publica “La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales” (Marañón, 1930). Por la incidencia social que tuvieron, todos ellos son esenciales para comprender las cuestiones que aquí nos ocupan. Recordemos que en el año 1925 Marañón institucionalizó la endocrinología médica como una especialidad en España:

Con la aparición de la endocrinología, la sexualización del cuerpo ya no estuvo restringida a características anatómicas. Los endocrinólogos localizaron la esencia de la feminidad y la masculinidad en las sustancias

químicas segregadas por las gónadas: los ovarios y los testículos. Por primera vez en la historia de las ciencias biomédicas, el sexo fue atribuido a sustancias químicas además de a estructuras corporales tales como órganos y células (Castejón Bolea, 2013, p. 3).

La teoría de la intersexualidad de Marañón mantenía y reforzaba el dualismo de género y las diferencias entre sexos. La configuración sexual de cada individuo sería siempre una mezcla de caracteres sexuales femeninos y masculinos, y el sexo visible sería el resultado del balance hormonal en cada caso. Su noción de la intersexualidad, como la de homosexualidad, no dejaba de ser la presencia de características de un sexo en el otro. La diferenciación sexual, para Marañón, es un proceso de progreso sobre la inevitable intersexualidad, pues concibe al ser humano como sede de un conflicto donde el sexo predominante debe subyugar y derrotar al sexo secundario (Marañón, 1930).

Aunque su obra tiene una lectura reformista evidente, porque apoyó la despenalización de la homosexualidad, en conferencias como “Biología y feminismo”, impartida en 1920 en Sevilla, se posicionaba en contra de toda una corriente científica que no hizo más que agravar el desprecio hacia la condición femenina y asentar su supuesta inferioridad biológica (Vázquez García & Cleminson, 2012, p. 156).

Tras su regreso a España, en 1943, y en el contexto de la posguerra y la represión, la voz de Marañón en estos temas se acalló, como se acallaron muchas otras. Era tiempo de silencio (Castejón Bolea, 2013). Con la llegada del franquismo tuvo lugar un cambio radical en las dinámicas sociales y en el debate científico. El poder y la perdurabilidad del régimen se cimentaron en cambios sociales profundos (Cayuela Sánchez, 2014). Existía una voluntad clara de eliminar cualquier rastro de la cultura republicana, y una de las herramientas utilizadas fue un discurso médico-científico al servicio del poder.

Para entender cómo afectó el nuevo orden biopolítico del régimen franquista a la sexualidad, debemos recordar que uno de sus pilares era la familia tradicional, que pasó a ser el centro de la producción científica al respecto, relegando de nuevo la sexualidad a un mero papel reproductivo, acorde con el catolicismo propio de la época. La reafirmación de la separación estricta de los sexos y sus

roles era absolutamente necesaria para este cometido (Vázquez García & Cleminson, 2012, p. 195).

A nivel legislativo, en 1954, el gobierno de Franco modifica la Ley de Vagos y Maleantes del año 1933 para incluir a “homosexuales, rufianes y proxenetas” (BOE, 1954) entre los condenables a realizar por un tiempo, que se presentaba en el texto legislativo como “absolutamente indeterminado”, estancias de reeducación en prisiones, Colonias Agrícolas y en las “Casas de Templanza” (Picornell, 2010, p. 286). En la Ley de 1954 se añade: “*Los homosexuales sometidos a esta medida de seguridad deberán ser internados en instituciones especiales y, en todo caso, con absoluta separación de los demás*” (BOE, 1954, p. 4862).

En 1970 se establece la “Ley sobre peligrosidad y rehabilitación social”, que sustituye a la “Ley de vagos y maleantes” para el control de todos los considerados antisociales. En esta ley se modifica la condena a los “homosexuales” con la frase “*los que realicen actos de homosexualidad*” (BOE, 1970, p. 12553). Esta modificación, a juicio de Mercè Picornell (2010), anula la posibilidad de concebir la homosexualidad como una “identidad”, en un momento en el que en el ámbito internacional emerge como sujeto de reivindicación política. Nace también con esta ley una nueva categoría, la de los “peligrosos sociales”, “*un término que será reutilizado en los medios alternativos para crear un nuevo sujeto colectivo de lucha que se define bajo la rúbrica común de la marginación y que se representará a menudo con la imagen de un travesti*” (Picornell, 2010, p. 287)

En España los transexuales no emergen, como sujetos políticos, hasta la transición democrática, y este hecho está ligado tanto a la liberación homosexual y a la lucha contra la ley de peligrosidad social, como a que la Medicina estaba ya técnica y epistemológicamente preparada para recibir el nuevo concepto de transexualidad.

Tras la muerte de Franco y con la llegada de la transición democrática, la transexualidad sería progresivamente aceptada en España en un periodo (desde la década de los años 80 hasta los primeros años del siglo XXI) en el que, sin embargo, los derechos de las personas transexuales siguieron invisibilizados. A comienzos de los años ochenta, la homosexualidad masculina se entendía socialmente como la más legítima entre las distintas formas de disidencia sexual, lo cual colaboró a que, alcanzada cierta aceptación social, se considerara

contraproducente visibilizar “en exceso” la causa de personas transexuales y transgénero. Para ayudarnos a entender mejor el desarrollo histórico de este proceso, basándonos en los descritos por Guasch y Mas (2014) pero con algunas modificaciones cronológicas, estableceremos tres periodos temporales:

1. El primer periodo comprendería los últimos años del franquismo y los años de la transición democrática, y está acotado por las leyes de 1970 y 1983 respectivamente. En este primer periodo se utilizaban categorías como travesti y travesti operado. Es un contexto de intensa transfobia y homofobia social, con leyes que penalizan la homosexualidad como la anteriormente mencionada “Ley 16/1970, de 4 de agosto, sobre peligrosidad y rehabilitación social” (BOE, 1970), y en el que socialmente la figura del transgénero es encarnada por algunos hombres homosexuales que destacan por su marcado afeminamiento. Supuestamente, esa homosexualidad radicalmente afeminada de los travestis, según la concepción de la época, les llevaría a desear ser (o parecer) mujeres (Guasch & Mas Grau, 2014). La segunda ley es la derogación de la prohibición de la cirugía de reasignación genital por la modificación del Código Penal en 1983.

Durante la dictadura, son la represión legal y la clandestinidad las que condicionan la vida cotidiana homosexual (Olmeda, 2004). La homosexualidad se define como delito en 1954 mediante la reforma de la Ley de Vagos y Maleantes de 1933 (1954). En 1970 se promulga la Ley de Peligrosidad Social, que sustituye a la ley anterior y pretende la rehabilitación social de las personas homosexuales mediante penas de prisión.

A lo largo de la transición democrática tras la muerte del dictador, se van asentando toda las transformaciones sociales iniciadas en los años sesenta gracias a la progresiva apertura cultural hacia Europa y al desarrollismo económico. Dentro de estas transformaciones sociales y políticas aceleradas, la sexualidad y el género experimentarían cambios importantes. El término que se utiliza para nombrar la realidad transgénero en España es el de travesti. Para Guasch y Mas (2014) esta categoría plantea un problema de clasificación, porque se trata de una figura que violenta los sistemas estándar de representación cultural del género y crea una suerte de terror por su condición de ser limítrofe, en el sentido de que es una clase radical de hombre afeminado, un sujeto que ocupa una posición ambigua (límite) en relación a las

categorías de género (Guasch & Mas Grau, 2014), “*durante la transición a la democracia se produce en España una suerte de paralelismo entre dos formas de liminalidad: por un lado, está la liminalidad política que implica el tránsito de un estado dictatorial a otro democrático. Por otro lado, está la liminalidad transgénero encarnada en la figura del travesti*” (Guasch & Mas Grau, 2014, p. 3). En esa época, el término travesti incluía al conjunto de las mujeres transgénero, mientras que el concepto de “travesti operado” se usaba específicamente para nombrar a las mujeres transexuales con reasignación quirúrgica del sexo.

Mercè Picornell, en su artículo “¿De una España viril a una España travesti? Transgresión transgénero y subversión del poder franquista en la transición española hacia la democracia” (2010), cita la anécdota de la detención en julio de 1978, en Barcelona, de José Ocaña y del dibujante Nazario, aplicándoles la Ley de Peligrosidad Social, instaurada por el régimen franquista y que todavía seguía vigente en esa época. Comenta Picornell cómo Nazario iba travestido con un “*estrafalario vestido con volantes*” y con su habitual bigote. Este aspecto, en el que coinciden elementos masculinos y femeninos, distorsionaba la imagen de un régimen que utilizaba la virilidad como símbolo de su poder, como atributo indispensable del ejercicio de su autoridad. Para ellos “*la imagen del travesti (siempre en forma de hombre vestido de mujer) deviene una metáfora recurrente de la transición política entre la dictadura franquista y un nuevo estado democrático todavía en proceso de definición*” (Picornell, 2010, p. 283).

Para la sociedad española de los años 70 y de la transición, la categoría homosexual también se aplica a los travestis, y en función de la intensidad del deseo que los homosexuales afeminados sienten por ser mujeres, podían iniciar un proceso que llevará a convertirles en travestis primero y finalmente en travestis operados. Hasta 1983, año en el que se despenalizó la cirugía de reasignación genital, las mujeres transexuales (o los travestis) que querían operarse tenían que viajar al extranjero, sobretodo a Casablanca (Marruecos) (Guasch & Mas Grau, 2014).

Un cambio político importante se produjo en 1979, cuando fue derogada la Ley sobre peligrosidad y rehabilitación social y en 1980 cuando fueron legalizadas las asociaciones de homosexuales (R. Platero Méndez, 2009).

En esa época, se ve a los travestis como formas extremas de homosexualidad en las que ciertos varones afeminados intentan aproximarse a las formas estereotipadas de ser mujer, pero la transexualidad era algo desconocido.

2. La categoría transexual es hegemónica de un segundo periodo que se extendería desde 1983 hasta las reformas legales que se llevaron a cabo a partir del año 2005, con la legalización del matrimonio homosexual. Este periodo se caracteriza por una etapa democrática más consolidada y con un marcado desarrollo social y económico (primer gobierno del PSOE e ingreso en la Unión Europea), en la que España introduce y socializa las formas anglosajonas de organización social de la homosexualidad (Guasch & Mas Grau, 2014). En este periodo, la homosexualidad masculina inicia un proceso que va a encumbrarla socialmente, tal y como ya hemos comentado anteriormente, como la forma más legítima de disidencia sexual. Según Oscar Guasch y Jordi Mas (2014), en esta etapa, en la medida que las personas homosexuales adquieren respetabilidad social, la excesiva visibilidad de las personas transexuales y transgénero se considera como un error estratégico en el combate por la conquista de la aprobación social, donde el afeminamiento estereotipado dejó de ser funcional como instrumento de búsqueda de tolerancia social. Es en este contexto democrático menos homófobo y de masculinización de la homosexualidad, donde curiosamente se fomentó el estigma de transexuales y travestis, que todavía eran pensados como formas extremas de homosexualidad (Guasch & Mas Grau, 2014).

Gayle Rubin analizando las jerarquías sexuales y de género en su artículo "Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad" (Rubin, 1989), describe cómo las sociedades occidentales aceptan primero a los gays, más adelante, a las lesbianas, y solo mucho más tarde se ocupan de las personas transgénero, cuyas necesidades y derechos tardaron mucho en ser reconocidos. Esta descripción es perfectamente ajustable a lo vivido en España.

La estigmatización de las formas transgénero, producida tanto dentro como fuera de las comunidades gays, tuvo como consecuencia la búsqueda de nuevas formas de legitimidad identitaria y corporal que se concretarán en las campañas por la despatologización de la transexualidad propias de este

periodo, y donde se intensifica la construcción social de la categoría transexual mediante los procesos de medicalización institucionalizados.

Aunque es en la década de los años 60 del siglo XX, que las investigaciones y las prácticas quirúrgicas realizadas con personas trans en la Universidad Johns Hopkins de Baltimore, y la publicación de la obra de Harry Benjamin, ayudan a legitimar la categoría de transexual tanto en los Estados Unidos como en Europa. En el caso español, sin embargo, la difusión social y cultural de la categoría transexual tendrá lugar dos décadas más tarde (Guasch & Mas Grau, 2014). Es importante destacar un obstáculo legal, y es que hasta 1983 no se despenaliza la cirugía de reasignación de sexo en España bajo la reforma del código penal, ya que chocaba con el delito de lesiones (en este caso por castración).

En España *“los primeros en definir y poner palabras a la cuestión trans son médicos”* (Missé, 2013, p. 38), y en este período y bajo el paradigma médico, los que anteriormente se nombraban como travesti y travesti operado pasan a ser catalogados como *“trastornos de la identidad de género”* (American Psychiatric Association, 1994), según las clasificaciones médicas vigentes en la época, pero *“tanto la cultura científica como la cultura popular utilizan de manera hegemónica la palabra transexual para referirse a las personas que modifican sus caracteres sexuales secundarios con hormonas y/o cirugías y que, además, pueden operarse (o no) los genitales”* (Guasch & Mas Grau, 2014, p. 7).

De la misma manera que en el resto de Europa, el protocolo médico español de atención a la transexualidad también es un producto importado de los EE.UU. Miquel Missé comenta como *“a lo largo de los años setenta y ochenta, muchos países europeos importan el modelo norteamericano de tal manera que se desarrollan y perfeccionan unidades en los departamentos de psiquiatría de los hospitales, especializados en el diagnóstico de la transexualidad”* (2013, p. 37). En España, la primera de las diversas unidades hospitalarias para tratar a personas transexuales, denominadas *“Unidades de trastornos de la identidad de género”* (UTIG), se inaugura en 1999 en el Hospital Carlos Haya de Málaga bajo el auspicio de la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía, hace apenas 21 años.

3. El tercer periodo marca un punto de inflexión en las estrategias políticas de gestión social de la diversidad sexual en España, ya que se pasa de la tolerancia propia del periodo anterior al reconocimiento y a la regulación a través de la ley. A la ley del matrimonio homosexual del 2005, se añade en 2007 la “Ley reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas” (Cortes Generales, 2007), que permite que las personas trans no tengan que realizarse una cirugía de reasignación genital para solicitar el cambio de nombre y de sexo en los documentos oficiales. Siendo una ley avanzada, sin embargo, establece que quienes solicitan el cambio de nombre deben acreditar el diagnóstico de “disforia de género” mediante un informe médico, persistiendo así la visión patologizante sobre las personas transgénero.

Esta última etapa se caracteriza por una mayor visibilidad social de las personas transgénero, al tiempo que se consolida la gestión biomédica de la transexualidad. También este último periodo se define por los movimientos a favor de la despatologización de la transexualidad, al considerar que la patologización funciona como un poderoso mecanismo de control social de todas aquellas expresiones de género que no se ajustan a la norma. Pero lejos de despatologizar la transexualidad, el estamento médico español tiende a realizar el diagnóstico a edades cada vez más tempranas (Guasch & Mas Grau, 2014).

Es un periodo donde se aportan nuevos conceptos y narrativas para pensar las realidades trans. En adelante, travestis y transexuales podrán ser, además, “transgéneros”. El concepto de transgénero es más amplio que el de travestismo y transexualidad. Fue introducido en los años 70 del siglo XX por Virginia Prince, mujer nacida varón, que se definía a si misma como travesti y que ya había fundado la primera asociación americana de *cross-dressers* y la revista “*Transvestia*”. Prince, debido a la connotación peyorativa que fue adquiriendo la palabra travesti, creó el término “*transgender*” (transgénero) con el que también se diferenciaba de las personas transexuales (Nieto Piñeroba, 2008). La palabra transgénero se utiliza para identificar a aquellas figuras sociales que, en múltiples culturas, desarrollan un género que se diferencia de las identidades de género binarias, diferente a la masculinidad y feminidad (Guasch & Mas Grau, 2014). También es un término habitual del activismo

político, que ha tomado fuerza en los últimos años, y que hace un cuestionamiento radical de la gestión médica de la transexualidad. Se podría decir que “*la transexualidad es la forma médica que la sociedad occidental da al transgénero*” (Guasch & Mas Grau, 2014, p. 8). La categoría *transexual* tiene así una definición normativa marcada por su origen médico, al haber unos agentes sociales que controlan su uso (médicos, legisladores, las propias personas trans) existiendo un conflicto sobre los límites que abarca (Weeks, 1989). A nuestro juicio, la diferenciación entre los términos transgénero y transexual es obsoleta y puede llegar a ser problemática al estar asociada a la deslegitimación de las personas transgénero, porque “no necesitan nada”, y a la estigmatización de las personas transexuales, por necesitar los dispositivos de modificación corporal. Así lo constatamos cuando vemos cómo se cuestiona el hecho de que las personas trans no binarias no existan para el sistema sostenido en las “Unidades de Trastornos de la Identidad de Género” (UTIG), ya que la adecuación a los estereotipos de género que se les pide, activa o pasivamente, a las personas trans en consulta reflejan el consenso social y médico respecto a esta dicotomía.

4.2. Construcción legislativa de la identidad de género

Las reivindicaciones de los derechos de las personas trans han tenido eco no solo dentro de las organizaciones LGTBI, sino también desde la cuarta ola del feminismo que se inicia a finales de los ochenta con el concepto de interseccionalidad de Crenshaw¹⁸ (1989), y con la celebración de la cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer de las Naciones Unidas, celebrada en Pekín en 1995, que podría considerarse el punto de partida de la incorporación de la perspectiva de género en todas las áreas políticas. Dentro de este feminismo, tienen cabida demandas concretas de los movimientos homosexuales y transexuales (R. Platero Méndez, 2009).

A esto habría que sumar la creciente visibilidad de las organizaciones de transexuales, a raíz de la Resolución de 1989 del Parlamento Europeo, que declaraba que los países miembros tenían que tomar medidas políticas para combatir la discriminación social contra las personas transexuales, y también se les pide,

¹⁸ Con la publicación de su artículo “*Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*”.

entre otras medidas, que la Seguridad Social se haga cargo de los gastos de tratamiento psicológico, endocrinológico, plástico-quirúrgico y estético.

Sumándose a esta Resolución del Parlamento Europeo destacan dos iniciativas internacionales. La primera, son los denominados Principios de Yogyakarta, sobre la “aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género” (Alston Philip, Anmeghichean Maxim, Cabral Mauro, Cameron Edwin, 2007). La segunda, es la plataforma internacional “*Stop Trans Pathologization*” (STP).

Respecto a los Principios de Yogyakarta, fueron redactados por un grupo de especialistas en derechos humanos en noviembre de 2006 en Yogyakarta (Indonesia), y publicados en 2007. Tratan sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género, y han sido ampliamente utilizados por instituciones de todo el mundo. Establecen unos estándares básicos para evitar abusos y dar protección a los derechos humanos de las personas lesbianas, gais, bisexuales y transexuales (LGTB), marcando claramente cómo la legislación internacional de derechos humanos debe proteger a las personas LGTB (Alston Philip, Anmeghichean Maxim, Cabral Mauro, Cameron Edwin, 2007).

Estos principios, definen la identidad de género como “*la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales*” (2007, p. 6). En su principio número 1 establece que: “*Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Los seres humanos de todas las orientaciones sexuales e identidades de género tienen derecho al pleno disfrute de todos los derechos humanos*” (2007, p. 10).

La plataforma internacional “*Stop Trans Pathologization*” (STP), trabaja a partir del año 2009 por la despatologización trans. Los objetivos principales de STP son:

La retirada de la clasificación de los procesos de tránsito entre los géneros como trastorno mental de los manuales diagnósticos (DSM de la American Psychiatric Association y CIE de la Organización Mundial de la Salud), el acceso a una atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta, el cambio del modelo de atención sanitaria trans-específica, desde un modelo de evaluación hacia un enfoque de consentimiento informado, el reconocimiento legal de género sin requisitos médicos, la despatologización de la diversidad de género en la infancia, así como la protección contra la transfobia (Stop Trans Pathologization (STP), 2013).

La iniciativa del parlamento europeo sobre “Derechos Humanos e Identidad de Género” (Consejo de Europa, 2009) dará lugar a que se precipiten cambios legislativos y de proceder en la asistencia médica a los colectivos trans.

Algunos países europeos comenzaron a reconocer los derechos de las personas transexuales con anterioridad a esta resolución. Son los casos de Suecia (1972), Alemania (1980), Italia (1982), Países Bajos (1985) y en Reino Unido, de manera más tardía, en 2004. En la España democrática, tal y como lo señala Platero (2009), la situación era más compleja:

Puesto que España carecía de una legislación que regulara o promoviera los derechos de las personas transexuales, fueron los juzgados quienes tuvieron que pronunciarse sobre sus derechos. En cuatro ocasiones, el Tribunal Supremo (entre 1987 y 1991) falló a favor de los derechos de las personas transexuales, basándose en los artículos de la Constitución sobre el libre desarrollo de la personalidad (art. 10), y sobre la no discriminación (art.14). También se reconocía el concepto de “sexo psicossocial” frente al sexo biológico, lo cual introducía novedades ante la perspectiva “natural” y biológica (R. Platero Méndez, 2009, p. 112).

Hay que tener en cuenta que, en las sociedades occidentales, el transgénero, además de ser una construcción social, es una construcción política (Nieto Piñeroba, 2008), y para las personas trans no es igual vivir en una sociedad que garantice las libertades políticas que en una sociedad con una manifiesta restricción de las mismas, visibilizada en unas legislaciones claramente

prohibitivas y punitivas. Tal y como comenta Daniel J. García, la era de los derechos solo es posible en tanto el sujeto se hace soberano de sí. Pero al final, se trata de un ser sujetado en un doble sentido. “*Por un lado sujetado a otro, donde entran en juego expertos, especialistas (médicos, psiquiatras, psicólogos, juristas), instituciones (familia, colegio, hospital). Por otro lado, sujetado a sí mismo, en constante construcción obsesiva de una identidad ante la cual queda atado*” (García, 2016, p. 84).

En España, la evolución del derecho respecto a las personas trans ha pasado por tres etapas:

1. Una primera, de “violencia jurídica”, como respuesta ante las amenazas de situaciones que podían violentar el orden y la normas establecidas, y que se caracteriza por la implantación de legislaciones prohibitivas y de sanción y/o tratamiento rehabilitador¹⁹, como son las leyes del franquismo de 1954 y la instauración de la Ley de Peligrosidad Social y Rehabilitación Social de 1970 (BOE, 1954, 1970).
2. Una segunda etapa, de “rectificación” que, con el desarrollo constitucional, lleva a la derogación de determinadas leyes y delitos. Ya comentamos anteriormente que el 26 de diciembre de 1978, se eliminó como delito la homosexualidad, siendo derogada completamente la ley que la penaba (1970) siete años después, el 23 de noviembre de 1985. En 1983, se deja de sancionar la intervención quirúrgica de las personas transexuales por la derogación de los artículos del Código Penal donde así se indicaba.
3. Y una tercera etapa, de sentencias y leyes específicas sobre la identidad de género, y que tienen su punto de partida en la “Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas” (Cortes Generales, 2007).

Como estamos viendo, la evolución de las legislaciones en materia de identidad sexual ha ido de la mano de los criterios médicos establecidos en cada época. Desde una perspectiva jurídica, la necesidad de reconocer lo que se ha

¹⁹ Estas leyes son las que condenaron entre otros, a Oscar Wilde, en 1895, a dos años de trabajos forzados en la cárcel por “*sodomía e indecencia grave*”; o al matemático Alan Turing condenado por su homosexualidad en 1952, también en el Reino Unido, y obligado a seguir un tratamiento de castración química, que le llevo al suicidio dos años después; a Magnus Hirschfeld que luchó por el reconocimiento social de hombres y mujeres homosexuales y por la anulación del artículo 175 del código penal alemán que castigaba las relaciones homosexuales.

denominado el “derecho a la identidad sexual” tiene su origen en la necesidad de redefinir el “sexo”, pero no desde los supuestos y planteamientos de las ciencias sociales, o desde las aportaciones del feminismo sobre las teorías del sistema de sexo-género, sino más bien desde la medicina y la sexología, que se replantean el concepto y el diagnóstico del sexo para realizar la asignación del “sexo legal” (Campos, 2001).

