

“Transitar por los géneros es un derecho”:
Recorridos por la perspectiva de despatologización



Doctorando:

Ametz Suesch Schwend

Directora:

Carmen Gregorio Gil



Universidad de Granada

Departamento de Antropología Social
Programa de Doctorado: Antropología Social y Diversidad Cultural
Granada, 2015

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales

Autor: Amets Sues Schwend

Imagen y diseño de la portada: Amets Sues Schwend, 2015.

Cita en el título ("*Transitar por los géneros es un derecho*"): Imagen 4, Lema en el cartel de la convocatoria de acciones por la despatologización trans*, Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2009, OTD, Organización de Transexuales por la Dignidad de la Diversidad, Santiago de Chile, 2009.

ISBN: 978-84-9125-491-1

URI: <http://hdl.handle.net/10481/42255>

Tesis doctoral

“Transitar por los géneros es un derecho”:
Recorridos por la perspectiva de despatologización

Doctorando

Amets Suess Schwend

Directora

Carmen Gregorio Gil



Universidad de Granada

Universidad de Granada

Departamento de Antropología Social

Programa de Doctorado: Antropología Social y Diversidad Cultural

Granada, 2015

El doctorando **Amets Suess Schwend** y la directora de la tesis **Carmen Gregorio Gil** garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección de la directora de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, 9 de noviembre de 2015

Directora de la Tesis

Doctorando

Fdo.: Carmen Gregorio Gil

Fdo.: Amets Suess Schwend

AGRADECIMIENTOS

Mis agradecimientos a mi directora de tesis, Carmen Gregorio Gil, por acompañarme a lo largo de todos estos años de búsqueda, profundización teórica, duda y reflexión, por la confianza depositada en mí y por proponerme a otorgar a la dimensión autorreflexiva un lugar relevante en la tesis doctoral. Gracias también por la invitación a formar parte, mediante la presente tesis doctoral, del proyecto de investigación *Etnografiando prácticas de resistencia. Escenarios, eventos y narrativas en la construcción de ciudadanía*¹, que me facilitó un espacio de reflexión compartida sobre dudas metodológicas y éticas relacionadas con la etnografía de prácticas de resistencia, así como la participación en congresos académicos internacionales y estatales.

Gracias a Carlos Artundo Purroy, por el apoyo incondicional, las perspectivas ético-políticas compartidas - y por animarme a combinar la escritura científica con el arte, rompiendo con moldes establecidos.

Gracias a todas aquellas personas con las que he podido compartir reflexiones teóricas, conceptuales, éticas y artísticas, por cuestionar marcos conceptuales preestablecidos y abrirme nuevos horizontes.

Mis agradecimientos a la Escuela Andaluza de Salud Pública, y especialmente a José Ignacio Oleaga Usategui, Joan Carles March Cerdà y María Ángeles Prieto Rodríguez por el apoyo en el proceso de elaboración de la tesis doctoral y la facilitación de tiempo para su realización en diferentes momentos del proceso. Gracias a mis compañer*s² que se han convertido en aliad*s de la despatologización trans*³ y a tod*s l*s profesionales por construir una cultura organizacional basada en el reconocimiento de la diversidad de expresiones e identidades de género, no desde una actitud de falsa ‘tolerancia’, sino desde su valoración como aportación positiva y temática de relevancia.

¹ Proyecto de investigación *FEM2009-10982 Etnografiando prácticas de resistencia. Escenarios, eventos y narrativas en la construcción de ciudadanía*, 2009 - 2012. Financiado por: Ministerio de Ciencia e Innovación. Organizaciones participantes: Universidad de Granada (coordinación), Universidad del País Vasco. Investigadora principal: Carmen Gregorio Gil.

² A continuación, utilizaré el * como propuesta lingüística no binaria. Respecto a su uso, véase Cabral (2009b) y Cabral y Benzur (2005). Una reflexión más extendida sobre el uso del asterisco se puede encontrar en los capítulos I, 1.1.2 y III, 1.2.1.

³ Acerca del uso del asterisco en ‘trans*’ véase Tompkins (2014). Desarrollaré una reflexión más detallada sobre el uso de aspectos terminológicos en la presente tesis doctoral en el capítulo I, 1.1.2. En los capítulos I, 1.1, I, 1.5.2, III, 1.1.1 y III, 1.2.1 profundizaré en reflexiones sobre terminologías aportadas desde perspectivas trans*, intersex y queer.

Gracias a mis padres por todo el apoyo a mis procesos de búsqueda a nivel académico, profesional, activista, artístico y personal, y por transmitirme desde la infancia la relevancia del derecho a ser diferente.

Y, ante todo, mis agradecimientos a los grupos y redes activistas de diferentes continentes que, a lo largo de los último nueve años han organizado cada mes de octubre acciones por la despatologización trans*, a menudo en circunstancias en las que salir a la calle para reclamar Derechos Humanos fundamentales constituía un riesgo y un acto de valentía. Gracias al equipo de coordinación de *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization*, a *GATE, Global Action for Trans* Equality* y a los miembros de su Grupo Internacional de Expert*s. Gracias a Mauro Cabral y Sam Winter por el continuado trabajo por la despatologización trans* en foros y organismos internacionales, por la valentía en el cuestionamiento de marcos establecidos y la aportación teórico-activista en la construcción de nuevos paradigmas. Gracias a Miquel Missé por su lugar destacado en la emergencia del actual activismo por la despatologización trans* en el contexto español y catalán, así como la continuada apuesta por la cultura trans*. Gracias a todos los grupos activistas y personas individuales que me dieron permiso para reproducir los carteles de convocatorias activistas y fotografías de producciones artísticas.

Mi reconocimiento a todas aquellas personas que desafían la tradicional exclusión de las personas trans* e intersex de los circuitos de producción de conocimiento, construyendo nuevas conceptualizaciones, discursos e imaginarios desde posiciones múltiples teórico-activistas, artísticas y artivistas.

ÍNDICE

	Introducción	1
I.	Perspectivas reflexivas	6
1.	Puntos de partida	6
1.1	Reflexiones terminológicas	7
1.1.1.	El carácter histórico y contextual de los conceptos	7
1.1.1.1.	Queer	7
1.1.1.2.	Trans*	9
1.1.1.3.	Intersex	15
1.1.2.	Usos terminológicos en el texto	18
1.2.	Elecciones temáticas	21
1.3.	Marcos teóricos	22
1.4.	Espacios activistas	27
1.5.	Los campos discursivos teórico-activistas queer, trans* e intersex	29
1.5.1.	Aspectos compartidos y diferencias	30
1.5.1.1.	Heterogeneidad interna	31
1.5.1.2.	Autodenominaciones	33
1.5.1.3.	Relaciones entre activismo y producción teórica	33
1.5.1.4.	Procesos de traducción, difusión y recepción	34
1.5.2.	Procesos de surgimiento y prioridades temáticas	36
1.5.2.1.	Discursos queer	36
1.5.2.2.	Discursos trans*	39
1.5.2.3.	Discursos intersex	42
1.5.3.	El lugar de la perspectiva de despatologización	44
2.	Procesos y momentos de <i>impasse</i>	45
2.1.	Narrativas del proceso	45
2.1.1.	Investigando sobre lo trans* - investigad* como trans*: La doble perspectiva	45
2.1.2.	Inicio del proyecto: La distancia adecuada	48
2.1.3.	Incomodidades: La falta de legitimidad	50
2.2.	Momentos de <i>impasse</i>: Crisis y giro reflexivo	54
3.	Recorridos por el concepto de reflexividad	56
3.1.	Recorridos por los procesos de producción de conocimiento	57
3.1.1	Discursos, poder y saber: Aportaciones a la reflexividad en la obra de Foucault	58
3.1.1.1.	Procesos de formación discursiva, poder y saber	59
3.1.1.2.	Sistemas de clasificación	62
3.1.1.3.	Reflexividad y rol investigador	63
3.1.2.	Vigilancia epistemológica y análisis del campo científico: Reflexiones metateóricas en Bourdieu	65
3.1.2.1.	Campos sociales y espacio social	65
3.1.2.2.	Vigilancia epistemológica y rol investigador	68
3.1.2.3.	La propuesta de un autosocioanálisis	72
3.1.3.	La crisis de legitimidad: Aportaciones desde perspectivas postestructuralistas	73
3.1.4.	La mirada autorreflexiva y autoetnográfica	76
3.1.5.	Desigualdades geopolíticas en el proceso de producción de conocimiento	80
3.1.5.1.	Perspectivas poscoloniales: “ <i>Can the Subaltern Speak?</i> ”	81
3.1.5.2.	Boventura de Sousa Santos: “ <i>La epistemología de los conocimientos ausentes</i> ”	83

3.2.	Recorridos por los procesos de entrevista, interpretación y representación	85
3.2.1.	Reflexiones metodológicas en Foucault	86
3.2.1.1.	Arqueología y genealogía	86
3.2.1.2.	Genealogía de la escena de entrevista	90
3.2.2.	La reproducción de la desigualdad: Aportaciones metodológicas en Bourdieu	91
3.2.3.	La investigación como “operación de la caza”: Reflexiones metodológicas en Ibáñez	94
3.2.4.	Crisis de interpretación y representación: Reflexiones desde perspectivas postestructuralistas	96
3.2.5.	La entrevista dialógica, narrativa e interactiva	99
3.2.6.	Más allá del límite de la palabra: Etnografía performativa e investigación basada en las artes	103
3.2.6.1.	Etnografía performativa	104
3.2.6.2.	Autoetnografía performativa	105
3.2.6.3.	Investigación basada en las artes	107
3.2.6.4.	Técnicas creativas	108
3.3.	Críticas al concepto de reflexividad	110
3.4.	Recorridos por la dimensión colectiva, participativa y militante	113
3.4.1.	Cómo conceptualizar el sujeto colectivo: Teoría de los movimientos sociales	113
3.4.2.	El giro participativo y colaborativo	116
3.4.2.1.	Investigación-Acción Participativa: “ <i>Research that produces nothing but books will not suffice</i> ”	116
3.4.2.2.	Investigación y etnografía militante: “ <i>Producir un cuerpo de saberes prácticos de contrapoder</i> ”	121
3.5.	Recorridos por la ética de la investigación	124
3.5.1.	Dudas éticas	125
3.5.2.	Proceso de surgimiento de la ética de la investigación contemporánea	125
3.5.3.	El modelo de Consentimiento Informado	127
3.5.4.	Propuestas para una ética reflexiva, participativa y colectiva	132
3.5.4.1.	Ética reflexiva	133
3.5.4.2.	Ética comunitaria y participativa	141
3.5.4.3.	Ética colectiva	142
3.6.	Reflexiones	145
3.6.1.	Reflexiones epistemológicas	145
3.6.1.1.	Procesos de producción del conocimiento	145
3.6.1.2.	Procesos de exclusión discursiva	148
3.6.1.3.	La dimensión autorreflexiva	149
3.6.1.4.	Ejercicio de autosocioanálisis	152
3.6.3.	Reflexiones metodológicas	157
3.6.4.	Reflexiones sobre las críticas al concepto de reflexividad	161
3.6.5.	Reflexiones sobre enfoques participativos y colaborativos	162
3.6.5.1.	Teoría de los movimientos sociales	162
3.6.5.2.	Procesos de Investigación-Acción Participativa	163
3.6.5.3.	Investigación y etnografía militante	164
3.6.6.	Reflexiones éticas	165
3.7.	Decisiones	168

II.	Perspectivas de despatologización	171
1.	Activismo por la despatologización trans*: Esbozo de un proceso de emergencia e internacionalización	178
2.	El proceso de construcción de la clasificación diagnóstica	187
2.1.	De “sexual intermediaries” a “psychopathia transexualis”: Discursos médicos desde finales del siglo XIX	188
2.2.	El proceso de clasificación: Categorías diagnósticas y estándares de cuidado	196
2.2.1.	Historia del DSM, de la CIE y de los SOC	198
2.2.1.1.	Historia del DSM	198
2.2.1.2.	Historia de la CIE	201
2.2.1.3.	Historia de los SOC	205
2.2.1.4.	Interrelaciones entre los procesos de revisión del DSM, de la CIE y de los SOC	207
2.2.2.	Cambios en los objetivos, enfoque y estructura	208
2.2.2.1.	Objetivos	208
2.2.2.2.	Enfoque	212
2.2.2.3.	Extensión y estructura	213
2.2.2.4.	Concepto de trastorno mental	217
2.2.2.5.	Alcance y aspectos transculturales	218
2.2.3.	Cambios en las categorías diagnósticas trans-específicas en el DSM y la CIE	219
2.2.3.1.	Procesos de inclusión y retirada	220
2.2.3.2.	Procesos de diferenciación y emplazamiento	222
2.2.3.3.	Cambios en la terminología	224
2.2.3.4.	Criterios diagnósticos relacionados con los procesos de tránsito en el género	228
2.2.3.5.	Criterios diagnósticos relacionados con el <i>cross-dressing</i>	239
2.2.4.	Cambios en el modelo de atención sanitaria trans-específica en los SOC	241
2.2.4.1.	Terminologías	241
2.2.4.2.	Adherencia a la clasificación diagnóstica	243
2.2.4.3.	Proceso de evaluación	244
2.2.4.4.	Terapia triádica	248
2.2.4.5.	Aspectos éticos	249
2.3.	Reflexiones sobre los procesos de construcción de la clasificación diagnóstica	251
3.	Despatologización trans*: Líneas temáticas	253
3.1.	“Las identidades trans no son una enfermedad”. Cuestionamiento de la clasificación diagnóstica actual de los tránsitos en el género	255
3.1.1.	Discursos activistas y teórico-activistas	255
3.1.2.	Procesos activistas y reflexiones teórico-activistas precedentes	263
3.1.3.	Críticas	267
3.1.4.	Discursos desde la perspectiva de profesionales de la salud	271
3.1.5.	Desarrollos en el contexto institucional	289
3.1.6.	Marcos teóricos y procesos activistas relacionados	291
3.2.	“L’autèntica malaltia és la transfòbia”: Psiquiatrización, discriminación y violencia transfóbica	302
3.2.1.	Discursos activistas y teórico-activistas	302
3.2.2.	Procesos activistas y reflexiones teórico-activistas precedentes	322
3.2.3.	Críticas	325
3.2.4.	Discursos desde la perspectiva de profesionales de la salud	327
3.2.5.	Desarrollos en el contexto institucional	335
3.2.6.	Marcos teóricos y procesos activistas relacionados	342

3.3.	<i>"Ni hombres, ni mujeres, el binarismo nos enferma": Críticas al modelo binario</i>	356
3.3.1.	Discursos activistas y teórico-activistas	356
3.3.2.	Procesos activistas y reflexiones teórico-activistas precedentes	365
3.3.3.	Críticas	370
3.3.4.	Discursos desde la perspectiva de profesionales de la salud	373
3.3.5.	Desarrollos en el contexto institucional	377
3.3.6.	Marcos teóricos y procesos activistas relacionados	378
3.4.	<i>"No hay democracia sin despatologización de las identidades trans": Discursos de Derechos Humanos</i>	386
3.4.1.	Discursos activistas y teórico-activistas	387
3.4.2.	Procesos activistas y reflexiones teórico-activistas precedentes	390
3.4.3.	Críticas	393
3.4.4.	Discursos desde la perspectiva de profesionales de la salud	396
3.4.5.	Desarrollos en el contexto institucional	401
3.4.6.	Marcos teóricos y procesos activistas relacionados	406
3.5.	<i>¿Cómo salir del "falso dilema"?: Despatologización y derechos sanitarios</i>	414
3.5.1.	Discursos activistas y teórico-activistas	414
3.5.2.	Procesos activistas y reflexiones teórico-activistas precedentes	434
3.5.3.	Críticas	436
3.5.4.	Discursos desde la perspectiva de profesionales de la salud	437
3.5.5.	Desarrollos en el contexto institucional	442
3.5.6.	Marcos teóricos y procesos activistas relacionados	445
3.6.	<i>"Todavía tenemos mucho trabajo por delante": Recomendaciones sobre el proceso de revisión del DSM y de la CIE</i>	449
3.6.1.	Discursos activistas y teórico-activistas	450
3.6.2.	Procesos activistas y reflexiones teórico-activistas precedentes	465
3.6.3.	Críticas	466
3.6.4.	Discursos desde la perspectiva de profesionales de la salud	466
3.6.5.	Desarrollos en el contexto institucional	471
3.6.6.	Marcos teóricos y procesos activistas relacionados	472
3.7.	<i>"El derecho a decidir sobre el propio cuerpo": Modelo de atención sanitaria trans-específica desde una perspectiva de despatologización</i>	476
3.7.1.	Discursos activistas y teórico-activistas	476
3.7.2.	Procesos activistas y reflexiones teórico-activistas precedentes	500
3.7.3.	Críticas	504
3.7.4.	Discursos desde la perspectiva de profesionales de la salud	506
3.7.5.	Desarrollos en el contexto institucional	518
3.7.6.	Marcos teóricos y procesos activistas relacionados	521
3.8.	<i>"Une opération forcée est une violation de nos corps": Reconocimiento legal de género sin requisitos médicos</i>	527
3.8.1.	Discursos activistas y teórico-activistas	527
3.8.2.	Procesos activistas y reflexiones teórico-activistas precedentes	543
3.8.3.	Críticas	547
3.8.4.	Discursos desde la perspectiva de profesionales de la salud	548
3.8.5.	Desarrollos en el contexto institucional	550
3.8.6.	Marcos teóricos y procesos activistas relacionados	556
3.9.	<i>"Stop Pathologizing Gender Diversity in Childhood": Despatologización y diversidad de género en la infancia</i>	558
3.9.1.	Discursos activistas y teórico-activistas	558
3.9.2.	Procesos activistas y reflexiones teórico-activistas precedentes	575
3.9.2.	Críticas	581
3.9.4.	Discursos desde la perspectiva de profesionales de la salud	582
3.9.5.	Desarrollos en el contexto institucional	623
3.9.6.	Marcos teóricos y procesos activistas relacionados	627
3.10.	<i>"Por el placer de ser trans": La reivindicación de narrativas felices</i>	630
3.10.1.	Discursos activistas y teórico-activistas	630
3.10.2.	Procesos activistas y reflexiones teórico-activistas precedentes	633
3.10.3.	Marcos teóricos y procesos activistas relacionados	635

3.11.	"Un ejercicio de transparencia política": Reflexiones sobre la actividad activista	638
3.11.1.	Discursos activistas y teórico-activistas	638
3.11.2.	Procesos activistas y reflexiones teórico-activistas precedentes	642
4.	Cartografías: Análisis de un campo discursivo	644
4.1.	Cartografía de los marcos teóricos y procesos activistas relacionados	645
4.2.	Análisis de diferentes marcos interpretativos	649
4.3.	Cartografías discursivas: Posiciones en un campo múltiple	655
4.4.	El campo discursivo: Análisis del estado actual	664
4.4.1.	Condiciones históricas, estructuras de oportunidad y ciclos de protesta	664
4.4.1.1.	Análisis de las condiciones históricas y estructuras de oportunidad	666
4.4.1.2.	Análisis de los ciclos de protesta	670
4.4.2.	Procesos de cambio en los campos discursivos	672
4.4.2.1.	Procesos de entrada discursiva, coexistencia y desplazamiento	673
4.4.2.2.	Cambios conceptuales y terminológicos	678
4.4.2.3.	Reflexiones sobre los procesos de cambio en diferentes campos discursivos	683
4.4.3.	Umbrales discursivos	683
III.	Despatologización y reflexividad	689
1.	Reflexiones desde perspectivas trans* e intersex	689
1.1.	Reflexiones epistemológicas	690
1.1.1.	Dinámicas de clasificación y patologización	690
1.1.2.	Procesos de exclusión discursiva y su ruptura	699
1.1.3.	"(Des)subjugated knowledges": El lugar en el campo científico	705
1.1.4.	"Instead, I am part of the cultural crisis of the new millennium": La doble perspectiva teórico-activista	709
1.1.5.	Reflexiones sobre la aportación de perspectivas activistas al ámbito académico	715
1.2.	Reflexiones metodológicas	717
1.2.1.	Resistencia y reapropiación: Ruptura con un lenguaje estigmatizante	717
1.2.2.	Cuestionando la reproducción del binarismo de género en las técnicas de investigación	721
1.2.3.	Formas de representación entre relato autobiográfico y reflexión teórica	725
1.3.	Aspectos éticos	730
1.4.	Enfoques colaborativos y proyectos colectivos	734
2.	La contribución de la perspectiva de despatologización a la reflexividad y ética de la investigación	737
	A modo de conclusión: Recorridos y reflexiones	742
1.	Recorridos I: Reflexividad y ética de la investigación	742
2.	Recorridos II: Análisis del campo discursivo de despatologización	742
3.	Recorrido III: Perspectivas de despatologización, reflexividad y ética de la investigación	745
4.	Recorrido IV: Limitaciones	746
5.	Recorrido V: Aportaciones	748
6.	Futuros recorridos	750

Bibliografía

i

Anexos

lxxi

Anexo I. Acrónimos

lxxi

Anexo II. Declaraciones de grupos y redes activistas

lxxix

Anexo III: Declaraciones de asociaciones profesionales

lxxx

Anexo IV: Documentos de Derechos Humanos

lxxxii

Anexo V: Acciones por la despatologización trans*

lxxxiii

Anexo VI: Manuales diagnósticos y estándares de cuidado

lxxxv

Anexo VII: Criterios diagnósticos en el DSM y la CIE

lxxxix

Anexo VIII: Cartografías discursivas

c

Índice de figuras

ci

Índice de tablas

ci

Índice de imágenes

cii

La incongruencia no está en mi cuerpo está en tu mirada.
(Plataforma Octubre Trans Madrid, 2014, Imagen 34)

Relato esto mismo que escribo, y la respuesta viene en la forma de una pregunta: ¿por qué, después de tantos años, escribir para otr*s esa historia, que es mía? Porque no es mía solamente, respondo. Ni es historia.