Como comenta Suárez Llanos, el “derecho a la identidad de género” es un derecho novedoso en forma y contenido que no se refiere solo a un asunto morfológico del sexo anatómico, ya que el concepto de “género” introduce una categoría mucho más amplia; si bien es cierto que esta ampliación normativa del género ya es consecuencia, como comenta Judith Butler, de que el sexo mismo es también una construcción social; de tal forma que el género viene a ejecutar una *performance*, una repetición de las significaciones establecidas por la categoría del sexo (2019).

El derecho moderno ha colocado en el centro de su construcción democrática de los derechos un nuevo y fundamental concepto, el de individuo no problemático, universal, libre, autónomo, autosuficiente y de deseos y voluntad propias. Así, y al servicio de todo este entramado práctico de autoridad, normatividad y teoría de descripción de esa normatividad:

“El Derecho moderno construye su sujeto universal. Pues el diseño neutral de sus criterios y la aplicación imparcial de las normas reclamaban un sujeto estable, homogéneo, identificable por idéntico a sí mismo, autorresponsable y legalmente vinculado al que referirse. Claro, los problemas llegan cuando adquirimos consciencia de que el sujeto universal protegido por los derechos y centro del Derecho está diseñado a imagen y semejanza de las personas que detentan el poder para dictar las normas jurídicas y proteger unos intereses frente a sus rivales. Pues bien, como este sujeto es el que da forma a la identidad normal, por ser normativa y a la inversa, el derecho a la igualdad pasa a referir la necesidad de asimilarse a tal individuo estable, único y universal para poder disfrutar de sus mismos derechos” (Suárez Llanos, 2019, p. 3).

De esta manera desde el derecho se concibió a la persona cisgénero y heterosexual como normal, y a los homosexuales y transgéneros como anormales; y en la medida que se alejaban de lo normal y de las normas, el afán jurídico fue sancionar o corregir la diferencia mediante la asimilación. Nuestro Derecho buscó esa asimilación, primero, sancionando porque sí o para curar, orientando su represión, tal y como aparece en la Ley 16/1970, sobre “peligrosidad y rehabilitación social”, a la “*rehabilitación mediante internamiento, reeducación, aislamiento, sumisión obligatoria a tratamiento ambulatorio, a vigilancia de la autoridad*” (art. 5 BOE, 1970).

Durante el desarrollo constitucional, en el año 1983, tal y como hemos comentado con anterioridad, se deja de sancionar la intervención quirúrgica de las personas transexuales. Al despenalizarse la cirugía transexual era cuestión de tiempo que una persona “reassignada quirúrgicamente” en su sexualidad reclamara una nueva identidad jurídica acorde con su nuevo sexo biológico. Pero los legisladores optaron por una omisión legislativa de la que se ocupó el Tribunal Supremo (TS) que, en su búsqueda de la asimilación anatómica y psicológica, asienta el criterio, en 1987, de “ficción de hembra” (Suárez Llanos, 2019). El TS establece que la transexualidad en este caso supone una operación quirúrgica que da lugar a una morfología sexual artificial de órganos unidos a otros caracteres psicológicos de identificación con el otro sexo, lo que permite definir la naturaleza del nuevo titular de derechos: una “*ficción de hembra*”. Y para fundamentar este modelo identitario, el TS explica que el Derecho protegerá esa ficción porque cumple el mismo papel que las hipótesis en las ciencias naturales (Suárez Llanos, 2019).

Una sentencia del TS comenta:

Los supuestos de ficción que contempla el ordenamiento jurídico privado han de aceptarse para la transexualidad, de manera que el varón operado transexualmente no pasa a ser hembra, sino que se le ha de tener por tal por haber dejado de ser varón por extirpación y supresión de los caracteres primarios y secundarios y presentar unos órganos sexuales similares a los femeninos y caracterología psíquica y emocional propias de ese sexo, debiendo corresponderse en la inscripción con la realidad en lo

referente al sexo y sus posibles modificaciones y rectificaciones (Tribunal Supremo, 1987).

De ese modo, parece que todos somos iguales en derechos mientras que seamos iguales a lo normal como personas, y si no lo somos, debemos parecerlo. El derecho se ha encargado, unas veces de castigar, de prohibir, de curar o incluso de “imaginar” lo que sea necesario para mantener la identidad homogénea. Veinte años después de esta sentencia del Tribunal Supremo, en la Ley 3/2007, “reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas”, se elimina la condición de cirugía, pero se mantiene la exigencia de asimilación al requerir informe psicológico de disonancia estable con el sexo biológico y tratamiento hormonal de dos años. Para Suárez Llanos, *“esta concepción que nuestro Derecho tiene del titular de los derechos evidencia dos cosas. Una, que es defectuosa. La otra que el Derecho es incierto y muy complejo”* (2019, p. 11).

La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (Parlamento Europeo, 2007) y el art. 10.1 de la Constitución Española (Cortes Generales, 1978), promulgan que *“la dignidad humana deber ser respetada y protegida”* igual que los derechos inviolables que le son inherentes, así como el libre desarrollo de la personalidad; y lo proclaman constituyendo un mandato que debe presidir todas las actuaciones normativas y, por supuesto, también la legislativa. El libre desarrollo de la personalidad a que la dignidad se refiere, como dice el artículo 10 de la Constitución Española, se desarrolla en torno al eje de los valores superiores de la libertad, la igualdad, la justicia y el pluralismo, concretándolos; y es libertad que se vincula al “pluralismo de opciones personales y a la preeminencia que posee el libre desarrollo de la personalidad”. Por eso *“el libre desarrollo de la personalidad se proyecta en todas aquellas decisiones que una persona toma durante su existencia y que son consustanciales a la determinación autónoma de un modo de vida y de una visión de su dignidad como persona”* (Salazar Benítez, 2015, p. 105).

Pues bien, la exigencia de reasignación física, quirúrgica u hormonal, para alcanzar el libre desarrollo de la personalidad viola ese derecho fundamental, llevándose por delante el capítulo completo de los derechos fundamentales, que en su título Primero está presidido por la dignidad. No hay justificación ni en lo

sanitario, ni en lo biológico, ni en lo moral; la única moral de nuestro Derecho es la que se sustenta en la libertad, la dignidad y el pluralismo, con el límite de un orden público que *“está orientado a la tutela de los derechos fundamentales, interpretados de acuerdo con los fundamentos del orden político y la paz social que son la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad”* (Presno Linera & Jimenez Blanco, 2014, p. 15)

Tampoco se puede justificar en términos paternalistas. No olvidemos que el paternalismo, en general, vulnera la esencia de la dignidad y la libertad de la persona. Excepcionalmente puede justificarse un paternalismo si sirve a la protección de la persona como medio de garantizar sus derechos en casos de un cierto tipo de “incompetencia” objetiva. Pero no se justifica ningún tipo de paternalismo ni para la reasignación física, ni para el tratamiento hormonal, ni para certificados psicológicos de estabilidad en el desarrollo libre de la personalidad.

La ley 3/2007, puede interpretarse como un comienzo, aunque insuficiente, de priorización de la libertad sobre la biología, ya que plantea el reconocimiento amplio del derecho a la identidad de género y de todos los derechos involucrados en el mismo, y que los encontramos dentro de la Constitución Española (1978), de los que podemos mencionar: la protección de la salud (art. 43.1); la integridad física y moral (art. 15); la intimidad y la propia imagen (art. 18.1). También el derecho a ser protegido frente a tratos discriminatorios y a beneficiarse de las medidas que eliminan los obstáculos de realización material de los derechos (art. 9.2). *“Muy especialmente si tenemos en cuenta que la vivencia que el individuo tenga de sí mismo, incluido el sentimiento de pertenecer a un determinado sexo o incluso de no pertenecer a ninguna de las categorías sexuales preestablecidas, es un factor esencial de su bienestar”* (Salazar Benítez, 2015, pp. 84-85).

Como comenta Suarez Llanos, la protección del derecho a la identidad de género debe facilitar el tránsito jurídico para que la persona pueda encontrarse y hacer valer sus derechos como si fuera completamente idéntica a sí misma, siendo irrelevante que esté dentro o fuera de la caracterización binaria del sexo biológico y de su clasificación normativa respecto a sus roles y funciones (Suárez Llanos, 2019).

El Derecho a la identidad de género fue planteado por el Tribunal Supremo como un derecho fundamental en el interés del menor, y aparece a través de la reciente “Sentencia del Tribunal Constitucional 99/2019, de 18 de julio de 2019 respecto

al artículo 1 de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas” (Tribunal Constitucional, 2019). El Pleno del Tribunal Constitucional declara inconstitucional al artículo 1 de la Ley 3/2007, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, “*en la medida en que prohíbe cambiar la mención registral del sexo y nombre a los menores de edad con suficiente madurez y que se encuentren en una situación estable de transexualidad*”, y que atentaba contra los derechos a la integridad física y moral, a la intimidad y a la protección de la salud, en relación con la dignidad de la persona y el libre desarrollo de su personalidad. La cuestión de inconstitucionalidad, planteada en su día por el Tribunal Supremo, sobre la restricción o limitación del derecho a la identidad de género a los menores de edad abre una nueva vía de interpretación de dicho derecho, a la luz de la jurisprudencia constitucional, que podría consagrarlo definitivamente y dotarlo de una nueva dimensión más integradora y diversa como derecho fundamental en conexión directa con el interés preferente del menor. Los fundamentos de derechos esgrimidos por el TS suponen un análisis pormenorizado sobre el desarrollo y consolidación del derecho a la identidad de género, en consonancia con las más recientes doctrinas y jurisprudencias internacionales que potencian y animan a los países a desarrollar una específica protección en sus legislaciones nacionales y amparar su garantía en sus instituciones.

4.3. Evolución de la asistencia médica en España.

Tal y como ya hemos comentado, en el año 1999 el Parlamento de Andalucía aprobó la prestación sanitaria a personas transexuales en el Sistema Sanitario Público Andaluz, y en octubre de ese mismo año, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía creó, tras concurso, la Unidad de Trastornos de Identidad de Género (UTIG), en el Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga (Berguero Miguel et al., 2004). Dentro del sistema público español, esta es la primera unidad creada para dar respuesta a la atención sanitaria a las personas trans, y estaba compuesta por un equipo multidisciplinar de los servicios de Psiquiatría, Endocrinología y Cirugía Plástica.

“La mayor parte de las consultas efectuadas por los transexuales consiste en solicitar reasignación de sexo, cambiar su aspecto físico mediante

procedimientos quirúrgicos u hormonales, de forma que se correspondan con el sexo que perciben como propio” (Berguero Miguel et al., 2004, p. 14).

Salvo en Andalucía, las cirugías de reasignación de sexo quedaban relegadas en la mayoría de las comunidades autónomas al sector privado. Los protocolos que se aplicaban a las personas trans (SOC) se institucionalizan a partir del año 2008, cuando el Ministerio de Sanidad decide incorporarlos a la cartera de servicios de la sanidad pública (Missé, 2013, p. 38). Se crean más Unidades de Trastornos de Identidad de Género, Hospital Clínic de Barcelona, las de Asturias, Madrid, Extremadura, Baleares, Galicia y Canarias.

En este primer momento, desde la UTIG la transexualidad es considerada básicamente un trastorno de salud mental:

La transexualidad está considerada un trastorno de salud mental en la medida en que produce patrones de comportamientos que conllevan un sufrimiento significativo y una gran desventaja adaptativa. Una de las dificultades más importantes es el aislamiento social, que repercute de una manera notable en el nivel de autoestima, ya que estos pacientes tienen que enfrentar consecuencias adversas por poseer un autoconcepto poco reforzado socialmente. Además, contribuye a crear dificultades en la adaptación social produciendo interrupciones tempranas de la escolarización y dificultades de adaptación laboral (...). Una característica generalizada de estos pacientes es su negativa a ser considerados enfermos (Berguero Miguel et al., 2004, p. 12).

Los criterios diagnósticos y terapéuticos en esta primera UTIG se basan en los *Standars of Care (SOC) for Transgender Health* de la WPATH, en sus diferentes versiones, la última de las cuales data del 2012 (WPATH, 2012).

Las características de la intervenciones diagnósticas y terapéuticas por parte de la UTIG son:

- *Valoración psicológica para un correcto diagnóstico del trastorno y un correcto diagnóstico diferencial. Se les acoge (también a la familia si le acompañan) y se les explica la ayuda (2004, p. 15).*

- *Se realiza la valoración endocrinológica desde el punto de vista hormonal, gonadal y cromosómico.*
- *Una vez se establece la presencia del trastorno, se determina la idoneidad de comenzar con el tratamiento hormonal. El tratamiento hormonal es un tratamiento coadyuvante en el proceso de reasignación de sexo; contribuye en gran parte a la mejoría sintomática de la disforia de género, mejora la calidad de vida y refuerza positivamente el test de vida real (2004, p. 15).*
- *En el transcurso de un año desde el inicio del tratamiento hormonal, los pacientes transexuales mujer-a-hombre acceden a tratamiento quirúrgico de mastectomía y tras dos o tres años, si lo solicitan, a la cirugía de genitales. En transexuales hombre-a-mujer (TM) transcurre uno o dos años hasta la operación, dependiendo de la lista de espera quirúrgica (2004, p. 16).*
- *Tras la cirugía se inicia con los pacientes operados una fase de intervención psicológica postquirúrgica en la que se utilizan técnicas psicoeducativas en el ámbito sexual, terapia sexológica y el abordaje de los diversos problemas que puedan surgir en el ámbito familiar, laboral, de pareja, etc. (2004, p. 16).*

Como observamos en los discursos de las UTIG, el abordaje de las necesidades sanitarias de las personas trans parte de considerar su identidad como patológica (Mas Grau, 2013) y se sigue privilegiando lo que Nieto llama “transnatalidad” (2008), es decir, una transexualidad sentida y vivida desde la infancia, y vista como una identidad esencial, estática, no biográfica.

Pensamos que el término “transnatalidad” no es acertado, y preferimos hablar de esencialismo para describir el relato hoy más predominante, tanto desde la medicina como desde diferentes asociaciones de familiares de niños trans, de que la identidad de género es inmutable. Desde el esencialismo se olvida que las identidades de género, más bien dinámicas y contextuales, son “ese logro precario” constantemente expuesto a la reformulación en función de nuestras experiencias, nuestros deseos, nuestras reacciones ante las constricciones normativas y nuestras relaciones con el grupo de pares y con las instituciones.

Hasta hace bien poco, para poder acceder a un tratamiento hormonal financiado y supervisado por la sanidad pública, y para cambiar la mención de sexo de todos los documentos y registros oficiales, era necesario que todas las personas trans se sometieran al juicio psiquiátrico según la “Ley 3/2007 reguladora de la rectificación registral” (Cortes Generales, 2007; Mas Grau, 2013).

Precisamente por ello, con la transexualidad ocurre que la persona, con la finalidad de acceder a un tratamiento, tiene interés en demostrar su patología a los profesionales de la salud mental, unos profesionales que, a su vez, dependen del relato de la persona transexual para emitir el diagnóstico, puesto que no existen evidencias biológicas (Mas Grau, 2013).

Existen personas que, habiendo modificado algunos de sus caracteres sexuales secundarios con hormonas y/o cirugías, conservan sus genitales por considerar que no son impedimento alguno para la construcción de su identidad y el buen desarrollo de su sexualidad; e incluso rechazan tener que situarse en una de las dos categorías de género socialmente disponibles y buscan y reivindican espacios genéricos alternativos. Quienes se muestran más críticos con tener que obtener un diagnóstico son aquellas personas que se alejan del paradigma médico de la transexualidad.

Cada vez se hacen más visibles las asociaciones de colectivos trans que exigen que, desde los diferentes gobiernos, se aborden leyes que garanticen la igualdad de derechos de este colectivo, eviten la discriminación y aboguen por la despatologización de la transexualidad, haciéndose eco de la Resolución del Parlamento Europeo (1989), que recordemos que exigía que los países miembros tomarán medidas políticas para combatir la discriminación social contra las personas transexuales.

Ante el aumento progresivo de las demandas sobre variabilidad de género y no conformidad de género (TGNC) en la infancia y adolescencia, aparecen las asociaciones de familias de niños trans; con gran influencia tanto en la opinión pública como en las administraciones de los diferentes gobiernos autonómicos. Destaca, a nivel nacional, la Fundación Daniela y *Chrysallis*, esta última creada en 2013 y con mayor presencia en Cataluña.

4.4. La situación en Cataluña: el modelo Trànsit

En octubre del año 2014, el *Parlament de Catalunya* aprueba la “*Llei 11/2014, del 10 d'octubre, per a garantir els drets de lesbianes, gais, bisexuals, transgènere i intersexuals i per a eradicar l'homofòbia, la bifòbia i la transfòbia*” (*Parlament de Catalunya, 2014*). El objetivo de esta ley, tal y como consta en su preámbulo, es “*desarrollar y garantizar los derechos de lesbianas, gais, bisexuales, transgéneros e intersexuales (LGBTI) y evitarles situaciones de discriminación y violencia, para asegurar que en Cataluña se pueda vivir la diversidad sexual y afectiva en plena libertad*”. Destacamos su artículo 16, que hace referencia a la Salud, donde se recogen importantes aspectos:

- 1. El sistema sanitario de Cataluña debe incorporar la perspectiva de género y debe tener en cuenta las necesidades específicas de las personas LGBTI, con el fin de garantizarles el derecho a recibir la atención sanitaria y a disfrutar de los servicios de salud en condiciones objetivas de igualdad.*
- 2. El sistema sanitario de Cataluña debe garantizar, mediante protocolos de actuación específicos, que los miembros de parejas estables, con independencia de su orientación sexual o identidad de género, tengan los mismos derechos que la normativa sectorial sanitaria reconoce a los cónyuges o familiares más cercanos. En cuanto al consentimiento por sustitución, el conviviente en pareja estable tiene, respecto del otro miembro de la pareja, la consideración de familiar más cercano.*
- 3. Las administraciones públicas de Cataluña, en las líneas de actuación relativas a la salud y al sistema sanitario, deben:*
 - a) Velar para que la política sanitaria sea respetuosa con las personas LGBTI y no trate directamente o indirectamente la condición de estas personas, especialmente transgéneros e intersexuales, como una patología.*
 - b) Elaborar políticas de salud pública que velen por el derecho a la salud de las personas LGBTI, con la adaptación de los protocolos establecidos, en su caso.*
 - c) Establecer estrategias específicas para afrontar los problemas de salud específicos de las personas LGBTI y fortalecer la vigilancia epidemiológica sensible a las diversas situaciones de salud y de enfermedad de*

estas personas, con respeto, en cualquier caso, por el derecho a la intimidad de los afectados.

d) Crear mecanismos de participación de las personas, las entidades y las asociaciones LGBTI en las políticas relativas a la salud sexual.

e) Garantizar el estudio, la investigación y el desarrollo de políticas sanitarias específicas para personas LGBTI.

f) Promover entre los diversos estamentos de las instituciones sanitarias del establecimiento de prácticas sanitarias o terapias psicológicas lícitas y respetuosas, y en ningún caso aversivas, con respecto a la orientación sexual, la identidad de género y la expresión de género.

g) Reconocer el derecho de acceso a los métodos preventivos que garantizan prácticas sexuales más seguras y evitan las infecciones de transmisión sexual y el tratamiento consiguiente, y fomentar el uso de estos métodos.

h) Reconocer el derecho a la prevención, la detección eficaz y el tratamiento integral de acuerdo con la cartera de servicios vigente, teniendo en cuenta su revisión en función de los avances científicos. Llevar a cabo actividades periódicas de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y de sensibilización y de apoyo comunitario en relación con las infecciones de transmisión sexual, tanto para hombres como para mujeres.

i) Incorporar al sistema sanitario la atención integral a personas transgénero y personas intersexuales, de acuerdo con la cartera de servicios vigente, teniendo en cuenta su revisión según los avances científicos, y definiendo los criterios de acceso tanto al tratamiento hormonal como a la intervención quirúrgica. Hay que tener en cuenta la voluntad de la persona afectada en la toma de decisiones, siempre que su vida no esté en peligro o las condiciones de salud no se puedan ver perjudicadas, de acuerdo con la normativa vigente. En cuanto a los menores, se debe tener especialmente en cuenta, además, su derecho al libre desarrollo de la personalidad y su capacidad y madurez para tomar decisiones.

j) Establecer los mecanismos necesarios para que la documentación administrativa y los formularios médicos se adecuen a la heterogeneidad del hecho familiar y a las circunstancias de las personas LGBTI.

k) *Garantizar a las mujeres lesbianas la igualdad de acceso a las técnicas de reproducción asistida* (Parlament de Catalunya, 2014, pp. 8-9).

El 14 de junio de 2016 la plataforma “*Trans*forma la salut*”, que tiene como objetivo un nuevo modelo de atención a la salud de las personas trans, registró en el Parlamento de Cataluña una queja por la vulneración de derechos fundamentales en la atención a la salud de las personas trans en Cataluña. La queja iba acompañada de un estudio legal y de una propuesta de modelo de atención a la salud que había sido consensuada por los colectivos integrantes de la Plataforma. Esta propuesta fue dirigida al “*Departament de Salut*” y a otras instituciones públicas a principios del mes de julio de 2016. El *Departament de Salut* crea una comisión de trabajo con el objetivo de desarrollar la *Llei 11/2014*, teniendo en cuenta el modelo de atención que reclamaba la plataforma “*Trans*forma la salut*”. En esta comisión están presentes el *Departament de Salut* y profesionales sanitarios, y fruto de la misma se redacta el “*Model d’atenció a la salut de les persones trans*”, que incluye un “*Protocol clínic marc d’atenció a la salut de les persones trans*”, con un apartado específico de atención a la infancia y adolescencia. El objetivo general del *Departament de Salut* es la “*ordenación de la cartera de servicios de la atención a la salud de las personas trans, en su proceso de transición en la identidad de género sentida, a cargo del sistema sanitario público de Cataluña a partir de un modelo consensuado de atención a las personas trans y de un protocolo clínico marco para la atención de la salud*” (*Direcció General de Planificació en Salut*, 2017).

Desde el *Servei Català de la Salut* este modelo entra en vigor el 11 de noviembre 2017, a través de la aprobación de la “*Instrucció 14/2017*” sobre la implantación del Modelo de atención a la salud de las personas trans* en el ámbito del *CatSalut*²⁰ (*Servei Català de la Salut*, 2017, pp. 2-3). En él se incluye:

- *Acompañamiento y atención a las personas trans desde una perspectiva biopsicosocial, con atención médica, quirúrgica, psicológica y social específicas, si lo solicitan.*

²⁰ El *CatSalut* o *Servicio Catalán de Salud* es el organismo encargado del sistema de prestaciones sanitarias públicas en Cataluña y está integrado en el *Sistema Nacional de Salud* de España.

- *Acompañamiento y atención a las personas trans con requerimientos específicos o que presenten cualquier vulnerabilidad desde el punto de vista social o clínico desde una perspectiva biopsicosocial, (atención médica, quirúrgica, psicológica y social específicas, si lo solicitan); haciendo especial énfasis en las personas trans con enfermedades crónicas, personas mayores, inmigrantes, trabajadores o trabajadoras sexuales, contextos de privación de libertad, personas con falta de redes sociales de apoyo, entre otros colectivos.*
- *Acompañamiento y atención a los menores trans y a su entorno familiar desde una perspectiva biopsicosocial, (atención médica, quirúrgica, psicológica y social, si así lo solicitan).*
- *Formación y concienciación de los profesionales de la salud, a partir de la visión y valores de este Modelo, y teniendo en cuenta el protocolo clínico consensuado con la participación de las entidades de las personas trans.*
- *Información y concienciación social sobre el hecho trans (Servei Català de la Salut, 2017).*

Las críticas realizadas a los modelos patologizantes de las UTIG exigía mostrar una propuesta alternativa que, como mínimo, construya un espacio respetuoso para con la identidad de género de las personas trans y en el que se escuchen sus necesidades. La propuesta que propone Trànsit, que entiende la identidad trans como natural, se centra en acompañar y llevar un control terapéutico del tratamiento hormonal o quirúrgico, lo que de hecho no deja de ser una responsabilidad médica.

En esta instrucción se establece que el servicio “*Trànsit*” será la unidad de referencia para todo el territorio catalán para la atención específica de las personas trans, y establece tres hospitales como centros de referencia para la atención quirúrgica en Cataluña: el *Hospital Germans Trias i Pujol* de Badalona, el *Hospital Clínic* de Barcelona y el *Hospital Universitario de Bellvitge d’Hospitalet de Llobregat*.

Trànsit es un dispositivo que se crea en octubre del 2012, en el servicio de *Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR)* del *Institut Català de la Salut* en su centro de la *Esquerra de Barcelona*. Trànsit nace como unidad de promoción de la salud sexual y reproductiva de las personas trans, y es aceptado por la comunidad activista trans (Almirall Oliver et al., 2018). Desde su inicio establece un

modelo de atención y promoción de la salud de las personas trans con un abordaje sanitario de la transición respetuoso con las identidades de género no binarias, y una propuesta basada en la diversidad sexual siguiendo las premisas del movimiento “*stop trans pathologization*” (Stop Trans Pathologization (STP), 2013).

Trànsit se fundamenta en varias ideas clave opuestas radicalmente al planteamiento de las UTIG:

- El respeto a la identidad enunciada por la persona. En Trànsit no evalúan dicha identidad ni determinan sus necesidades, independientemente de la edad o las circunstancias de la persona. Entienden que no hay una única manera de ser trans y que la concepción del sistema binario actúa como una reducción de la variedad y diversidades de expresión de género y de la sexualidad real existentes; asimismo afirman que no existe etiqueta diagnóstica de patología mental ni ningún nivel de discapacidad psíquica que pueda confundir a una persona en su identidad (Almirall Oliver et al., 2018).
- Individualización del acompañamiento, entendiendo que la transición es un proceso personal único, y que requiere de la comprensión del entorno social de la persona aceptando el hecho de que vivimos en una sociedad transfoba.
- Priorización de la autonomía de la persona desde la información de las posibilidades que el servicio puede ofrecerle (2018).

4.5. La Unidad de Identidad de Género (UIG) del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona

En el mes de marzo de 2016 creamos, en el Hospital Materno-Infantil de Sant Joan de Déu de Barcelona, la Unidad de Identidad de Género (UIG) como respuesta ante la creciente demanda por parte de familias, niños, adolescentes y profesionales de la salud y la educación. El Hospital de Sant Joan de Déu es un hospital concertado de titularidad privada, que parte del concepto de humanización de la asistencia, del respeto y de los derechos y deberes de las personas asistidas.

Nuestra Unidad está ubicada en un hospital monográfico pediátrico y, conjuntamente con el Hospital Pediátrico *Vall d’Hebron* de Barcelona, son los dos

referentes en la atención pediátrica hospitalaria y superespecializada de tercer nivel en Cataluña. Atendemos únicamente a niños, y adolescentes hasta los 18 años de edad con variabilidad o no conformidad de género, así como a sus familias y educadores.

Nuestra UIG parte de una reflexión ética frente a intervencionismos exagerados o exclusiones propias de rigideces o intolerancias, con el objetivo de buscar y hallar un compromiso entre el imperativo terapéutico y la obligación ética de contribuir a la aceptación social de la diversidad de género.

Defendemos las directrices internacionales basadas en la no patologización, a las que añadimos las de evitar al máximo la medicalización, y también el reconocimiento de la dignidad y la autonomía de la persona y el respeto a la diversidad. Y ello desde la protección frente a la vulnerabilidad, que depende del riesgo de niños y adolescentes de sufrir un daño y de la probabilidad de obtener un beneficio. Partimos de las siguientes premisas generales:

- No adelantarse a las necesidades e identidades posibles de los niños y adolescentes.
- No introducir etiquetas que puedan ser estigmatizantes.
- Escucharles y apoyarles en todo su proceso de maduración.

Concretan estas premisas las funciones de la unidad como las describimos en el documento de creación de la UIG (Gabaldón, Polo, Bonifacio, & Ramón, 2016):

1. Proporcionar asesoría familiar y apoyo para ayudar a niños y adolescentes en la exploración de su identidad de género, aliviando la angustia relacionada con su variabilidad de género y disminuyendo cualquier otra dificultad psicosocial.
2. Evaluar y tratar las preocupaciones de salud mental coexistentes, que deben abordarse como parte del plan de tratamiento general.
3. En la adolescencia, en los casos en que se considere necesario para aliviar el malestar generado por los cambios puberales, y si la persona implicada lo solicita, se derivarán a endocrinología para su valoración e intervención si esta fuese necesaria.
4. Abogar en favor de los niños y adolescentes con variabilidad de género y sus familias en su comunidad (escuelas u otras organizaciones), dado el

mayor riesgo de experimentar acoso escolar, lo que puede aumentar su aislamiento social y depresión.

5. Proporcionar a los niños, adolescentes y sus familias información para ayuda entre pares, como grupos de apoyo, por ejemplo.
6. Atender las dificultades de adaptación que se dan en la escuela y que dificultan una vida cotidiana serena. Es imprescindible colaborar con los profesionales de los centros educativos con el fin de evitar interferencias en el desarrollo social y académico.
7. Coordinar con Endocrinología la posibilidad de administrar tratamiento hormonal.

Atendemos su sufrimiento, su demanda y la de los padres o tutores, y desde la madurez de cada persona, les acompañamos en la gestión de la espera y la incertidumbre, siempre bajo la premisa de no precipitar ni retrasar.

A partir de aquí tomamos decisiones con el objetivo de que la vida cotidiana transcurra con calma y que haya un proyecto orientado a una búsqueda identitaria sin sufrimiento, y en un clima social, familiar y escolar acogedor.

A modo de ejemplos ilustrativos, exponemos a continuación algunos casos tratados en nuestra unidad. Los nombres son ficticios, la edad sí se corresponde a la edad de su primera visita. Cuando hacemos referencia a su sexo, nos referimos al asignado en el nacimiento.

Anna:

Es una adolescente de 14 años y cuyo sexo asignado al nacimiento era femenino. Es la menor de tres hermanas. Consulta a petición de los padres. En la primera entrevista destaca su marcado aspecto andrógino. Viste como un chico, hecho que ha sido una constante desde su primera infancia y una preocupación para los padres. Tiene preferencias por las ropas y juegos más propios de los niños y evita los vestidos femeninos hasta tal punto que, en su primera comunión, no quiso ponerse el vestido típico de una niña. No hay rechazo a su genitalidad ni a su género, únicamente manifiesta que no le gustaría tener pechos. No quiere cambiar de nombre, se siente una mujer y no por vestirse como chico, quiere serlo. No ha habido sufrimiento, ni desajustes emocionales, ni rechazo escolar. Tiene tanto amigos como amigas y se siente bien con todos ellos.

En este caso lo que prevalece es la angustia y la incertidumbre de los padres ante el comportamiento no normativo de género de su hija. Ella aún no ha manifestado ningún tipo de atracción homo o heterosexual, y no muestra en la actualidad ningún tipo de sufrimiento o desajuste emocional. Consideramos que nuestro trabajo debe centrarse en la angustia de la familia y en facilitar la comprensión de su hija.

Marc:

Es un adolescente de 15 años y cuyo sexo asignado al nacimiento era femenino. Desde hace aproximadamente dos años refiere malestar. Quiere ser un niño y se hace llamar por el grupo de amigos con el nombre masculino que él ha elegido. Manifiesta deseo de cambiar su sexo y quiere hormonarse. En otra unidad ya le han ofrecido tratamiento hormonal. Acude a nuestra unidad derivado por su pediatra y para tener una segunda opinión a petición de la madre. Según relata Marc y su familia, nunca se apreció en su primera infancia ningún malestar al respecto, hasta hace dos años, cuando contaba 13 años de edad. Recuerda, de la misma manera que su madre, una infancia feliz; se sentía una chica y se identificaba con juegos y actividades propias de niñas. A pesar de su corte de pelo, su aspecto físico es feminizado, tampoco viste de una manera masculinizada y su gestualidad es más propia de una niña. Se refiere a sí mismo utilizando siempre términos masculinos. Tiene una relación de pareja con un chico de su misma edad.

Marc no ha vivido disconformidad respecto a su género durante su infancia pre-púber. Su malestar aparece con los primeros cambios hormonales relacionados con la pubertad (desarrollo de sus pechos, menarquía). Persiste su malestar y demanda tratamiento hormonal. Se identifica como chico y ya ha comenzado por su cuenta a realizar una transición social. A pesar de las dudas e incertidumbre de sus padres, le apoyan. Planteamos valoración de endocrinología para inicio de tratamiento, realizamos seguimiento de apoyo tanto a él como a sus padres y asesoramos en su transición respecto al resto de la familia y colegio.

Toni:

Es un adolescente de 16 años cuyo sexo asignado al nacimiento era masculino. Acude a nuestra unidad a petición propia porque tiene dudas sobre su identidad de género. Tiene antecedentes psicopatológicos de depresión. Ha sido tratado en un “Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil” de su zona (CSMIJ) con psicofármacos antidepresivos y ansiolíticos.

Toni viste como un chico, mantiene roles de género masculinos y nunca ha tenido deseos de cambiar de género. No aparecen en su historia personal rasgos o recuerdos sobre una posible variabilidad de género. Siempre ha sido un niño aislado y con marcadas dificultades en las relaciones interpersonales. Siempre se ha encontrado mal consigo mismo, no le gusta como es, ni su físico, ni su carácter. Ese malestar, desde hace unos meses, ha sido asociado por parte de Toni a que estaba en un cuerpo equivocado y que, en el fondo, era una mujer. Su idea, y su demanda, es que si cambia de cuerpo (hormonal y quirúrgicamente) su depresión cederá.

Toni parece haber encontrado en la idea de la transexualidad un hecho para justificar su malestar y cuyo remedio médico puede darle opciones de estar bien. En ningún momento ha aparecido malestar respecto a su género. Sus padres también son conscientes de este hecho, pero han aceptado su petición de ser atendido en la UIG.

Decidimos mantener una actitud de escucha y orientar a Toni en que quizás, su depresión, ansiedad e inseguridad no se deben necesariamente a encontrarse en un cuerpo equivocado. Hablar sobre esto tranquiliza a Toni y entiende la necesidad de seguir tratamiento psiquiátrico y psicológico. En este caso vemos la necesidad de ahondar en sus motivos de demanda investigando más a fondo su deseo de búsqueda de una identidad sin sufrimiento. En el caso de que persista en su idea de cambiar de género, podremos hormonar. Le explicamos que hay que tener en cuenta que iniciaremos tratamientos que son irreversibles y hay que prever qué pasará si no se encuentra bien con estos cambios.

Sam:

Es un adolescente de 14 años cuyo sexo asignado en su nacimiento era femenino. Manifiesta identidad de género masculina. La familia consulta a raíz de la revelación a los padres de esa identidad.

Comentan que hay muy buena adaptación personal al entorno familiar, escolar y social. Acudió previamente a otro centro donde describió dudas respecto a su identidad de género de años de evolución, y progresivamente fue introduciendo variaciones en su expresión de género (ropa y cabello). Un mes antes de su primera consulta en el otro centro rebeló a sus padres el deseo de ser un chico y el malestar entorno a sus características sexuales secundarias femeninas. Deseaba realizar una transición de género e iniciar tratamiento hormonal. Están vinculados, tanto Sam como sus padres, con diversos servicios y asociaciones que facilitan la transición social del menor. Coincidiendo con su transición se realiza cambio de instituto con muy buena adaptación social y escolar, con un rendimiento académico excelente. Actualmente está iniciando tratamiento hormonal con buena aceptación de los cambios corporales.

En el caso de Sam nos encontramos con una transición ya comenzada, tanto en lo social como en el inicio del tratamiento hormonal. Los padres apoyan a Sam, quieren la seguridad que les da un hospital especializado de que lo que se está haciendo, sobretodo a nivel hormonal, es lo correcto. La gestión de la incertidumbre y el temor a hacer daño prevalece en la familia. Iniciamos apoyo a su transición y consultas al servicio de endocrinología sobre su tratamiento hormonal.

Joan:

Es un niño de 11 años cuyo sexo asignado al nacimiento era masculino. Los padres consultan preocupados por los comportamientos de género no normativos de su hijo. Describen que desde la primera infancia presenta marcada preferencia por intereses femeninos (muñecas, disfraces femeninos, maquillaje, baile) y por amistades femeninas. Siempre adquiere roles femeninos en el juego y utiliza la versión femenina de su nombre (Joana). Según informan los padres, en la primera infancia sufrió rechazo y burlas por parte de iguales y amigas de la hermana (dos años mayor que él), e incomprensión por parte de otros familiares.

A lo largo de toda su escolaridad ha sido objeto de bullying en relación a su expresión de género, lo que le genera un gran malestar emocional. Desde el curso actual, escuela y profesores intervienen de forma más intensiva y la situación ha mejorado significativamente.

Los padres le han aceptado incondicionalmente y lo han acompañado en sus intereses y desarrollo. Progresivamente ha ido permitiéndose la expresión de sus intereses en entornos de familia extensa y amigos, no siendo así en el entorno escolar (colegio religioso con uso de uniforme y una marcada diferenciación entre roles de género).

Nunca ha verbalizado malestar respecto a sus genitales o su aspecto físico y, no ha pedido que le traten y llamen como una niña. En alguna ocasión puntual verbalizó que le gustaría haber nacido niña.

Actualmente los padres no observan malestar emocional en Joan. Se muestra bien adaptado al entorno familiar y escolar. En el entorno familiar y social cercano usa vestimentas y expresión de género femenino. En el entorno escolar usa uniforme masculino.

Joan aun no ha iniciado el desarrollo puberal, pero ambos padres anticipan que cuando esto suceda aparecerá malestar emocional significativo.

En este caso el apoyo y asesoramiento a la familia en la gestión de la incertidumbre se hace indispensable, para evitar anticipaciones o bloqueos en las expectativas de Joan. Un entorno familiar abierto a la escucha, favorece una adecuada transición. Si por parte del entorno escolar se diera una actitud de bloqueo a las expectativas del niño, sería adecuado plantearse un cambio de colegio.

Carla:

Es una adolescente de 17 años cuyo sexo asignado al nacimiento era masculino. Es hija única. Siempre se ha sentido como una niña, tanto en las preferencias de juegos, en el vestir y en las relaciones con otros niños. Comenzó a sentirse mal con el desarrollo puberal porque no le gustaban los cambios físicos, pero nunca les comentó nada a sus padres, por miedo al rechazo o a hacerles daño. Hace pocos meses, debido al aumento progresivo de su malestar, decidió hablar con la madre y expresarle su sufrimiento e inquietudes. Desde entonces está mucho mejor.

Ha pedido visitarse en nuestra unidad con una demanda clara: quiere hormonarse y, cuando sea mayor de edad, realizarse una cirugía de reasignación de género. Ha feminizado su nombre porque le parece más sencillo, tanto para ella como para su familia. Los padres aceptan esta situación; al padre le entristece, pero ha decidido apoyar a Carla, aunque a ambos les cuesta dirigirse a ella utilizando el género femenino.

Carla tiene ya establecida una "hoja de ruta" respecto a sus tratamientos, intervenciones quirúrgicas y el cambio registral del nombre y el sexo; de hecho, hasta conoce los precios de algunas intervenciones de cirugía estética y el lugar apropiado para realizarlas. Tiene amistad con un grupo de adolescentes trans que se apoyan mutuamente.

Carla fue una de las primeras personas atendidas en nuestra UIG. Se realizó un trabajo de apoyo y acompañamiento para ella y para sus padres. Al cumplir su mayoría de edad accedió a una intervención quirúrgica de reasignación de sexo.

Claudia:

Es una niña de 8 años de edad cuyo sexo asignado al nacimiento era masculino. Los padres describen que desde la primera infancia ha presentado interés por juguetes y actividades más femeninas: vestimenta, faldas, maquillaje y pelucas. En P3 ya tenía el pelo largo y expresaba negativa a que se lo cortaran. En P5 se hacía peinados femeninos (trenzas, colas y complementos), y mostraba una clara preferencia por amistades femeninas. Tanto la familia como la escuela siempre han mostrado aceptación incondicional y acompañamiento a los intereses y comportamientos de género de su hija.

Presenta aspecto femenino (pelo largo y vestimenta femenina). Refiere que hace pocos meses explicó a sus padres que se sentía y quería ser una niña. También lo había comentado a algunas compañeras de la escuela, y encontró buena respuesta en los diversos entornos. Desde ese momento los padres la observan más tranquila, pero comentan que demanda transición social. Quiere comprar ropa femenina, uniforme y bata femenina y que le llamen con nombre y pronombres femeninos. Comentan que ha comenzado a expresar malestar entorno a su género, preguntando frecuentemente por qué no nació niña. Verbaliza que si fuera niña podría tener bebés, pero no ha manifestado rechazo explícito hacia

sus genitales. Presenta malestar emocional ante comentarios de iguales (“tú no eres una niña de verdad”). Puntualmente sale llorando de la escuela por estos motivos. La familia ha iniciado contacto con una asociación de familias de menores trans.

Reforzamos el apoyo a la familia y su contacto con las asociaciones de familias de menores trans, y damos pautas para facilitar el tránsito y evolución de Claudia. Insistimos igualmente que no se debería reducir el sufrimiento de los niños a su identidad de género y que con ello venga la felicidad. El manejo de la frustración en los niños es esencial para su adecuado desarrollo. Por ello es importante no crear falsas expectativas en los niños trans.

Cristina:

Es una niña de 3 años cuyo sexo asignado al nacimiento era femenino. Los padres consultan por comportamientos de género no normativos en la primera infancia. La describen como poco femenina, expresa rechazo por intereses, vestimentas o complementos de pelo femeninos y también a relacionarse con niñas. Por otro lado, muestra preferencia por juegos motores y elección de amistades masculinas. Presenta interés por superhéroes, jugar a pelota, puzles e ir en patinete. Los padres comentan que ha comenzado a verbalizar que le gustaría ser un niño, o que de mayor quiere ser papá.

Nunca ha expresado malestar emocional en situaciones sociales de rechazo por parte de otros niños por el hecho de ser niña. No demanda cambios en su aspecto físico o presentación a nivel social.

La familia expresa su preocupación por la posibilidad de que tenga una identidad de género masculina, y anticipan que si fuera así sufriría situaciones de rechazo social.

De nuevo constatamos la necesidad de proporcionar apoyo a los padres para gestionar la incertidumbre. Se hace esencial facilitar vivir con serenidad las expresiones de género durante la infancia y evitar tanto intervencionismos correctivos como tránsitos precipitados. La evolución e intereses de Cristina marcará las pautas de intervención por parte de la familia y el entorno. Realizamos un seguimiento para ver la evolución de Cristina.

Eric:

Es un niño de 5 años cuyo sexo asignado al nacer era masculino. Los padres consultan por la presencia de comportamientos de género no normativos desde la primera infancia. Desde los dos años manifiesta comportamientos característicos del género femenino. Imitaba a mujeres de su entorno y se ponía pañuelos o toallas en la cabeza simulando pelo largo. Estos intereses han ido aumentando a lo largo del tiempo. En casa tiende a disfrazarse siempre de personajes femeninos. De manera persistente ha verbalizado que de mayor quiere ser una niña y pregunta reiteradamente por qué no lo es.

Muestra interés por jugar con muñecas, vestirse de princesa o hada, con preferencia por el color rosa. Su mejor amiga es una chica compañera del colegio. Responde asertivamente ante cuestionamiento de iguales respecto a sus intereses o vestimentas sin malestar emocional asociado.

Rechaza intereses masculinos y ocasionalmente ha escondido sus genitales en presencia de los padres. Nunca expresa que se sienta niño o que se identifique con el género masculino. Es conocedor de que con la pubertad se desarrollará como hombre.

Eric no sufre, su vida cotidiana es serena, ya que los padres acompañan al niño en sus intereses y expresión de género. Están preocupados porque anticipan que presentará una identidad de género femenina y tienen dudas de poder afrontar esta situación de modo adecuado. El apoyo a los padres se hace fundamental para que sepan acompañar el desarrollo de su hijo.

Laia:

Es una adolescente de 14 años cuyo sexo asignado en el nacimiento era femenino. Tanto Laia como su familia consultan por dudas respecto a su identidad de género. Está en seguimiento por un equipo de salud mental por abusos sexuales en la infancia. Presenta dificultades en relación con iguales, con episodios de ansiedad y diversas somatizaciones. Su rendimiento académico es deficiente. Refiere intereses y comportamientos de género masculinos desde siempre. Estas diferencias en intereses le han generado dificultades de adaptación entre iguales. Siempre lleva ropa ancha y deportiva. Le gustaría llevar pelo corto, muscularse y practicar rugby. Tiene preferencia por amistades masculinas.

Rechaza intereses femeninos y ha presentado malestar entorno al desarrollo de las características sexuales secundarias femeninas (pechos, disposición de la grasa corporal) y la menstruación.

Refiere que hace aproximadamente dos años tiene dudas respecto a su identidad de género. En ocasiones se identifica con un género masculino y en otras con género fluido.

Tiene información respecto a diversas orientaciones sexuales e identidades de género. Presenta dudas respecto a si necesita realizar transición social y/o tratamientos hormonales.

La familia presenta dificultades en la comprensión de Laia y tiene dudas en el proceso de identificación de género de la adolescente. Tiende a interpretar las mismas como secundarias a los episodios de abuso y, en consecuencia, las invalida.

Los abusos sexuales en la infancia, sin duda alguna traumáticos, pueden influir en el deseo de ser chico al vivir la feminidad como una debilidad, o como un peligro por la posibilidad de repetición de esta experiencia. De hecho, Laia plantea dudas sobre su identidad, se ha informado y se define en muchos momentos con una identidad de género fluida. Duda sobre posibles tratamientos hormonales y se ha instalado en la ambigüedad identitaria respecto a su género. Aquí vemos como la identidad de género puede tener diversas manifestaciones, más allá del binarismo normativo hay personas que pueden “navegar” en la ambigüedad de la identidad durante un tiempo, o durante toda su vida. Lo que es importante es que sea sin sufrimiento

Nuestro papel ahora no es el de señalar metas, es el del acompañamiento y apoyo en los caminos a recorrer, en sus itinerarios vitales. En este camino es importante la detección de factores de riesgo y de protección, y en eso vamos a enfocarnos.

Rosa:

Es una niña de 9 años cuyo sexo asignado en el nacimiento era femenino. Los padres consultan por su temor a que su hija sea transexual, temor que está más presente en la madre. Describen que no le gusta vestir femenino, siempre va con

chándal deportivo y es, según palabras de la madre, “muy poco femenina... muy brusca”.