Yo, como tanta gente, pertenecía en aquel entonces al pueblo del Libro. Y lo cierto es que todavía pertenezco.

El Libro tiene un título extenso: Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, aunque es más conocido –mundialmente conocido– por sus siglas en inglés, DSM.

(Cabral 2010: s.p.)

El deseo es simple: construir un mundo en el que las personas puedan buscarse, dudas, encontrarse y volver en su búsqueda; hablar desde otros lugares y aprender otras formas de leer el cuerpo.

(Missé 2010a: 275)

INTRODUCCIÓN



Carteles de convocatoria del Día Internacional por la Despatologización Trans
Imagen 1: Lima, Instituto Runa de Desarrollo y Estudios sobre Género, 2010

Imagen 2: Bruselas, Genres Pluriels, 2009

Imagen 3: Madrid, Plataforma Octubre Trans Madrid, 2011

Imagen 4: París, Collectif Existrans, 2013

Imagen 5: Santiago de Chile, OTD, Organización de Transexuales por la Dignidad, 2009

Imagen 6: Convocatoria 2015,

STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization

No creemos en las disforias de género, ni en los trastornos de identidad, no creemos en la locura de la gente sino en la locura del sistema.
(Guerrilla Travolaka 2006: s.p.)

La identidad no se diagnostica.
(Proyecto TRVNSG3NERO en Vásquez 2010[2009]: 18)

Desgraciadamente, nuestro entorno acepta mucho mejor a un chico con cicatrices que a un chico con pechos.
(Guerrilla Travolaka, Xarxa D'Acció Trans-Intersex de Barcelona, ATN Libertad, et al. 2009: s.p.)

Los carteles y citas precedentes constituyen fragmentos de un proceso de movilización colectiva a favor de la despatologización de las identidades trans* convocado por *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization*, bajo la demanda de retirada de las categorías diagnósticas trans-específicas de los manuales *DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, edición IV-TR*, publicado por *APA, American Psychiatric Association* (APA 2000a, 2013a) y de la *CIE-10, Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Otros Problemas de la Salud, 10ª edición*, publicada por la *OMS, Organización Mundial de la Salud*

(OMS 2015[1990])⁴ (Red Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2009a, 2009b, 2010a; STP-2012 2010[2009], 2011a, 2011b, 2011c, 2011d, 2012a, 2012b, 2012c; STP 2013a, 2013b, 2013c, 2013d, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b)⁵.

Su relectura remite a uno de los temas centrales de la presente tesis doctoral: Los discursos teórico-activistas sobre despatologización trans* y su lugar en un campo discursivo científico, clínico, profesional y activista más amplio.

Se pueden leer como huellas de un proceso de transformación de la construcción discursiva de las identidades trans* en el que un modelo biomédico de la transexualidad se ve contestado por discursos emergentes por la despatologización trans*, surgidos en un campo complejo y múltiple, marcado por líneas discursivas diversas. Su testimonio suscita el interés por un ejercicio arqueológico y genealógico (Foucault 1995[1976], 1999[1966], 2000[1961], 2003[1969], 2009[1975]) de las diferentes construcciones discursivas alrededor de la diversidad de expresiones e identidades de género, bajo inclusión de un análisis del momento sociopolítico, histórico y cultural de su emergencia.

La presencia de una posición crítica hacia una conceptualización biomédica de las identidades trans* plantea la pregunta por las características de los campos sociales (campo científico y político) desde los que emerge la perspectiva de despatologización trans* y los cambios que produce en los mismos (Bourdieu 1997[1994], 1999[1997], 2000[1979], 2000[1987], 2003[2001], 2006[2004]).

El imaginario visual y discursivo presente en los carteles y manifiestos pone de relieve temáticas centrales del activismo por la despatologización trans* cuyos marcos interpretativos, estructuras de oportunidad y ciclos de protesta pueden ser analizados desde la perspectiva de la teoría de los movimientos sociales (Benford y Snow 2000; Creed, Langstraat y Scully 2002; Della Porta 2006[1996], 2014; Johnston 2002; McAdam 2006[1996]; McAdam, McCarthy y Zald 2006[1996]; Snow y Benford 1988). Los carteles y citas, en calidad de testimonios de un proceso activista, plantean la pregunta por el proceso de emergencia, desarrollo y difusión del activismo actual por la despatologización trans* (McAdam, et al. 2006[1996]; Tarrow 2006[1996]). Su procedencia geográfica remite al carácter culturalmente diverso del debate, señalando la necesidad de un análisis consciente de los contextos culturales y geopolíticos específicos en los que se desarrolla (Herdt 1996 ed., 1996; Nieto 1998 ed., 1998a, 1998b; Towle y Morgan 2002).

⁴ En adelante, DSM-IV-TR y CIE-10. Aparte de nombrar los términos completos en la primera mención, se añaden tablas con las abreviaturas relevantes para la temática de despatologización y derechos trans* en el Anexo I, Tabla 1 y Tabla 2.

⁵ Desde 2009, [STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization](#), lanza de forma anual la convocatoria del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans*, en cuyo marco grupos y redes activistas realizan acciones por la despatologización trans* en diferentes continentes. De 2009 a 2012, la *Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* usó los acrónimos STP-2012, en referencia a la primera fecha anunciada de publicación del DSM (posteriormente aplazada a 2013). En enero de 2013, se cambiaron los acrónimos a STP (STP 2013a). En los primeros años, los manifiestos y documentos de STP se firmaron también como *Red Internacional por la Despatologización Trans*.

Sin embargo, esta posible agenda de reflexiones y cuestionamientos teóricos solo representa una dimensión de la presente tesis doctoral.

El proceso de lectura, reflexión y análisis sobre los temas nombrados, que se produjo en múltiples idas y venidas, momentos de *impasse* y reescrituras, me planteó otra pregunta que se terminó convirtiendo en un eje central del proyecto: La pregunta por el proceso de investigación en sí.

¿Cómo investigar sobre la temática de la despatologización de las expresiones e identidades trans* sin continuar / reproducir / reforzar procesos de clasificación y patologización? ¿En qué medida el proceso de investigación actúa sobre el propio campo que describe, contribuyendo a producir los discursos que analiza? ¿Cuáles son los límites éticos de una utilización de fuentes visuales y textuales producidas para fines activistas en un análisis del mismo proceso activista? ¿Qué legitimidad obtiene la actividad de investigación sobre un proceso sociopolítico actual en cuyo desarrollo he participado de forma activa? ¿En qué lugar situarme desde el doble rol teórico-activista? ¿Cómo realizar un trabajo de investigación / reflexión no sobre, sino desde y para un movimiento social? ¿Cómo poner en práctica la inclusión de una perspectiva de ética reflexiva (capítulo I, 3.5.4.1), no limitada a aspectos formales, sino entendida como una dimensión que atraviesa todo el proceso? ¿En qué medida la actividad de investigación produce un efecto sobre el campo analizado y sus construcciones discursivas? ¿Qué influencia tiene mi propia trayectoria y posición social y geopolítica? ¿En qué medida el proceso investigador actúa sobre / transforma mi propia construcción subjetiva? ¿Cómo describen otr*s autor*s su práctica de investigación, y en qué medida aparece el relato de su experiencia de forma explícita en sus trabajos? ¿Qué experiencias se retratan en el ámbito de una investigación sobre identidades de género y sexualidades diversas? ¿En qué medida el ámbito temático concreto tiene una influencia específica en el tratamiento de aspectos epistemológicos, metodológicos o éticos?

Estas preguntas, presentes desde el inicio del proyecto, iban adquiriendo una presencia creciente durante su transcurso y culminaron en un momento de crisis respecto a mi propio rol investigador y las elecciones metodológicas a realizar, la interrupción temporal del proyecto y la necesidad de una búsqueda de referentes teóricos epistemológicos y metodológicos.

Darme cuenta que mis propias dudas formaban parte de un proceso amplio de reflexión en las Ciencias Sociales contemporáneas, en el sentido de una crisis de legitimidad, representación y ética y la emergencia de formatos autorreflexivos, participativos y autoetnográficos (Denzin y Lincoln 2005; Lincoln y Denzin 2005) me ayudó a salir del momento de bloqueo, realizar una reflexión sobre mis propias elecciones metodológicas y sus implicaciones y darle un mayor lugar a la dimensión metarreflexiva en el proceso, en el sentido de una postura de "*vigilancia epistemológica*" (Bourdieu, Chamboredon y Passeron 2001[1973]: 22) e inclusión de una descripción del proceso de investigación como parte relevante del

mismo. Además, la perspectiva autorreflexiva y autoetnográfica me permitió releer mis propias elecciones temáticas tanto como un reflejo de las posibilidades discursivas de cada momento (Foucault 2003[1969]), como de mi propia posición en el espacio social y campo científico y político (Bourdieu 2000[1979], 2000[1987], 1997[1994], 2003[2001], 2006[2004]).

A la vez, la decisión de incorporar una perspectiva autorreflexiva y autoetnográfica requería abandonar un paradigma de invisibilidad e imparcialidad presente en los enfoques de investigación cualitativa de los que partía (Alonso 1998; Ibáñez 1979, 1985, 1994, 1996a, 1996b), dejarme atravesar por el proceso de investigación, reflexionar sobre mi propia posición teórico-activista, social y geopolítica, así como hacer explícita mi implicación personal y activista con la temática de la despatologización trans* y el no binarismo de género.

La reflexión sobre los procesos inherentes a la producción de conocimiento me llevó a reorientaciones y renuncias respecto a procedimientos y metodologías, en coherencia con las dudas éticas y epistemológicas sobre el rol investigador, las dinámicas inherentes al trabajo de campo y las prioridades que emergían en el transcurso del proyecto.

La presente tesis doctoral se estructura en tres partes: 1. Una descripción del proceso de investigación y del recorrido por las perspectivas de reflexividad y ética de la investigación (I), 2. El análisis de los discursos teórico-activistas por la despatologización desde su interrelación con un campo discursivo más amplio (II) y 3. La contribución de la perspectiva de despatologización al debate actual sobre reflexividad y ética de la investigación (III).

En la primera parte (I), iniciaré la descripción del proceso con un resumen de los puntos de partida, incluyendo los usos terminológicos, las elecciones temáticas y los marcos teóricos relevantes para el proyecto (capítulo I, 1). Por la relevancia que adquirió la vivencia del proceso de investigación y la reflexión sobre el mismo, convirtiéndose en un eje importante, quizás el eje más importante del presente trabajo, dedicaré un capítulo propio a la descripción autorreflexiva del proceso de investigación (capítulo I, 2), para después realizar una revisión de reflexiones epistemológicas, metodológicas y éticas aportadas desde diferentes perspectivas teóricas (capítulo I, 3).

Después de este recorrido por perspectivas de reflexividad y ética de la investigación, desarrollaré en la segunda parte (II) 1. Un resumen del proceso de emergencia y difusión del activismo por la despatologización trans* (capítulo II, 1), 2. Una revisión del desarrollo de las clasificaciones diagnósticas y estándares de cuidado relacionados con los procesos de tránsito en el género (capítulo II, 2), 3. Un análisis del campo discursivo actual de despatologización trans*, incluyendo perspectivas teórico-activistas, profesionales e institucionales (capítulo II, 3), así como 4. La construcción de diferentes cartografías sobre el campo discursivo de la despatologización trans*, tomando como referencia teórica y metodológica la propuesta de un análisis arqueológico y genealógico de Foucault (1995[1976], 2000[1961], 2009[1975]), la teoría de campos de Bourdieu (1997[1994], 2000[1987]), la teoría de los movimientos sociales (Creed, et al. 2002; Johnston 2002; McAdam 2006[1996]; McAdam, et al. 2006[1996]), así

como el análisis sociológico de sistemas de discursos propuesto por Conde Gutiérrez de Álamo (2010) (capítulo II, 4).

Finalmente, en la tercera parte (III) profundizaré en la pregunta por la contribución de la perspectiva de despatologización al debate sobre reflexividad y ética de la investigación, desde una relectura de las reflexiones, teorizaciones y experiencias prácticas aportadas desde perspectivas trans* e intersex y la reflexión sobre las experiencias vividas en el transcurso del proyecto.

La tesis doctoral cierra con conclusiones en formato de recorridos que resumen las reflexiones surgidas durante el proceso de su elaboración, desde la conciencia de que las temáticas tratadas se encuentran en pleno proceso.

I. PERSPECTIVAS REFLEXIVAS

La reflexión sobre los puntos de partida, el proceso de investigación y los debates actuales sobre reflexividad y ética de la investigación se convirtió en un proceso relevante e ineludible para sentirme con la legitimidad de emprender un análisis de los discursos teórico-activistas por la despatologización trans*. Puedo identificar diferentes razones por esta relevancia: El interés por la dimensión reflexiva y ética de la práctica de investigación que ha acompañado mi actividad académica a lo largo de los últimos quince años, la doble experiencia como investigador* e investigad*, así como la responsabilidad ético-política hacia el espacio activista del que formo parte, en el sentido de una posición de cautela para no reflejar una imagen que pudiese tener efectos patologizantes y discriminatorios y no reproducir las dinámicas que el activismo por la despatologización trans* critica en el ámbito médico, jurídico y académico (capítulos II, 3 y III, 1.1.1).

Este recorrido por las perspectivas reflexivas se compone de 1. Un resumen de los puntos de partida de la presente tesis doctoral, incluyendo los usos terminológicos, marcos teóricos y espacios activistas relevantes, 2. La descripción de reflexiones y dudas surgidas durante el proceso de investigación, 4. Una revisión de reflexiones epistemológicas, metodológicas y éticas presentes en el debate actual sobre reflexividad y ética de la investigación, relacionando las mismas con el ámbito de investigación sobre despatologización trans* y 5. Las decisiones sobre el foco temático y las metodologías utilizadas en el análisis del campo discursivo de despatologización trans*.

1. PUNTOS DE PARTIDA

Antes de entrar en la descripción autorreflexiva del proceso de investigación, voy a intentar esbozar los puntos de partida del proyecto de tesis doctoral, en el sentido de los marcos conceptuales, teóricos y activistas que constituyeron las coordenadas desde las que desarrollé el análisis de los discursos por la despatologización trans* y su aportación al debate de reflexividad y ética de la investigación.

En este sentido, aclararé 1. Los usos terminológicos, 2. El proceso de elección de la temática y de las preguntas principales de la investigación, 3. Los marcos teóricos a partir de los que pude pensar sobre la despatologización trans*, 4. El campo activista que constituyó el punto de partida de mi interés de investigación y 5. Los campos discursivos queer, trans* e intersex, como campos centrales para el análisis realizado en el presente trabajo. Explicitar los puntos de partida tanto a nivel terminológico, temático, teórico como activista, a modo de una hoja de ruta, me parecía un ejercicio necesario, partiendo del reconocimiento de la importancia de hacer transparente el propio punto de vista (Bourdieu 1999[1997], 2000[1987], 2003[2001], 2006[2004]; Bourdieu, et al. 2001[1973]; capítulo 3.1.2.3).

1.1. Reflexiones terminológicas

Desde la conciencia de la herencia de un lenguaje médico-diagnóstico, la resistencia a sus efectos patologizantes y la revisión de formas de autodenominación en los discursos teórico-activistas trans* e intersex⁶, la decisión sobre los usos terminológicos adquiere una especial importancia en el presente trabajo.

Hablar de trans*, transexual, transgénero, *genderqueer*, travesti, intersex, etc. conlleva connotaciones políticas y sitúa a la persona según la terminología usada. A la vez, los términos no tienen un significado fijo y cerrado, sino un carácter cambiante, con usos y significados específicos según el contexto sociopolítico, cultural e idiomático, así como en función del momento y marco conceptual desde el que se utilizan.

A continuación, aportaré algunas reflexiones sobre el carácter histórico y contextual de tres de los términos relevantes para el presente trabajo (queer, trans* e intersex), para después definir su uso en el texto.

1.1.1. El carácter histórico y contextual de los conceptos

Un análisis en profundidad de la genealogía conceptual de los términos transgrediría el marco del presente proyecto. A continuación, aportaré algunas breves pinceladas sobre los cambios conceptuales que han experimentado los términos queer, trans* e intersex, en función del momento histórico, proceso de traducción y uso en contextos socioculturales específicos, con el objetivo de ilustrar su complejidad y multidimensionalidad.

1.1.1.1. Queer

En caso del término ‘queer’, Teresa de Lauretis, a la que se atribuye la primera mención académica de un concepto procedente del ámbito activista, en el marco de una conferencia realizada en 1990 (y publicada en 1991, De Lauretis 1991: 3), se distancia tres años más tarde del término bajo el argumento que se había producido una apropiación discursiva descontextualizada del concepto, “*as a conceptually vacuous creature of the publishing industry*” (De Lauretis 1994: 297).

Después de que su trabajo *El género en disputa* (Butler 2000[1990]) se hubiese convertido en un trabajo de referencia para la teoría queer, Judith Butler (2002[1993]) realiza en *Cuerpos que importan* una reflexión sobre el proceso de resignificación que experimentó el concepto, desde su consideración como palabra ‘abjecta’ hacia el reconocimiento como un término reivindicativo y autoafirmativo. La autora señala la importancia de incluir una dimensión autocrítica en el activismo queer sobre los usos del término y el riesgo de establecer nuevas exclusiones, con el objetivo de mantener su carácter de oposición colectiva sin ceder a la

⁶ Una revisión de las reflexiones aportadas desde perspectivas trans* e intersex sobre los procesos de patologización, psiquiatrización y discriminación en el lenguaje científico, así como propuestas de terminologías no patologizantes y no binarias se desarrolla en los capítulos III, 1.1.1 y III, 1.2.1.

apropiación y permitir su reemplazo por términos nuevos cuando fuera oportuno (Butler 2002[1993]).

Si el término “*queer*” ha de ser un sitio de oposición colectiva, el punto de partida para una serie de reflexiones históricas y perspectivas futuras, tendrá que continuar siendo lo que es en el presente: un término que nunca fue poseído plenamente, sino que siempre y únicamente se retoma, se tuerce, se “desvía” [*queer*] de un uso anterior y se orienta hacia propósitos políticos apremiantes y expansivos. Esto también significa que indudablemente el término tendrá que ceder parte de su lugar a otros términos que realicen más efectivamente esta tarea política. (Butler 2002[1993]: 320-321)

Además, se pueden observar cambios en el uso del término *queer* en el proceso de exportación y difusión del concepto en diferentes contextos culturales, bajo una pérdida parcial del significado contestatario o adaptación de la estrategia de reapropiación subversiva al propio contexto lingüístico. En este sentido, se constata un cambio semántico del término tanto en el contexto centro y norte europeo como norteamericano hacia su uso como sinónimo de gay-lésbico, bajo pérdida de su significado transgresor (Currid 2001; Perko 2005).

En el contexto español, después de un primer intento de traducir el término *queer theory* a “[t]eoría torcida” (Llamas 1998: título) o “teoría rarita” (Ceballos Muñoz 2005: 165), se instala el concepto en inglés, bajo el mantenimiento de su significado anti-asimilacionista (Córdoba 2005). A la vez, el carácter anglosajón del término se percibe como barrera para una recepción más extendida (Córdoba 2005), dando lugar al surgimiento de nuevas terminologías que utilizan una estrategia análoga de reapropiación de términos peyorativos (“*Teoría maricona*”, “*Teoría bollera*”, “*Teoría maribollo*”, Córdoba 2005: 22; “*Transmaricabollo*”, Asamblea Transmaricabollo de Sol 2011a, 2011b, 2015: s.p.), así como recitaciones irónicas (Carrascosa 2005).