En la entrevista que tenemos con Rosa vemos a una niña que en ningún momento tiene comportamientos viriles; es cierto que viste con ropa deportiva, que no le gusta vestirse con coquetería, que le gusta el fútbol, y juega en un equipo mixto, pero no se siente un chico. Quiere ser una niña, verbaliza incluso que “las niñas de ahora son así; no me gusta vestir como una Barbie”. No aparece ningún tipo de rechazo a su género femenino.

En este caso es importante atender los aspectos culturales familiares. Su madre parte de unos ideales femeninos, propios de su cultura y no entiende los comportamientos de su hija. La madre expresa ansiedad anticipatoria respecto a los temores que proyecta en Rosa. Nuestro trabajo pasa por la ayuda a los padres, para que acepten las diversas formas de expresión de la identidad y que no tienen por qué reducirse a los deseos de los padres y, sobretodo, al ideal de la madre. Acompañamos a los padres para que sepan ayudar y aceptar a su hija en su forma de expresar y desarrollar su identidad.

Dani:

Es un adolescente de 16 años cuyo sexo asignado al nacimiento era femenino. Sus padres están separados. Piden consulta, tanto Dani como sus padres, al comunicarles él hace unos meses que se sentía chico y que quería hormonarse. Su último año ha estado plagado de dificultades: desadaptación y fracaso en sus estudios, separación de sus padres y malestar creciente por el rechazo a su cuerpo (no a sus genitales), sobretodo a sus pechos. Realiza actividad deportiva de competición y le molesta que se noten. Recuerda que en su infancia quería ser un chico. En el inicio de este curso, abalado sobretodo por la madre, comenzó un tránsito a nivel escolar. Cambió su nombre y se ha visto con otros jóvenes trans. También se ha informado de las cirugías de masculinización del tórax, acudiendo a una clínica privada para pedir información y presupuesto. Una de sus demandas es la de realizarse de modo inmediato esta intervención quirúrgica. Hay discrepancias entre los padres en cómo abordar esta situación. Por parte de la madre hay una actitud más comprensiva y de aceptación de los cambios de Dani, fomentando incluso su vinculación con un grupo de jóvenes trans

y aceptando el tratamiento hormonal. El padre se muestra con más dudas, pero ambos no saben cómo enfrentarse a la demanda inmediata de cirugía de masculinización de tórax. Creen que la demanda de Dani es fruto de su desesperación.

En este caso nuestro trabajo consiste en abrir espacios de escucha y apoyo a Dani y a sus padres, con la intención de fomentar cierta espera para gestionar mejor la incertidumbre y buscar escenarios de mayor autoestima corporal. No podemos desentender en absoluto la petición de Dani, y proponemos postergar un tiempo esta posible decisión quirúrgica a su mayoría de edad, mientras lo acompañamos y vamos resolviendo sus dudas.

Se ha iniciado tratamiento hormonal y se le ha facilitado la información sobre ese tipo de cirugía, acudiendo a varias clínicas donde le explican los riesgos y beneficios del tratamiento quirúrgico y la imposibilidad de realizarlo mientras sea menor de edad.

Como puede apreciarse en todos estos casos, lo importante es la acogida de la persona y de los padres para acompañarles, en su contexto cercano de familia y amigos, a ir descubriendo los caminos que respecto a su identidad de género quiere recorrer.

En este capítulo hemos tratado la situación del colectivo trans en España a través de su evolución histórica y de su tratamiento legislativo. Hemos visto la evolución de la asistencia médica en los últimos 30 años y, nos hemos detenido en la situación actual de Cataluña y en la descripción de nuestra Unidad de Identidad de Género, aportando algunos de los casos que hemos asistido. En el siguiente capítulo abordaremos el marco ético y jurídico y describiremos los criterios éticos en la asistencia a niños y adolescentes trans.

5. La mirada ética y jurídica

“Un derecho ajeno a los valores morales latentes en la sociedad, compone una verdadera tiranía, y una ética que no busque consenso y racionalidad, sienta las bases para un liberalismo exaltado. En este sentido, el derecho fija aquellos mínimos en los que existe un amplio acuerdo social, y la ética ayuda a llegar a ese acuerdo por medio de la deliberación. Uno y otro, lejos de ser excluyentes, son complementarios” (Sánchez-Barroso, 2010, p. 188).

5.1. Marco ético

La transexualidad como condición y categoría médica está atravesada por cuestiones éticas que se hacen más patentes en el caso de los niños y adolescentes. Es imposible disociar la práctica y los términos del diagnóstico sobre la “transexualidad” de la escena ética (J. Butler, 2010).

Al dar un diagnóstico como “transexualismo”, o utilizar las categorías médicas patologizantes más recientes (trastorno de identidad de género, disforia de género, incongruencia de género) se contribuye, como productores y reguladores, a la verdad del género.

Todo ello sin olvidar, como ya hemos visto, que el impulso que movió a un sector de la profesión médica a acuñar la distinción sexo-género como parte de los protocolos de tratamiento y etiología de la “disforia de género”, se inspira en una ética humanista y beneficentista, en tanto que su fin era aliviar el sufrimiento de los pacientes que manifestaban malestar y un doloroso desacuerdo entre su identidad de género y su morfología física.

Una asistencia fundada en la ética reconoce a los niños y adolescentes como individuos sociales, personas vulnerables, sujetos de derecho y agentes morales más o menos autónomos.

En un capítulo anterior, al hablar sobre los aspectos terapéuticos implicados en los jóvenes trans, nos preguntábamos hasta dónde podemos llegar en la aplicación de tratamientos médicos y quirúrgicos. Entendíamos que hasta donde cada persona quiera, según su necesidad. Matizábamos que, en este querer, debemos velar para que se realice de una manera libre y autónoma, sin injerencias internas o externas, sin coacciones sociales, y analizando siempre la capacidad

para comprender, valorar, razonar y expresar esta decisión, teniendo en cuenta las diferentes opciones y sus consecuencias potenciales (Gabaldón, 2016, p. 6). Frente a la irreversibilidad y la magnitud de los cambios que producen los tratamientos médico-quirúrgicos, es prudente garantizar, en la medida de lo posible, un compromiso con las intervenciones que se piden. Por ello insistíamos que la valoración psicológica y el asesoramiento son esenciales (Murphy, 2016):

1. para aclarar los motivos de la modificación corporal y la naturaleza de sus efectos,
2. para ayudar a explorar las consecuencias físicas y psicológicas previsibles del cambio de roles de género, como los efectos residuales del estigma asociado a la transición de género y
3. para prepararse a sus implicaciones para la dinámica familiar, la escuela, la universidad o el lugar de trabajo.

El riesgo de las intervenciones médicas no solo está asociado a sus posibles efectos secundarios sino también a su grado de reversibilidad o irreversibilidad. Por eso es una cuestión ética fundamental, como debe ser para cualquier intervención clínica, obtener el consentimiento informado para las modificaciones corporales requeridas para la reasignación de género.

El proceso de consentimiento informado sirve para proteger la autonomía individual, asegurando que las personas tienen una clara comprensión de los riesgos y beneficios asociados a una decisión médica específica y que son capaces de tomar sus decisiones libremente. La información se erige como un elemento fundamental del consentimiento para la toma de decisiones del adolescente y de la familia o tutores. Esta información debe ser *veraz*, adecuada, coherente, gradual y continua.

¿Cuándo comienzan las personas a ser moral y jurídicamente responsables de sus actos? Nunca ha sido fácil dar una respuesta clara y contundente a esta pregunta. Aristóteles en su “Ética a Nicómaco” ya comentaba:

Los jóvenes pueden ser geómetras y matemáticos y sabios en cosas de esa naturaleza, y, en cambio, no parece que puedan ser prudentes. La causa de ello es que la prudencia tiene por objeto también lo particular, con lo que uno llega a familiarizarse por experiencia y el joven es inexperto (Aristóteles, EN VI,8,1142a,6-16).

La virtud a la que Aristóteles hace mención, la virtud moral por antonomasia, la prudencia, parece, según ese texto, alcanzarse muy tardíamente. Pero también es evidente que esos jóvenes a los que hace referencia Aristóteles son personas capaces de darse cuenta de las situaciones y, por tanto, poder responder de sus actos. Esta es una distinción significativa, y por ello no podemos confundir la madurez moral con la capacidad moral, o incluso con la jurídica.

La adquisición de la madurez es un proceso, y como tal dinámico, evolutivo e individual, y es un proceso no garantizado solamente por la herencia genética, sino que depende de la interacción con el ambiente y con la sociedad. La madurez, por tanto, no se alcanza de manera espontánea a una edad determinada, sino que dependerá de múltiples y complejos factores e implica un aprendizaje. Debemos distinguir entre “maduración”, referida al proceso de desarrollo neuro-psicológico, que provee soporte para nuevas conductas y está determinada por factores genéticos, psicológicos y ambientales, y “madurez”, término referido al grado de desarrollo alcanzado y donde está implícita la competencia del menor. Es necesario, también, precisar los conceptos de “competencia” y “capacidad”. Una persona competente es la que tiene la suficiente madurez psicológica y cognitiva para apreciar su situación, comprender la información relevante sobre la elección o decisión que debe tomarse, ponderando los riesgos y beneficios, y comunicar su elección. Competencia es equivalente al término inglés “*capacity*”, y es por este hecho que muchas veces hay confusión en español. Por “capacidad” entendemos el reconocimiento de la plena madurez legal de la persona para obrar de forma vinculante en derecho (en inglés es equivalente al término “*competency*”). Según la legislación española, se adquiere a los 18 años, salvo excepciones que la propia ley prevé. En el contexto clínico es más apropiado hablar de competencia, ya que la capacidad es un término jurídico (Terribas, 2008).

Respecto a la valoración de la competencia de la persona menor, hay dos líneas diferenciadas. Por un lado, la valoración de la fase del razonamiento moral del menor; y, por otro lado, la valoración de capacidades aplicadas respecto a la toma de decisiones. La primera proviene del campo de la filosofía y de la psicología evolutiva, y se basa en el supuesto de que existe una progresión desde la niñez hasta el adulto en el grado de madurez moral hasta llegar a una cierta estabilidad. La segunda proviene del ámbito legal y se basa en una valoración

similar a la que realizaríamos en una persona adulta sobre sus capacidades concretas en la toma de decisiones sobre su salud (Esquerda, Pifarre, & Gabaldón, 2009).

Aunque la mayoría de los países reconocen la edad de 18 años como el umbral del ejercicio completo de los derechos de toma de decisiones, los umbrales de intervención en la toma de decisiones para los adolescentes más jóvenes y los niños varían enormemente. Según la legislación española, la mayoría de edad en relación a las decisiones sanitarias se establece en los 16 años (Ley Básica 41/2002), salvo excepciones que comentaremos más adelante. Por su proceso de desarrollo, los niños menores de 16 años, son comúnmente considerados como capaces de proporcionar asentimiento en lugar de un consentimiento plenamente informado, en cuyo caso es preciso obtener el consentimiento informado por sustitución (consentimiento informado de los padres o tutores) (Katz, Webb, & Committee on Bioethics, 2016).

Desde un punto de vista legal, la competencia para tomar decisiones médicas se reconoce típicamente como un constructo multifactorial y fluido. La Organización Mundial de la Salud define a los adolescentes como individuos entre las edades de 10 y 19 años (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2016). La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño ha tratado de centrarse en la capacidad de comprensión como una condición del consentimiento, en referencia a la evolución de las capacidades de autodeterminación para describir la capacidad de participar en la toma de decisiones médicas durante la adolescencia.

5.1.1. El razonamiento moral de la persona menor

Jean Piaget fue pionero en el estudio de la evolución cognitiva y moral del niño. En el campo del desarrollo moral, Piaget distinguía entre dos fases, la de la moral heterónoma y la de la moral autónoma. La primera está basada en la obediencia y la segunda en la igualdad. Equiparaba la autonomía y la justicia a la moralidad, teniendo en cuenta que la moralidad sería el respeto hacia la norma y hacia las personas, no impuesto desde el exterior, sino desde la propia conciencia. En sus primeros estudios, Piaget describe el inicio del desarrollo de la moral autónoma entre los 11 y los 12 años de edad (Piaget, 1987).

Un discípulo de Piaget, Lawrence Kohlberg, estableció una teoría extensa y más completa sobre el desarrollo de la conducta moral en el niño que la descrita anteriormente por Piaget. Kohlberg parte de la premisa de que el desarrollo moral del sujeto no se limita a interiorizar las reglas sociales, sino que éste construye nuevas estructuras a partir de su interacción con el medio. Entendía que una persona autónoma se caracteriza por la capacidad de hacer juicios morales y de formular sus propios principios morales, más que conformarse con los juicios morales de los adultos a su alrededor.

Kohlberg describía tres niveles con dos estadios cada uno de ellos (Kohlberg, 1992):

1. Nivel preconvencional: se caracteriza por que los factores determinantes del pensamiento moral son las normas establecidas por la autoridad (padres, profesores) y la obediencia a estas normas. El miedo al castigo será el factor principal que impedirá desobedecer las normas. Este nivel se subdivide en dos estadios.

- Estadio 1: moralidad heterónoma. La orientación al castigo y la obediencia a la autoridad son absolutas. Es un estadio marcado por el realismo moral, que ya fue definido por Piaget, y que lleva a entender el significado moral de una acción como una cualidad física inherente a la misma. Las decisiones se aplican de forma absoluta y literal, sin tener en cuenta las circunstancias. El niño en este estadio está fuertemente orientado al castigo.
- Estadio 2: moralidad individualista e instrumental. La perspectiva es individualista, hedonista, concreta e instrumental. Los intereses en conflicto se coordinan mediante intercambios simples.

2. Nivel convencional: en esta etapa el niño intenta ganarse la aprobación de los demás y mantener una buena relación con los otros, por lo que su conducta se orientará a ello.

- Estadio 3: moralidad de la normativa interpersonal. La noción de justicia en este estadio se refleja en la máxima: “haz a los otros lo que te gustaría que te hicieran a ti si estuvieras en su lugar”, máxima que implica una evolución en la reciprocidad, ya que el sujeto puede imaginarse a sí mismo simultáneamente en dos papeles diferentes e integrar el intercambio recíproco como una norma compartida de bondad. Se integran así las distintas perspectivas individuales en normas morales compartidas.

- Estadio 4: moralidad del sistema social. Se entiende el sistema social como un conjunto de códigos y normas compartidas. La estructura social, ya sea en forma de instituciones u otros roles formales, sirve para mediar entre objetivos conflictivos y promover el bien común. Se comprende e interioriza que el sistema social debe coordinar los deberes con los derechos.
3. Nivel post-convencional: las personas voluntariamente se ajustan a las normas, basándose en un conjunto de principios éticos interiorizados, en el que existe la posibilidad de excepciones en algunas circunstancias.
- Estadio 5: moralidad de los derechos humanos y del bienestar social. La perspectiva de este estadio va más allá de la sociedad. El individuo es un agente moral racional que se basa en un sistema de normas, valores y derechos universalizables, y juzga la validez de las leyes y sistemas sociales según el grado en que garanticen estos derechos humanos universales. Se orienta a la creación de un sistema social ideal, más que al mantenimiento del sistema social existente. Existen valores y derechos universales por encima de una sociedad concreta, y se reconocen una serie de derechos básicos y el establecimiento de una jerarquía de prioridades.
 - Estadio 6: moralidad de los principios éticos generales, universalizables, reversibles y prescriptivos. Se reflejaría en la máxima kantiana de que “cada ser humano es un fin en sí mismo” y no un medio para lograr otros valores por muy elevados que estos sean. A este estadio llega un porcentaje muy bajo de personas. En revisiones posteriores Kohlberg incluso se planteó su existencia.

El paso del nivel pre-convencional al convencional se realiza entre los 11 y los 12 años de edad. La mayoría de adolescentes alcanza el estadio convencional entre los 13 y los 15 años. El desarrollo moral parece haber alcanzado ya el nivel convencional máximo en torno a los 16-18 años. Ello explica la paulatina convergencia de las legislaciones, sobre la mayoría de edad, hacia esas edades. La mayor parte de personas adultas se hallan en el estadio 4, en la convencionalidad.

<p><i>Nivel I: Pre-convencional</i></p> <p>En él se encuentra la mayoría de menores de 12 años: las reglas y normas se viven como impuestas</p>	<p><i>Estadio 1:</i> Moralidad heterónoma (<i>obediencia y miedo al castigo</i>)</p>
	<p><i>Estadio 2:</i> Moralidad Individualista, instrumental (<i>favorecer los propios intereses</i>)</p>
<p><i>Nivel II: Convencional</i></p> <p>En él se encuentran la mayoría de adolescentes y adultos: el “yo” se identifica con las reglas y normas sociales</p>	<p><i>Estadio 3:</i> Moralidad de la normativa interpersonal (<i>expectativas interpersonales</i>)</p>
	<p><i>Estadio 4:</i> Moralidad del sistema social (<i>responsabilidad</i>)</p>
<p><i>Nivel III: Post-convencional o de Principios</i></p> <p>En él se encuentra la minoría de adultos y mayores de 25 años: el “yo” distingue entre las normas sociales y los propios valores, interiorizando el concepto de justicia universal, más allá de los sistemas sociales</p>	<p><i>Estadio 5:</i> Moralidad de los derechos humanos y de bienestar social (<i>derechos prioritarios y contrato social</i>)</p>
	<p><i>Estadio 6:</i> Moralidad de principios éticos superiores, universales, universalizables, reversibles y prescriptivos.</p>

Tabla 4 – Esquema de la psicología del desarrollo moral según Kohlberg

Los estudios de Piaget y de Kohlberg han recibido diversas críticas, principalmente por el hecho de que se basan exclusivamente en el razonamiento o el juicio moral, y no se asocia directamente a la conducta moral. Aunque el juicio moral cumpla un importante papel en la conducta, ésta depende, en gran parte, de aspectos afectivos (emociones), y de otras características de la persona, como su capacidad de autocontrol (carácter), o de situaciones específicas, como es el sistema moral del grupo en el que tiene lugar la conducta. Los estudios de Kohlberg, además, se basaron en la recogida de datos de niños (varones) y no de niñas. Los niños basan su desarrollo moral, sobretodo, en criterios de justicia, y las niñas, más en criterios de “cuidado” y empatía. Algunos de estos factores fueron desarrollados por Carol Gilligan, discípula de Kohlberg (Gilligan, 1982). La ética del cuidado (Gilligan, 2013) y la ética de la justicia (Kohlberg, 1992), no son conceptualizaciones sobre los géneros masculino y femenino, responderían

más bien a dos maneras diferentes de concebir el punto de vista moral dependiendo de su crítica o no al sistema sexo-género²¹.

Según Gilligan, cuidar al adolescente significa buscar y escuchar su voz; voz que va madurando. Esta maduración requiere del acompañamiento del adulto, buscando el equilibrio entre la sobreprotección (paternalismo) y la desprotección (abandono).

En este sentido el *Royal College of Paediatrics and Child Health* de Inglaterra establece un continuo en los siguientes momentos del proceso de toma de decisiones sobre la salud de la persona menor:

- a) Informar al niño.
- b) Escucharle.
- c) Incluir sus opiniones en la toma de decisiones.
- d) Considerarlo competente como decisor principal (Royal College of Paediatrics and Child Health, 2004).

A pesar de las críticas tanto metodológicas como las referentes a las muestras poco representativas, la teoría del desarrollo moral de Kohlberg es un buen referente y mejora matizada con las correcciones de teóricas como Seyla Benhabib entre otras (Benhabib, 2006).

Los estudios de psicología evolutiva de la moralidad demuestran que la mayor parte de los adolescentes alcanzan su madurez moral bastante antes de la mayoría de edad, entre los 13 y los 15 años. Hay algunos que necesitan más tiempo y siguen evolucionando hasta los 19 años, pero la mayoría ha alcanzado ya su desarrollo moral cuatro, cinco o seis años antes. Este dato ha sido fundamental en el desarrollo de la doctrina del “menor maduro”. La base teórica de este concepto se halla en el principio de que los derechos de la personalidad y otros derechos civiles pueden ser ejercitados por el individuo desde el mismo momento en que éste es capaz de disfrutarlos, lo que sucede con frecuencia bastante antes de los 18 años (Esquerda et al., 2009).

5.1.2. La competencia y la toma de decisiones

Appelbaum y Grisso, basándose en sentencias judiciales en las que se valoraba la capacidad de las personas en la toma de decisiones en el ámbito sanitario,

²¹ Carol Gilligan fue la primera profesora de estudios de género de la Universidad de Harvard y sus trabajos han inspirado las teorías feministas a partir de los años 80 del siglo XX.

establecieron los siguientes criterios de competencia para personas adultas (Grisso & Appelbaum, 1998a):

1. Comprensión de la información relevante para la toma de la decisión.
2. Apreciación de la situación y sus consecuencias en relación a la propia situación, especialmente en lo referente a la propia enfermedad y las posibles consecuencias de las diferentes opciones de tratamiento.
3. Manejo racional de la información, que supone la capacidad de realizar procesos lógicos para sopesar beneficios y riesgos, y formar una decisión.
4. Capacidad de comunicar una elección, que exige una capacidad para mantener y comunicar elecciones estables durante un tiempo lo suficientemente dilatado como para poder llevarlas a cabo.

Se pueden complementar estos criterios con la “escala móvil de la competencia” de Drane (tabla 5), que hace referencia a la proporcionalidad de la decisión en relación a los riesgos y beneficios de la misma: cuanto más grave es una decisión, mayor es el nivel de competencia que debe exigirse a la persona que la toma (Drane, 1988).

Tipo de Decisión:	Fácil <i>Conocer y Asentir</i> (>12 años)	Media <i>Comprender y Elegir</i> (>14 años)	Difícil <i>Apreciar y Decidir</i> (>18 años)
Competencia necesaria:	Baja	Media	Alta
Para Consentir	Beneficio Alto Riesgo Bajo	Beneficio/Riesgo Intermedio	Tratamiento de Alto Riesgo Beneficio Incierto
Para Rechazar	Beneficio Bajo Riesgo Alto	Beneficio/Riesgo Intermedio	Tratamiento efectivo de Alto Beneficio y Bajo Riesgo

Tabla 5 - Resumen de la escala móvil de competencia (Drane)

Lo que propone la escala de Drane es que, cuanto más sencillo y beneficioso es un tratamiento, menos competencia es necesaria para consentirlo y más para rechazarlo; y cuantos más riesgos presente un tratamiento, se exigirá menos

competencia para rechazarlo y más para consentirlo. En esa línea, podemos basar el consentimiento de los adolescentes en relación a la mayor reversibilidad o irreversibilidad de los tratamientos.

A esta escala se le realizan diversas críticas: en primer lugar, que para Drane, la gravedad, entendida como un factor objetivable, es el principal elemento de evaluación de la competencia. En segundo lugar, se le critica el riesgo de caer en actitudes paternalistas. Y en tercer lugar se reprocha a Drane que no justifique la división por edades que propone; atribuye grados de competencia en diferentes edades, sugiriendo que los pacientes menores sólo pueden tomar decisiones sencillas, moderadas y no arriesgadas, y que no hay que tener en cuenta sus valores y creencias, porque éstos sólo entran en juego en el tercer tipo de situaciones, para las que se requiere la mayoría de edad legal²².

Diego Gracia recuerda, a propósito de la madurez de la persona que, indistintamente de que sea mayor o menor de edad, ésta debería medirse por sus capacidades formales de juzgar y valorar las situaciones, y no por el contenido de los valores que asuma o maneje cada persona, error que puede llevar a considerar inmaduro o incapaz a todo el que tenga un sistema de valores distinto al nuestro (Gracia, Jarabo, Martín Espíldora, & Ríos, 2001).

En el caso de la persona menor, es muy frecuente evaluar su madurez por nuestra mayor o menor proximidad a su sistema de valores. No podemos considerar inmaduro o incapaz a todo el que piensa de modo distinto a nosotros, por más que eso sí nos obligue a intentar dar razones de por qué consideramos que ciertos valores son mejores o peores que otros.

Diego Gracia comenta al respecto que el planteamiento dilemático del tema, reducido a términos de si existe o no madurez en una persona menor, además de erróneo, no llevará nunca a una solución correcta:

El problema no es si el adolescente es o no maduro. Por principio cabe decir que en muchos casos es tan maduro como lo será más adelante, o

²² Aunque no sea el objetivo de nuestra tesis, merecen ser mencionados las escalas más utilizadas para la valoración de la competencia. En relación a la valoración de la fase del razonamiento moral del menor, destacaríamos el *Moral Judgment Interview* (MJI) de Kohlberg (1987) y el *MadurTest* (Espejo, Miquel, Esquerda, & Pifarré, 2011). En relación a la valoración de capacidades aplicadas respecto a la toma de decisiones, destaca el *McArthur Competent Assessment Test* (MacCAT-T) de Grisso y Appelbaum (1998b). Este último es de mayor aplicabilidad en personas adultas, sobre todo ancianas, cuando se tiene que valorar un posible deterioro psíquico.

tan maduro como otros muchos ciudadanos adultos, a los que nadie cuestiona su autonomía para tomar decisiones. Aunque desde luego en otros casos es claro que el adolescente no es tan maduro como lo será años después, cuando su proceso de evolución personal haya logrado nuevas cotas. Habría que decir, por tanto, que los que luego van a evolucionar más, los que van a llegar a un pensamiento más postconvencional, son los que tienen el riesgo de parecernos más inmaduros en la adolescencia. Tendemos a exigir más, paradójicamente, a los más maduros (2001, p. 184).

5.2. Marco jurídico

Las transformaciones sociales y culturales operadas en nuestra sociedad han provocado un cambio en el estatus social del niño. Así lo muestra la declaración de los derechos humanos en la infancia, que consiste en el reconocimiento pleno de la titularidad de los derechos de las personas menores de edad y su capacidad progresiva para ejercerlos. Hemos pasado de concebir al niño como mero objeto de derechos, a considerarlo como sujeto activo, creativo, con capacidad para modificar su propio medio personal y social, para participar en la búsqueda y satisfacción de sus necesidades y en la satisfacción de las necesidades de los demás (Gracia et al., 2001).

En el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina, conocido como Convenio de Oviedo²³, se comenta que *“La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez”* (Convenio de Oviedo, 1999).

Es a través de la Ley Básica 41/2002, de autonomía del paciente, cuando nos encontramos con una regulación completa de la posición y capacidad de la persona menor en relación a la autorización o rechazo a los tratamientos médicos. En su artículo 9 aborda, por primera vez, los problemas que presenta la autonomía de las personas menores de edad en materia sanitaria:

Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el

²³ Realizado en 1997 y aprobado por el Comité de Ministros del Consejo de Europa y ratificado por el gobierno español en 1999.

consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación (Cortes Generales, 2002).

A pesar de los derechos de la persona menor establecidos por esta ley (el derecho a ser escuchado cuando tenga doce o más años y el derecho a decidir acerca del tratamiento médico a partir de los dieciséis años de edad), el propio artículo 9 viene a limitar la capacidad de obrar del menor de dieciséis o más años al establecer una serie de excepciones al régimen general.

La primera guarda relación con las actuaciones médicas de grave riesgo, disponiendo en estos casos que *“según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente”* (Cortes Generales, 2002).

La segunda, el establecimiento de tres supuestos en los que se exigirá la mayoría de edad a los dieciocho años, de manera que las personas menores de esta edad no podrán decidir en aspectos como los ensayos clínicos, las técnicas de reproducción humana asistida y la interrupción voluntaria del embarazo.

Sobre las limitaciones respecto a las decisiones de la persona menor en materia sanitaria, el artículo 9, en su nueva redacción (Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia) comenta que *“cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión”* (Cortes Generales, 2015) . Así pues, la persona menor debe ser escuchada siempre y ya no sólo a partir de los doce años de edad, aunque obviamente ese deber puede modularse en función de la edad del niño y, fundamentalmente, de su capacidad de comprensión (de Montalvo Jáaskeläinen, 2017).

La función del Estado consiste en vigilar que los padres y tutores no traspasen sus límites y que, con el pretexto de promover la beneficencia de sus hijos, no estén actuando en perjuicio suyo, de modo maleficente. Pero los médicos tampoco son quiénes para definir la beneficencia de la persona menor de edad. Tradicionalmente este hecho ha sido una constante, pero hoy en día este proceder

debe considerarse incorrecto por paternalista. De ahí que la doctrina antipaternalista por antonomasia, el consentimiento informado, sea de aplicación estricta en pediatría. (Gracia et al., 2001).

Diego Gracia comenta que:

La familia es, desde su raíz, una institución de beneficencia. Así como la función del Estado es la no maleficencia, la de la familia es la beneficencia. La familia es siempre un proyecto de valores, una comunión de ideales, una institución de beneficencia. Lo mismo que los familiares tienen derecho a elegir la educación de sus hijos, o a iniciarlos en una fe religiosa, tienen también derecho a dotar de contenido a la beneficencia del niño, siempre y cuando, naturalmente, no traspasen el límite de la no maleficencia. Los padres tienen que definir el contenido de la beneficencia de su hijo, pero no pueden actuar nunca de modo maleficente (2001, p. 183).

En caso de discrepancias entre padre y madre con interés opuesto de uno de ellos respecto al hijo, prevalecerá el criterio del progenitor que coincida con el mayor interés del menor. Las decisiones en salud son actos relativos a derechos de la personalidad, y como tales no necesariamente requieren la representación de los padres o tutores si se dan condiciones de madurez suficientes. En este sentido, la patria potestad nunca es un ámbito de dominio absoluto de los padres sobre sus hijos, sino que también tiene limitaciones cuando puedan confrontarse con los derechos de ese hijo, más aún si son derechos personalísimos (Terribas, 2008).

Las decisiones médicas sobre el niño y el adolescente deben hacerse siempre buscando su mayor beneficio, coincida éste o no con el deseo o el criterio del propio sujeto. Los conflictos entre los principios de beneficencia y de autonomía han de resolverse siempre, en la infancia y adolescencia, delimitando primero lo no maleficente y lo justo y, una vez establecido este criterio, podremos optar en favor de la primera, aunque ello suponga una lesión de la segunda²⁴ (Gracia et al., 2001).

²⁴ Siguiendo el principialismo prescriptivo (Beauchamp & Childress, 2002), se considera que los principios clásicos de la bioética (beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia) deben ser entendidos como

Diego Gracia considera que los cuatro principios descritos por Beauchamp & Childress (beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia) no tienen el mismo rango. Esta diferencia de rango no es jerárquica sino procedimental, lo que “*permite plantear la existencia de una ética de mínimos y una ética de máximos*” (Sánchez-Barroso, 2010, p. 191). La no maleficencia y la justicia se diferencian de la autonomía y de la beneficencia en que obligan con independencia de la opinión y voluntad de las personas implicadas.

De este modo, entre el principio de no maleficencia y el de beneficencia (y sólo en caso de conflicto), hay una diferencia de rango procedimental, ya que nuestro deber de no hacer daño es claramente superior al de hacer el bien, y lo mismo cabe decir en relación a la justicia. La sociedad puede obligar a no hacer daño o a no ser injusto, pero no puede obligar a ser benéfico. Un acto de beneficencia debe ser dado y recibido libremente, por ello guarda estrecha relación con el principio de autonomía. Autonomía y beneficencia son principios morales estrechamente relacionados, en tanto que se considere bueno depende de los valores de cada uno, por eso mismo Gracia los ubica en un mismo nivel, interno o particular.

Un problema es saber qué debe entenderse por “mayor beneficio” y a quién corresponde definir algo como tal.

Los niños menores de 12 años no tienen un sistema de valores propio ni, por tanto, pueden definir su propia beneficencia, pero sí a partir de esa edad. Por otra parte, el Estado, y en su representación el juez, no puede intervenir directamente en la determinación del sistema de valores del niño, inclinándole hacia un tipo u otro de vida ni, por consiguiente, definir su idea del bien (beneficencia). Su papel se reduce (y no por ello es menos importante) a cuidar de su “no maleficencia”, de que no se le haga daño. El problema se plantea en cómo determinar el contenido de la beneficencia en el caso de las personas menores e incapaces, lo que dio lugar a las llamadas “decisiones de sustitución”. En las legislaciones

principios *prima facie* vinculantes e independientes (ningún principio está contenido en otro); deben respetarse mientras no entren en conflicto con otro principio también *prima facie*. Por este motivo, se establece una jerarquización de principios por la cual es primordial disponer de un marco donde se delimite primero lo que es justo y lo “no maleficiente”, antes de decidir sobre la beneficencia y la autonomía (Gracia, 2007). Beauchamp & Childress apelan al equilibrio reflexivo y opinan que, “*hay que realizar un procedimiento de especificación y ponderación de los principios que proporcione una cierta coherencia respecto a situaciones concretas dando coherencia y justificación en el proceso*” (Ramos Pozón & Robles del Olmo, 2020, p. 18).

contemporáneas esto ya no es posible, dado que la sociedad no puede ni debe determinar el beneficio de una persona, capaz o incapaz; sólo debe protegerla del perjuicio.

El Tribunal Supremo, en una sentencia de 17 de septiembre de 2007, proclamó:

El libre desarrollo de la personalidad implica, dada la prevalencia de los factores psico-sociales en la determinación del sexo, que han de primar en los supuestos de disforia de género, un derecho de sostener la identidad sexual como expresión de la identidad personal, que es un bien de la personalidad (citado por de Montalvo Jááskeläinen, 2017).

Se establece una conexión entre los derechos fundamentales y el tratamiento médico, en el sentido de que estos tratamientos médico-quirúrgicos constituyen, en la mayoría de los casos, el único procedimiento a través del cual la persona menor puede configurar su propio proyecto de vida en un ámbito tan relevante desde la perspectiva de la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad, sobre todo, cuando la disconformidad entre el sexo nacido y el vivido incide, en gran medida, en el bienestar de la persona en etapas muy tempranas, como es la pubertad, en la que se desarrollan más expresivamente los órganos sexuales (de Montalvo Jááskeläinen, 2017).

En el caso de los jóvenes trans, la falta de capacidad de la persona menor no puede ser suplida fácilmente por los padres sin evaluar previamente el “interés superior del menor”. Debemos tener en cuenta que los tratamientos parcialmente irreversibles (hormonales) y los irreversibles (quirúrgicos) efectuados a personas trans, conllevan consecuencias irreparables o, al menos, difícilmente reparables. En el tratamiento médico de las personas menores trans concurren diferentes valores e intereses en conflicto. Podría jurídicamente admitirse que un menor pudiese acceder a los correspondientes tratamientos de reasignación sexual sin esperar a alcanzar la mayoría de edad. Pero un hecho de peso para esperar son las dudas científicas acerca de la reversibilidad de las actuaciones médicas al producir consecuencias irreparables (de Montalvo Jááskeläinen, 2017).

El tratamiento de primera fase (bloqueadores hormonales) no presenta problema alguno, ya que se trata de una intervención sin riesgos significativos y además es reversible, permitiendo en el futuro el desarrollo puberal del sexo biológico si fuese necesario. El problema se sitúa en el tratamiento hormonal de segunda

fase, por los riesgos asociados (por ejemplo, la esterilidad) y su carácter irreversible. Si estas consecuencias pueden encajar dentro del concepto jurídico descrito en el artículo 9.4 de la ley 41/2002 como “*actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor*”, resulta evidente que la persona menor, siguiendo estos preceptos legislativos, no puede autorizarlo, aún incluso contando con dieciséis o más años, como indica la modificación introducida en la Ley 26/2015 (Cortes Generales, 2015).

En el caso del tratamiento quirúrgico la cuestión es más sencilla de resolver, ya que parece difícil admitir que una persona menor pueda autorizar una cirugía que supone una mutilación, aun cuando cuente con dieciséis años de edad. Se trata de una decisión que encaja plenamente en la excepción que recoge el citado artículo 9.4. El Código Penal dispone que la esterilización y la cirugía transexual realizadas por un facultativo es punible cuando el otorgante sea menor de edad, no siendo válido ni siquiera el consentimiento prestado por sus representantes legales.

R. Platero comenta el caso de una persona menor de 16 años (2010) en Barcelona, en la que el juez permitió la cirugía de reasignación sexual que, al no ser ofrecida por la salud pública, se realizó en una clínica privada. Sin duda, este hecho abre un nuevo debate social sobre la edad de consentimiento en los tratamientos quirúrgicos (R. (Lucas) Platero Méndez, 2014b, p. 173).

5.2.1. El interés superior del menor

Esta es una noción jurídica y, aunque se ha intentado mejorar su significado, las definiciones dadas son bastante imprecisas.

Lo encontramos en el artículo 2 de la Ley Orgánica 1/1996, tras la redacción que introduce la Ley Orgánica 8/2015, se dispone que “*En la aplicación de la presente ley y demás normas que le afecten, así como en las medidas concernientes a los menores ... primará el interés superior de los mismos sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir*” (de Montalvo Jááskeläinen, 2017). Por lo tanto, los representantes de la persona menor, padres o tutores, sólo pueden actuar en el interés superior del menor. De modo que la idea de interés superior del menor supone un criterio de control del ejercicio de la patria potestad.

El interés superior de la persona menor contiene tres dimensiones; es un derecho, es un principio y es una norma de procedimiento. Se trata de un derecho

del niño a que su interés prime al sopesar distintos intereses para decidir sobre una cuestión que le afecta. Es un principio, porque si una disposición jurídica admite más de una interpretación, se elegirá aquella que satisfaga de manera más efectiva el interés superior del niño. Y es una norma de procedimiento porque siempre que se deba tomar una decisión que afecte el interés del menor, el proceso deberá incluir una estimación de las posibles repercusiones de esa toma de decisiones en los intereses del menor (de Montalvo Jááskeläinen, 2017). La evaluación y determinación de su interés superior requerirá garantías procesales. Se debe, por ejemplo, dejar patente y explicar cómo se ha respetado este derecho en la decisión.

El principio del interés superior del menor es un conjunto de acciones y procesos enfocados a garantizar un desarrollo integral y una vida digna. Se trata de una garantía de que los niños y adolescentes tienen derecho a que se adopten aquellas medidas que promueven sus derechos y no aquellas que los conculquen. Es decir, se trata de que se garanticen el desarrollo personal, la salud corporal y mental y la educación, en un entorno de convivencia, tolerancia, solidaridad, no discriminación y protección ante situaciones que degraden la dignidad humana. Por tanto, el interés superior de la persona menor tiene que ver con el fomento de su libertad y responsabilidad, y con la armonización de sus derechos y deberes. Se trata de superar dos posiciones extremas: el autoritarismo o abuso del poder de los padres, por un lado, y el paternalismo de las autoridades por otro. El concepto de interés superior de la persona menor es flexible y adaptable. Debemos personalizarlo y definirlo de forma individual, con arreglo a la situación concreta del menor y teniendo en cuenta el contexto, la situación y las necesidades personales. Es preciso evaluar los problemas que se plantean cuando se trata de proteger a los menores, debiendo buscarse un equilibrio entre la protección y el empoderamiento. Y, sobre todo, es necesario valorar que los encargados de tomar decisiones adopten medidas que puedan ser revisadas o ajustadas en lugar de decisiones definitivas e irreversibles. Es decir, se trata de lograr un equilibrio entre la estabilidad del niño y su evolución.

El interés superior de la persona menor, ha de ser compatible con los deberes morales y legales que se inserten en la toma de decisiones; *“ha de ser concebido como un criterio ideal pero que, a su vez, no puede ser enfocado como un deber*

absoluto sino más bien prima facie; y que ha de incorporar en su ponderación muchos intereses” (Ramos Pozón & Robles del Olmo, 2020, p. 21).

¿Cuál es el interés superior en el caso de niños y adolescentes trans? Podríamos concluir que vivir su propio proyecto de vida de conformidad con el género deseado y no el determinado en razón de su sexo anatómico.

En los niños y adolescentes trans, el problema radica en la reversibilidad o no de sus deseos. Aquí es clave el “principio de irreparabilidad²⁵” (de Montalvo Jááskeläinen, 2017), es decir, se debe contar con una evidencia suficiente sobre la no reversibilidad del deseo de cambio por parte de la persona menor.

En este sentido F. de Montalvo pone el acento del problema no en el campo de las decisiones médicas respecto de las personas menores, sino en la evidencia acerca de la reversión natural de los deseos de estos, sobre lo que parece existir un debate científico no resuelto. Según comenta este autor, la aplicación del “principio de irreparabilidad”, determina que no pueda aceptarse una excepción al régimen jurídico de capacidad de obrar en el ámbito del tratamiento médico, exigiéndose la mayoría de edad para adoptar tal decisión (2017).

Si la evidencia científica mostrara que las personas menores que expresan en edades tempranas su deseo de vivir su propio proyecto de vida bajo un género distinto del asignado al nacimiento mantienen tal deseo en la adolescencia o en la edad adulta, nos podríamos acoger a una excepción al régimen general de capacidad de obrar en el ámbito del tratamiento médico, y sería más plausible mantener que claramente responde al interés superior del menor. Ello derivaría de la propia expresión de los deseos de la persona menor, como derecho al libre desarrollo de la personalidad, que implica un verdadero derecho de sostener la identidad sexual como expresión de la identidad personal, que es un bien de la personalidad. Negar a un individuo, incluso menor de edad, el reconocimiento a su identidad personal, al proyecto que ha elegido para sí, supone afectar a lo más profundo de la dignidad humana. El derecho a la identidad aparece en el

²⁵ El “principio de irreparabilidad” reconoce la eficacia jurídica de un acto que, por afectar en sentido negativo a la vida, tiene, como consecuencia, la de ser definitivo y, en consecuencia, irreparable. Se refiere específicamente al derecho a la vida, aunque es igualmente aplicable al derecho a la integridad física o psíquica. En el tema que nos ocupa, el “principio de irreparabilidad” plantea la existencia de una evidencia suficiente sobre la no reversibilidad del deseo de cambio por parte del menor.

ámbito del tratamiento médico como el primerísimo de los derechos junto a la dignidad (Convenio de Oviedo, 1999 art. 1).

Otro de los problemas radica en saber hasta qué punto la solución hormonal y quirúrgica resuelve la situación. No existe suficiente literatura que avale que las personas trans con manifestaciones en edades muy tempranas ven resuelto su problema de base con tales tratamientos. Ciertamente, y como ya hemos visto, el tratamiento de la transexualidad está muy vinculado a la evolución de la medicina, a la evolución social y a la mayor aceptación de la diversidad de género y sus múltiples expresiones. Por ello debemos plantearnos si lo quirúrgicamente posible es también lo mejor desde la perspectiva del interés superior de la persona menor, como se está apuntando en la literatura médica más reciente.

El ejercicio de los llamados derechos de la personalidad corresponde a la persona, y los representantes legales no pueden, sin una causa justa, impedir su práctica. Como afecta a cuestiones de carácter personalísimo, no se puede atribuir legitimación para su acción a un sujeto distinto del titular; en el caso de que sea así, se interpretaría no como una excepción a las limitaciones preestablecidas a la representación legal, sino como singularidad propia del funcionamiento ordinario de las instituciones de la responsabilidad parental y la tutela. Así pues, los actos personalísimos no son susceptibles de sustitución, por eso los representantes legales de las personas menores de edad deben, desde la patria potestad, velar por el interés superior de su representado (Ravetllat Ballesté, 2018). La reciente *“Sentencia del Tribunal Constitucional 99/2019, de 18 de julio de 2019 respecto al artículo 1 de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas”* (Tribunal Constitucional, 2019) que fue planteada por el Tribunal Supremo, afirma la identidad de género como un derecho fundamental en el interés del menor.

En esta sentencia el Pleno del Tribunal Constitucional declara inconstitucional al artículo 1 de la Ley 3/2007, *“reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas”*, comentando que *“en la medida en que prohíbe cambiar la mención registral del sexo y nombre a los menores de edad con suficiente madurez y que se encuentren en una situación estable de transexualidad”* se atenta contra los derechos a la integridad física y moral, a la intimidad y a la protección de la salud, en relación con la dignidad de la persona y el libre desarrollo de su personalidad (Tribunal Constitucional, 2019, p. 89807).

Sin duda, nadie más que la persona menor de edad sabe lo que siente, cómo se siente, quién es y cuál es su verdadero yo. Ni los padres, ni los profesionales, ni las instituciones se pueden otorgar el derecho a reprimir, corregir, castigar o modificar su identidad, porque esto supone atentar directamente contra el desarrollo integral de su personalidad. Debemos cambiar la visión y aceptar al niño y al adolescente como personas sujetos de derecho y con diferentes grados de autonomía. Reconocer su derecho a estar presentes y a ser tenidos en cuenta, a expresar lo que sienten (siempre en consideración a sus características evolutivas), en la toma de aquellas decisiones que les afecten. Esto no implica cuestionar ni poner en duda la autoridad de los adultos. El rol de los adultos (familia, profesionales, instituciones) es el de acompañamiento, conducción, promoción y educación, en otras palabras, el de colaborar en el proceso en el que las personas menores se han desarrollado a sí mismas y sentirse bien, identificadas y reconocidas (Ravetllat Ballesté, 2018).

5.3. Posicionamiento Técnico de la Asociación Española de Pediatría en relación con la diversidad de género en la infancia y la adolescencia.

Este documento, lo elaboramos en 2018 un grupo de expertos multidisciplinar (pediatra Atención Primaria; endocrino-pediatras, psiquiatra infantil, comités de Ética de AEP y SEEP; jurista). Desde una visión positiva acerca de la diversidad de género, desarrollamos los criterios éticos y jurídicos a tener en cuenta en la asistencia a niños y adolescentes trans, motivados por la necesidad de clarificar desde nuestras profesiones, precisamente esos aspectos (Riaño Galán et al., 2018):

1. Interés superior de la persona menor:

En un campo tan fundamental para la persona como es la construcción de la identidad de género y el libre desarrollo de la personalidad, hay que respetar en la medida de lo posible, su voluntad y deseos.

Las facultades de decisión de padres o tutores quedan limitadas por el mejor interés de su hijo. En el “consentimiento por representación”, donde opera el principio de beneficencia y no el de autonomía, los padres pueden decidir libremente sobre sus hijos solo en términos de derechos que garanticen su interés y no le ocasionen daño.

Habitualmente, nadie mejor que los padres puede determinar mejor cuál es el interés superior del menor. Pero tal regla encuentra un límite: no causar daño, y en temas de identidad de género, la moralidad de los padres puede causarlo aún sin tener esa intención. En ocasiones la voluntad de ambos progenitores no coincide, lo que dificulta la decisión. Cuando la decisión de los padres es claramente maleficente, por acción o por omisión, el Estado debe adoptar la solución que prime el mejor interés de la persona menor.