Qué es Queer?
Queer es el devenir sexo en olor de multitudes.
Queer es jugar a los médicos de las primitas y primitos en las horas de la siesta en las tardes de estío.
Queer es pasarte la infancia diciendo: “Que no soy un niño y me llamo Leire. ¡Joder!”
Queer es ser maricón y hacer bollos con tus amigas.
Queer es paradoja, nunca metáfora. (...)
Queer es mantener que los ángeles y los pitufos no tienen sexo, mientras les das por culo.
Qué es Queer?
Qué es Qué?
Queer es Queer?
Queer es Qué?
Qué eres Qué?
(Carrascosa 2005: 179-180)

Viteri, Serrano y Vidal-Ortiz (2011) aportan reflexiones sobre el uso del concepto ‘*queer*’ en el contexto latinoamericano, resaltando el debate sobre los procesos de resistencia a la imposición unilateral de conocimientos desde el ámbito anglosajón, así como su aceptación como término contestatario frente a políticas estatales.

Tratando de encontrar temas transversales a la discusión sobre lo *queer* en Latinoamérica se observa que su traducción ha generado debates, pues va más allá de encontrar un término equivalente, aludiendo más bien a las fronteras geopolíticas, raciales y sexuales, materiales y simbólicas que conforman la región. Las reacciones a formulaciones teóricas anglosajonas –comenzando por la palabra *queer* pero extendiéndose a los libros producidos por teóricos *queer*– simbolizan proyectos de resistencia geopolíticas contra la imposición

unilateral de estudios del ‘Norte’ hacia el ‘Sur’ que invalidan trabajos de campo, propuestas y creación de conocimiento surgidos, debatidos y en circulación en el ‘Sur’.
(Viteri, et al. 2011: 49)

A diferencia del significado de la teoría queer en el contexto norteamericano como respuesta crítica a un proceso de institucionalización de los estudios gay-lésbicos, Viteri, et al. (2011) señalan que en el contexto latinoamericano el menor grado de institucionalización no hace necesaria esta contestación, identificando como eje principal de crítica *"el poder de la sexología sobre los estudios de la sexualidad, en los cuales nada o poco se dice del género"* (Viteri, et al. 2011: 51). En esta relectura, la resistencia a dinámicas neocolonialistas se identifica como una dimensión relevante (Viteri, et al. 2011).

A modo de conclusión, lo queer sin nombrarlo (o más allá del nombre y su significante) existe como tal y ha existido antes de su conceptualización en América Latina: se dibuja y desdibuja, cobra formas inesperadas que confrontan nociones lineales alrededor del género y las sexualidades, y pone de relieve un marco colonial con su historia de desigualdades varias y dolorosas ya conocidas.
(Viteri, et al. 2011: 58)

1.1.1.2. Trans*

En relación al concepto de ‘trans’, ‘transexual’, ‘transexualidad’ o ‘transexualismo’, diferentes autor*s señalan su carácter históricamente reciente, surgido a mediados del siglo XX, así como su procedencia médica, desplazando a su vez terminologías anteriores para designar procesos de tránsito en el género (Billings y Urban 1998[1982]; Hirschauer 1993; Rubin 2006[2003]; capítulo II, 2). El concepto de ‘transexualismo’ se atribuye a Benjamin (2006[1954]) que define el término como estrechamente vinculado al deseo de modificación corporal hormonal y quirúrgica. Posteriormente, el término ‘transexual’ ha sido utilizado específicamente para personas trans* que han realizado o tienen la intención de realizar modificaciones corporales trans-específicas, a diferencia del concepto de transgénero o *genderqueer* (Papoulias 2006; Stryker 2006; Valentine 2007). A su vez, se puede encontrar una utilización en un sentido más amplio, englobando a personas que transitan en el género, independientemente de la modificación corporal realizada (Pérez Fernández-Fígares 2009a). En este sentido, en el contexto español se observa un uso del término ‘transexual’ en su sentido amplio, incluyendo identidades no binarias, parecido al término *‘transgender’* en inglés (Platero 2011; Pérez Fernández-Fígares 2009a).

Puede plantearse, de acuerdo con la práctica anglosajona, la sustitución de la palabra “Transexualidad” por “Transgenerismo” y “Transexual” por “Transgénero”.

Este cambio no funciona en castellano. La desinencia –ismo suele referirse a opciones en ideas o estilos artísticos y la transexualidad no es una opción ni es una idea filosófica o religiosa ni un estilo.

Por otra parte, “Transgénero” es una palabra lingüísticamente masculina, y por tanto difícil de aceptar identitariamente para las personas feminizantes. En cambio, la palabra “Transexual” acepta lo mismo el artículo masculino que el femenino.

Se puede también discutir el alcance de la palabra “Transexualidad” y preguntarse si puede incluir las prácticas no-binaristas (que tradicionalmente se han llamado transgeneristas o transvestistas).

(Pérez Fernández-Fígares 2009a: s.p.)

During the transition towards democracy, transvestites became activists and gained visibility. Transvestites worked to create a collective identity different from that of homosexual people. In the 1980s and 1990s, while sexual minorities were fighting for recognition, some sex-worker transgender women struggled to defend themselves from police harassment and organized around the emergence of AIDS in cities like Madrid (Vázquez, 2001). (...) Later on, in the 1990s and under the umbrella term of ‘transsexual’ (closer to the Anglo-Saxon term ‘transgender’ than the medical understanding of transsexuality), some activists organized against the stigmatization of prostitution. (Platero 2011: 598)

Esta aceptación coexiste con la continuada utilización del término para aquellas personas trans* que han realizado procesos de modificación corporal (Missé 2012a).

Transsexual és aquella persona que vol sotmetre's a una reassignació genital i modifica el seu cos per viure en el gènere que sent com a propi. Com bé diu la paraula, és una transició en el sexe biològic. (Missé 2012a: 10-11)⁷

Además, se puede observar un uso diferenciado del término ‘transsexual’ según si se trata de una definición aportada desde perspectivas médicas (Stoller 1968) o activistas (Bornstein 1994).

Transsexualism is the conviction in a biologically normal person of being a member of the opposite sex; in adults, this belief is these days accompanied by requests for surgical and endocrinological procedures that change anatomical appearance to that of the opposite sex. (Stoller 1968: 89-90)

One answer to the question “Who is a transsexual?” might well be “Anyone who admits it.” A more political answer might be, “Anyone whose performance of gender calls into question the construct of gender itself.” (Bornstein 1994: 121)

El término *transgender* ha sido analizado como ejemplo de un concepto que ha experimentado cambios múltiples en su uso a lo largo de las décadas, según el ámbito sociopolítico y el contexto teórico o activista en el que se usa (Papoulias 2006; Stryker 1998 2006; Valentine 2007). Su primera mención se atribuye a Virginia Prince que acuñó la palabra *transgenderist* para diferenciar a personas que viven, de forma permanente, en un género diferente al asignado al nacer, pero no han realizado intervenciones quirúrgicas, de personas transexuales que sí han realizado procesos de modificación corporal, y, por el otro lado, personas con prácticas de *cross-dressing* (Papoulias 2006; Stryker 1998, 2006; Valentine 2007). Además, Stryker (2006) nombra el texto “*The Empire Strikes Back*” de Sandy Stone (2006[1987]) como uno de los textos tempranos que describen identidades transgénero, sin nombrar, sin embargo, el término *transgender*, sino el concepto de “[p]osttranssexual” (Stone 2006[1987]: 221).

Posteriormente, el concepto adquiere el significado de un término paraguas para una amplia gama de identidades trans* (Stryker 2006). Como punto de partida de este uso actual del término se señala la publicación del texto “*Transgender Liberation*”, escrito en 1992 por

⁷ A lo largo del texto, el uso de cursiva o negrita en las citas directas reproduce el uso establecido por sus autor*s.

Leslie Feinberg. Feinberg (1992) describe el término *transgender* como un concepto elegido por las personas trans* para autodeterminarse, frente a una experiencia frecuente de heteroasignación por la sociedad.

It's hard to fight an oppression without a name connoting pride, a language that honors us. In recent years a community has begun to emerge that is sometimes referred to as the gender or transgender community. Within our community is diverse group of people who define ourselves in many different ways. Transgendered people are demanding the right to choose our own self-definitions.
(Feinberg 1992: 1)

En diferentes textos de autor*s trans* (Feinberg 1996; Namaste 2000; Valentine 2007), se especifican listas de identidades incluidas en el término paraguas *transgender*. En estas enumeraciones, se puede constatar la gran diversidad de términos existentes, paralelamente a la presencia de matices respecto a las denominaciones identitarias incluidas.

I asked many self-identified transgender activists who are named or pictured in this book who they believed were included under the umbrella term. Those polled named: transsexuals, transgenders, transvestites, transgenderists, bigenders, drag queens, drag kings, cross-dressers, masculine women, feminine men, intersexuals (people referred to in the past as “hermaphrodites”), androgynies, cross-genders, shape-shifters, passing women, passing men, gender-benders, gender-blenders, bearded women, and women bodybuilders who have crossed the line of what is considered socially acceptable for a female body.
(Feinberg 1996: X)⁸

A variety of different identities are included within the “transgender” label: cross-dressers, or individuals who wear the clothes associated with the “opposite” sex, often for erotic gratification; drag queens, or men who usually live and identify as gay men, but who perform as female impersonators in gay male bars and leisure spaces; and transsexuals, or individuals who take hormones and who may undergo surgery to align their biological sexes with their genders.
(Namaste 2000: 3)

Contemporary activists, providers, and scholars include different kinds of people in this collective/spectrum/umbrella, and a relatively modest list would include at least some of the following identity categories: transsexuals, transvestites, cross-dressers, men or women of transgender or transexual experience, drag queens, drag kings, female or male impersonators, genderqueers, intersexuals, hermaphrodites, fem queens, girls, boys, trannies, feminine gay men, butch lesbians, male-to-female, female-to-male, female embodied masculine persons, and even, simply, men or women.
(Valentine 2007: 33)

A la par, se continúa usando el término *transgender* para designar a aquellas personas trans* que no han realizado o no tienen la intención de realizar intervenciones quirúrgicas de modificación corporal trans-relevante, así como para describir posiciones subjetivas que cuestionan un sistema heteronormativo y binario (Stryker 1998, 2006). El uso del concepto como término paraguas versus término específico se analiza como indicio del posicionamiento de cada autor* (Stryker 1998, 2006).

⁸ Es interesante señalar en esta cita la inclusión de personas intersexuales dentro del concepto *'transgender'*. A la vez, la inclusión del movimiento intersex dentro del activismo LGBT o, más específico, dentro del activismo trans*, ha suscitado críticas desde perspectivas intersex (Cabral y Benzur 2005; capítulo I, 1.5).

In this introduction, I use *transgender* not to refer to one particular identity or way of being embodied but rather as an umbrella term for a wide variety of bodily effects that disrupt or denaturalize heteronormatively constructed linkages between an individual's anatomy at birth, a nonconsensually assigned gender category, psychical identifications with sexed body images and/or gendered subject positions, and the performance of specifically gendered social, sexual, or kinship functions. I realize that in doing so, and by including transsexuality (which I discuss in more detail below) within the transgender rubric, I am already taking a position in the debate about how these terms interrelate.
(Stryker 1998: 149)

Valentine (2007) señala el carácter tentativo y cambiante de la conceptualización del término *transgender* por ser un concepto aún en proceso de negociación, analizando críticamente los procesos de institucionalización del término. En el marco de una investigación antropológica realizada en Nueva York, Valentine (2007) refleja su experiencia de dificultades con la categoría *transgender* en el diálogo con personas con expresiones e identidades de género diferentes al género asignado al nacer, categorizadas desde perspectivas institucionales como *transgender*, que sin embargo no se identifican con el término (capítulo III, 1.2.2).

Currah (2006) remarca la creciente difusión del término *transgender* como concepto paraguas, planteando la pregunta por las consecuencias políticas e identitarias de este uso.

Given the extraordinary diversity of cross-gender practices, identities, and beliefs about gender within gender nonconforming communities in the United States, the clear emergence of the “transgender umbrella” as a central, unifying framework is remarkable^[referencia al final del texto]. Why is *transgender* used so consistently in advocacy contexts, from the media to the courts to the legislative arena, and why has it gained the traction that it now indisputably enjoys? What are the effects of framing so many kinds of gender difference as “transgender” in some way? (...) Conversely, does the use of the label – even one coined to include a myriad of practices and identities – inadvertently create the impression that “transgender” can be domesticated, contained in a relatively fixed social location, and thus risk reproducing the exclusions created by a politics of identity? And what are the consequences of *not* invoking this relatively recent identity politics category in advocacy for those who trouble gender norms?
(Currah 2006: 5-6)

En el proceso de traslado del concepto *transgender* del contexto norteamericano y anglosajón al ámbito castellanohablante (español o latinoamericano), se pueden observar desplazamientos en su utilización. En este sentido, mientras en el contexto centroeuropeo se ha afianzado el uso de la palabra *transgender* como término paraguas entre identidades transexuales, *genderqueer*, *cross-dressers* y otras formas de transgresión de género (Regh 2002), en el contexto español es la palabra ‘trans’ la que actualmente funciona como término paraguas, paralelamente a un uso continuado de ‘transexual’ (Platero 2011; Pérez Fernández-Fígares 2009a), mientras el término ‘transgénero’ a menudo se reserva para personas que viven en un género diferente al asignado al nacer sin intervenciones quirúrgicas y sostienen una actitud de cuestionamiento del sistema sexo-género binario (Missé 2012a).

Transgènere fa referència a aquella persona que viu en el gènere oposat al qual va a ser assignat en néixer, però sense modificar el seu cos necessàriament. És un trànsit en el gènere.
(Missé 2012a: 11)

Al mismo tiempo, en mi propia experiencia teórico-activista pude observar una diversidad en los usos que no permite hablar de terminologías únicas, sino acaso de tendencias.

Desde el contexto francés, se señala la preferencia por el término de “*transidentité*” frente a “*transsexualisme*” o “*transsexualité*”, con el objetivo de evitar la confusión entre identidad de género y prácticas sexuales inherente al término de “*transsexualité*” (Reucher 2013[2011]: 295).

La médecine puis la société désigne les trans' par des termes inadaptés: “transsexualisme”, “transsexualité”, “transsexuel”, qui renvoient à une question de sexualité. Ces termes sont issus d'une confusion entre l'attirance amoureuse et sexuelle et l'identité de genre en prenant comme modèle homosexualité et hétérosexualité. Nous préférons parler de “transidentité” car c'est une identité. Transidentité au sens des identités trans', qu'elles soient transsexes (plutôt que “transsexuelles”) ou transgenres. Le terme “transsexe” est construit sur le modèle “transgenre”. Nous disons les “personnes trans” ou “les trans” (avec une apostrophe) quand nous parlons des “personnes transsexes et transgenres”. Comme vous le savez, les trans' peuvent être hétérosexuels, homosexuels, bisexuels, asexuels... Nous n'utilisons plus “transsexualité” ni si possible “transsexualisme”, les deux étant remplacés par “transidentité”.
(Reucher 2013[2011]: 295)

En el contexto latinoamericano, el término “*transgeneridad*” o “*transgénero*” se define como un término paraguas de cuerpos, expresiones e identidades de género diversas (Cabral 2006: 97).

La *transgeneridad* constituye un espacio por definición heterogéneo, en el cual conviven –en términos no solo dispares, sino también enfrentados- un conjunto de narrativas de la carne, el cuerpo y la prótesis, el deseo y las prácticas sexuales, el viaje y el *estar en casa*, la identidad y la expresión de sí, la autenticidad y lo ficticio, el reconocimiento y la subversión, la diferencia sexual y el sentido, la autonomía decisional y la biotecnología como instrumento que es, a la vez, campo de batalla.
(Cabral 2006: 97)

Como barrera en el proceso de introducción del término ‘transgénero’ en el contexto latinoamericano se identifica su procedencia anglosajona, la falta de reconocimiento de las identidades *travesti*, la observación de connotaciones colonialistas en el término y su utilización por parte de “*grupos políticos 'GLTB'*” (Cabral 2006: 98).

Sin lugar a dudas, un análisis clasista sería particularmente necesario a la hora de abordar el *ninguneo* al que es sometido en la región el pensamiento travesti, así como un análisis en torno a la vigencia de la *medicalización* como orden del mundo sería imprescindible para comprender qué supuestos lastran la recepción de la producción transexual en Latinoamérica. De un modo muy curioso, la *transgeneridad* ha sido también juzgada y condenada por atentas lectoras de Rosi Braidotti, Luce Irigaray o Teresa de Lauretis bajo el cargo de su origen *extranjero*, reduciendo la producción *transgenérica* regional a una mera manifestación *cipaya* de saberes “del Norte”. La colonización de la experiencia transgenérica y su aprovechamiento en aras de la visibilidad y el financiamiento por parte de grupos políticos “GLTB” ha conspirado fuertemente contra el registro regional de un discurso *transgénero* autónomo, no reducido a la agenda de la lucha contra la homofobia, la unión civil o la adopción.
(Cabral 2006: 98)

En el momento actual, se observa una preferencia por el término ‘trans’ como concepto paraguas de una amplia diversidad de expresiones, trayectorias e identidades de género (Andía Pérez s.a.).

En la actualidad se usa el término Trans para referirse a un conglomerado de identidades, me refiero a las (os) travestis, transgéneros y transexuales. Todas (os) tienen en común el hecho de la ruptura con la identidad de género, de manera temporal o permanente, que les ha sido asignada convencionalmente, que estipula el patrón del discurso patriarcal en la esfera de la sexualidad binaria, y que instituye una relación recíproca entre sexo y género. (Andía Pérez s.a.: 1)

Esta preferencia en el uso coincide con la creciente utilización del término trans* como concepto paraguas en el contexto español (Missé 2012a) e internacional (FRA 2014).

Així doncs, *trans* és el terme que utilitzaré per referir-me a les trajectòries vitals de les persones que viuen en un gènere que no és el que els ha estat assignat en néixer, independentment de si s'han sotmès o no a modificacions corporals. (Missé 2012a: 12)

A trans person is someone who identifies with a different gender and/or expresses their gender identity differently from the gender that they were assigned at birth.

This report uses 'trans' as a short-hand term to refer to persons whose gender identity and/or gender expression differs from the sex assigned them at birth. The term can cover many gender identities. The survey listed a number of such sub-categories: transsexual, transgender, cross dresser, gender variant, queer or differently gendered people. (FRA 2014: 14)

Algun*s autor*s y grupos activistas optan por añadir un asterisco a 'trans*', con el objetivo de hacer énfasis en la amplia diversidad de expresiones, trayectorias e identidades de género que engloba (GATE s.a.; Tompkins 2014).

In relation to transgender phenomena, the asterisk is used primarily in the latter sense, to open up transgender or trans to a greater range of meanings. (Tompkins 2014: 26)

Además, se puede constatar un creciente uso del término 'cis' o 'cisgénero', haciendo referencia a personas que no han transitado o no tienen la intención de transitar respecto al género asignado al nacer, a diferencia de las personas trans* (Aultman 2014; Schilt y Westbrook 2009).

Cis is the Latin prefix for "on the same side." It compliments trans, the prefix for "across" or "over." "Cisgender" replaces the terms "nontransgender" or "bio man/bio woman" to refer to individuals who have a match between the gender they were assigned at birth, their bodies, and their personal identity. (Schilt y Westbrook 2009: 461)

Se puede observar un uso estratégico del término, rompiendo con el hábito de categorizar únicamente a personas consideradas como 'diferentes', incluyendo a personas con una expresión o identidad de género que difiere del género asignado al nacer (Aultman 2014; Schilt y Westbrook 2009). Se señala el efecto del hábito de mantener a las personas que no tienen una experiencia de tránsito en el género como no marcadas, reforzando la presuposición de 'normalidad' de su identidad (Aultman 2014; Schilt y Westbrook 2009).

"Cisgender" emerged from trans* activist discourses in the 1990s that criticized many commonplace ways of describing sex and gender. The terms man and woman, left unmarked, tend to normalize cisness—reinforcing the unstated "naturalness" of being cisgender. (Aultman 2014: 61)

Paralelamente al reconocimiento de la amplia diversidad de expresiones e identidades incluidas en el término paraguas trans o *transgender*, se aporta una reflexión crítica respecto al carácter occidental de los términos trans*, transgénero o transexual que no siempre corresponde a las características de las expresiones, trayectorias e identidades de género presentes en diferentes contextos culturales (Balzer 2008; Herdt 1996 ed., 1996; Valentine 2007). Desde el cuestionamiento de una apariencia de universalidad y ahistoricidad de los términos actuales, se plantea el reto de cómo hablar sobre experiencias de tránsito en el género pertenecientes a épocas históricas anteriores y contextos culturales diferentes (Towle y Morgan 2002).

Desde perspectivas activistas y teórico-activistas por la despatologización trans*, se aportan reflexiones sobre el desafío de articular demandas internacionales teniendo en cuenta la presencia de expresiones e identidades de género, necesidades y terminologías culturalmente específicas (capítulo II, 3.2.1.5).

1.1.1.3. Intersex

De forma análoga al carácter complejo, multidimensional y cambiante de los conceptos transgénero / travesti / trans*, se puede observar un uso heterogéneo y cambiante en las autodenominaciones en el ámbito activista intersex.

El concepto intersexualidad se analiza desde su carácter históricamente reciente, su procedencia del ámbito médico y el proceso de sustitución del término hermafroditismo, considerado como discriminatorio (Dreger 1998; Reis 2007).

Hermaphroditism, an older term that can still be found in many medical writings, is vague, demeaning, and sensationalistic, conjuring mythic images of monsters and freaks.
(Reis 2007: 535)

La primera mención del término ‘intersexualidad’ en referencia a “*a wide range of sexual ambiguities including what had previously been known as hermaphroditism*” (Dreger 1998: 31) se atribuye a Richard Goldschmidt en el año 1917 (Dreger 1998; Morland 2014), precedido, según Dreger (1998) por un uso anterior del término ‘intersexualidad’ como homosexualidad o bisexualidad, expandiéndose su uso actual en la bibliografía médica no antes de mediados del siglo XX. Dreger (1998) señala la diferencia conceptual inherente a ambos términos, en el sentido del significado de “*between the sexes*” en el término “*intersexed*” (31), frente a la connotación de “*double sex*” inherente al concepto de “*hermaphroditic*” (31). A la vez, se observa la persistencia de un “*imaginario cultural común*” del concepto de hermafroditismo como “*individuo con ‘ambos’ sexos*” en el uso contemporáneo del término intersexualidad (Cabral en: Cabral y Benzur 2005: 383).

Desde perspectivas teórico-activistas⁹ intersex, se señala la presencia de una variedad de situaciones que la medicina contemporánea describe bajo el denominador de ‘estados intersexuales’, observando una dependencia en la delimitación del concepto de lo que la sociedad y, en consecuencia, la medicina define como estándar de corporalidad (Cabral y Benzur 2005; Cabral y Rojman 2004; Holmes 2002; Morland 2014).

In a sense, ‘intersexuality’ is nothing more than a perpetually shifting phantasm in the collective psyche of medicine and culture. When we appreciate that the difference between intersexed and not intersexed can be only millimetres it seems clear that no one is truly intersexed, but we are all, in our infinite differences from each other, intersexed. (Holmes 2002: 175)

What such intersex diagnoses have in common is the medicalization of a failure to classify the body as one of two sexes. That such a failure would be problematic is not obvious, nor is its medicalization; nonetheless, medical treatment of intersex is standard practice in the West. (Morland 2014: 111)

En contraposición, el activismo intersex propone hablar de variación de un estándar culturalmente establecido de corporalidad (Cabral y Benzur 2005).

El concepto clave para comprender de qué hablamos cuando hablamos de intersexualidad es el de variación. Por lo tanto, cuando decimos intersexualidad nos referimos a todas aquellas situaciones en las que el cuerpo sexuado de un individuo varía respecto al standard de corporalidad femenina o masculina culturalmente vigente. (...) Por lo tanto, cuando hablamos de intersexualidad no nos referimos a un cuerpo en particular, sino a un conjunto muy amplio de corporalidades posibles, cuya variación respecto de la masculinidad y la femineidad corporalmente “típicas” viene dada por un modo cultural, biomédicamente específico, de mirar y medir los cuerpos humanos. (Cabral y Benzur 2005: 283-284)

Desde perspectivas teórico-activistas, se identifica como otro aspecto central de una enunciación como ‘intersex’ en primera persona el daño vivido en consecuencia de haber sido sometid* a tratamientos e intervenciones quirúrgicas de ‘normalización’ corporal en la niñez o adolescencia (Cabral y Benzur 2005; Cabral y Rojman 2004; Morland 2014).

Como personas intersex sometidas en su niñez y adolescencia a estos tratamientos –que denunciamos como **mutilación genital infantil intersex** incorporamos decisivamente la experiencia del daño como parte central de la definición de intersexualidad, cuando intersex se enuncia en primera persona, cuando nuestro nombre es intersex. (Cabral y Rojman 2004: 5)

¿Quiénes nos identificamos, entonces, como *intersex*? Por lo general, aquellas personas que fuimos diagnosticadas, y que sufrimos la intervención biomédica. En ese sentido, gran parte del activismo *intersex* no se funda solamente en la experiencia de la diferencia corporal, sino también en la de aquella otra diferencia, que podríamos llamar *ética*, de la intervención médica. (Cabral y Benzur 2005: 294)

Treatment typically begins in childhood, even in infancy. It can extend over a lifetime in the case of hormonal interventions or repeated genital surgeries, despite assurances from generations of clinicians that the latest medical techniques will eradicate intersex before an individual is aware of it. (Morland 2014: 111)

⁹ A lo largo del texto, entenderé por ‘perspectivas teórico-activistas’ las aportaciones de autor*s trans* / intersex y aliad*s, realizadas desde una doble trayectoria teórico-activista o afinidad con el activismo por la despatologización trans* y/o activismo intersex.

Dentro del ámbito de los grupos activistas y de apoyo mutuo relacionados con la intersexualidad, se observa una amplia variedad de preferencias respecto a los usos terminológicos, incluyendo una posición de distancia respecto al término intersex (Preves 1999[1998]), una autodescripción bajo utilización de los términos diagnósticos recibidos (Gregori 2006), un uso estratégico-político del término intersex (Cabral y Rojman 2004), su identificación con el significado etimológico de ‘entre los sexos’ y preferencia por un entendimiento del concepto de género como un continuo entre femenino y masculino (Cameron 1999[1998]), así como una recitación del concepto intersex a modo de acto de resignificación (Volcano 2005), entre otros posibles significados y usos del concepto.

As a gender variant visual artist I access 'technologies of gender' in order to amplify rather than erase the hermaphroditic traces of my body. *I name myself*. A gender abolitionist. A part time gender terrorist. An intentional mutation and intersex by design, (as opposed to diagnosis), in order to distinguish my journey from the thousands of intersex individuals who have had their 'ambiguous' bodies mutilated and disfigured in a misguided attempt at 'normalization'. I believe in crossing the line as many times as it takes to build a bridge we can all walk across.

(Volcano 2005: s.p.)

Paralelamente, el "*Consensus Statement on Management of Intersex Disorders*", aprobado en 2006 por las personas participantes en la *International Consensus Conference on Intersex*, organizada por la *Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society* y la *European Society for Paediatric Endocrinology*, introduce como concepto nuevo el término "*disorders of sex development (DSD)*" (Hughes, Houk, Ahmed, et al. 2006: e488).

We propose the term "disorders of sex development" (DSD), as defined by congenital conditions in which development of chromosomal, gonadal, or anatomic sex is atypical.

(Hughes, et al. 2006: e488)

Este término a su vez ha sido criticado desde perspectivas teórico-activistas por su carácter patologizante y asociación con el ámbito de la biología molecular, la genética y la endocrinología (Cabral 2009a; Davidson 2009; Machado 2008, 2009; Morland 2014; Reis 2007).

Con los avances producidos en el terreno de la biología molecular, la genética y la endocrinología (instrumentalizadas por la biología molecular) lograron ocupar un lugar importante en las negociaciones para decidir el sexo que se "asignará" a las criaturas intersex, especialmente en lo que se refiere a las evaluaciones de los pronósticos concernientes al desarrollo sexual. Una revisión reciente de la nomenclatura de "Intersex/Estados intersexuales" en cuanto "Trastornos del Desarrollo Sexual" (TSD) en un artículo que se conoció como "Consenso de Chicago", apunta en esa dirección y revela el esfuerzo de un grupo de "expertos" por establecer una clasificación que se expresa en términos cada vez más "técnicos" y con códigos muy complejos y específicos.

(Machado 2009: 90-91)

En cambio, otros grupos intersex apoyan el 'Consenso de Chicago' y la terminología DSD (ISNA 2008).

1.1.2. Usos terminológicos en el texto

En consecuencia de la experiencia frecuente de clasificación con terminologías patologizantes, así como el reconocimiento de la diversidad interna a las comunidades activistas, el uso consciente del lenguaje adquiere una relevancia destacada para los movimientos trans* e intersex (Baumgartinger 2008; Cabral 2009a, 2009b; Cabral y Rojman 2004; Cabral y Benzur 2005; Valentine 2007; Turner, Whittle y Combs 2009; Valentine 2007; capítulos III, 1.1.1 y III, 1.2.1).

Esta relevancia me sitúa, como persona con una doble trayectoria teórico-activista, ante una especial responsabilidad ético-política. Una responsabilidad a la que solo puedo responder con el intento de un ejercicio de reflexividad y transparencia sobre el uso de los términos y la conciencia del carácter necesariamente limitado del intento de inclusividad.

En este ejercicio de reflexividad sobre el uso propio de los términos, tomé como punto de referencia las reflexiones de autor*s pertenecientes al ámbito de los discursos trans* e intersex que hacen una referencia explícita a los significados atribuidos a los términos usados en sus trabajos (Cabral 2009b; Cabral y Rojman 2004; Cabral y Benzur 2005; Turner, et al. 2009; Valentine 2007; capítulos III, 1.1.1 y III, 1.2.1), definiciones procedentes de textos activistas (STP-2012 2012a), así como descripciones desarrolladas en publicaciones propias (Balzer y Suess 2010; Suess 2010, 2011a, 2014, 2015a). Me parecía útil definir el uso de los términos como "*definiciones de trabajo*" (Balzer y Suess 2010: s.p.), dejando claro el carácter específico y abierto a cambios de los conceptos.

En el presente texto, el término 'trans' hace referencia a personas con una expresión o identidad de género diferente a la atribuida al nacer, incluyendo a personas transexuales, transgénero, travestis, cross dressers, no géneros, multigéneros, de género fluido, gender queer y otras autodenominaciones relacionadas. Opto por el uso de este término como concepto paraguas desde la conciencia de que no todas las personas que viven en un género diferente al asignado al nacer se identifican con la expresión 'trans', así como desde el reconocimiento del carácter occidental del término y de la amplia diversidad de conceptos existentes en diferentes contextos culturales para describir procesos de tránsito respecto al género asignado al nacer.
(Suess 2014: 129)

En el uso del concepto, no considero importante que la persona haya realizado o no un proceso de modificación corporal, o en qué medida su expresión y/o identidad de género mostrada en el espacio público difiere del género asignado al nacer, sino únicamente la autodefinition de la persona, en el sentido de que trans* es "*anyone who admits it*" (Bornstein 1994: 121).

En consecuencia, seguiré en el texto el uso actual del término 'trans*' como término paraguas (Andía Pérez s.a.; FRA 2014; Tompkins 2014), incluyendo el uso del asterisco (Tompkins 2014), desde la intención de encontrar una terminología lo más inclusiva y menos patologizante posible, la conciencia del carácter occidental del término y la presencia de personas con expresiones e identidades de género diferentes al género asignado al nacer que

no se sienten identificadas con el término. En caso de hacer referencia a una persona en particular, utilizaré la autodenominación que la persona prefiere.

En un uso colectivo, intentaré dar preferencia a las autodenominaciones y terminologías que el movimiento trans* ha creado como alternativas al lenguaje biomédico (ej. ‘modificación corporal trans-específica’ en vez de ‘reasignación sexual’), salvo cuando retrato específicamente el lenguaje presente en los discursos clínicos.

En relación al campo discursivo de teorizaciones realizadas desde perspectivas trans*, utilizaré como traducción del concepto *Transgender Studies* el término ‘estudios trans*’, o hablaré de ‘perspectivas trans*’ o ‘discursos trans*’ (capítulos I, 1.5, II, 3 y III).

En caso de la temática de intersexualidad, intentaré dar preferencia a la terminología elegida por el movimiento intersex, en vez de términos de connotación categorizante o patologizante. En concreto, parto de la conceptualización ofrecida por Cabral y Benzur (2005), en el sentido de una conceptualización de la intersexualidad como “*aquellas situaciones en las que el cuerpo sexuado de un individuo varía respecto al standard de corporalidad femenina o masculina culturalmente vigente*” (284). En cambio, evitaré el uso de la terminología establecida por el Consenso de Chicago, por las connotaciones patologizante inherentes, criticadas desde perspectivas teórico-activistas (Cabral 2009a; Davidson 2009; Machado 2008, 2009; Morland 2014; Reis 2007). Al referirme al campo discursivo de teorizaciones desde perspectivas intersex, hablaré de “*escrituras de la intersexualidad*” (Cabral 2009: título), ‘perspectivas intersex’ o ‘discursos intersex’ (capítulos I, 1.5 y III).

En relación al término queer y términos afines, intentaré usar el término elegido por el colectivo concreto (queer, genderqueer, transmaricabollo, etc.). En referencia al campo discursivo, hablaré de teorías, enfoques o discursos queer, para resaltar el carácter múltiple de las reflexiones teórico-activistas relacionadas (capítulo I, 1.5).

Desde la conciencia del carácter binario del lenguaje y la consideración de las limitaciones inherentes a un uso de ‘os/as’ o de la @, a modo de una reproducción de los dos sexos/géneros binarios, he optado por usar el asterisco para denominar a personas de diferentes géneros en plural, retomando de esta forma la propuesta lingüística no binaria descrita por Cabral (2009b) y Cabral y Benzur (2004) (capítulo III, 1.2.1). Además, he intentado dar preferencia a términos no generizados, siempre que fuera posible y no perjudicara el estilo (‘el equipo investigador’ en vez de ‘l*s investigador*s’, ‘las personas participantes’ en vez de ‘l*s participantes’).

En caso de referirme a una persona en concreto, intentaré utilizar la autodenominación elegida por la persona, siempre que tenga conocimiento de la misma. Esta posición de respeto e intento de ruptura con el presupuesto socialmente establecido de una coherencia entre representación física, nombre e identidad de género encierra ciertas dificultades, ya que solo disponía de una referencia sobre la autodenominación preferida en caso de autor*s cuyos

trabajos encierran una reflexión explícita sobre la propia identidad de género o pronombre preferido o autor*s con l*s que me une un contacto personal. En la mención en plural (l*s autor*s del artículo aportan...) utilizaré el asterisco desde la conciencia de no haber podido comprobar su género actual para evitar dinámicas de “*misgendering*” (Ansara y Hegarty 2014: 261, capítulo III, 1.2.1).

Para referirme a las personas que participan en proyectos de investigación como informantes claves o personas entrevistadas, he optado por el uso del término ‘personas participantes’ en vez de ‘objetos de estudio’, ‘sujetos de estudio’ o ‘informantes’.

Esta reflexión preliminar sobre los usos terminológicos utilizados a lo largo del presente trabajo también suscita la necesidad de una decisión sobre mi propia forma de autodenominación. A lo largo de los últimos años he optado en la vida personal, profesional y activista por nombrarme en masculino, con el objetivo de producir una ruptura consciente con el género asignado al nacer. Algunas personas, entre ellas mi directora de tesis en una revisión temprana de estas líneas, me preguntaron por qué había elegido la opción de nombrarme en masculino, cuando a la vez me situaba fuera del sistema binario de géneros y centraba mi análisis teórico y trabajo activista en un cuestionamiento del mismo.

Puedo identificar dos razones para esta elección. En primer lugar, la dificultad de una autodenominación no binaria en el lenguaje oral en castellano, a diferencia del lenguaje escrito que ofrece la opción del * o del inglés, que permite el uso del ‘ze’/‘hir’ o ‘they’/‘them’ (capítulo III, 1.2.1)¹⁰.

En segundo lugar, y como motivo más relevante, por la experiencia reiterada de que, al utilizar el * en la comunicación por escrito, mis interlocutor*s me devolvían el femenino, como si no constituyera una ruptura lo suficientemente clara con el género asignado al nacer. En mi propia experiencia, mientras me movía dentro de un distanciamiento queer del género asignado al nacer, sin romper definitivamente con el mismo, las personas alrededor mío seguían nombrándome en femenino, valorando mi discurso crítico como un ejercicio de deconstrucción posmoderna sin relevancia en la práctica cotidiana. En el momento de nombrarme como activista trans*, pedir a mi entorno nombrarme en masculino y cambiar de nombre se produjo una toma de conciencia sobre la intencionalidad de ruptura con el género asignado al nacer, reacción de desconcierto y, en algunos casos, reflexión sobre la propia trayectoria de género.

Encontré una resonancia de esta experiencia en el relato de Dean Spade (s.a.), investigador y activista trans* que tuvo que responder a la misma pregunta.

how paradoxical: my trans project is about destroying rigid gender, and occupying multiple, contradictory subject positions and non-cohesive gender characteristics, but i spend all this time enforcing ‘he.’ have i turned into a dreaded gender defender? no, it’s not that. every day i’m forced to confront the fact that most people, even people I expect to meet me with thrilled excitement about the work i’m doing with my own body and mind and the minds of

¹⁰ A la vez, el castellano tiene la ventaja de que la autodenominación, mediante el uso de los adjetivos generizados (‘encantado de verte’), precede a heteronominación (como ocurre en el inglés, requiriendo un acuerdo explícito sobre el uso de los pronombres).

others to destabilize gender, can't handle calling someone 'he' who they used to call 'she' or who doesn't 'look like a boy' to them. (...) i haven't chosen this word 'he' because it means something true to me, or it feels all homey and delicious. no pronoun feels personal to me. i've chosen it because the act of saying it, of looking at the body i'm in and the way that my gender has been identified since birth and then calling me 'he,' disrupts oppressive processes that fix everyone's gender as 'real,' immutable, and determinative of your station in life. (Spade s.a.: s.p.)

A la vez, con el objetivo de resaltar mi postura de ruptura con el orden binario de género, en el presente texto utilizaré el asterisco en caso de referirme a mi propia persona. En el lenguaje oral, seguiré optando por la autodenominación en masculino, pidiendo a mis interlocutor*s a seguir esta opción. Durante el proceso de elaboración de la tesis doctoral, solicité el cambio del nombre en el certificado de nacimiento y D.N.I., sustituyendo el nombre asignado al nacer por el nombre que estaba utilizando desde hace años en la vida personal, profesional/académica y activista. No cambié la inscripción del género por seguir sujeta en el contexto español al requisito de un diagnóstico de trastorno mental (capítulo II, 3.8) y por una postura crítica hacia el binarismo de género (capítulo II, 3.3).

1.2. Elecciones temáticas

Para empezar, uno ha de comenzar preguntándose qué es lo que comienza. Situación bastante más embarazosa que la del ciempiés que, antes de echar a andar, duda sobre qué pata moverá primero. (...) El candidato a doctor se encuentra en la situación de un ciempiés cuyo ámbito de duda supera ampliamente el problema del orden de movimiento de las patas: ya que ignora cuántas patas tiene y si en realidad tiene patas, en todo caso no sabe si con las patas se puede andar y sí *-last but not least-* andar sirve para algo. (Ibáñez 1979: 1)

En el proceso de decisión de las temáticas y preguntas principales de investigación se produjeron diferentes reorientaciones y cambios, que a su vez se encuentran en una estrecha interrelación con procesos de desarrollo en el espacio teórico y activista y mi propia implicación en los mismos.

En el inicio del proyecto de tesis, el planteamiento de la investigación partió de la pregunta por posiciones subjetivas fluidas y no binarias, así como las posibilidades y características de un activismo no identitario. Esta propuesta se insertó en un momento de emergencia de discursos teóricos y espacios activistas queer en el ámbito español y mi participación en las mismas, reflejando su lenguaje y cuestionamientos (capítulos I, 1.1.1.1 y 1.5).

En un momento posterior, de forma paralela a una profundización en los discursos trans* e intersex, la emergencia de un activismo por la despatologización trans* en el contexto español y mi participación en el mismo, así como un proceso personal de tránsito en el género, decidí centrar el foco temático de la tesis doctoral en un análisis de los discursos relacionados con la despatologización de las identidades trans* y su lugar en un campo discursivo más

amplio (capítulo II).

Finalmente, la vivencia de dudas epistemológicas, metodológicas y éticas sobre mi propio rol investigador entre teoría y activismo y la lectura de una amplia bibliografía sobre reflexividad y ética de la investigación, me motivaron a incluir en el trabajo la reflexión sobre el propio proceso de investigación, la revisión del debate actual sobre reflexividad y ética de la investigación y la contribución de la perspectiva de despatologización trans* al mismo (capítulos I, 2, I, 3 y III).

Estos cambios no se produjeron en tres fases nítidamente separadas y ordenadas de forma cronológica, sino en un proceso continuado de reflexión teórica, metodológica y ética.