2. Protección frente a la vulnerabilidad:

El principio de vulnerabilidad (Kemp & Rendtorff, 2000) expresa fundamentalmente dos ideas. En primer lugar, revela la fragilidad de la existencia humana: todo ser humano es vulnerable y está expuesto a heridas, enfermedades, fracasos y a la muerte. Por tanto, la vulnerabilidad es un principio universal extensible a todos los seres humanos (vulnerabilidad como concepto esencial). La segunda idea es que la vulnerabilidad es el objeto de todo principio ético y se convierte en una responsabilidad de la sociedad (Jonas, 1995), que no puede quedar indiferente a la vulnerabilidad del otro, sino que debe responder responsablemente (concepto de responsabilidad global que implica una respuesta general). Es necesario detectar al otro vulnerable y elaborar mecanismos de resolución de su vulnerabilidad (Torralba, 2002).

La persona menor, en estos casos que nos ocupan, es vulnerable en la medida en que no solo se ve expuesta a determinados riesgos, sino que, en atención a su condición, contexto o circunstancias, no dispone de medios para enfrentarse a ellos sin sufrir un daño. El grado de protección que se le ofrece debería depender del riesgo que corren de sufrir un daño y de la probabilidad de obtener un beneficio.

No podemos obviar la mayor vulnerabilidad en aquellos niños y adolescentes que no cuentan con el respaldo de sus padres.

3. Acompañamiento y escucha activa:

Se debe promover el acompañamiento, no añadir sufrimiento, no poner obstáculos, pero tampoco empujar, ni manipular. Hay que posibilitar la expresión de su propia identidad y asegurar que el relato es auténtico y no condicionado por agentes externos (socio-familiares) o internos (emocionales).

En este sentido, antes de tomar una decisión, es importante deliberar con la persona menor, incluirle en un proceso sincero y honesto de sopesar riesgos

y beneficios. La deliberación es especialmente compleja y, en consecuencia, difícil, ya que exige madurez. Debemos escuchar, de manera atenta, sus razones, dándole a la vez razones de nuestros propios puntos de vista. Debemos comprender su situación, analizar sus valores, exponer los cursos de acción posibles y los óptimos; aclarar el marco legal y la ayuda aun en el caso de que la opción que elija no coincida con la que el profesional considera correcta. Es difícil, en un proceso de deliberación, exigir a la persona menor algo más que un nivel de convencionalidad, cuando la mayor parte de la sociedad se halla asentada en él. Debemos promover madurez, hacer pensar, hacer recapacitar para capacitar, diferenciar entre la imposición y la promoción. Sólo cabe imponer las convenciones sociales que adquieren la forma de preceptos jurídicos legítimos. Todo lo demás no puede ser objeto de imposición sino sólo de exhortación, de promoción (Gracia et al., 2001).

4. Respeto a la diversidad:

Más allá del género, lo importante es la persona. Es necesario promover un cambio de mirada social, capaz de superar los estereotipos que discriminan y aumentan el sufrimiento. Considerar que la respuesta a estas situaciones tan complejas y diversas es facilitar el acceso a una medicación o a una cirugía es una simplificación. Es un imperativo ético reconocer un valor positivo en la diversidad. Se debe actuar en el ámbito educativo y social, evitando “patologizar” las diferencias (Riaño Galán et al., 2018).

Siguiendo a Joan Canimas, desde el paradigma social de *protección* podríamos interpretar la situación de las personas trans como una diversidad, y hay razón para respetar la decisión de una persona y de unos padres de facilitar, de modo médico y quirúrgico, su adecuación al género sentido si así lo desean, a pesar de los riesgos implícitos en las actuaciones médicas (Canimas Brugué, 2015).

5. Reconocimiento:

Según Axel Honneth el reconocimiento posibilita transformar las relaciones conflictivas en relaciones de cooperación, a través de prestar atención a las necesidades de los miembros de la relación para poder afrontarla de una manera más tranquilizadora y positiva para todos (Honneth, 1997). Esto puede reflejarse en cada una de las “esferas del reconocimiento” que han de darse progresivamente:

- La primera, denominada “reconocimiento emocional”, se concreta en ser aceptado tal y como uno es. Se ha de reconocer al niño y al adolescente en su individualidad, en su contexto personal y social. Este reconocimiento genera autoconfianza.
- La segunda, el “reconocimiento legal”, se concreta en ser sujeto de derechos y deberes y es generador de autorespeto.
- La tercera, el “reconocimiento social”, se concreta en reconocer las contribuciones positivas. Respetar el grado de autonomía que tenga la persona en cada momento, dejándole ejercer sus derechos progresivamente según su madurez, escuchándolo y educando sus valores y expectativas. Este reconocimiento genera autoestima (Honneth, 1997).

Toda práctica asistencial ética debe tener en consideración el reconocimiento de las necesidades de los niños y adolescentes trans.

6. Prudencia:

Puesto que la construcción de la identidad de género es un proceso, es fundamental actuar con cautela, respetando los ritmos que cada persona necesita, aprendiendo a vivir con la incertidumbre. En este sentido destacamos, en las conversaciones mantenidas con la Dra. Begoña Román, la idea de “*ni frenar ni empujar*”, que expresa de manera clara la actitud prudencial que debemos tomar y que no hay que confundir con la inacción. El papel de los profesionales será el de garante del bien del menor, buscando siempre el mayor beneficio desde un juicio prudencial. Es necesario huir de extremos que o bien banalizan lo que siente la persona menor o prescriben tratamientos a demanda de estos o de la familia.

7. Responsabilidad:

Ser libre significa distinguir entre lo deseable e indeseable, entre lo justo e injusto, lo mejor y lo peor, y poder escoger, lo cual en algunos casos nos confiere una enorme responsabilidad que no es posible eludir (Jonas, 1995). Hans Jonas comenta que el ser humano es el único ser conocido que puede tener responsabilidades, porque tiene poder y libertad:

Quien no puede hacer nada, no tiene que responsabilizarse de nada; en cierto modo se puede decir pues que aquel que solo tiene una muy escasa influencia en el mundo está en la feliz situación de poder tener una buena

conciencia. Pero quien puede decidir hacer algo, aunque sea decidir no hacer nada, puede elegir entre alternativas de actuación, con lo cual tiene responsabilidades (Jonas, 1997, p. 177) .

Esta apelación a la responsabilidad dirige a los profesionales, a los padres o tutores y a los propios niños y adolescentes, pues todos somos agentes implicados en este proceso. El acompañamiento en sus decisiones y en asumir las consecuencias es esencial, y aún en el supuesto que se equivoquen lo debemos reconocer como su error y no como culpa, entendiendo que, en tanto que vulnerables, todos somos falibles.

Debemos tener en cuenta que estas directrices no resolverán todas nuestras dudas, pero crean una oportunidad de orientar y establecer áreas importantes de acuerdo y desacuerdo (Wren, 2019).

Necesitamos articular la complejidad legal y moral del trabajo a medida que intentamos equilibrar el respeto por la autonomía con la importancia de la protección.

Necesitamos ofrecer un marco de trabajo dentro de un espacio seguro, que ofrezca atención respetuosa, compasiva, imaginativa, bien informada, sensible y a veces valiente, donde los niños y adolescentes puedan explorar cómodamente su identidad y ampliar la comprensión de sus posibles opciones, y esto solo tiene sentido dentro de la comprensión de sus valores, compromisos y creencias (Wren, 2019).

5.4. Recomendaciones a profesionales y cuidadores

Debido a los componentes éticos y jurídicos que contiene el acompañamiento de las personas trans, creemos necesario incluir en este capítulo las recomendaciones a profesionales y cuidadores.

Una de las causas principales de la discriminación y vulneración de los derechos fundamentales de las personas trans es la de considerar socialmente la transexualidad como una situación peor y no deseada. El reto que tenemos como sociedad es no considerarla así y verla simplemente como una diversidad; una diversidad donde la diferencia no debe ser tamizada por tratamientos y actitudes patologizantes, una diversidad donde nos cuestionemos constantemente los

parámetros de normatividad y normalización social presentes en la cultura en la que vivimos.

Es ineludible hallar un compromiso entre el imperativo terapéutico y la obligación ética de contribuir a la aceptación social de la variabilidad de género. Desde el marco legal, se debería promover la tolerancia social y contribuir a la lucha contra la violencia de género en el espacio público y privado.

Debemos despatologizar la transexualidad y las expresiones de no conformidad de género, en todas las etapas de la vida.

Los profesionales que atienden a niños y adolescentes trans, así como a sus familias, deben esforzarse en ofrecer una asistencia centrada en la persona y basada en el cuidado y en la mejor evidencia posible para acompañarle en su proceso de afirmación de género. En este sentido, los profesionales de la salud debemos partir de la máxima de que lo que no es metodológicamente correcto no es éticamente aceptable.

El tratamiento de las personas trans está muy vinculado a la evolución de la medicina, a la evolución social y a la mayor aceptación de la diversidad de género y de sus múltiples expresiones. Por ello debemos plantearnos si todo lo quirúrgicamente posible es lo mejor y si es ético desde la perspectiva del interés superior del menor.

Es necesario un manejo interdisciplinar, continuado en el tiempo y con respuestas personalizadas. Es aconsejable un seguimiento riguroso y continuo de la persona menor y de su familia, insistiendo en que no hay una transición adecuada sin adecuado apoyo a nivel familiar, escolar y social.

Es primordial garantizar, en la medida de lo posible, un compromiso con las intervenciones que se piden. La valoración y el asesoramiento psicológico, lejos de pretender utilizarse con finalidades diagnósticas y patologizadoras, pueden ser defendidos como esenciales, tanto para aclarar los motivos de la modificación corporal y la naturaleza de sus efectos, como para ayudar a explorar algunas de las consecuencias físicas y psicológicas previsibles del cambio de roles de género, así como los efectos residuales del estigma asociado a la transición de género y las implicaciones de la transición para la familia, la escuela o el lugar de trabajo.

Es imprescindible un apoyo basado en una adecuada gestión de la espera y de la incertidumbre, tanto en los niños y adolescentes como en sus familias.

El papel de psicólogos y psiquiatras debe limitarse a tratar el malestar, si realmente existe, de las personas y no se debe intentar tratar la identidad del género cruzado.

La gravedad o el riesgo de las intervenciones médicas no solo está asociado a sus posibles efectos secundarios, sino también a su grado de reversibilidad o irreversibilidad. Consideramos que es una cuestión ética la obtención del consentimiento informado para las modificaciones corporales requeridas para la reasignación de género, como debe ser para cualquier intervención clínica, incidiendo en la mayor o menor irreversibilidad de algunas de las intervenciones médicas y quirúrgicas que se realicen. En los niños y adolescentes trans, el problema radica en la reversibilidad o no de los deseos de estos. Debemos aplicar el “*principio de irreparabilidad*”; desde la evidencia suficiente sobre la no reversibilidad del deseo de cambio por parte de la persona menor.

Debemos velar para que el consentimiento se realice de una manera libre y autónoma, sin injerencias internas o externas, sin coacciones sociales y analizando la capacidad de comprender, valorar, razonar y expresar esta decisión, teniendo en cuenta las diferentes opciones y sus consecuencias potenciales y, siempre, personalizando cada situación.

Debemos individualizar cada situación, mantener una actitud prudente y de escucha, sin confundir esta prudencia con la inacción o el miedo. Las decisiones médicas en la infancia y en la adolescencia deben hacerse siempre buscando su mayor beneficio, coincida éste o no con el deseo o el criterio de la propia persona. Los conflictos entre los principios de beneficencia y de autonomía han de resolverse siempre, en los casos de personas menores, en favor de la primera, aunque ello suponga una lesión de la segunda. El concepto de interés superior del niño es flexible y adaptable. Debemos personalizarlo y definirlo de forma individual: se debe evaluar y determinar el interés superior del menor en función de las circunstancias específicas de cada niño o niña en concreto.

Debemos evitar dañar con tratamiento hormonal a las personas que tienen condiciones distintas de la incongruencia de género y de la no conformidad de género y que pueden no salir beneficiados de los cambios físicos asociados con este tratamiento.

Es importante tener en cuenta que la transexualidad puede atraer a un número significativo de personas que tienen problemas de salud mental y emocional a

las que es importante detectar, entender y no dejar desasistidas con el riesgo de condenar a niños y adolescentes a una “orfandad terapéutica” en situaciones de especial vulnerabilidad.

La situación de falta de evidencia científica supone incertidumbre en cuanto a cuál es el mejor interés del menor, lo que obliga a ser muy prudentes en el manejo clínico de los casos, incluso, a favor de retrasar al máximo los tratamientos que tengan consecuencias irreversibles (Riaño Galán et al., 2018). Es urgente realizar investigaciones para disponer de resultados basados en ensayos controlados prospectivos, que permitan mejorar la calidad de la asistencia a estas personas.

Por último, pero no menor, es responsabilidad de la Administración Pública garantizar la asistencia de la salud de todas las personas de una manera digna, rigurosa y científica.

Consideramos urgentes las intervenciones desde todos los ámbitos, el educativo, el legislativo, y el de la salud para erradicar el rechazo, la violencia y el acoso que pueden recibir estas personas especialmente durante la infancia y adolescencia. Es de desear que sus entornos, sobretodo la escuela, se conviertan en espacios habitables en los que puedan explorar con seguridad su identidad y expresión de género sin miedo a la violencia, evitando lo que Michel Foucault denominaba “exclusiones incluyentes” (citado por P. B. Preciado, 2016b), una falsa inclusión donde se tolera y se integra al “otro” pero que sigue marcado como “otro”, creando falsas tolerancias. Por este motivo la inclusión escolar en contextos de exclusión no garantiza una inclusión real si no se piensa en ella como un proceso que involucra a su vez la superación efectiva de las condiciones políticas, económicas, sociales y culturales que históricamente producen exclusión, poniendo en cuestión la epistemología normativa de la escuela.

Daniel J. García, hace referencia al comentario que realiza Jaques Derrida en su texto “Adiós a Emmanuel Lévinas” (1998):

La hospitalidad consiste en la acogida incondicional del otro cuando viene, repentinamente, sin avisar. La cuestión ética que hay tras esta hospitalidad estriba en la no apropiación de ese otro que acogemos, la no comprensión en su totalidad, respetando la otredad, dejando latir la distancia, a veces abismal, que nos separa. Una suerte de relación sin relación. Me

entrego a ese otro que es un extranjero, un extraño. Es precisamente esa distancia la que garantiza la justicia, pues impide que me apropie del otro anulándolo (2016, pp. 205-206).

En este capítulo hemos desarrollado el marco ético y jurídico y hemos descrito los criterios éticos en la asistencia a niños y adolescentes trans, así como unas recomendaciones para profesionales de la salud y cuidadores.

Conclusiones

En esta tesis, hemos visto como en la configuración de la identidad de género intervienen, además de factores biológicos y genéticos, elementos simbólicos, psicológicos, sociales, culturales y estrategias de poder que son condicionantes muy importantes en la construcción de la identidad personal. Las personas no nacemos hechas psicológicamente con un género determinado, sino que en la constitución de la identidad de género hay un largo proceso, una cimentación, que se va fraguando en interacción con el medio familiar, social y cultural. El desarrollo de la identidad de género es multidimensional y no hay evidencias de que sea innata.

La identidad de género se perfila desde la plasticidad y, en el caso de la infancia, tenemos que pensar las experiencias en relación al género como posiciones en constante evolución. No existe una evolución lineal en niños y adolescentes, ni se adquiere una conciencia trans a la misma edad, ni todas las rupturas de las normas de género en la infancia o adolescencia implican una vida adulta trans. Algunas personas desarrollan una identidad trans en la adolescencia o la edad adulta; otros la tienen desde su primera infancia. Curiosamente, la transición social parece contribuir a la persistencia de este tipo de identidad, y no está claro si lo hace permitiendo que los niños sean lo que realmente son o, en su lugar, si se les empuja a asumir una identidad binaria, acorde con su identificación, cuando habrían sido felices con una identidad cisgénero que no implique intervenciones médicas.

Apenas hay estudios fiables sobre la persistencia o desistencia en la edad adulta de una identidad trans en la infancia. La mayoría de estudios están sesgados por limitarse a población en seguimiento en unidades de identidad de género. Precisamente por la falta de datos respecto a la evolución, desistencia y acompañamiento en la infancia y adolescencia trans, hemos considerado pertinente dar importancia a aquellos autores que, en primera persona, han hablado en sus trabajos de su transición y han hecho una reflexión crítica, tanto a nivel personal como social. Es el caso de Miguel Missé, Paul Preciado, Lucas Platero, Susan Stryker y Jack Halberstam entre otros.

El concepto de identidad de género se ha deconstruido a través del feminismo postmoderno y posestructuralista y de la teoría *queer*, a partir de los años 90. El

feminismo ha ido más allá de los modelos binarios impuestos por las taxonomías normativas de género, y la teoría *queer* ha utilizado el concepto de diferencia para incorporar al transgénero en los análisis de la diversidad sexual y de género, poniendo en duda las limitaciones de los sistemas de clasificación sexual y de género existentes. Pensamos que un marco sociológico *queer* es relevante para el análisis de la diversidad de género, con el fin de ir más allá de una comprensión universal del término "transgénero" y reconocer la diversidad de subjetividades trans.

Hemos visto cómo la ciencia y, más concretamente la psiquiatría, ha sido instrumentalizada con la idea de un control social, forjándose el saber científico como un producto social que muestra los presupuestos políticos y sociales bajo los cuales se produce. Con el género se ha partido de unos presupuestos sociales basados en un binarismo de género normativo y hegemónico; de modo que cualquier supuesto que se aleje de esta normatividad es sujeto de patologización y, por tanto, de tratamiento.

Poner un diagnóstico psiquiátrico a las personas con identidades y expresiones de género diversas, y considerar que su experiencia debe estar necesariamente marcada por un sufrimiento inherente a su condición, así como realizar una "corrección" quirúrgica y hormonal que resitúa a esta persona dentro del binarismo de género normativo, tiene el efecto de reforzar esa misma matriz normativa y el fin de tranquilizar a la sociedad.

A partir del momento en el que se incluye la transexualidad en las clasificaciones médicas, también se incluyen estos "trastornos" en la infancia, abriendo las puertas a una nueva categorización en la infancia y adolescencia, de modo que lo que antes era vivido como unas determinadas prácticas, ha terminado convirtiéndose en una identidad médica.

La infancia y adolescencia trans sería entendida como un paradigma de la lógica normalizante, cuya función trata de que la persona menor "pase" por alguien del otro género, algo muy distinto a construir una sociedad donde las categorías de género no sean tan rígidas como para que si alguien, por cualquier tipo de vulnerabilidad, no encuentra su lugar en ellas pueda llegar a pensar que el problema está en su cuerpo y termine, para ser aceptado socialmente, sometiéndose a tratamientos con consecuencias irreversibles.

En los últimos años, en la infancia y adolescencia, cada vez adquiere más fuerza el relato que aconseja facilitar el cambio corporal lo antes posible, un “*passing*”, con el argumento de que, en el futuro, estos niños, cuando sean adultos, no parecerán personas trans y pasarán desapercibidas al acomodarse a un binarismo normativo, de forma que su vida será mucho mejor.

Esta situación ha ido evolucionando; en la actualidad hay familias que, generando contextos más abiertos en relación con los posibles itinerarios vitales de sus hijas e hijos, apuestan por un acompañamiento a pesar de ser una situación llena de dificultades, debido al relato hegemónico que empuja a las familias y al entorno social a insistir en que es un caso de transexualidad. Paradójicamente ahora les presionan a que, si no se lleva a cabo un tránsito social ya, es que la familia y su entorno son generadores de transfobia.

Los profesionales de la salud debemos tener una perspectiva crítica con las normas de género. Tener una expresión de género diversa no convierte a un niño o niña en diferente al resto de niños. Debemos fomentar un cambio institucional de una medicina reguladora a otra facilitadora en el tratamiento de la variabilidad de género. Y ello ya se ha empezado a hacer, porque donde antes la expresión de género atípica se ha considerado un fracaso de género, o una patología, ahora es asumida como una forma más de género. Tenemos el reto de verla simplemente como una diversidad; una diversidad donde la diferencia no debe ser tamizada por tratamientos y actitudes patologizantes, una diversidad donde nos cuestionemos constantemente la epistemología normativa de la cultura y la sociedad en la que vivimos.

Judith Butler (2010) comenta que la transexualidad, como objeto y categoría médica, está atravesada por cuestiones éticas que se hacen más patentes en la infancia y adolescencia. Es imposible disociar la práctica y los términos del diagnóstico sobre la “transexualidad” de la escena ética. En este sentido, los profesionales de la salud, tenemos como objetivo hallar un compromiso entre el imperativo terapéutico y la obligación ética de contribuir a la aceptación social de la diversidad de género.

En esta tesis hemos considerado que:

- Tanto las identidades trans como las diversas expresiones de género, no constituyen un trastorno mental.

- Las variaciones en la identidad de género y las expresiones de género son aspectos normales y forman parte de la diversidad humana, y las definiciones binarias de género no siempre reflejan la identidad de género emergente.
- La identidad de género evoluciona como un interacción de la biología, el desarrollo, la socialización y la cultura.
- Si existe un problema de salud mental, con mayor frecuencia proviene del estigma, del rechazo y de las experiencias negativas, en lugar de ser intrínseco a los niños y adolescentes trans, o propio de las diferentes categorizaciones médicas en relación con ellos.

Desde esta perspectiva es necesario entender la experiencia trans como un conjunto de construcciones y elecciones de carácter personalísimo, de trayectorias heterogéneas, fluidas y cambiantes que deberían ser aceptadas socialmente y legitimadas por la ley.

De esta forma, queremos contribuir a la transición desde un modelo médico, biocéntrico y patologizante, a otro fundamentado en los derechos del niño, en el que los profesionales de la salud asumimos un rol de acompañamiento, pero dejamos de tener la facultad de determinar las formas de entender y vivir las identidades y expresiones de género, las orientaciones y prácticas sexuales, y las transformaciones corporales que, en su caso, se puedan llevar a cabo.

Intentamos equilibrar el respeto por la autonomía con la importancia de la protección. Toda práctica asistencial ética debe tener en consideración el reconocimiento de las necesidades de los niños y adolescentes trans. Es nuestra responsabilidad acompañarlos a un escenario de autoestima corporal, a fortalecer sus estrategias para combatir la violencia cotidiana, y a ser críticos con un sistema binario de género que les excluye.

La dimensión ética de nuestro trabajo debe ser explícita, y mostrar cómo surgen y se cumplen los desafíos éticos en el proceso dinámico de consultar con los niños, adolescentes y sus familias, y tomar y justificar las decisiones de tratamiento.

Ni los progenitores, ni la familia, ni los profesionales, ni las instituciones se pueden otorgar el derecho a reprimir, corregir, castigar o modificar la identidad de género sentida en la infancia y la adolescencia, ya que esto supone atentar directamente contra el desarrollo integral de su personalidad.

Los problemas éticos con los que nos encontramos los profesionales, se abordan dentro de un marco de práctica defendible, ofreciendo un marco de trabajo dentro de un espacio seguro, que ofrezca atención respetuosa, sensible, bien informada, donde los niños y adolescentes puedan explorar cómodamente su identidad y ampliar la comprensión de sus posibles opciones, lo cual solo tiene sentido dentro de la comprensión de sus valores, compromisos y creencias. Tenemos que personalizar cada situación, y partir de la máxima de que lo que no es metodológicamente correcto no es éticamente aceptable.

Una adecuada asistencia fundamentada en la ética reconoce a los niños y adolescentes como individuos sociales, personas vulnerables, sujetos de derecho y agentes morales, en mayor o menor medida, autónomos. La aplicación de tratamientos médicos y quirúrgicos llega hasta donde cada persona quiera, según la necesidad sentida. Este querer y decidir debe realizarse de una manera libre y autónoma, sin injerencias, sin coacciones sociales, y analizando la capacidad para comprender, valorar, razonar y expresar esta decisión, teniendo en cuenta las diferentes opciones y sus consecuencias.