A la vez, el momento de inicio de la tesis doctoral no constituyó mi primer contacto con las temáticas de identidades de género, procesos de construcción de categorías médicas y procesos activistas. Puedo identificar el punto de partida de una implicación por la temática de despatologización en experiencias personales tempranas con el aparato diagnóstico, así como en mi propia búsqueda de espacios de posibilidad para la diversidad de género y posiciones no binarias. Además, la participación, a lo largo de los últimos veinticinco años, en diferentes espacios activistas, proyectos colectivos y movimientos sociales constituyó el punto de partida para la adopción de una doble posición teórico-activista y necesidad de reflexión sobre la misma. Aparte de incluir la perspectiva autorreflexiva y autoetnográfica como dimensión transversal a lo largo del texto, en el capítulo I intentaré, a modo de un ejercicio de autosocioanálisis, realizar un esbozo de mi propia trayectoria, desde la interrelación con los discursos disponibles en cada momento (Bourdieu 2006[2004]) y la influencia del propio lugar en el espacio social y estructura de capitales (Bourdieu 1999[1997]; 2000[1979]).

1.3. Marcos teóricos

En diferentes momentos del proceso de investigación, tomé conciencia de que no podía pensar sobre las temáticas elegidas sin tener en cuenta el espacio teórico-activista más amplio, así como su relación con otros ámbitos, entre ellos el ámbito médico, político o jurídico.

En consecuencia, me observé a mí mism* intentando esbozar mapas: Mapas sobre el activismo trans* y sus líneas de conexión y distancias con el movimiento queer y el activismo intersex. Mapas sobre la situación del activismo trans* en el ámbito español en relación al movimiento trans* en el ámbito europeo e internacional. Mapas sobre las líneas de emergencia de los discursos queer, trans* e intersex, partiendo de la observación de una interrelación compleja entre procesos académicos, políticas de traducción y retroalimentación con los espacios activistas. Mapas sobre los grupos pertenecientes o afines a un activismo por la despatologización trans*, desde su lugar dentro del movimiento trans* y sus relaciones de cercanía o distancia relativa respecto a otros activismos afines. Mapas sobre diferentes líneas temáticas inherentes a la perspectiva de despatologización trans* y su interrelación con

discursos aportados desde perspectivas médicas, jurídicas, de Derechos Humanos o procedentes del campo de las Ciencias Sociales.

Puedo identificar tres enfoques teóricos que estuvieron presentes en mi proceso de investigación desde el principio y que me ayudaron a pensar, en esta actividad cartográfica, las interrelaciones entre las temáticas elegidas y su contexto político, institucional y activista, teniendo en cuenta su carácter complejo, multifocal, cambiante y difuso. Los tres enfoques, más que predeterminar las preguntas de la investigación, se convirtieron, a lo largo del proyecto, en un trasfondo teórico, en el sentido de un sostén conceptual implícito en el proceso de reflexión, a modo de una *"caja de herramientas conceptuales que necesita ser constantemente montada y remontada, activada y reajustada, dispuesta y discutida para que no pierda capacidad de explicación y comprensión de lo social concreto"* (Alonso, Martín Criado y Moreno Pestaña 2004: 38).

En este sentido, puedo nombrar como referentes teóricos principales 1. El análisis de los discursos desde su interrelación con el poder y saber en Foucault, su análisis arqueológico y genealógico de los procesos de formación discursiva, de los sistemas clasificatorios y de la mirada clínica contemporánea (Foucault 1999[1966], 2007[1978], 1995[1961], 1995[1976], 2000[1961], 2003[1969], 2006[1966], 2007[1978], 2009[1975]), 2. La teoría de campos sociales y el concepto de espacio social y estructura de capitales en Bourdieu (1991[1980], 1997[1992], 1997[1994], 1999[1997], 2000[1979], 2000[1987], 2003[2001], 2006[2004]), así como 3. La teoría de los movimientos sociales (McAdam 2006[1996]; McAdam, et al. 2006[1996]; Melucci 1996) y específicamente el análisis de los marcos interpretativos, oportunidades políticas y ciclos de protesta (Benford y Snow 2000; Della Porta 2006[1996], 2014; Creed, et al. 2002; McAdam, et al. 2006[1996]; Snow y Benford 1988).

Estos tres enfoques me ayudaron a concebir los discursos teóricos y activistas sobre despatologización trans* como parte de un campo discursivo más amplio, en constante cambio y en interrelación con discursos afines y divergentes y desarrollos políticos y sociales contextualmente específicos (capítulo II, 3). Además, las aportaciones teóricas tanto de Foucault como de Bourdieu relacionadas con aspectos epistemológicos y metodológicos (capítulos I, 3.1.1 y I, 3.1.2) constituyeron referencias relevantes en mi propia reflexión sobre las dinámicas inherentes a la actividad de investigación y mi propia posición subjetiva en el proceso de investigación.

En este sentido, para pensar los procesos de construcción biomédica del concepto contemporáneo de 'transexualidad' y los procesos de negociación, cuestionamiento y resistencia a la categorización psiquiátrica, me fue útil la conceptualización del objeto de discurso como situado dentro de *"las condiciones positivas de un haz complejo de relaciones"* (Foucault 2003[1969]: 73), cuyo análisis *"consiste en no tratar –en dejar de tratar- los discursos como conjuntos de signos (de elementos significantes que envían a contenidos o a representaciones),*

sino como prácticas que forman sistemáticamente los objetos de que hablan” (Foucault 2003[1969]): 81), así como la conceptualización del poder no como represión situada en un lugar único, sino como fuerza productiva inherente a todas las relaciones sociales, caracterizada por “múltiples puntos de resistencia” (Foucault 1995[1976]: 116). Además, para el análisis del proceso de emergencia e internacionalización de la perspectiva de despatologización trans* me aportó un marco de referencia útil el concepto de umbrales en Foucault (2003[1969]), en el sentido del proceso de constitución de un discurso en el paso desde un “umbral de positividad”, “umbral de epistemologización”, “umbral de cientificidad” hacia un “umbral de formalización” (Foucault 2003[1969]: 314). En este sentido, me planteé la pregunta por las circunstancias sociohistóricas que produjeron el paso de la perspectiva de despatologización desde un lugar de marginalidad a su proceso de entrada discursiva, así como su lugar actual en relación a los umbrales discursivos descritos por Foucault (2003[1969]; capítulo II, 4.4.3).

En el análisis de los procesos de emergencia, difusión y reconocimiento de los discursos teórico-activistas por la despatologización trans* en el contexto político y académico, hice referencia al concepto de campos sociales en Bourdieu (1991[1980], 1997[1992], 1997[1994], 1999[1997], 2000[1987], 2003[2001], 2006[2004]), desde su conceptualización como espacios dinámicos en constante transformación con leyes de funcionamiento y reglas del juego propio, requisitos de entrada y procesos de conversión, a modo de un cambio del posicionamiento de discursos emergentes desde lugares marginales a posiciones consagradas. Además, me planteé la pregunta por la influencia de la estructura de capital en el acceso a los discursos y espacios activistas por la despatologización trans*, desde su entendimiento en Bourdieu (2000[1987]) como conjunto de disposiciones heredadas y adquiridas en la trayectoria del actor social dentro del espacio social, que permite elecciones dentro de un “*haz de trayectorias*” (108) en el marco de un “*campo de los posibles*” (108). Como otra aportación relevante puedo destacar la propuesta de un “*autosocioanálisis*” (Bourdieu 2003[2001]: 164), en el sentido de un análisis de la propia trayectoria en el campo científico y espacio social. Por razones de priorización temática y metodológica (capítulo I, 3.7), profundicé ante todo en el análisis del campo científico y político relacionado con la despatologización trans* (capítulo II, 3), limitando la revisión de la estructura de capitales y posiciones en el espacio social a un ejercicio autoetnográfico (capítulo I, 3.6.1.4).

Como otro enfoque teórico relevante para analizar los discursos sobre despatologización trans*, puedo nombrar la teoría de los movimientos sociales (McAdam 2006[1996]; McAdam, et al. 2006[1996]; Melucci 1996) y específicamente el análisis de los marcos interpretativos (Benford y Snow 2000; Creed, et al. 2002; Johnston 2002; McAdam, et al. 2006[1996]; Snow y Benford 1988), desde su entendimiento como enfoque metodológico centrado en un análisis comparativo de ideologías y conceptos inherentes a diferentes discursos activistas, el análisis de oportunidades políticas (McAdam, et al. 2006[1996]; Tarrow 2006[1996]) y el análisis de ciclos de protestas (Benford y Snow 2000; Della Porta 2006[1996], 2014; McAdam 2006[1996]; Snow

y Benford 1988). Además, tomé como referencia la aplicación de la metodología de análisis de casos (Snow y Trom 2002) y de análisis histórico (Clemens y Hughes 2002). Otros enfoques dentro de la teoría de los movimientos sociales, entre ellos el análisis de estructuras de movilización (McCarty 2006[1996]), el análisis de redes (Diani 2002), el análisis de eventos de protesta (Koopmans y Rucht 2002) o el análisis comparativo de movimientos sociales (Della Porta 2006[1996]) estuvieron presente, de forma indirecta, en mis reflexiones sobre el espacio activista por la despatologización trans*, aunque en el marco de la presente tesis doctoral decidiera no profundizar en los análisis que proponen (capítulo I, 3.4.1).

Además, los diferentes enfoques que revisé en la lectura de reflexiones sobre reflexividad y ética de la investigación se convirtieron en marcos epistemológicos, metodológicos y éticos relevantes. Aparte de las reflexiones epistemológicas y metodológicas aportadas por Foucault¹¹ y Bourdieu¹² puedo destacar las aportaciones sobre los procesos de construcción del conocimiento, el rol investigador y las relaciones de poder en la situación de entrevista contribuidas desde perspectivas postestructuralistas, incluyendo la propuesta de enfoques autorreflexivos y de investigación performativa, el análisis de desigualdades geopolíticas en el campo de investigación desarrolladas desde perspectivas poscolonialistas, la “*epistemología de las ausencias*” aportada por Boaventura de Sousa Santos (2009: 109), los enfoques de ética reflexiva, participativa y colectiva, así como las propuestas epistemológicas y metodológicas relacionadas con enfoques de investigación-acción participativa e investigación / etnografía militante (capítulo I, 3).

Los discursos trans* e intersex constituyeron tanto un marco conceptual de partida como material de análisis en la construcción de mapas discursivos sobre la perspectiva de despatologización trans* y su aportación al debate sobre reflexividad y ética de la investigación (capítulos I, 1.5, II, 3, II, 4 y III).

Finalmente, en el proceso de construcción de cartografías discursivas sobre despatologización trans*, identifiqué diferentes marcos teóricos que comparten enfoques relevantes con la perspectiva de despatologización y que tuvieron relevancia para el proyecto (capítulo II, 4.1). En este sentido, puedo nombrar las reflexiones aportadas por la sociología del diagnóstico, el análisis de la construcción social de la enfermedad, la crítica de procesos de medicalización, enfoques antipsiquiátricos y reflexiones aportadas por la psiquiatría transcultural (capítulo II, 0, II, 3.2.6.2 y II, 3.2.6.3). Como otro marco teórico relacionado con la perspectiva de despatologización puedo nombrar el cuestionamiento del binarismo de género y de la diferencia entre sexo y género, concibiendo ambos conceptos como socialmente construidos, performativos y culturalmente específicos, contribuido desde perspectivas postestructuralistas y enfoques antropológicos (capítulo II, 3.3.4.4).

Aparte del cuestionamiento del binarismo de género, puedo señalar como una aportación

¹¹ Foucault 1994[1984], 1995[1976], 1999[1966], 2003[1969], 2006[1966], 2009[1975].

¹² Bourdieu 1999[1990]; 1999[1997]; 2000[1986]; 2003[2001]; 2006[2004]; Bourdieu et al. 2001[1973].

relevante desde perspectivas queer el concepto de performatividad en Butler (2000[1990], 2002[1993]). Además, en el análisis de los procesos de exclusión discursiva, discriminación y violencia transfóbica y su interrelación con dinámicas de psiquiatrización, así como el proceso de entrada discursiva de la perspectiva de despatologización (capítulos II, 3, II, 4 y III), adquirió relevancia para mí la pregunta de Butler (2009) por las condiciones que convierten una posición subjetiva en “*inteligible*” (322) y los riesgos de exclusión de la “*inteligibilidad*” (325).

En el proceso de análisis del campo discursivo de la perspectiva de despatologización trans* pude constatar el lugar relevante del marco de Derechos Humanos, específicamente en su aplicación a la temática de las sexualidades e identidades de género, cuyo ejemplo más destacado constituyen los Principios de Yogyakarta (2007), elaborados por un grupo de expert*s internacionales y presentados en 2007 ante el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (O’Flaherty y Fisher 2008). La referencia de un marco de Derechos Humanos en el presente trabajo parte de la observación de su importancia como herramienta en la defensa de los derechos de las personas trans* e intersex en el ámbito legal, sanitario, laboral y social, incluyendo reflexiones críticas respecto a sus limitaciones y sesgos andro- y etnocéntricos (capítulo II, 3.4). Asimismo, revisé enfoques de ‘*transgender citizenship*’, ‘ciudadanía trans’, ‘ciudadanía transexual’ o ‘ciudadanía travesti’ y ‘ciudadanía intersex’, entendidos desde su doble significado como ciudadanía incompleta, amenazada por los procesos de exclusión del campo de lo inteligible, a la vez que potencial subversivo, práctica de resistencia y creación de imaginarios nuevos (capítulo II, 3.4.6).

Desde una perspectiva de Salud Pública, puedo identificar varios enfoques teóricos que se encuentran en una interrelación estrecha con la perspectiva de despatologización y que adquirieron relevancia para mi propia reflexión sobre el concepto, entre ellos el derecho a la salud, reconocido en diferentes tratados internacionales, el enfoque de salud basado en los Derechos Humanos, el modelo de determinantes sociales de la salud, el concepto de cobertura sanitaria universal, enfoques de participación ciudadana en salud, toma de decisiones compartida y atención sanitaria centrada en las personas, los principios bioéticos de autonomía y derecho al Consentimiento Informado, los conceptos de competencia cultural o intercultural y sensibilidad a la diversidad, la perspectiva de interseccionalidad, así como, en relación a personas menores de edad, el principio del interés superior de la persona menor, el concepto de menor maduro y el debate sobre ‘*ageism*’ o ‘*age discrimination*’¹³ (capítulos II, 3.2.6, II, 3.5, II, 3.6 y II, 3.9).

La reflexión sobre los enfoques nombrados a la vez enlaza con proyectos de investigación y publicaciones previos relacionados, entre otros, con las siguientes temáticas: 1. El análisis de discursos activistas y teórico-activistas trans*, la perspectiva de despatologización y su

¹³ En relación a los conceptos de ‘*ageism*’ o ‘*age discrimination*’ véase CRIN 2009; Giordano 2012a; Lansdown 2005; OMS 2012; Westman 1991; capítulo 3.9.6.

contribución al debate sobre reflexividad y ética de la investigación¹⁴, 3. El análisis de los discursos y procesos activistas de diferentes movimientos sociales¹⁵, 2. Reflexiones sobre ética de la investigación¹⁶, 3. El análisis del reconocimiento del derecho a la salud y a la atención sanitaria de grupos de población específicos en la situación actual de crisis económica¹⁷, 5. La perspectiva de Derechos Humanos y Salud Mental¹⁸, 6. El análisis de la construcción social de la anorexia desde los marcos teóricos propuestos por Foucault y Devereux¹⁹, 7. Trabajos relacionados con la participación ciudadana en salud, la perspectiva de l*s usuari*s y la atención centrada en las personas²⁰, 8. El análisis de la perspectiva de profesionales de la salud en diferentes procesos asistenciales²¹, así como 9. Reflexiones sobre enfoques de arteterapia y su interrelación con la perspectiva de despatologización trans²².

1.4. Espacios activistas

El campo activista tiene una relevancia destacada en el proceso de elaboración de la presente tesis doctoral. En este sentido, puedo identificar mi propia participación en el activismo trans* internacional, y más específicamente en el activismo por la despatologización trans*, así como los contactos con activistas intersex como una referencia constituyente para mi propio punto de vista²³.

A lo largo de los últimos años, se puede observar la emergencia de un movimiento internacional por la despatologización trans*, visible en las acciones realizadas por grupos activistas de diferentes regiones del mundo en el marco de la celebración anual del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans*, convocado por STP, *Campaña*

¹⁴ Balzer, Eckert, De Silva, et al. 2009; Balzer y Suess 2010a, 2010b; Suess 2010, 2011a, 2011b, 2011d, 2014, 2015b, 2015c, 2015d; Suess y Balzer 2009; Suess, Espineira y Crego Walters 2014.

¹⁵ Suess 2002; Suess, Ruiz Pérez, Ruiz Azarola, et al. 2014b; Suess, Tamayo Velázquez, Ruiz Azarola, et al. 2015.

¹⁶ EUPHA Section Ethics in Public Health y Suess 2015; Suess 2015a.

¹⁷ López, Martínez, Fernández, March, et al. 2012; Suess, Ruiz Pérez, Ruiz Azarola, et al. 2014a; Suess, et al. 2014b.

¹⁸ Bono del Trigo, Navarro Matillas y Suess 2012; Suess, Tamayo Velázquez y Bono del Trigo 2015.

¹⁹ Suess 2005.

²⁰ Azarola, Pérez, Prieto, Suess, et al. 2008; Barrio, Simón, Sánchez, et al. 2009; March, Prieto, Suess, et al. 2006; March, Suess, Prieto, et al. 2006; Prieto, Escudero, Suess, et al. 2011; Prieto, Suess, Azarola, et al. 2008; Prieto, Suess, March, et al. 2011; Prieto, Suess, March, et al. 2011; Simón, Barrio, Sánchez, et al. 2007; Suess, Prieto, March, et al. 2006.

²¹ Cabrera, Escudero, Suess, et al. 2015; March, Prieto, Danet, et al. 2012; Prieto, Suess y March 2005.

²² Suess 2006, 2007, 2008, 2011c.

²³ A lo largo de los últimos años, tuve la oportunidad de participar en diferentes foros y encuentros del activismo trans* internacional y europeo, así como de colaborar de forma activa, en el grupo de coordinación de STP, *Campaña Internacional Stop Trans Pathologization*, la *Red Internacional por la Despatologización Trans*, el Grupo Internacional de Expert*s de GATE, *Global Action for Trans* Equality*, así como, a modo de miembro individual, en TGEU, *Transgender Europe* y WPATH, *World Professional Association for Transgender Health*. En el ámbito local y regional, formé parte del grupo activista *Conjuntos Difusos* y de la *Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español*. Además, colaboré en la fase inicial del proyecto internacional *TvT Transrespect versus Transphobia Worldwide* (Balzer y Hutta 2012; Balzer, et al. 2012; Balzer y Suess 2010a, 2010b) y *Liminalis, Journal for Sex/Gender Emancipation and Resistance* (Balzer, De Silva y Suess 2009; Suess y Balzer 2009).

Internacional Stop Trans Pathologization (Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a, 2009b, 2010a; STP-2012 2010[2010], 2011d, 2012c, 2013d, 2014b)²⁴, recomendaciones elaboradas para el proceso de revisión de la CIE por el grupo de trabajo internacional de *GATE, Global Action for Trans* Equality* (GATE 2012, 2013a), declaraciones de redes activistas internacionales y regionales, entre ellas *APTN, Asia-Pacific Transgender Network, ILGA-Europe* o *TGEU, Transgender Europe*, así como grupos locales procedentes de diferentes partes del mundo²⁵.

El activismo por la despatologización trans* centra sus demandas en la retirada de la clasificación diagnóstica de los procesos de tránsito en el género como trastorno mental, la cobertura pública de los tratamientos hormonales e intervenciones quirúrgicas trans-específicas, 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 protección de las personas trans* contra la discriminación y violencia transfóbica, así como la despatologización de la diversidad de género en la infancia (capítulos II, 1 y II, 3). A lo largo de los últimos años, diferentes asociaciones profesionales expresaron su apoyo a la demanda de despsicopatologización trans*²⁶. Además, organismos internacionales y europeos publicaron declaraciones en las que se incluyen temáticas relevantes para el activismo por la despatologización trans*²⁷.

En relación al activismo intersex, en los últimos años se puede observar la emergencia de una articulación internacional de múltiples iniciativas locales y regionales, mediante la Organización Internacional de Intersexuales (OII) y, más recientemente, el Foro Internacional Intersex (GATE 2015c; International Intersex Forum 2011, 2012, 2013; OII Australia 2010; OII Australia y OII Aotearoa 2012; OII Europe 2014a). Desde una denuncia del daño iatrogénico y la vulneración de Derechos Humanos inherente a la práctica de intervención quirúrgica temprana, su lucha se centra en la demanda de cese de las intervenciones médicas no clínicamente necesarias a recién nacid*s, niñ*s y adolescentes intersex, así como la abolición del aborto selectivo por un diagnóstico prenatal relacionado con la intersexualidad. Además, reivindican la garantía de un proceso de información, toma de decisión y Consentimiento Informado en todas las intervenciones médicas (GATE 2015c; International Intersex Forum 2011, 2012, 2013; OII Australia 2010; OII Australia y OII Aotearoa 2012; OII Europe 2014a). Aparte de la denuncia de los efectos iatrogénicos del modelo biomédico actual de la intersexualidad, se señala la importancia de una creación de "*contextos de contención*,

²⁴ Para consultar los objetivos de STP, los grupos, organizaciones y redes activistas adheridos y acciones realizadas en el marco del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2009 – 2015*, véase la página web de STP, [Objetivos](#), [Adhesiones](#) y [Acciones](#).

²⁵ Para consultar la lista de documentos activistas por la despatologización trans*, véase Anexo II, Tabla 3 - Tabla 8.

²⁶ Véase Anexo II, Tabla 9 - Tabla 10.

²⁷ Véase Anexo III, Tabla 11 - Tabla 13.

comunicación y celebración para las personas intersex, sus familias y quienes l^s rodean*” (Internacional Intersex Forum 2011: s.p.).

Además, en el espacio activista que constituyó el punto de partida para el presente trabajo, puedo nombrar la presencia de diferentes otros movimientos sociales, aliados potenciales del activismo por la despatologización trans*, entre otros, el activismo actual de psiquiatrizad*s en lucha, supervivientes y (ex)usuari*s de la psiquiatría, el movimiento LGTB más amplio, colectivos queer y transmaricabollo, el movimiento por la diversidad corporal, así como grupos feministas abiertos a la diversidad de género.

En los capítulos II, 1 y II, 3, desarrollaré un resumen del proceso de emergencia e internacionalización del actual activismo por la despatologización trans*, así como un análisis de sus principales discursos. En el capítulo I, 3.6.1.4, haré referencia a mi propia relación con los espacios activistas nombrados.

1.5. Los campos discursivos teórico-activistas queer, trans* e intersex

El proceso de elección del foco temático del trabajo de tesis, la revisión de los discursos relacionados con la perspectiva de despatologización trans* y el análisis de su aportación al concepto de reflexividad y ética de la investigación, se produjo en estrecha interrelación con mi propia trayectoria activista en espacios activistas queer, trans* e intersex y la profundización en campos discursivos relacionados, en concreto las aportaciones de la teoría queer, los estudios trans* y reflexiones críticas elaboradas desde perspectivas intersex.

A continuación, esbozaré algunas características de los discursos queer, trans* e intersex, con el objetivo de situar los discursos nombrados desde sus procedencias teórico-activistas, prioridades temáticas, interrelaciones y aspectos diferenciales.

El intento de describir y delimitar los discursos queer, trans* e intersex me causó cierta dificultad, no solo por el carácter irremediablemente reductor de cualquier intento de sistematización de las prácticas discursivas (Foucault 2006[1966]), sino, ante todo, por la conciencia de múltiples líneas de demarcación que parecen convertir su descripción, desde sus diferencias o puntos compartidos, en un posicionamiento político en el debate (Stryker 1998). En este sentido, me acompañó una cierta sensación de inquietud relacionada con la sensación de sentirme expuest* a una expectativa (o responsabilidad) colectiva de encontrar una descripción lo suficientemente exhaustiva y equilibrada para incluir todas las posturas teóricas e identitarias implicadas.

En este proceso, me surgieron las siguientes preguntas: ¿En qué medida se puede analizar cada uno de los enfoques nombrados como un campo discursivo, en el sentido del concepto desarrollado por Foucault (2003[1969])? ¿Constituyen subcampos del campo científico o político, siguiendo la teoría de los campos sociales en Bourdieu (1991[1980], 1997[1992], 1997[1994], 1999[1997], 2000[1987], 2003[2001], 2006[2004]) o no llegan al grado de

formalización necesario para ser considerados como tales? ¿Se pueden identificar aspectos compartidos entre los tres enfoques? ¿En qué medida su análisis conjunto se encuentra en una relación de conflicto con las autodefiniciones y necesidades de delimitación expresadas desde perspectivas activistas? ¿Hasta qué punto mi recepción de los discursos desde la perspectiva del contexto español, con una llegada cronológicamente diferida respecto al momento de elaboración y medida por las características del activismo local y regional, influye en el análisis de los discursos queer, trans* e intersex? ¿En qué medida este análisis está atravesado por mi propia trayectoria activista, caracterizada por un recorrido desde un contacto con el movimiento queer hacia una implicación en el movimiento trans* e identificación como persona y activista trans*?

La decisión de presentar a los tres enfoques de forma conjunta, incluyendo una descripción de sus diferencias, ya en sí supone un posicionamiento respecto al debate (Stryker 1998). Desde mi propia trayectoria teórica, activista y personal, me siento cercan* a la idea de una temática común subyacente a los tres enfoques, en el sentido de un análisis análogo de los procesos de normativización y construcción de enfermedad en la medicina contemporánea y cuestionamiento compartido del binarismo de género. En este sentido, me siento identificad* con la descripción de la influencia de la propia trayectoria en la percepción de diferentes términos como interrelacionados, como indica Stryker (1998) en relación a los conceptos *transgender*, transexuales y queer.

The root of my conviction that *transgender*, *transsexual*, and *queer* need not be mutually antagonistic terms is shamelessly autobiographical, a result of my lived experience during the early 1990s when these words were undergoing rapid evolutions in meaning. (Stryker 1998: 149)

A la vez, la observación de tensiones, diferencias y líneas de demarcación en el ámbito activista, así como prioridades temáticas, referentes teóricos y procesos discursivos diferenciados en el contexto académico matizó la percepción de aspectos compartidos.

En el proceso de pensar sobre la perspectiva de despatologización trans* y su alcance teórico-activista, el acto de esbozar el mapa discursivo más amplio se convirtió en un aspecto relevante en el proceso de reflexión sobre su proceso de emergencia, su procedencias conceptuales y las influencias recíprocas y fricciones en el proceso de su desarrollo.

A continuación, voy a intentar identificar algunos puntos compartidos y aspectos diferenciales entre las tres perspectivas, para después centrar el análisis en sus aportaciones específicas.

1.5.1. Aspectos compartidos y diferencias

Antes de centrarme en los procedentes teóricos y principales propuestas temáticas de cada uno de los enfoques nombrados, esbozaré algunas características estructurales presentes en los tres discursos, desde la identificación de aspectos compartidos y diferencias.

En los tres discursos, se encuentran reflexiones metanalíticas sobre los precedentes teóricos, la delimitación del campo discursivo, los procesos de difusión y traducción, así como las prioridades a nivel de contenidos. En el siguiente resumen, me basaré en estas reflexiones intradiscursivas para señalar, a modo de pincelada, características compartidas y diferenciales.

1.5.1.1. Heterogeneidad interna

Tanto la teoría queer²⁸, los *transgender studies* como los discursos intersex han sido descritos como campos discursivos heterogéneos y difusos.

En este sentido, Hark (1999) constata que la teoría queer no constituye una teoría en el sentido de un "edificio académico coherente", sino "una idea política y teórico-conceptual para una reconceptualización categorial del género y de la sexualidad, con la que se pretende superar políticas identitarias que se volvieron problemáticas" (Hark 1999: 103)²⁹.

Diferentes autor*s nombra la multiplicidad y heterogeneidad discursiva como una característica constitutiva de los *transgender studies* (Halberstam 2000; Stryker 2006).

These new texts fail, fortunately, to form a coherent and noncontradictory body of work; in fact, there is as much difference among them as there is within a transgender community. (Halberstam 2000: 313)

Aunque el foco de atención de los estudios trans* se centrara en las aportaciones de autor*s teóric*s-activistas trans*, así como autor*s no identificad*s como trans* que comparten con l*s primer*s una perspectiva emancipatoria y crítica, su campo discursivo, que Valentine (2007) describe como un "emerging field" (145) también incluye trabajos sobre temáticas trans* desde otras perspectivas teóricas y disciplinas (Stryker 2006; Valentine 2007; capítulo III, 1.1.3).

En este sentido, Stryker (2006) diferencia entre una producción discursiva con enfoque emancipador y no patologizante, realizada por autor*s trans* y autor*s cis aliad*s, a menudo en estrecha interrelación con el movimiento trans*, así como reflexiones aportadas desde diferentes otras perspectivas teóricas, en el sentido de textos que proponen un estudio del "transgender phenomena" (12).

A useful terminological distinction can be made between "the study of transgender phenomena" and "transgender studies" that neatly captures the rupture between modern and postmodern epistemic contexts for understanding transgender phenomena, the different types of language games that pertain to each context, and the different critical practices that characterize each project. (Stryker 2006: 12)

²⁸ A continuación, nombro a los discursos queer en primer lugar, siguiendo la secuencia cronológica de su recepción en el contexto español y mi propio contacto con los mismos, desde la conciencia de que esta priorización no se corresponde al orden cronológico de surgimiento de los discursos, respecto al que se pueden observar tanto procesos simultáneos como consecutivos.

²⁹ Traducción propia, texto original en alemán: "keine Theorie im Sinne eines kohärenten wissenschaftlichen Lehrgebäudes. Es ist vielmehr eine politische und theoretisch-konzeptionelle Idee für eine kategoriale Rekonzeptualisierung von Geschlecht und Sexualität, mit der problematisch gewordene Identitätspolitiken überwunden werden sollen" (Hark 1999: 103).

Como temáticas centrales de la escritura desde posiciones trans* se destacan las reflexiones críticas sobre el modelo médico actual de la transexualidad, la representación de la vida cotidiana de las personas trans*, así como la construcción de referentes identitarios y corporales alternativos (Namaste 2000; Stryker 2006; Whittle 2006).

En su sentido más amplio, se incluyen reflexiones históricas sobre procesos de tránsito en el género, así como trabajos contemporáneos procedentes de la medicina, la psicología, la psiquiatría y el psicoanálisis, como muestra el índice de *The Transgender Studies Reader* (Stryker y Whittle 2006 eds.). Valentine (2007) nombra como enfoques situados en los márgenes del campo discursivo de los *transgender studies* las investigaciones antropológicas sobre diversidad de género en diferentes culturas, reflexiones feministas críticas con la transexualidad, así como textos históricos médicos y sexológicos.

So what does – or can – transgender studies incorporate? The “can” is important because this field is characterized precisely by disagreements about what transgender itself incorporates. However, it contains most evidently, at its center, texts by contemporary self-identified transgender and transexual people and people who prior to the 1990s identified as transexual or as transvestite. (...).

Perhaps the next area of investigation which can be placed in this field is contemporary social research authored by non-transgender-identified people. Most of these texts are authored from the position that transgender identification is neither morally nor politically objectional, often arguing that transgender practices or identification are potentially socially transformative. However, there are also a range of texts which take the opposite view, primarily from certain lesbian feminist perspectives (...).

It is also not possible to consider transgender studies without invoking a range of historical medical and sexological texts which are also available for appropriation as part of the field. (Valentine 2007: 147-149)

En algunas descripciones del campo discursivo amplio de los estudios trans*, se incluyen también aspectos relacionados con la intersexualidad (Stryker 2006).

Transgender studies, as we understand it, is the academic field that claims as its purview transsexuality and cross-dressing, some aspects of intersexuality and homosexuality, cross-cultural and historical investigations of human gender diversity, myriad specific subcultural expressions of “gender atypicality”, theories of sexed embodiment and subjective gender identity development, law and public policy related to the regulation of gender expression, and many other similar issues. (Stryker 2006: 3)

En el presente trabajo, voy a entender bajo ‘discursos trans*’ enfoques críticos, escritos desde perspectivas emancipatorias y no patologizantes, incluyendo los trabajos de autor*s trans* y autor*s cis aliad*s. A diferencia del enfoque elegido en *The Transgender Studies Reader* (Stryker 2006; Whittle 2006) o en Valentine (2007), excluiré del término ‘discursos trans*’ trabajos sobre los procesos de tránsito en el género que parten de su conceptualización como trastorno mental o enfermedad.

De forma análoga, se puede constatar la diversidad interna de las “*escrituras de la intersexualidad*”, en el sentido del concepto utilizado por Cabral (2009: título) para nombrar un conjunto de textos sobre la intersexualidad escritos desde posturas críticas con el tratamiento médico actual de la intersexualidad. El editor de la antología “*Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*” señala la diversidad de los enfoques, en el sentido de

"acercamientos diversos a la intersexualidad –diversos en su manera de encararla e, incluso, de nombrarla" (Cabral 2009a: 6).

En el marco del presente trabajo, incluiré en el concepto 'discursos intersex' reflexiones teóricas y activistas sobre la temática escritas desde enfoques no patologizantes, tanto por autor*s que ocupan una doble posición teórico-activista y comparten una experiencia personal relacionada con la intersexualidad, como por autor*s aliad*s, desde la conciencia del carácter contestado y múltiple del término 'intersex' en sí, la heterogeneidad de planteamientos y la dificultad de una delimitación clara de los límites del campo discursivo comprendido.

1.5.1.2. Autodenominaciones

De forma análoga al carácter difuso y múltiple de sus campos discursivos, desde perspectivas queer, trans* e intersex se aportan reflexiones respecto al carácter multidimensional y cambiante de los conceptos que los denominan, y las consecuencias de estos desplazamientos en los significados para sus prácticas teórico-activistas.

Como se esboza en los capítulos I, 1.1 y III, 1.2.1, en los tres campos discursivos se puede constatar una estrategia de reapropiación y resignificación de términos con origen peyorativo (en caso del término 'queer') o médico (en caso de los términos 'transexual' e 'intersexual') como formas de autodenominación activista.

1.5.1.3. Relaciones entre activismo y producción teórica

Como otra característica compartida entre los tres campos discursivos, se puede nombrar una interrelación estrecha entre reflexión teórica y activismo, con una procedencia simultánea en ambos campos, sin que se pueda determinar un lugar de emergencia único o primero.

Javier Sáez (2005) identifica las razones sociopolíticas que contribuyeron a la emergencia de los movimientos queer y la teoría queer.

Para comprender el origen de eso que se ha dado en llamar "teoría queer" es imprescindible conocer las raíces sociopolíticas que están detrás de este marco teórico. Los movimientos queer surgen de luchas políticas y sociales concretas, que se dan en la década de los 80 principalmente en los Estados Unidos y en algunos países europeos. En esta época confluyen diversas crisis que van a dar un giro radical a las políticas feministas y de los grupos de gays y lesbianas: la crisis del sida, la crisis del feminismo heterocentrado, blanco y colonial, y la crisis cultural derivada de la asimilación por el sistema capitalista de la incipiente cultura gay. (Sáez 2005: 67)

Whittle (2006) resalta la estrecha interrelación entre activismo y reflexión académica trans*, así como entre activismo y actividad de docencia sobre *transgender theory*, identificando como razones para esta intersección la situación social de las personas trans*, así como el carácter exploratorio y cambiante del campo de conocimiento, relacionado con cambios culturales más amplios.

The work of trans activists and trans academics has always been linked, not least because of close communication within the new community, but also because of our shared experiences. (...)

Teaching transgender theory is itself an activist process as well as an explorative process. The field is expanding exponentially along with the cultural changes that accompany it. (Whittle 2006: xii, xv)

En la introducción a *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*, Mauro Cabral (2009a) señala la presencia de diferentes perspectivas teóricas y políticas en los textos incluidos en la antología, identificando como aspecto compartido "el fuerte y definido compromiso ético de sus autor*s con la cuestión" (Cabral 2009a: 5).

En los tres discursos se puede observar un proceso de influencia recíproca y retroalimentación entre el campo académico y activista, en el sentido de una aportación de reflexiones, ideas y prácticas por parte del campo activista a los espacios de producción teórica, así como un uso de los conceptos teóricos como herramienta para la acción política (Cabral 2009a; Stryker 1998, 2006; Whittle 2006).

Además, en los tres campos discursivos se pueden encontrar reflexiones sobre la práctica activista, sus objetivos, estrategias y formas de acción, así como acerca de las posibilidades de alianza con otros movimientos sociales, desacuerdos y distancias, incluyendo un debate sobre los puntos compartidos y necesidades de delimitación entre los discursos queer, trans* e intersex (Cabral y Benzur 2005; Gregori Flor 2009; Namaste 2000; Prosser 1998; Rubin 1998; Stryker 2004, 2006; Wilchins 2002; Whittle 2002, 2006; capítulo II, 3.11).

La interrelación compleja y multidireccional entre activismo y reflexión teórica suscita la pregunta en qué medida se pueden observar características diferenciadas en los tres campos discursivos respecto a la relevancia relativa del ámbito activista o de la reflexión teórica en la producción discursiva, así como en relación al rol de las personas con doble posición teórico-activista (capítulos III, 1.1.4 y III, 1.1.5).

1.5.1.4. Procesos de traducción, difusión y recepción

Aunque los tres discursos hubieran surgido, en el contexto anglosajón, de forma paralela a principio de los años 90, el proceso de su difusión, traducción y recepción muestra características diferenciadas, tanto respecto a su cronología, como las geopolíticas de su traducción y difusión académica.

A modo de ejemplo, en el contexto castellano hablante se pueden observar diferencias entre los tres discursos respecto al proceso de traducción y difusión discursiva. En caso de la teoría queer, la publicación de la traducción al castellano de las obras principales de autoras como Sedgwick (1998[1990]) o Butler (2000[1990], 2002[1993]) data de finales de los años 90 y/o comienzo de la primera década del siglo XXI, a una década de su publicación en inglés. En el contexto español, las publicaciones de estas traducciones coinciden cronológicamente con la publicación de trabajos sobre teoría queer en castellano, aportados, entre otr*s, por Córdoba García (2005), Llamas (1995, 1998), Preciado (2002[2000], 2003, 2008), Preciado y Bourcier

(2001), Mérida (2002 ed.), Sáez (2004, 2005), Trujillo (2005, 2008) y Vidarte (2005, 2007), así como la celebración de eventos académicos sobre teoría queer³⁰.

En cambio, en caso de los trabajos de autor*s trans* o intersex publicados originariamente en inglés se observa un menor grado de traducción al castellano, dificultando su recepción en el ámbito castellano hablante³¹.

A la vez, en los últimos años, se puede observar la publicación de trabajos desde perspectivas trans* e intersex y aliad*s en castellano, procedentes tanto del contexto español como latinoamericano (capítulo II y III). En el contexto español, esta emergencia discursiva coincide con una creciente presencia de conferencias y jornadas con temática trans* e intersex, organizadas frecuentemente por grupos y organizaciones activistas³², así como, en algunos casos, por instituciones académicas³³. De forma análoga, se podrían revisar las actividades

³⁰ A partir de 2003 (se cita en cada caso el primer evento identificado), se celebraron seminarios sobre teoría queer en diferentes instituciones académicas, como en Arteleku ([“La repolitización del espacio sexual en las prácticas artísticas”](#), 2004), MACBA, Museo de Arte Contemporáneo de Barcelona ([“Maratón Posporno”](#), 2013) y UNIA, Universidad Internacional de Andalucía, Arte y Pensamiento ([“Retóricas del género / Políticas de identidad: performance, performatividad y prótesis”](#), 2003), en la Universidad Nacional de Educación a Distancia ([“Curso Introducción a la Teoría Queer”](#), 2003-2004) y otras Universidades en el contexto español, entre ellas la Universidad de la Laguna ([“Des-Identidades y Teoría Queer: un nuevo desafío para las sociedades del siglo XXI”](#), Universidad de Verano, Adeje, 2004 [sin información disponible online]) o la Universidad de Valencia (Seminario [“Performatividad, Arte, Identidad y Género: Desafíos para el Feminismo”](#), 2005).

³¹ Como una recopilación de textos traducidos al castellano con temática trans* e intersex, publicada en los años 90, se puede nombrar la antología *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género* (Nieto 1998, ed.). Entre traducciones más recientes, cabe señalar, a modo de ejemplo, la publicación en castellano de la antología *Chasing Rainbows: Exploring Gender Fluid Parenting Practices*, en castellano: *Buscando el final del arcoíris. Una exploración de las prácticas de crianza desde la fluidez de género* (Green y Friedman 2015[2013] eds.), así como la antología *Políticas trans. Una antología de textos desde los estudios trans norteamericanos*, que reúne traducciones al castellano de varios textos relevantes para los estudios trans* procedentes del ámbito norteamericano (Galofre y Missé 2015 eds.). En el ámbito de los discursos intersex, se puede mencionar, entre otras, la publicación de la traducción al castellano del libro *Sexing the Body. Sexing the Body. Gender Politics and the Construction of Sexuality*, bajo el título *Cuerpos sexuales: la política de género y la construcción de la sexualidad* (Fausto-Sterling 2006[2000]) y del artículo *The Five Sexes: why male and female are not enough*, cuya versión en castellano se titula *Los cinco sexos. ¿Por qué varón y mujer no son suficiente?* (Fausto-Sterling 1998[1993]), así como de textos activistas intersex, como *Hermaphrodites with Attitude*, en castellano *Hermafroditas con actitud* (Chase 2005[1998]).