Nos han servido de guía conceptos éticos y jurídicos como:

El interés superior del menor, que nos insta a respetar, en la medida de lo posible la voluntad y los deseos de la persona menor en un campo tan fundamental como es la construcción de la identidad de género y el libre desarrollo de la personalidad.

Protección frente a la vulnerabilidad, pues el grado de protección que se les ofrece debería depender del riesgo que corren de sufrir un daño y de la probabilidad de obtener un beneficio.

Acompañamiento y escucha activa del niño, niña o adolescente, posibilitando la expresión de su identidad y asegurando que el relato es auténtico y no condicionado por agentes externos (sociales y familiares) o internos (emocionales). Se debe promover el acompañamiento, bajo la premisa de “no empujar y no frenar”, pautando con las familias una correcta gestión de la incertidumbre.

Respeto a la diversidad. Se debe actuar en el ámbito educativo y social, evitando “patologizar” las diferencias. Considerar que la respuesta a estas situaciones tan complejas y diversas es facilitar el acceso a una medicación o a una cirugía es una simplificación.

Reconocimiento. El respeto depende de un reconocimiento (emocional, legal y social) del valor de “lo otro”, de lo distinto a uno mismo.

Prudencia. Es fundamental respetar los ritmos que cada persona necesita, sin confundir la prudencia con la inacción. También tiene que ver con evitar tomar precipitadamente decisiones irreversibles.

Responsabilidad. El papel de los profesionales será el de garante del bien del menor, buscando siempre el mayor beneficio desde un juicio prudencial. Es necesario huir de extremos que o bien banalizan lo que siente el niño o bien prescriben tratamientos a demanda de estos o de la familia.

En la comprensión de la infancia y adolescencia trans debemos hallar un compromiso entre el imperativo terapéutico y la obligación ética de contribuir a la aceptación social de la diversidad de género. Criticamos tanto los intervencionismos exagerados como las exclusiones fruto de rigideces o intolerancias ideológicas y culturales.

Glosario de Términos

- **Autoconcepto:** es la opinión que una persona tiene sobre sí misma y que lleva asociado un juicio de valor. El autoconcepto no es lo mismo que la autoestima, sin embargo, su relación es estrecha y no podría entenderse uno sin el otro.
- **Cisgénero:** designa a las personas que no son trans, en las que coinciden su identidad de género, expresión de género y el sexo asignado en el nacimiento.
- **Cirugía de reasignación sexual:** intervenciones quirúrgicas para modificar las características físicas sexuales primarias (genitales: vaginoplastia, orquiectomía, faloplastia) o secundarias (mastectomía, timbre de voz, distribución de grasa corporal). No todas las personas trans desean someterse a este tipo de cirugías.
- **Comportamiento estereotipado de género:** comportamientos que siguen las características de los roles típicos que hombres y mujeres tienen que tener y desarrollar en una cultura o en una sociedad.
- **Consentimiento informado:** proceso gradual y continuado, en ocasiones plasmado en un documento, mediante el cual una persona capaz y adecuadamente informada por su médico acepta o no someterse a determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos en función de sus propios valores.
- **Criterio del mayor beneficio:** cuando alguien decide por otro que no está en condiciones de hacerlo y que no ha expresado de modo fehaciente e inequívoco su voluntad, debe regirse por el criterio del beneficio de aquel por quien decide. Así, por ejemplo, las funciones tutelares han de ejercerse siempre “en beneficio del tutelado”.
- **Derechos personales o de la personalidad:** derechos subjetivos esenciales que tiene todo ser humano por el mero hecho de serlo. El ser humano es sujeto de estos derechos desde el mismo momento en que es capaz de disfrutarlos. Son anteriores a su reconocimiento positivo por parte de las leyes, lo que éstas hacen es reconocerlos y positivarlos. Estos derechos aluden a un conjunto de facultades fundamentales que atenden a la protección y defensa de la persona individual y de sus atributos.

Los diversos ámbitos que deben tenerse en cuenta bajo este concepto son: la vida y la integridad física; la integridad moral; la intimidad; el derecho a la propia imagen; el derecho al secreto de la correspondencia o las comunicaciones; y el derecho a la individualidad, a través del nombre, etc.

- **Disforia de género:** diagnóstico utilizado en la última clasificación de la APA, DSM-5 (2013), que define el sufrimiento debido a la aversión manifestada por el individuo a los propios genitales. No es sinónimo de transexualidad, pues hay personas trans que no sufren un grave conflicto con su genitalidad y no encuentran ventajas en someterse a operaciones plásticas. El grado de “disforia” es variable, dependiendo, en gran medida, de las presiones externas que hayan sufrido a lo largo de su vida en torno a su cuerpo y su identidad.
- **Endoculturación:** proceso de transmisión de costumbres, ideas y comportamientos de una generación a otra.
- **Escala o estadios de Tanner:** es una valoración de la maduración sexual a través del desarrollo físico de los niños, adolescentes y adultos. Creada por el pediatra británico James Tanner en 1962. La escala define, en cinco estadios, las medidas físicas sexuales, como son el tamaño de las mamas, genitales, el volumen testicular y el desarrollo del vello púbico y axilar.
- **Estereotipos de género:** expresiones de género que están o no permitidas socialmente dependiendo de la identidad sexual y según la sociedad y el momento histórico.
- **Estrés de minorías:** hace referencia a niveles de estrés altos y crónicos que experimentan las personas sexualmente diversas. Se presenta debido a los prejuicios por su condición (sexual o de género), estigma social y las experiencias de discriminación que viven.
- **Expresión de género:** exteriorización de la identidad de género de una persona en un entorno social determinado, incluyendo la expresión de la identidad o la personalidad mediante el lenguaje, la apariencia, elección del nombre propio, etc.
- **Genderqueer (Cuirgénero):** personas cuya identidad de género queda fuera del género binario tradicional. A veces se escribe como “género *queer*”.

- **Género:** construcción social y de características adoptadas, social y culturalmente, como expresión y manifestación de la identidad sexual de las personas y que asocia ciertos comportamientos, anatomías, actitudes y profesiones.
- **Género asignado:** asignación de la persona a un género u otro en el momento de la ecografía prenatal o al nacimiento, en relación con el aspecto que tengan sus genitales externos.
- **Género binario:** la idea de que solo hay dos géneros, hombre y mujer, y de que una persona debe adecuarse estrictamente dentro de una u otra categoría.
- **Género cruzado (comportamiento de):** término que corresponde a su original en inglés "*cross-gender behavior*". Se refiere a vivir en el rol social del género opuesto mediante la adopción de la ropa, peinado, gestos, patrones del habla y características generales de la personalidad que comúnmente se atribuyen al otro género.
- **Género fluido:** describe a una persona cuya identidad de género no es fija. Una persona de género fluido puede sentirse como una mezcla o en tránsito entre los géneros tradicionales, y puede sentir más un género en algunos momentos y otro género en otros momentos.
- **Identidad de género:** el sentido interno de una persona de ser hombre/masculino, mujer/femenina, ambos, ninguno u otro género.
- **Incongruencia de género:** diagnóstico utilizado en la última clasificación de la OMS (CIE-11) de 2018, con las mismas características que la disforia de género, pero a diferencia de esta, ya no forma parte del capítulo de trastornos mentales y aparece dentro de las "Condiciones Relacionadas con la Salud Sexual".
- **Interseccionalidad:** fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales.
- **Intersexualidad:** condición natural en la que la persona presenta una discrepancia entre el sexo cromosómico (XX/XY) y sus genitales y gónadas (ovarios y testículos) típicamente establecidos. Se pueden presentar características de ambos sexos. No tiene nada que ver con la identidad sexual sino con la morfología o el fenotipo.

- **Menor maduro:** expresión surgida para designar a aquella persona que, siendo menor de edad, posee un grado de madurez psicológica y humana que le permite ejercer los derechos de personalidad en grado mayor o menor.
- **Orientación sexual:** preferencia afectiva y/o sexual de la persona por personas de la misma o diferente identidad sexual. Da lugar a la clasificación entre personas heterosexuales (preferencia por personas con identidad sexual diferente a la propia), homosexuales (gais o lesbianas), bisexuales (preferencia por personas de ambas identidades sexuales), asexuales, pansexuales... La orientación sexual se describe como tendencia ya que, el hecho de mantener relaciones con personas de la misma identidad sexual no siempre implica una orientación homosexual, bisexual, pansexual...
- **Patria potestad:** conjunto de derechos y obligaciones de los padres para con los hijos menores de edad.
- **Queer o “cuir”:** término de la lengua inglesa que tiene diversos significados. Como sustantivo es utilizado de manera peyorativa para aludir a *maricón, lesbiana*, como verbo transitivo se refiere a *desestabilizar, perturbar, jorobar*, y como adjetivo, *raro, torcido, extraño*.
- **Sexo biológico:** conjunto de informaciones cromosómicas, órganos genitales, capacidades reproductivas y características fisiológicas secundarias que pueden combinarse de diferentes formas dando lugar a una gran diversidad de configuraciones de las características corporales. En ningún caso determinan la identidad sexual de las personas y no debe tenerse como referencia o como norma.
- **Sexo registral:** inscripción relativa al sexo realizada en el Registro Civil. Se lleva a cabo en el momento del nacimiento para dejar constancia de la identidad sexual de la persona.
- **Trans*:** el asterisco es un elemento que aparece cada vez con más frecuencia en los escritos y debates sobre transexualidad. Su utilización tiene su origen en las bases de datos de internet en las que este símbolo funciona como comodín. Se ha convertido en una forma taquigráfica que, además de aglutinar conceptos de transexualidad y transgénero, incluye

una serie de experiencias e identidades diversas como forma de desmarcarse de las normas de género.

- **Transexual:** término utilizado en la literatura médica y en la cultura anglosajona para describir a quienes han hecho la transición por medio de intervenciones médicas y quirúrgicas. Se debería evitar utilizar este término para describir a las personas transgénero, a menos que se identifiquen como tales (ver definición de transgénero).
- **Transfobia:** discriminación, conductas y actitudes negativas hacia las personas trans.
- **Transgénero:** término anglosajón que se creó para evitar la distinción entre personas transexuales que han pasado por la cirugía y las que no. Describe a una persona cuya identidad de género y el sexo asignado al nacer no coinciden. También usado para incluir identidades de género aparte de hombre o mujer. A veces se abrevia como trans.
- **Transnormatividad:** ideología hegemónica que estructura las experiencias, la identificación y las narrativas transgénero en una jerarquía de legitimidad que depende de un modelo médico binario y de los estándares que lo acompañan, independientemente del interés o la intención de las personas transgénero de llevar a cabo actividades médicas.
- **Tránsito social:** proceso en el cual la persona pasa a ser reconocida socialmente de acuerdo a su identidad sexual. Es habitual que suponga una modificación del nombre y/o la vestimenta, así como de los pronombres utilizados y de las instalaciones públicas que se encuentran segregadas por sexos (aseos, vestuarios, etc.).
- **Variabilidad o variante de género:** término anglosajón (*gender variant*) referido a la infancia y adolescencia que no se ajustan o trasgreden las categorías sociales de hombres y mujeres asignadas al nacimiento. Se ha propuesto como término para nombrar a quienes aún no se han definido a sí mismos en términos de identidad de género. En la actualidad este término ha sido desplazado por el concepto de *Transgender and Gender Nonconforming (TGNC)*.

Listado de acrónimos utilizados en el presente trabajo

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CEDAW	Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (ICD en inglés)
DG	Disforia de Género
DSD	<i>Disorders of Sex Development</i> (Trastornos del desarrollo sexual)
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> de la APA
GnRH	Hormona liberadora de gonadotropina
HBIGDA	<i>Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association</i> (actual WPATH)
IG	Incongruencia de Género
LGTBI	Colectivo de lesbianas, gais, transexuales, bisexuales e intersexuales
OMS	Organización Mundial de la Salud (WHO en inglés)
SOC	<i>Standards of Care for Gender Identity Disorders</i> (protocolo de la WPATH)
STP	Campaña Internacional “ <i>Stop Trans Pathologization</i> ”
TGNC	<i>Transgender and Gender Non-conforming</i>
TIG	Trastorno de Identidad de Género
UIG	Unidad de Identidad de Género
UTIG	Unidad de Trastornos de Identidad de Género
WPATH	<i>World Professional Association for Transgender Health</i> (antigua HBIGDA)

Referencias bibliográficas

- Almirall Oliver, R., Vega Sandín, S., Reviriego Chuecos, J., Vázquez, E., Brull, M., & Marín, K. (2018). Personas con identidades trans*: su salud en la atención primaria. *FMC Formacion Medica Continuada en Atencion Primaria*, 25(6), 324-332. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2017.10.007>
- Alston Philip, Anmeghichean Maxim, Cabral Mauro, Cameron Edwin, et al. (2007). *Principios de Yogyakarta*.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (Masson, Ed.), *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales : DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*, 70(9), 832-864. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- Arcelus, J., Bouman, W. P., Van Den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G., & Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *European Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>
- Aristóteles. (1999). *Ética a Nicómaco (7ª)*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.
- Beard, G. M. (1886). *Sexual Neurasthenia (Nervous Exhaustion)*. New York: E. B. Treat.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2002). *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson.
- Beauvoir, S. de. (2012). *El segundo sexo*. México: Random House Mondatori.
- Benhabib, S. (2005). Feminismo y Posmodernidad: Una difícil alianza. En A. de Miguel Alvarez & C. Amorós Puente (Eds.), *Teoría feminista: de la ilustración a la globalización* (pp. 319-342). Madrid: Minerva.
- Benhabib, S. (2006). *El Ser y el Otro en la ética contemporánea: Feminismo, comunitarismo y posmodernismo*. Barcelona: Gedisa.
- Benjamin, H. (1966). *The Transsexual Phenomenon*. Düsseldorf: Symposium Publishing.

- Berenbaum, S. A. (2018). Beyond Pink and Blue: The Complexity of Early Androgen Effects on Gender Development. *Child Development Perspectives*, 12(1), 58-64. <https://doi.org/10.1111/cdep.12261>
- Berguero Miguel, T., Cano Oncala, G., Giraldo Ansio, F., Esteva de Antonio, I., Ortega Aguilar, M. V., Gomez Banovio, M., & Gorneman Schaffer, I. (2004). La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el Sistema Público de Salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 9-20.
- Bettcher, T. M. (2014a). Feminist Perspectives on Trans Issues. Recuperado 29 de octubre de 2019, de <https://plato.stanford.edu/entries/feminism-trans/#Bib>.
- Bettcher, T. M. (2014b). Trapped in the Wrong Theory: Rethinking Trans Oppression and Resistance. *Journal of Women in Culture and Society*, 32(2), 383-406.
- BOE. (1954). Ley de 15 de julio de 1954 por la que se modifican los artículos 2.º y 6.º de la Ley de Vagos y Maleantes, de 4 de agosto de 1933. *Boletín Oficial del Estado*, (198, 6 de agosto), 4862.
- BOE. (1970). Ley 16/1970, de 4 de agosto, sobre peligrosidad y rehabilitación social. *Boletín Oficial del Estado*, (187, 6 de agosto), 12551-12557.
- Butler, C., & Hutchinson, A. (2020). Debate: The pressing need for research and services for gender desisters/detransitioners. *Child and Adolescent Mental Health*. <https://doi.org/10.1111/camh.12361>
- Butler, J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre la sujeción*. Madrid: Cátedra.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del «sexo»*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Butler, J. (2010). Transexualidad, Transformaciones. En M. Missé & G. Coll-Planas (Eds.), *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad* (Egales, p. 286). Madrid.
- Butler, J. (2015). Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault. En M. Lamas (Ed.), *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. Mexico: Bonilla Artigas.

- Campos, A. (2001). *La Transexualidad y el derecho a la identidad sexual*. Universidad del País Vasco.
- Canimas Brugué, J. (2015). ¿Discapacidad o diversidad funcional? *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 46(2), 79-97.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14201/scero20154627997>
- Carmona Osorio, M. (2018). Queer como verbo. En M. T. Climent Clemente & M. Carmona Osorio (Eds.), *Transpsiquiatría. Abordajes queer en salud mental* (pp. 7-17). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Castejón Bolea, R. (2013). Marañón y la identidad sexual: biología, sexualidad y género en la España de la década de 1920. *Arbor*, 189(759)(a005), 1-9.
<https://doi.org/10.3989/arbor.2013.759n1004>
- Cayuela Sánchez, S. (2014). *Por la grandeza de la patria: la biopolítica en la España de Franco, 1939-1975*. Madrid: FCE.
- Climent Clemente, M. T. (2018). Interseccionalidad en salud mental. En M. T. Climent Clemente & M. Carmona Osorio (Eds.), *Transpsiquiatría. Abordajes queer en salud mental* (pp. 249-270). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 391.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200104000-00006>
- Cohen-Kettenis, P. T., & Gooren, L. J. G. (1999). Transsexualism: A Review of Etiology, Diagnosis and Treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4), 315-333.
- Cohen-Kettenis, P. T., & Pfäfflin, F. (2010). The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 499-513. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9562-y>
- Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Puberty Suppression in a Gender-Dysphoric Adolescent: A 22-Year Follow-Up. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 843-847. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9758-9>
- Colby, A., & Kohlberg, L. (1987). *The Measurement of Moral Judgement: Volume 2, Standard Issue Scoring Manual: v. 2*. New York: Cambridge University Press.
- Coll-Planas, G. (2010a). La policía del género. En M. Missé & G. Coll-Planas

- (Eds.), *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad* (3ª, pp. 55-64). Barcelona: Egales.
- Coll-Planas, G. (2010b). *La voluntad y el deseo. La construcción social del género y la sexualidad: el caso de lesbianas, gays y trans*. Barcelona: Egales.
- Coll-Planas, G., & Missé, M. (2015). La identidad en disputa. Conflictos alrededor de la construcción de la transexualidad. *Papers. Revista de Sociologia*, 100(1), 35. <https://doi.org/10.5565/rev/papers.637>
- Consejo de Europa. (2009). Derechos Humanos e Identidad de Género. *CommDH/IssuePaper*, (29 de julio), 23.
- Convenio de Oviedo. (1999). Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. *Boletín Oficial del Estado*, (251, 20 de octubre), 36825-36830.
- Conway, J. K., Bourque, S. C., & Scott, J. W. (2015). El concepto de género. En M. Lamas (Ed.), *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. Mexico: Bonilla Artigas.
- Cortes Generales. (1978). Constitución Española. *Boletín Oficial del Estado*, (29 de diciembre), 29313-29424.
- Cortes Generales. (2002). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, (274, 15 de noviembre).
- Cortes Generales. (2007). Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. *Boletín Oficial del Estado*, (65, 15 de marzo), 11251-11253.
- Cortes Generales. (2015). Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. *Boletín Oficial del Estado*, (180, 28 de julio).
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.
- de Celis Sierra, M. (2018). ¿Intervención psicológica en identidad de género?: A propósito de la presentación del CIE-11. *Revista Clínica*

- Contemporanea*, 9(2), 1-7. <https://doi.org/10.5093/cc2018a15>
- de Lauretis, T. (1987). *Technologies of Gender: Essays on Theory, Film, and Fiction*. Bloomington: Indiana University Press.
- de Lauretis, T. (2015). Género y teoría queer. *Mora*, 21, 107-118.
<https://doi.org/https://doi.org/10.34096/mora.n21.2402>
- de Montalvo Jááskeläinen, F. (2017). Problemas legales acerca del tratamiento médico de la disforia de género en menores de edad transexuales. *Revista general de derecho constitucional*, ISSN 1886-6212, N°. 24, 2017, 32, 24, 1-32.
- de Vries, A. L. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: The Dutch Approach. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 301-320.
<https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>
- de Vries, A. L. C., Doreleijers, T. A. H., Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Psychiatric comorbidity in gender dysphoric adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(11), 1195-1202.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02426.x>
- de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Puberty Suppression in Adolescents With Gender Identity Disorder: A Prospective Follow-Up Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(8), 2276-2283. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>
- Derrida, J. (1998). *Adiós a Emmanuel Lévinas. Palabra de acogida*. Madrid: Trotta.
- Direcció General de Planificació en Salut. (2017). *Model d'atenció a la salut de les persones trans**. Barcelona.
- Drane, J. F. (1988). Ethical workup guides clinical decision making. *Health progress (Saint Louis, Mo.)*, 69(11), 64-67.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. T., & Reed, G. M. (2016). Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 297-304.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00586-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00586-6)
- Drummond, K. D., Bradley, S. J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K. J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental psychology*, 44(1), 34-45. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>

- Ehrensaft, D. (2011). *Gender born, gender made: raising healthy gender-nonconforming children*. New York: Experiment.
- Ehrensaft, D. (2012). From Gender Identity Disorder to Gender Identity Creativity: True Gender Self Child Therapy. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 337-356. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653303>
- Ehrensaft, D. (2014). Found in Transition: Our Littlest Transgender People. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(4), 571-592. <https://doi.org/10.1080/00107530.2014.942591>
- Ehrensaft, D., Giammattei, S. V., Storck, K., Tishelman, A. C., & Keo-Meier, C. (2018). Prepubertal social gender transitions: What we know; what we can learn—A view from a gender affirmative lens. *International Journal of Transgenderism*. <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1414649>
- Eisenberg, M. E., Gower, A. L., McMorris, B. J., Rider, G. N., Shea, G., & Coleman, E. (2017). Risk and Protective Factors in the Lives of Transgender/Gender Nonconforming Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 61(4), 521-526. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.014>
- Engels, F. (2013). *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. Madrid: Alianza Editorial.
- Eribon, D. (2004). *Una moral de lo minoritario: variaciones sobre un tema de Jean Genet*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Espejo, M., Miquel, E., Esquerda, M., & Pifarré, J. (2011). Valoración de la competencia del menor en relación con la toma de decisiones sanitarias: escala de la competencia de Lleida. *Medicina Clinica*, 136(1), 26-30. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2009.05.014>
- Esquerda, M., Pifarre, J., & Gabaldón, S. (2009). Evaluación de la competencia para tomar decisiones sobre su propia salud en pacientes menores de edad. *Formacion Medica Continuada en Atencion Primaria*, 16(9), 547-553.
- Fisk, N. M. (1974). Gender dysphoria syndrome. The conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multidimensional rehabilitative regimen. *West J Med.*, 120(5), 386-391.
- Flores, A. R., Herman, J. L., Gates, G. J., & Brown, T. N. T. (2016). *How many adults identify as transgender in the United States?* Los Angeles.
- Forcades, T. (2012). La medicalización de los problemas sociales. *Revista*