³² Como ejemplo se pueden nombrar, en el ámbito de Barcelona, las jornadas y conferencias sobre temáticas trans* e intersex organizadas entre 2006 – 2009 por [Guerrilla Travolaka](#), entre 2009 – 2010 por [Transblock](#) y entre 2011 – 2015 por [Cultura Trans](#) y [Octubre Trans Barcelona](#). A partir de 2009, estas actividades se organizaron a menudo en el marco del [Día Internacional de Acción por Despatologización Trans](#). En Madrid, cabe señalar las jornadas y conferencias organizadas entre 2010-2015 por la Plataforma Octubre Trans Madrid (véase blogs [2010](#), [2011](#), [2012](#), [2013](#), [2014](#)). Además, se pueden señalar las jornadas, conferencias y charlas organizadas en otras ciudades del contexto español en el marco del [Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2009 - 2015](#). Asimismo, en 2010 tuvo lugar en Barcelona el [Congreso Internacional sobre Identidad de Género y Derechos Humanos](#), organizado por el Gobierno español, la Generalitat de Catalunya y el Ayuntamiento de Barcelona.

³³ A modo de ejemplo, se pueden nombrar las jornadas o conferencias sobre temáticas trans* e intersex organizadas por las siguientes instituciones académicas y organismos públicos: Diputación Foral de Bizkaia y Ayuntamiento de Bilbao ([“Jornadas de Diversidad Sexual ‘Géneros, Sexualidades y Cuerpos’](#), 2010), Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía ([“Somateca. Producción biopolítica, feminismos, prácticas queer y trans”](#), 2012), UNIA, Universidad Internacional de Andalucía ([“Movimiento en las bases: Transfeminismos, feminismos queer, despatologización, discursos no binarios”](#), 2010), Universidad de Barcelona ([“Seminari Cos Gènere i Feminització”](#), 2014), Universidad Pompeu Fabra, Barcelona ([“3rd European Conference on Politics and Gender”](#), 2013), Universidad de Jaén ([“Transexualidad,](#)

académicas sobre temáticas trans* e intersex realizadas a lo largo de los últimos años en el contexto latinoamericano – una tarea que excede el alcance del presente trabajo³⁴.

Este retraso en las políticas de traducción y recepción produce una imagen de anterioridad cronológica de los discursos queer respecto a los discursos trans* e intersex, cuestionada por un análisis de las fechas de publicación de aportaciones teóricas en ambos enfoques a partir de finales de los 80 y principio de los 90 (a modo de ejemplo, véase Chase 1993; Kessler 1990; Stone 2006[1987]; Stryker 1994).

Como otro aspecto de diferenciación, Cabral (2009a) señala el predominio de textos anglosajones en la producción discursiva sobre intersexualidad, destacando la importancia de una producción de conocimientos desde el Sur Global y en idiomas diferentes al inglés.

A la vez, puedo constatar diferencias respecto al lugar que ocupan los tres discursos en el campo académico, en el sentido del grado de institucionalización (existencia de formaciones universitarias), autodenominación (como ‘teoría’, ‘estudios’) y existencia de una bibliografía de reflexión metateórica sobre el propio discurso. En los capítulos II, 4.4.2 y II, 4.4.3, desarrollaré un análisis del grado de consolidación de la perspectiva de despatologización trans* en el campo científico, político y jurídico, tomando como referencia la descripción de los procesos de entrada, consolidación y cambio de los campos sociales en Bourdieu (1991[1980], 1997[1992], 1997[1994], 1999[1997], 2003[2001], 2006[2004]), así como el concepto de “*umbral de positividad*”, “*umbral de epistemologización*”, “*umbral de cientificidad*” o “*umbral de formalización*” en Foucault (2003[1969]: 314).

1.5.2. Procesos de surgimiento y prioridades temáticas

Aparte de los aspectos nombrados, en los trabajos elaborados desde perspectivas queer, trans* e intersex se encuentran reflexiones sobre el contexto sociopolítico y teórico desde el que surgió cada uno de los enfoques. Además, en cada uno de los campos se pueden identificar prioridades temáticas específicas.

A continuación, esbozaré los procesos de surgimiento y principales temáticas, sin profundizar en las mismas, con el objetivo de situar los campos discursivos que tendrán relevancia para el proceso de emergencia de los discursos de despatologización trans*.

1.5.2.1. Discursos queer

Partiendo de la idea de la ausencia de un lugar concreto de emergencia en el proceso de formación discursiva (Foucault 2003[1969]), el campo discursivo postestructuralista y

Intersexualidad y Transgenerismo: Límites conceptuales y corporales, 2010), Universidad Complutense de Madrid (“*VII Conferencia de la Asociación Internacional para el Estudio de la Sexualidad, la Cultura y la Sociedad*”, 2011) y Universidad de Sevilla (“*I Congreso Internacional sobre Estudios de Diversidad Sexual en Iberoamérica*”, 2012).

³⁴ A modo de ejemplo, se pueden nombrar las jornadas y conferencias realizadas entre 2009 – 2015 en diferentes ciudades latinoamericanas en el marco de la convocatoria del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans*, en algunos casos con el apoyo de instituciones académicas.

posmoderno se describe como un punto de referencia relevante para la teoría queer, mediante la relectura crítica de autores como Foucault, Derrida, Althusser o Lacan (Jagose 1996; Preciado en Carrillo 2007; Sáez 2004). Asimismo, el momento de emergencia de la teoría queer en el contexto norteamericano del principio de los años 90 se relaciona con el proceso de llegada de las primeras traducciones al inglés del postestructuralismo francés (Preciado y Bourcier 2001; Preciado en Carrillo 2004). De la misma manera, se identifica una interrelación entre la difusión de la teoría queer en el ámbito francés y la publicación de las traducciones al francés de autoras como Butler, De Lauretis y Sedgwick, en un proceso de ida y vuelta de corrientes de pensamiento (Preciado y Bourcier 2001; Preciado en Carrillo 2004).

La teoría queer es, en cierto sentido, una segunda vuelta, una retraducción política de ciertos textos de la filosofía posestructuralista francesa, así como de críticas del psicoanálisis tanto freudiano como lacaniano. (...) Podríamos decir que la teoría queer solo existe como traducción. (...) La supuesta “vuelta” de la teoría queer a Europa no se entiende sin tener en cuenta los viajes anteriores de Foucault y de Derrida a América.
(Preciado en Carrillo 2004: 394-395)

A pesar de una presentación reiterada de la teoría queer como un ataque al sujeto político del feminismo (Espinosa Miñoso 2004), se puede constatar que el pensamiento feminista, entre otr*s en relación a autoras como Beauvoir, Irigaray, Kristeva, Rubin, Wittig y Delphy, constituye un punto de partida relevante para las reflexiones teóricas de la teoría queer (Butler 2000[1990], 2002[1993]; Sáez 2004).

Los enfoques psicoanalíticos, la obra de Freud, Riviere y Lacan y su relectura en los trabajos de psicoanalistas feministas contemporáneas, pueden nombrarse como otro referente discursivo importante (Butler 2000[1990], 2002[1993]; Sáez 2004). En los textos queer, se realiza una relectura y revisión crítica de conceptos psicoanalíticos (Butler 2000[1990], 2002[1993]), un cuestionamiento de posiciones homófobas y binaristas en la práctica psicoanalítica (Sáez 2004), así como un análisis de los puntos de conexión e incompatibilidades entre el psicoanálisis y la teoría queer (Sáez 2004). Aparte de los autor*s nombrad*s, en Preciado (2002[2000]) se puede constatar una influencia destacada de conceptos desarrollados por Deleuze y Guattari.

En cambio, una línea de investigación sociológica de la homosexualidad desarrollada a partir de los años 60³⁵, a menudo a través de estudios de campo con métodos cualitativos o etnográficos, no constituye una referencia nombrada explícitamente por la teoría queer. Como razones para esta falta de inclusión se podrían nombrar tanto la procedencia teórica diferenciada (procedencia sociológica y antropológica en caso de las investigaciones gay/lésbicas versus una procedencia del campo de la filosofía y literatura en caso de l*s teóric*s queer), como el interés de la teoría queer en una demarcación de las políticas de

³⁵ Una revisión de textos relevantes de los estudios gay-lésbicos se pueden encontrar en la antología “*Social Perspectives in Lesbian and Gays Studies*” (Nardi y Schneider 1998 eds.), con contribuciones de autor*s como Simon y Gagnon, McIntosh, Plummer, Blumstein, Schwartz, Epstein, Herdt, Bell, Weinberg, Weeks y Gamson.

identidad del movimiento gay-lésbico (*“La teoría queer se desarrolló como polo opuesto y reformulación de los Gay and Lesbian Studies”*, Currid 2001: 376)³⁶. En cambio, Whittle (2002) resalta como uno de los puntos de partida de la teoría queer los textos de autor*s homosexuales, así como la lucha por la retirada de la homosexualidad del DSM-III.

Como se nombra en 1.5.1.4, el momento de recepción y difusión de la teoría queer en el ámbito español y comienzo de una producción discursiva propia en castellano se puede situar a principios de la década de los 2000. Preciado (en Carillo 2007) señala las contradicciones de una introducción de los discursos queer en el contexto español y su crítica de la presuposición de la identidad como estable y única en un momento de surgimiento y expansión de las políticas identitarias gay-lésbicas. Una experiencia parecida reflejan Viteri, et al. (2011) en relación al contexto latinoamericano.

Entre las temáticas prioritarias de los enfoques queer, se pueden resaltar los siguientes aspectos:

- Cuestionamiento del modelo de sexos/géneros; identificación del carácter socialmente construido tanto del concepto de sexo como del concepto de género (Butler 2000[1990]).
- Cuestionamiento del binarismo de género y otros conceptos dicotómicos, entre ellos la contraposición naturaleza / cultura, sexo / género, homosexualidad / heterosexualidad (Butler 2000[1990]; Perko 2005; Sedgwick 1998[1990]).
- Cuestionamiento de la presuposición de una continuidad entre sexo, género y práctica sexual (Butler 2000[1990]).
- Performatividad, en el sentido del carácter performativo de la asignación del género al nacer (‘es niña’), paralelamente a la necesidad de su constante confirmación a la través de una *“práctica iterativa”* (Butler 2002[1993]: 164) o *“reiteración de una norma o de un conjunto de normas”* (Butler 2002[1993]: 34).
- Críticas a la heteronormatividad, matriz heterosexual y mononormatividad, incluyendo reflexiones sobre modelos alternativos de sexualidades y relaciones afectivas (Butler 2000[1990], 2004; Engel 2002; Klesse 2007a, 2007b; Perko 2005; Preciado 2002[2000]; Sedgwick 1994; Wagenknecht 2007; Warner 1993).
- Reflexiones sobre categorías y prácticas biomédicas relacionadas con las modificaciones corporales trans-específicas y las intervenciones quirúrgicas realizadas en recién nacid*s, niñ*s y adolescentes intersex (Butler 2004, 2010; Preciado 2008).
- Cuestionamiento del carácter estable y continuado de las categorías identitarias (Butler 2000[1990]; Tuidier 2001).
- Cuestionamiento de las políticas identitarias (Bourcier 2000; Gamson 1998[1995]; Preciado y Bourcier 2001) y propuesta de prácticas activistas pos-identitarias (Preciado 2003;

³⁶ Traducción propia, texto original: *“Queer Theory hat sich als Gegenpol und Reformulierung der Gay and Lesbian Studies entwickelt”* (Currid 2001: 376).

Preciado en Carillo 2007), así como de una ética política contextual (Hark 1999; Perko 2005).

- Reflexiones sobre interrelaciones y distancias entre la teoría queer y el concepto de '*sexual citizenship*' (Beasley y Bacchi 2000; Evans 1993; Grabham 2007; Monro y Warren 2004; Weeks 1998), así como entre teoría queer y enfoques de Derechos Humanos (Davis 2009; Hines 2009).
- Reflexiones sobre el activismo queer (Carrascosa y Vila 2005; Llamas 1995; Romero Bachiller, et al. 2005; Sáez 2004; Trujillo 2005, 2008).
- Reflexiones metateóricas sobre la producción teórica y práctica académica queer (Butler 1994; Castro Varela 1999; Currid 2001; Halperin 1995; Klesse 2007a, 2007b; Kong, Mahoney y Plummer 2001; Mahoney y Van der Platenvlotbrug 2001; Sáez 2006; Shapiro 2003; Vidarte 2005).

Asimismo, tanto desde dentro de los discursos queer, como desde otras perspectivas teóricas, entre otras los discursos trans* e intersex, se realizan reflexiones críticas sobre algunos planteamientos inherentes a la teoría queer. En estas relecturas, se revisan, de forma crítica, los siguientes aspectos:

- Concepto de la identidad como juego y sus límites (Davis 2009; Sedgwick 1998[1990]; Soine 1999; Tuidier 2001; Viñuales y Guasch 2000).
- Exclusión discursiva de la dimensión de desigualdad social (Castro Varela 1999; Engel 2001; Soine 1999; Tuidier 2001).
- Potencial cercanía entre los enfoques queer y un discurso neoliberal (Currid 2001; Engel 2001; Morton 2002; Soine 1999).
- Utilización metafórica de las identidades travesti, transexual o intersex, a modo de ejemplo paradigmático de ruptura con el binarismo de género (Balzer 2008; Cabral y Benzur 2005; Juang 2006; Namaste 2000; Roen 2006; Stryker 2006; Towle y Morgan 2002).
- Falta de consideración de aspectos corporales (Monro 2005a; Namaste 2000; Prosser 1998).
- Persistencia de binarismos (Ault 1999; Currid 2001; Soine 1999; Tuidier 1999; Whittle 2002).
- Invisibilización de la continuada presencia de una desigualdad de género en la situación actual (Espinosa Miñoso 2004).
- Etnocentrismo y nacionalismo en caso de los discursos queer desarrollados en el contexto estadounidense (Currid 2001; Gamson 1998[1995]; Roen 2006).

1.5.2.2. Discursos trans*

La emergencia de los *transgender studies* al principio de los años 90 ha sido analizada, por un lado, desde sus raíces teóricas, en el sentido de una continuidad y respuesta crítica a enfoques

postestructuralistas, posmodernos y feministas, la teoría queer, estudios gay-lésbicos y discursos poscoloniales (Stryker 2006; Valentine 2007).

Transgender studies (...) is the relatively new critical project that has taken shape in the past decade or so. It is intimately related to emergent 'postmodern conditions' for the production of knowledge, and is as innovative methodologically as it is epistemologically. (Stryker 2006: 12)

In its outlines, transgender studies shares a genealogy and its broad concerns with other areas of cross-disciplinary critical inquiry that developed in the latter part of the twentieth century – feminist scholarship, lesbian and gay studies, queer theory, critical race theory, subaltern and postcolonial studies, and disability studies – all of which emerged in the context of wider postmodernist and poststructuralist critiques. Broad shifts in the intellectual, social, and political climates of U.S. and European academies have enabled a questioning of both knowledge production about subordinated groups but also epistemological question about the status of knowledge itself. (Valentine 2007: 146)

Por el otro lado, se analizan las circunstancias sociopolíticas que contribuyeron a su emergencia, entre las que se nombra la aparición de la pandemia del VIH/Sida, así como circunstancias históricas más amplias, en el sentido de un cuestionamiento del pensamiento binario a través de la deconstrucción de la diferencia dicotómica Este / Oeste en el momento histórico de derrumbe de la Unión Soviética, fin de la guerra fría y contexto político pre-11-S (Stryker 2006).

If a frame as totalizing as “East/West” at least momentarily lost its explanatory purchase in a chaotic pre-9/11 world that seemed increasingly structured by diasporic movements and transnational flows, how likely was it at that time that the equally hegemonic construction “woman/man” would remain uninterrogated? Transgender studies stepped into the breach of that ruptured binary to reconceptualize gender for the New World Order. The new field approached gender not as a system for correlating two supposedly natural, stable and incommensurable biological sexes (male and female) with two normative, fixed, and equally incommensurable social categories (man and woman). Rather, it called into question that entire epistemological framework, and conceived of gender as yet another global system within which a great many diverse and specific forms of human being were produced, enmeshed, and modified along multiple axes of signification. In a world seemingly bent on becoming one, transgender studies grappled with the imperative of counting past two, when enumerating the significant forms of gendered personhood. (Stryker 2006: 8)

Desde la constatación de la inexistencia de un lugar único e identificable en el proceso de surgimiento de un discurso, Stryker (2006) describe la emergencia de los discursos trans* desde una confluencia de circunstancias sociopolíticas en un momento y contexto histórico concreto, produciendo una ruptura del paradigma epistemológico vigente.

A calendar started rolling over; a world order collapsed; a pandemic virus changed the way we thought about sexuality and identity and the public sphere; an existing word was invested with new meaning to mobilize a movement, and it all crashed together on a cultural landscape fractured by an epistemic rift. (Stryker 2006: 11)

En el ámbito castellanohablante, se podría construir una genealogía específica del proceso de emergencia de discursos teórico-activistas trans* y el rol de los espacios activistas y académicos en el acceso de las personas trans* a los espacios de producción discursiva. Como mencionado más arriba (capítulo 1.5.1.4), a lo largo de la última década se puede observar una

creciente producción discursiva desde perspectivas teórico-activistas trans* en castellano. En un artículo anterior, hago referencia a varios proyectos de publicación desarrollados desde perspectivas teórico-activistas trans* en el contexto argentino y español, a modo de ejemplo de estrategias de ruptura con dinámicas de exclusión discursiva (Suess 2014). En el capítulo III, profundizaré en las reflexiones sobre la doble perspectiva teórico-activista, la observaciones de situaciones de desigualdad en relación a las oportunidades de circulación de conocimientos entre bibliografía escrita en inglés y en castellano, así como el desarrollo de producción de proyectos editoriales en castellano desde perspectivas teórico-activistas trans* e intersex.

Entre las temáticas centrales para los discursos trans*, se pueden resaltar los siguientes aspectos:

- Reconstrucción histórica de la construcción médica contemporánea de la transexualidad y de categorías precedentes³⁷.
- Experiencias de discriminación, estigmatización, violencia transfóbica y exclusión social, incluyendo tanto formas de violencias directa como dinámicas de abuso y distrato institucional³⁸.
- Perspectivas de despatologización, cuestionamiento de los criterios diagnósticos y protocolos clínicos actuales³⁹.
- Propuestas de modelos de atención trans-específica y reflexiones sobre el respeto a la diversidad de género en la atención sanitaria general⁴⁰.
- Reflexiones sobre el ámbito jurídico, el proceso de reconocimiento de género y la protección de los derechos de las personas trans*⁴¹.

³⁷ Balzer 2010; Balzer y Suess 2010b; Bullough 1998[1975]; Hirschauer 1993; King 1998[1981]; Pérez Fernández-Figares 2010; Rubin 2006[2003]; Spade 2006a; Billings y Urban 1998[1982].

³⁸ Balzer y Hutta 2012; Balzer, et al. 2012; Cabral y Hoffman 2009; Coll-Planas, Bustamante y Missé 2009; GLSEN y Harris Interactive 2012; Grant, Mottet, Tanis, et al. 2011; Gunguluza 2012 ed.; Sood 2010; Spade 2003, 2006a; Suess y Balzer 2009; TGEU 2015c; Turner, Whittle y Combs 2009; Whittle, Turner y Al-Alami 2007; Whittle, Turner, Combs et al. 2008; Winter, et al. 2009; Winters 2008a.