- Cubana de Salud Publica*, 38(SUPPL. 5), 803-809.
<https://doi.org/10.1590/S0864-34662012000500013>
- Foster, H. (2001). *El retorno de lo real: la vanguardia a finales de siglo*. Madrid: Akal.
- Foucault, M. (1999). *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets.
- Foucault, M. (2001). *Los anormales: curso del Collège de France, 1974-1975*. Madrid: Akal Ediciones.
- Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad 1: La voluntad del saber*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2012). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2014). *Nietzsche, la genealogía, la historia*. Valencia: Pre-Textos.
- Foucault, M., Barbin, H., & Serrano, A. (2007). *Herculine Barbin, llamada Alexina B.* (2ª edición). Madrid: Talasa.
- Freud, S. (2000). *Obras Completas de Sigmund Freud. Tomo XI: El tabu de la virginidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (2008). *Cartas a Wilhelm Fliess, 1887-1904*. Madrid: Amorrortu.
- Gabaldón, S. (2007). Aspectos éticos del diagnóstico en psiquiatría. *Bioética & Debate*, 13(49), 1-5.
- Gabaldón, S. (2016). La transexualidad medicalizada: una mirada ética. *Bioética & Debate*, 22(79), 3-8.
- Gabaldón, S. (2018). Aspectos éticos implicados en la medicalización de las personas trans en la infancia y adolescencia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 65, 17-24.
- Gabaldón, S., Polo, D., Bonifacio, A., & Ramón, M. (2016). *Unidad de Identidad de Género del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona*. Barcelona.
- Galupo, M. P., Henise, S. B., & Mercer, N. L. (2016). "The labels don't work very well": Transgender individuals' conceptualizations of sexual orientation and sexual identity. *International Journal of Transgenderism*, 17(2), 93-104.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1189373>
- García, D. J. (2016). *Rara Avis. Una teoría queer impolítica*. Santa Cruz de Tenerife: Melusina.
- Gastó Ferrer, C. (2006). Transexualidad. Aspectos Históricos y Conceptuales. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 78, 13-20.
- Gavaldon, S., & Segade, M. (2019). *Elements of Vogue: Un caso de estudio de*

- performance radical*. Mexico.
- Gavilán, J. (2016). *Infancia y transexualidad*. Madrid: Catarata.
- Generelo, J. (2017). El valor de la TRANSgresión. En *Trans*. Diversidad de identidades y roles de género* (pp. 9-10). Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Museo de America.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado*. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucas.
- Gracia, D. (2007). *Fundamentos de bioética*. Madrid: Triacastela.
- Gracia, D., Jarabo, Y., Martín Espíldora, N., & Ríos, J. (2001). La toma de decisiones en el paciente menor de edad. *Medicina clinica*, 117(5), 179-190.
- Grisso, T., & Appelbaum, P. S. (1998a). *Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals*. New York: Oxford University Press.
- Grisso, T., & Appelbaum, P. S. (1998b). *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T)*. Professional Resource Press. Sarasota (FL – USA).
- Guasch, O., & Mas Grau, J. (2014). La construcción médico-social de la transexualidad en España (1970- 2014). *Gazeta de Antropología*, 30(3).
- Halberstam, Jack. (2018). *El arte queer del fracaso*. Barcelona: Egales.
- Halberstam, Judith. (1998). *Female masculinity*. Durham: Duke University Press.
- Hausman, B. (1995). *Changing Sex. Transsexualism, Technology, and the Idea of Gender*. Durham: Duke University Press.
- Hausman, B. (1998). En busca de las subjetividad: transexualidad, medicina y tecnologías de género. En J. A. Nieto Piñeroba (Ed.), *Transexualidad, Transgenderismo y cultura. Antropología, Identidad y género*. Madrid: Talasa.
- Hausman, B. (2001). Recent transgender theory. *Feminist Studies*, 27(2), 465-490. <https://doi.org/10.2307/3178770>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., ... T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-

- Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869-3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- Heyes, C. J. (2003). Feminist solidarity after queer theory: The case of transgender. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*. Chicago: University of Chicago Press. <https://doi.org/10.1086/343132>
- Hines, S. (2006). What's the difference? Bringing particularity to queer studies of transgender. *Journal of Gender Studies*, 15(1), 49-66. <https://doi.org/10.1080/09589230500486918>
- Holter, H. (1970). *Sex Roles and Social Structure*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales*. Barcelona: Crítica.
- James, S., Herman, J., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, L. (2016). *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington DC.
- Jeffreys, S. (2014). *Gender Hurts: A Feminist Analysis of the Politics of Transgenderism*. New York: Routledge.
- Johnson, A. H. (2013). *Doing Cisgender Vs. Doing Transgender: An Extension of Doing Gender Using Documentary Film*. Kent State University.
- Johnson, A. H. (2016). Transnormativity: A New Concept and Its Validation through Documentary Film About Transgender Men. *Sociological Inquiry*, 86(4), 465-491. <https://doi.org/10.1111/soin.12127>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2014). *The Gap Report*. Geneva, Switzerland.
- Jonas, H. (1995). *El principio de responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Herder.
- Jonas, H. (1997). *Técnica, medicina y ética: sobre la práctica del principio de responsabilidad*. Barcelona: Paidós.
- Katchadourian, H. A. (1983). *La sexualidad humana: un estudio comparativo de su evolución*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Katz, A. L., Webb, S. A., & Committee on Bioethics. (2016). Informed Consent in Decision-Making in Pediatric Practice. *Pediatrics*, 138(2), 16. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1485>
- Kemp, P., & Rendtorff, J. (2000). *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw, Volume I: Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability*. Institut

- Borja de Bioètica and Centre for Ethics and Law*. Barcelona.
- Kimberly, L. L., Folkers, K. M., Friesen, P., Sultan, D., Quinn, G. P., Bateman-House, A., ... Salas-Humara, C. (2018). Ethical Issues in Gender-Affirming Care for Youth. *Pediatrics*, 142(6), e20181537. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1537>
- King, D. (1998). Confusiones de género: Concepciones psicológicas y psiquiátricas sobre el travestismo y la transexualidad. En J. A. Nieto Piñeroba (Ed.), *Transexualidad, transgénero y cultura: Antropología, identidad y género* (pp. 123-158). Madrid: Talasa.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008, agosto 18). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*. BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>
- Kohlberg, L. (1966). A cognitive developmental analysis of children's sex role concepts and attitudes. En E. C. Maccoby (Ed.). Stanford: Stanford University Press.
- Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Korpaisarn, S., & Safer, J. D. (2019). Etiology of Gender Identity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.002>
- Kristeva, J. (1982). *Powers of horror: an essay on abjection*. New York: Columbia University Press.
- Lamas, M. (2015). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. (Marta Lamas, Ed.). Mexico: Bonilla Artigas.
- Landén, M., Wålinder, J., & Lundström, B. (1998). Clinical characteristics of a total cohort of female and male applicants for sex reassignment: a descriptive study. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 97(3), 189-194.
- Legislative Assembly of the Province of Ontario. Canada. Bill 77: Affirming Sexual Orientation and Gender Identity Act, Statutes of Ontario § (2015).
- Levine, S. B. (2018). Transitioning Back to Maleness. *Archives of Sexual Behavior*, 47(4), 1295-1300. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1136-9>
- Maccoby, E. (1998). *The two sexes: growing up apart, coming together*. Harvard: Belknap Press of Harvard University Press.

- Marañón, G. (1930). *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales*. Madrid: Morata.
- Martínez Arias, L. (2015). *De lo demoníaco a lo abyecto: figuras de lo terrible en el arte moderno*. Universidad Pompeu Fabra.
- Martínez, M. L. (2010). Ontología Histórica y Nominalismo Dinámico: La propuesta de Ian Hacking para las ciencias humanas. *Cinta de moebio*. <https://doi.org/10.4067/S0717-554X2010000300001>
- Martínez Santiago, B., & Martínez de las Heras, J. (2018). Sexualidades no normativas y su problematización. Una aproximación sexológica. En M. T. Climent Clemente & M. Carmona Osorio (Eds.), *Transpsiquiatría. Abordajes queer en salud mental* (pp. 53-76). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Marx, K., & Engels, F. (2012). *El manifiesto comunista*. Madrid: Nordicalibros.
- Mas Grau, J. (2013). La patologización de la transexualidad: un mecanismo legitimador de nuestro sistema dual de género The pathologization of transsexuality: a mechanism for legitimizing the dual gender system. *Número*, 18(1), 65-79.
- Mas Grau, J. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional de Sociología*, 75(2), 059. <https://doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63>
- Mead, M. (2006). *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*. Barcelona: Paidós.
- Meadow, T. (2018). *Trans Kids: Being Gendered in the Twenty-First Century*. Oakland: University of California Press.
- Meyerowitz, J. (2002). *How Sex Changed: A History of Transsexuality in the United States*. Cambridge: Harvard University Press.
- Missé, M. (2013). *Transexualidades. Otras miradas posibles*. Madrid: Egales.
- Missé, M. (2018). *A la conquista del cuerpo equivocado*. Barcelona: Egales.
- Missé, M., & Coll-Planas, G. (2010). *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona: Egales Editorial.
- Money, J. (1955). Hermaphroditism, gender, and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 96(3), 253-263.

- Money, J., Hampson, J. G., & Hampson, J. L. (1955). Hermaphroditism: recommendations concerning assignment of sex, change of sex and psychologic management. *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, 97(4), 284-300.
- Murphy, T. F. (2016). Should Mental Health Screening and Psychotherapy Be Required Prior to Body Modification for Gender Expression? ... *AMA Journal of Ethics*. *AMA Journal of Ethics*, 18(11), 1079.
<https://doi.org/10.1001/JOURNALOFETHICS.2016.2016.11.ECAS2-1611>
- Nagoshi, J. L., & Bruzuzy, S. (2010). Transgender Theory: Embodying Research and Practice. *Affilia: Journal of Women and Social Work*, 25(4), 431-443.
<https://doi.org/10.1177/0886109910384068>
- Nagoshi, J. L., Nagoshi, C. T., & Bruzuzy, S. (2014). *Gender and sexual identity: Transcending feminist and queer theory*. *Gender and Sexual Identity: Transcending Feminist and Queer Theory*. New York: Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-1-4614-8966-5>
- Nanda, S. (1999). *Neither Man nor Woman. The Hijras of India*. Belmont: Wadsworth.
- Nieto Piñeroba, J. A. (2008). *Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género*. Barcelona: Bellaterra.
- Nodin, N., Peel, E., Tyler, A., & Rivers, I. (2015). *The RaRE Research Report. LGB&T mental health risk and resilience explored*. London: PACE.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2810.0961>
- Nuttbrock, L., Hwahng, S., Bockting, W., Rosenblum, A., Mason, M., Macri, M., & Becker, J. (2010). Psychiatric Impact of Gender-Related Abuse Across the Life Course of Male-to-Female Transgender Persons. *Journal of Sex Research*, 47(1), 12-23. <https://doi.org/10.1080/00224490903062258>
- Olmeda, F. (2004). *El látigo y la pluma: homosexuales en la España de Franco*. Madrid: Oberón.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). OMS Preguntas más frecuentes. Recuperado 28 de febrero de 2019, de <https://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). OMS: Salud de los adolescentes. Recuperado 14 de enero de 2019, de https://www.who.int/topics/adolescent_health/es/

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). ICD-11. Recuperado 11 de septiembre de 2018, de <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/344733949>
- Overall, C. (2012). Trans persons, cisgender persons, and gender identities. En N. Power, R. Halwani, & A. Soble (Eds.), *Philosophy of sex: Contemporary readings* (pp. 251-267). New York: Rowan & Littlefield.
- Parlament de Catalunya. LLEI 11/2014, del 10 d'octubre, per a garantir els drets de lesbianes, gais, bisexuals, transgèneres i intersexuals i per a eradicar l'homofòbia, la bifòbia i la transfòbia., Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya § (2014).
- Parlamento Europeo. (2007). Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. *Diario oficial de la Unión Europea*, (14 de diciembre), 16.
- Pérez Fernandez-Figares, K. (2010). Historia de la patologización y despatologización de las variantes de género. En M. Missé & G. Coll-Planas (Eds.), *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona.
- Person, E., & Ovesey, L. (1974a). The transsexual syndrome in males. I. Primary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 28(1), 4-20. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1974.28.1.4>
- Person, E., & Ovesey, L. (1974b). The transsexual syndrome in males. II. Secondary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 28(2), 174-193. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1974.28.2.174>
- Piaget, J. (1987). *El criterio moral en el niño*. Barcelona: Martínez Roca.
- Picornell, M. (2010). ¿De una España viril a una España travesti? Transgresión transgénero y subversión del poder franquista en la transición española hacia la democracia. *Feminismo/s*, 0(16), 281-304. <https://doi.org/10.14198/fem.2010.16.13>
- Platero Méndez, R. (2009). Transexualidad y agenda política: una historia de (dis)continuidades y patologización. *Política y Sociedad*, 46(1 y 2), 107-128.
- Platero Méndez, R. (Lucas). (2014a). ¿Es el análisis interseccional una metodología feminista y queer? En I. Mendia, M. Luxan, M. Legarreta, G. Guzmán, I. Zirion, & J. Azpiazu (Eds.), *Otras formas de (re)conocer* (pp. 79-96). San Sebastian: Hegoa.

- Platero Méndez, R. (Lucas). (2014b). *Trans*exualidades: acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Barcelona: Bellaterra.
- Polderman, T. J. C., Kreukels, B. P. C., Irwig, M. S., Beach, L., Chan, Y.-M., Derks, E. M., ... International Gender Diversity Genomics Consortium. (2018). The Biological Contributions to Gender Identity and Gender Diversity: Bringing Data to the Table. *Behavior Genetics*, 48(2), 95-108. <https://doi.org/10.1007/s10519-018-9889-z>
- Preciado, B. (2008). *Testo Yonki*. Madrid: Espasa Calpe.
- Preciado, P. B. (2016a). *Manifiesto contrasexual*. Barcelona: Anagrama.
- Preciado, P. B. (2016b). Paul B. Preciado: L'escola i l'àmbit domèstic estan idealitzats però són espais violents. *el diari de l'educació*.
- Preciado, P. B. (2019). *Un apartamento en Urano. Crónicas del cruce*. Barcelona: Anagrama.
- Presno Linera, M., & Jimenez Blanco, P. (2014). Libertad, igualdad, ¿maternidad? La gestación por sustitución y su tratamiento en la jurisprudencia española y europea. *Revista española de derecho europeo*, 51.
- Prosser, J. (1998). *Second skins: The body narratives of transsexuality*. New York: Columbia University Press.
- RAE. (2008). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa Calpe.
- Ramos Pozón, S., & Robles del Olmo, B. (2020). Una propuesta conceptual del criterio del mejor interés. *Revista de Bioética y Derecho*, 49, 7-23. <https://doi.org/https://doi.org/10.1344/rbd2020.0.27753>
- Ravetllat Ballesté, I. (2018). La infància i l'adolescència trans a Catalunya: el dret a la seva identitat (de gènere). *Butlletí d'inf@ncia*, 16(maig-juny de 2018), 16.
- Raymond, J. G. (1994). *The Transsexual Empire: The Making of the She-Male*. New York: Teachers College Press.
- Reich, W. (2001). El diagnóstico psiquiátrico como problema ético. En S. Bloch, P. Chodoff, & S. A. Green (Eds.), *La ética en psiquiatría* (pp. 190-216). Editorial Triacastela.
- Riaño Galán, I., del Rio Pastoriza, I., Chueca Guindulain, M., Gabaldón Fraile, S., & de Montalvo Jááskeläinen, F. (2018). Posicionamiento Técnico de la Asociación Española de Pediatría en relación con la diversidad de género

- en la infancia y la adolescencia: mirada ética y jurídica desde una perspectiva multidisciplinar. *Anales de Pediatría*.
<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.02.012>
- Ristori, J., & Steensma, T. D. (2016). Gender dysphoria in childhood. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 13-20.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>
- Roen, K. (2002). «Either/Or» and «Both/Neither»: Discursive Tensions in Transgender Politics. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 27(2), 501-522. <https://doi.org/10.1086/495695>
- Ross, M. W., Walinder, J., Lundstrom, B., & Thuwe, I. (1981). Cross-cultural approaches to transexualism. A comparison between Sweden and Australia. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 63, 75-82.
- Royal College of Paediatrics and Child Health. (2004). *Withholding or Withdrawing Life Sustaining Treatment in Children: A Framework for Practice*. London.
- Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En C. Vance (Ed.), *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina* (pp. 113-190). Madrid: Editorial Revolución.
- Rubin, G. (2015). El tráfico de mujeres: notas sobre la «economía política» del sexo. En M. Lamas (Ed.), *El género. La construcción social de la diferencia sexual*. Mexico: Bonilla Artigas.
- Sadjadi, S. (2019). Deep in the brain: Identity and authenticity in pediatric gender transition. *Cultural Anthropology*, 34(1).
<https://doi.org/10.14506/ca34.1.10>
- Salamon, G. (2010). *Assuming a Body: Transgender and Rhetorics of Materiality*. New York: Columbia University Press.
- Salazar Benítez, O. (2015). La Identidad de Género como Derecho Emergente. *Revista de Estudios Políticos*, 169(julio-septiembre), 75-107.
<https://doi.org/10.18042/rep.169.03>
- Sánchez-Barroso, J. A. (2010). Vigencia y operatividad de los principios de la Bioética en la solución de problemas a partir de la deliberación moral y de la argumentación jurídica. *Persona y Bioética*, 14(2), 187-204.
- Sasaki, S., Ozaki, K., Yamagata, S., Takahashi, Y., Shikishima, C., Kornacki, T., ... Ando, J. (2016). Genetic and Environmental Influences on Traits of

- Gender Identity Disorder: A Study of Japanese Twins Across Developmental Stages. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7).
<https://doi.org/10.1007/s10508-016-0821-4>
- Scott, J. W. (1986). El género: una categoría útil para el análisis histórico. *Historical review*. <https://doi.org/10.2307/1864376>
- Scott, J. W. (2008). *Género e historia*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Servei Català de la Salut. (2017). *CatSalut. Instrucció 14/2017: Implantació del Model d'atenció a les persones trans* en l'àmbit del CatSalut*.
- Shotwell, A., & Sangrey, T. (2009). Resisting Definition: Gendering through Interaction and Relational Selfhood. *Hypatia*, 24(3), 56-76.
<https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2009.01045.x>
- Soley-Beltran, P. (2009). *Transexualidad y la matriz heterosexual: un estudio crítico de Judith Butler*. Edicions Bellaterra.
- Spargo, T. (2004). *Foucault y la Teoría Queer*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Steensma, T. D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clinical child psychology and psychiatry*, 16(4), 499-516.
<https://doi.org/10.1177/1359104510378303>
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Gender Transitioning before Puberty? *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 649-650.
<https://doi.org/10.1007/s10508-011-9752-2>
- Steensma, T. D., & Cohen-Kettenis, P. T. (2018). A critical commentary on “A critical commentary on follow-up studies and «desistence» theories about transgender and gender non-conforming children”. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 225-230.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1468292>
- Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P. C., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors Associated With Desistence and Persistence of Childhood Gender Dysphoria: A Quantitative Follow-Up Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582-590. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>
- Stoller, R. (1964). A Contribution to the Study of Gender Identity. *The International journal of psycho-analysis*, 45, 220-226.
- Stoller, R. (1968). *Sex and Gender: the Development of Masculinity and*

- Femininity*. (1968.^a ed.). New York: Science House.
- Stop Trans Pathologization (STP). (2013). *STP-Campaña Internacional Stop Trans Pathologization*.
- Stryker, S. (2006). My words to Victor Frankenstein above the village of Chamounix: Performing Transgender Rage. En S. Stryker & S. Whittle (Eds.), *The Transgender Studies Reader* (pp. 244-256). New York: Routledge.
- Stryker, S. (2017). *Historia de lo trans: las raíces de la revolución de hoy*. Madrid: Continta Me Tienes.
- Suárez Llanos, L. (2019). *La identidad y el género del derecho frente al derecho a la identidad de género*. Oviedo.
- Suess-Schwend, A. (2017). Gender Diversity in Childhood: A Human Right. *Archives of Sexual Behavior*, 46(8), 2519-2520.
<https://doi.org/10.1007/s10508-017-0938-0>
- Suess Schwend, A., Winter, S., Chiam, Z., Smiley, A., & Cabral Grinspan, M. (2018). Depathologising gender diversity in childhood in the process of ICD revision and reform. *Global Public Health*, 1-14.
<https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1427274>
- Sullerot, E. (1979). *El hecho femenino: ¿qué es ser mujer?* Barcelona: Argos Vergara.
- Tauchert, A. (2002). Fuzzy gender: Between female-embodiment and intersex. *Journal of Gender Studies*, 11(1), 29-38.
<https://doi.org/10.1080/09589230120115149>
- Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., ... Pickett, S. (2018). A critical commentary on follow-up studies and “desistance” theories about transgender and gender-nonconforming children. *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 212-224.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1456390>
- Terribas, N. (2008). Aspectos legales de la atención a los menores de edad. *Formacion Medica Continuada en Atencion Primaria*, 15(6), 339-345.
- Torralba, F. (2002). *Ética del cuidar: Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Fundación MAPFRE Medicina.
- Trías, E. (2000). *Ética y condición humana*. Barcelona: Ediciones Península.
- Tribunal Constitucional. (2019). Sentencia del Tribunal Constitucional 99/2019,

- de 18 de julio de 2019 respecto al artículo 1 de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. *Boletín Oficial del Estado*, (12 de agosto), 89782-89810.
- Tribunal Supremo, E. (1987). Sentencia del Tribunal Supremo de 2 de julio de 1987. Recuperado 26 de agosto de 2019, de <https://2019.vlex.com/#vid/-77042810>
- Turban, J. L., & Ehrensaft, D. (2018). Research Review: Gender identity in youth: treatment paradigms and controversies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(12), 1228-1243. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12833>
- Turban, J. L., & Keuroghlian, A. S. (2018). Dynamic Gender Presentations: Understanding Transition and “De-Transition” Among Transgender Youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.03.016>
- Vázquez García, F. (2011). ¿Por qué en la edad moderna no podía haber transexuales?: Cuatro casos de transmutación sexual en España (siglos XVI-XX). *Ubi Sunt?*, 26, 49-58.
- Vázquez García, F., & Cleminson, R. (2012). *Los hermafroditas: Medicina e identidad sexual en España (1850-1960)*. Granada: Comares.
- Velasco Lázaro, A. (2013). El sujeto político y la transformación social en Judith Butler y Seyla Benhabib. *Bajo Palabra. Revista de Filosofía*, 6(8), 275-282.
- Vila Núñez, F. (2018). La invención de la subjetividad. En M. T. Climent Clemente & M. Carmona Osorio (Eds.), *Transpsiquiatría. Abordajes queer en salud mental* (pp. 18-25). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Wallien, M. S. C., & Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Psychosexual Outcome of Gender-Dysphoric Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413-1423. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>
- Ward, E. J. (2008). *Respectably queer: diversity culture in LGBT activist organizations*. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Weeks, J. (1989). *Sex, politics, and society: the regulation of sexuality since 1800*. Londres: Longman.
- Weeks, J. (1993). *El malestar de la sexualidad : significados, mitos y sexualidades modernas*. Madrid: Talasa.

- Westphal, K. (1869). Die Konträre Sexualempfindung. *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 2, 73-108.
- WPATH. (2012). Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming people - WPATH World Professional Association for Transgender Health. Recuperado 7 de mayo de 2018, de <https://www.wpath.org/publications/soc>
- Wren, B. (2019). Ethical issues arising in the provision of medical interventions for gender diverse children and adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(2). <https://doi.org/10.1177/1359104518822694>
- Zucker, K. J. (2018). The myth of persistence: Response to “A critical commentary on follow-up studies and ‘desistance’ theories about transgender and gender non-conforming children” by Temple Newhook et al. (2018). *International Journal of Transgenderism*, 19(2), 231-245. <https://doi.org/10.1080/15532739.2018.1468293>
- Zucker, K. J., Bradley, S. J., & Sanikhani, M. (1997). Sex differences in referral rates of children with gender identity disorder: some hypotheses. *Journal of abnormal child psychology*, 25(3), 217-227.
- Zucker, K. J., Wood, H., Singh, D., & Bradley, S. J. (2012). A Developmental, Biopsychosocial Model for the Treatment of Children with Gender Identity Disorder. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 369-397. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653309>