³⁹ Alessandrin 2013[2011], 2014; Alex (2014[2012]; Alex (2014[2012] ed.); Andía Pérez, ILGA-Secretariado Trans e Instituto Runa de Desarrollo y Estudios sobre Género 2009; Balzer 2010; Bornstein 1994; Burns 2005; Cabral 2009c, 2010a, 2010b, 2011a, 2011c, 2011d, 2014; Califia 1997; Cromwell 2006[1999]; Davy 2008; Espineira, Macé, Guillot, et al. 2011 eds; Espineira, Thomas y Alessandrin 2012 eds.; Feinberg 1992, 1996; Fernández 2010; Garaizabal 1998, 2010; Gonzálo-Polledo 2010; Franzen 2002; Franzen y Beger 2002; Green 2006[2000]; MacKenzie 1994; Missé 2010a, 2010b, 2012a, 2012b, 2013a, 2013b; Missé y Coll-Planas 2010a, 2010b; O'Hartigan 1997; Platero 2009, 2014a, 2014b; Pyne 2014a, 2014b; Reucher 2013[2011]; Rubin 2006[2003]; Singer 2006; Spade 2003, 2006a, 2006b; Stone 2006[1987]; Stryker 2006[1994]; Suess 2010, 2011a, 2011b, 2011d, 2014, 2015b, 2015c; Suess, et al. 2014; Thomas 2011; Thomas, Espineira y Alessandrin 2013a eds., 2013b eds., 2013c eds.; UNDP y Winter 2012; Wilchins 1997; Wilson 1998, 2000[1997]; Winter 2009a, 2009b, 2014, 2015; Winter, Chalungsooth, Teh, et al. 2009; Winters 2006, 2008a, 2008b, 2010a, 2010b, 2011a, 2011b, 2011c, 2013, 2014a, 2014b; Wittich 2013, 2014; Whittle 2002, 2006.

⁴⁰ Capicúa Diversidad 2014; Fernández 2010; Garaizabal 1998, 2010; GATE 2012, 2013a; Gender Dynamix 2010; Gunguluza 2012 ed.; Spade 2003, 2006a; Radix 2011; Radix y Einfeld 2014; Radix, Lelutiu y Gamarel 2014; Radix y Silva 2014; Red por la Despatologización Trans del Estado español 2010d; Suess 2010, 2011a, 2015b; Suess, et al. 2014; Winter 2014, 2015.

⁴¹ Byrne 2014; Cabral 2011c; Davis 2009; Green 2006[2000]; Köhler, Ehrt y Recher 2013; Juang 2006; Platero 2009, 2011; Sharpe 2006; Spade 2009, 2011, 2013; Theilen 2014; Thomas 2006; Whittle 2002, 2006; Whittle y Turner 2007.

- Reflexiones sobre modelos de ciudadanía trans*⁴².
- Reflexiones sobre trayectorias trans*, incluyendo narraciones sobre el proceso de tránsito y aspectos cotidianos de la vivencia trans*⁴³.
- Cuestionamiento del binarismo de género y de una conceptualización binaria de la sexualidad, incluyendo el desarrollo de modelos de una sociedad sin género, propuesta de terceras categorías y modelos multigénero⁴⁴.
- Reflexiones sobre modelos de sexos/géneros presentes en otros contextos culturales y cuestionamiento de una mirada eurocentrista⁴⁵.
- Diversidad de género en la infancia⁴⁶.
- Reflexiones sobre activismos trans* y sus relaciones con otros movimientos sociales⁴⁷.
- Reflexiones epistemológicas y metodológicas sobre una producción de conocimientos desde perspectivas trans*, ruptura con procesos de patologización y categorización en la práctica de investigación⁴⁸.

1.5.2.3. Discursos intersex

A lo largo de los años 90, se puede observar la emergencia de discursos intersex que cuestionan la práctica de intervenciones quirúrgicas a personas intersex en la infancia y adolescencia (Chase 1993, 1999[1998], 2005[1998]). A partir de los años 90, se puede observar la emergencia de un activismo intersex politizado, precedido por grupos de autoayuda y apoyo mutuo, tanto en el ámbito de los EE.UU, como en otros contextos geográficos (GATE 2015c; International Intersex Forum 2011, 2012, 2013; ISNA 2008; OII s.a., 2010, 2012; OII Australia 2011; OII Australia y OII Aotearoa 2012; OII-Europe 2014)⁴⁹.

⁴² Cabral 2003a; Cabral y Viturro 2006; Hines 2009; Monro y Warren 2004.

⁴³ Bornstein 1994; Cromwell 2006[1999]; Davis 2009; Green 2006[2000]; Papoulias 2006; Namaste 2000; Spade 2006a; Stone 2006[1987]; Stryker 1994, 2006, 2006[1994]; Whittle 2002, 2006.

⁴⁴ Bornstein 1994; Califia 1997; Green 2006[2000]; Cromwell 2006[1999]; Hale 2006[1996]; Monro 2005a; Pérez Fernández-Figares 2009b, 2010; Stone 2006[1987]; Stryker 2006; Whittle 2006.

⁴⁵ Herdt 1996 ed., Herdt 1996; Juang 2006; Nieto 1998 ed., 1998a, 1998b; Towle y Morgan 2002.

⁴⁶ Adams 2014; AMPGYL y Missé 2013; Bornstein 1994, 2006; Coll-Planas y Vidal 2013; Edginton-Green, Edginton y Green 2015[2013]; Friedman y Green 2015[2013]; Gómez 2004; Green y Friedman 2015[2013] eds.; Missé 2013a, 2013b; Platero 2014a, 2014b; Pyne 2014a, 2014b; Rainbow Health Ontario s.a.; Spade 2006a; Ward 2015[2013]; Wilson 1998; Winter 2014, 2015; Winters 2008a, 2013, 2014a, 2014b; Witterick 2015[2013].

⁴⁷ Balzer, Eckert, Silva, et al. 2009; Boyd 2006; Califia 1997; Franzen 2002; Franzen y Beger 2002; Halberstam y Hale 1998; Mejía 2006; Missé 2010a, 2010b, 2012a, 2012b, 2013a, 2013b; Missé y Coll-Planas 2010 eds., 2010a, 2010b; Nataf 2006[1996]; Ramos Cantó 2001, 2003, 2005; Rubin 2006[2003]; Suess 2010, 2011a, 2011b, 2011d, 2014; Suess, et al. 2014; Stryker 1998, 2006, 2006[1994]; Valentine 2007; Whittle 2002, 2006.

⁴⁸ Balzer 2008; Balzer y Suess 2010a; Baumgartinger 2008; Bornstein 1994; Cabral 2010b; Califia 1997; Feinberg 1994; Missé 2010a; Namaste 2000; Suess 2011a, 2011d, 2014; Stone 2006[1987]; Stryker 1998, 2006, 2006[1994]; Towle y Morgan 2002; Valentine 2007; Whittle 2002, 2006.

⁴⁹ El activismo intersex internacional y regional existió con anterioridad a los documentos citados. Según su carta de despedida, *ISNA, Intersex Society of North America*, se fundó en 1993 (ISNA 2008). *OII, Organización Internacional Intersex* se creó en 2003 (véase OII United States 2015). En el momento de redacción de la presente tesis doctoral, las declaraciones anteriores de OII (s.a.) ya no se podían encontrar online.

De forma paralela, autoras cercanas al ámbito feminista y los estudios de género, procedentes de diferentes disciplinas académicas, aportaron revisiones históricas del proceso de categorización y configuración de los protocolos clínicos actuales relacionados con la intersexualidad (Dreger 1998, 1999[1998]; Fausto-Sterling 1998[1993], 2006[2000]; Kessler 1990, 1998). Las autoras procedentes de perspectivas feministas reflejan diferentes grados de interrelación entre sus trabajos y los discursos activistas (capítulo III, 1.1.5). En un momento algo anterior, desde perspectivas clínicas se habían publicado revisiones críticas de la teoría de Money y colaborador*s (Money 1968; Money y Ehrhardt 1972), así como de los protocolos médicos actuales de la intersexualidad (Kipnis y Milton 1999[1998]; Milton 1982).

Desde los años 90 se puede observar un creciente desarrollo de reflexiones críticas con el modelo actual de tratamiento médico de la intersexualidad, aportadas por autor*s que escriben desde una doble posición teórico-activista y aliad*s, procedentes de diferentes perspectivas teóricas, así como profesionales del ámbito de la medicina y psicología. En el ámbito castellano hablante, a lo largo de la década de los 2000 se puede observar la publicación de trabajos con enfoque crítico sobre la intersexualidad desde diferentes perspectivas teóricas y posiciones subjetivas.

Partiendo de un entendimiento de los discursos intersex como trabajos escritos desde enfoques críticos y no patologizantes, se pueden observar diferentes líneas temáticas, entre las que se pueden nombrar:

- Una reconstrucción histórica y revisión crítica del proceso de categorización social y médica de la ‘intersexualidad’ y desarrollo de los criterios diagnósticos y protocolos clínicos actuales⁵⁰.
- Crítica del modelo actual de tratamiento médico de la intersexualidad, denuncia de las intervenciones quirúrgicas realizadas a recién nacid*s, niñ*s y adolescentes intersex y del protocolo de atención a las personas intersex y sus padres y madres, incluyendo el cuestionamiento de la recomendación de un pacto de silencio en el ámbito familiar⁵¹.
- Denuncia de las cirugías a personas intersex como formas de mutilación genital⁵².
- Propuesta de un modelo de atención sanitaria a personas intersex y sus familiares basado en la información, el asesoramiento, la demora de las intervenciones quirúrgicas y la autonomía corporal de las personas intersex⁵³.

⁵⁰ Cabral 2003b; Cabral y Benzur 2005; Cabral y Rojman 2004; Cleminson y Doménech 2004; GATE 2015c; Dreger 1998, 1999[1998]; Fausto-Sterling 2006[2000]; Holmes 2000, 2002; Kessler 1990, 1998; Lavigne 2009; Machado 2006, 2009; Reis 2007.

⁵¹ Alcántara 2009; Cabral 2003b, 2009a, 2009[2007/2008]; Cabral y Benzur 2005; Cabral y Rojman 2004; Cameron 1998[1998]; Chase 1993, 1999[1998], 2005[1998]; Crouch 1999[1998]; García Dauder 2006; Gregori 2009; Gregori, et al. 2007; Groveman 1999[1998]; Holmes 2000, 2002; International Intersex Forum 2011, 2012, 2013; Jiménez y Cabral 2009; Jorge y Cabral 2009; Lavigne 2009; Machado 2006, 2009; Nieto 1998a, 1998b, 2008; Preves 1999[1998]; Reis 2007; Silberkasten y Cabral 2009; Wilson y Reiner 1999[1998].

⁵² Chase 2005[1998]; Cabral 2003b, 2004, 2009a.

- Reflexiones epistemológicas sobre la producción discursiva y procesos de ruptura con dinámicas de patologización en la práctica de investigación⁵⁴.
- Reflexiones sobre el reconocimiento de la diversidad corporal en la sociedad actual, cuestionamiento del binarismo de género, de los modelos corporales y de la centralidad de los genitales, incluyendo la relevancia del desarrollo de imaginarios positivos⁵⁵.
- Reflexiones sobre el activismo intersex⁵⁶.

1.5.3. El lugar de la perspectiva de despatologización

En el análisis de los procesos de emergencia y prioridades temáticas de los tres enfoques, se pueden observar diferencias respecto al rol de la perspectiva de despatologización.

En este sentido, el cuestionamiento del modelo biomédico de la transexualidad ha sido identificado como uno de los puntos de partida y temática central de los *transgender studies* (Whittle 2006). De forma análoga, la ‘escritura de la intersexualidad’ tiene como objeto fundamental la reflexión crítica y denuncia de la práctica médica contemporánea de intervención médica en recién nacid*s, niñ*s y adolescentes intersex y el desarrollo de modelos alternativos (Cabral 2009a).

En caso de la teoría queer, se pueden encontrar algunas reflexiones sobre la patologización, psiquiatrización y medicalización de la transexualidad e intersexualidad, sin que constituyera un tema central (Butler 2004, 2010; Preciado 2008). En este sentido, Butler (2004, 2010) desarrolla reflexiones sobre la atención sanitaria trans*-específica y el activismo actual por la despatologización trans*. Los trabajos de Preciado incluyen un análisis genealógico de prácticas biomédicas relacionadas con la dimensión de sexualidades e identidades de género (Preciado 2002), además de una descripción de su autoexperimento con la testosterona (Preciado 2008), sin hacer referencia a la propuesta de despatologización.

En consecuencia de esta priorización diferenciada, en el análisis de los discursos teórico-activistas por la despatologización trans* (capítulo II, 3) y la revisión de la aportación de la perspectiva de despatologización al debate sobre reflexividad y ética de la investigación (capítulo III, 2), me centraré en los trabajos aportados desde perspectivas trans* e intersex, bajo referencia a reflexiones sobre el campo académico y el rol investigador desarrolladas desde perspectivas queer.

⁵³ Cabral 2003b, 2006; Chase 2005[1998]; Crouch 1999[1998]; Fausto-Sterling 2006[2000]; Harmon-Smith 1999[1998]; Holmes 2000, 2002; International Intersex Forum 2011, 2012, 2013; Kipnis y Diamond 1999[1998]; Lavigne 2009; Jorge y Cabral 2009; Wilson y Reiner 1999[1998].

⁵⁴ Cabral 2003b, 2009a; Cabral y Benzur 2005; GATE 2015c; Gregori, et al. 2007; Holmes 2002; Kessler 1998.

⁵⁵ Cabral 2003b, 2009a; Crouch 1999[1998]; Fausto-Sterling 2006[2000]; Kessler 1998; Silberkasten y Cabral 2009.

⁵⁶ Cabral 2003b, 2009a; Cabral y Benzur 2005; Cabral y Rojman 2004; Chase 2005[1998]; Davidson 2009; Fausto-Sterling 2006[2000]; Gregori 2009; Gregori, et al. 2007; Kessler 1998.

2. PROCESOS Y MOMENTOS DE *IMPASSE*

Qualitative inquiry's analytic pendulum is constantly in motion. There have been times when naturalism was on the upswing, when the richly detailed description of social worlds was the goal. At other times, analysis has shifted toward the processes by which these worlds and their experiences are socially constructed. The pendulum has even doubled back on itself as postmodern sensibilities refocus the analytic project on itself, viewing it as a source of social reality in its own right. (Holstein y Gubrium 2005: 483)

La inclusión de una dimensión metarreflexiva, en este movimiento de péndulo entre análisis de los procesos de construcción social del mundo y análisis del proyecto analítico (Holstein y Gubrium 2005) me permitió reconceptualizar el proceso de investigación vivido, abandonar las exigencias de linealidad y focalización en los resultados para entender las idas y venidas, dudas, reflexiones y cambios más como parte del proceso de producción de conocimiento que como obstáculos.

A la vez, la narrativa de este proceso, a modo de ejercicio retrospectivo, es en sí una construcción filtrada por la necesidad de descripción diacrónica y lineal de procesos interrelacionados y la presuposición de un principio de coherencia y constancia por debajo de las reorientaciones, bajo el riesgo de tapar las idas y venidas, momentos de bloqueo y dudas experimentadas en el proceso. De hecho, en la renarración del proceso de investigación me he encontrado con la dificultad de tener que anticipar, en cierta medida, el enfoque autorreflexivo y autoetnográfico que a la vez constituye uno de los resultados del proceso (capítulos I, 3.1.2.3, I, 3.1.4 y I, 3.6.1.4).

2.1. Narrativas del proceso

A continuación, esbozaré las reflexiones que acompañaron el trabajo de campo del presente proyecto, los momentos de duda sobre mi propio rol y las metodologías usadas, insertando la experiencia particular del proceso de investigación en el marco de una panorámica más amplia de la discusión actual sobre un giro reflexivo, ético y participativo dentro de la investigación cualitativa y antropológica contemporánea (Denzin y Lincoln 2005; Lincoln y Denzin 2005).

2.1.1. Investigando sobre lo trans* – investigad* como trans*: La doble perspectiva

No puedes trabajar sobre el tema de las identidades no binarias, no tienes la distancia adecuada.
Imaginate si tú como portavoz hicieras un trabajo de investigación sobre STP.
Es muy importante que hagas este proyecto, hay tan poca gente trans* creando discursos teóricos sobre nuestros temas, se lo debes al movimiento trans*.
Al final la gente milita solo por interés académico.
(Voces desde el ámbito activista trans*)

Los comentarios precedentes me acompañaron durante el proceso de elaboración de la tesis doctoral. Cuestionaron mi posición teórico-activista, contribuyeron a momentos de *impasse*, me animaron a seguir y suscitaron la necesidad de una actitud reflexiva sobre el propio rol en el

proceso, la especial responsabilidad ético-política y las huellas del proceso en mi propia construcción subjetiva.

A la vez, puedo identificar otras experiencias que marcaron mi necesidad de reflexión sobre los procesos de investigación. En primer lugar, puedo nombrar la reiterada vivencia de sensaciones de ambivalencia e incomodidad en el rol como persona entrevistada en proyectos de investigación con metodología cualitativa. En todas las ocasiones, l*s investigador*s eran personas conocidas y de confianza. Aprecié su estilo empático y no directivo en la realización de la entrevista cualitativa o antropológica y pude confirmar la experiencia de un 'beneficio' de la situación de entrevista para la persona entrevistada, en el sentido de una oportunidad de reflexión sobre la propia historia, de forma similar a la descripción realizada por Bourdieu y Accardo (1999[1993]).

En más de un caso, tuvimos la sensación de que la persona interrogada aprovechaba la oportunidad de interrogarse a sí misma que se le brindaba y la licitación o la solicitud que la aseguraban nuestras preguntas o nuestras sugerencias (siempre abiertas y múltiples, y con frecuencia reducidas a una espera silenciosa) para efectuar un trabajo de explicitación, gratificante y doloroso a la vez, y enunciar, a veces con una extraordinaria *intensidad expresiva*, experiencias y reflexiones reservadas o reprimidas durante largo tiempo. (Bourdieu y Accardo 1999[1993]: 536)

A la vez, de forma reiterada me terminé sintiéndome utilizad*, a modo de un proceso de investigación como "*obra de la caza*" (Ibáñez 1996a: 69, capítulo I, 3.2.3).

En el proceso, fue ante todo la fase de interpretación y difusión de resultados que me produjo mayor incomodidad y sensación de pérdida de control. En ninguno de los casos se realizó un proceso de revisión compartido del texto producido a partir de la transcripción de la entrevista, tal como lo propone la metodología dialógica narrativa o interactiva (Chase 2005; Fontana 2001; Fontana y Frey 2005; Ellis y Berger 2001, capítulo I, 3.2.4.2). Me sentí incómod* por la presencia de malinterpretaciones de mi narración o fallos en detalles que podían haber sido rectificadas si hubiese tenido acceso a la transcripción. En uno de los trabajos, algunas interpretaciones de la persona investigadora sobre mi persona o trayectoria me resultaron patologizantes y normativos, cuando el tema de la entrevista estaba estrechamente relacionado con la revisión crítica de dinámicas de patologización. Desde un lugar de mayor distancia reflexiva, me pregunté en qué medida la representación patologizante podía analizarse como una reacción de resistencia ante el cuestionamiento del binarismo de género inherente a mi narración y trayectoria. En otro trabajo, observé un uso no consensuado de los pronombres relacionados con mi persona, a pesar de que el tema de la entrevista tenía que ver con mi trayectoria como persona trans*. En varias ocasiones, sentí que la protección de mi anonimidad no se garantizó de forma adecuada, por mantenerse detalles fácilmente identificables en la descripción de mi persona, en un caso incluso mi nombre.

En las diferentes situaciones, terminé sintiéndome utilizad* y objetivizad* en el proceso de producción de conocimiento, a pesar del clima de confianza en el que se había desarrollado la entrevista. No siempre tuve la oportunidad de transmitir mi incomodidad con el proceso. La

posibilidad de negociación tenía una relación estrecha con el balance de poder, diferencia de estatus académico e interés en un proceso de reflexión y aprendizaje compartido.

Puedo identificar otro momento que se convirtió en una experiencia clave para mi sensación de *impasse* y crisis epistemológica: Ante la pregunta de si estaba dispuesta a participar en una entrevista en profundidad, una activista trans* me respondió “*no me importa, ya me han examinado tantas veces*”. Esta respuesta agrandó mis dudas acerca del rol investigador y mi doble posición teórico-activista, al devolverme un espejo de identificación con el poder médico y suscitarme la pregunta por las analogías intrínsecas entre relaciones de poder en el encuentro clínico y la escena de entrevista cualitativa.

La doble experiencia –como investigador* y como investigad*- acrecentó mi sensación de incomodidad con la técnica de entrevista cualitativa y antropológica, a pesar de su consideración como un enfoque que cuida especialmente la subjetividad y da voz a la perspectiva de las personas entrevistadas (March Cerdà, Prieto Rodríguez, Hernán García, et al. 1999). Mi experiencia como participante activó una sensación de vigilancia y desconfianza respecto a las posibilidades de control sobre los propios discursos en la situación de entrevista. Desde el rol como investigador*, la identificación de la experiencia de entrevista –y de mi propio papel en la misma- con una experiencia clínica y una actuación profesional patologizante me produjo la necesidad de interrumpir el proyecto de trabajo de campo, replantearme mi propia posición en el proceso y buscar reflexiones teóricas para entender mi propio proceso y salir del momento de *impasse*.

Pude identificar una tercera experiencia que motivó mi necesidad de profundizar en el debate actual sobre reflexividad y ética de la investigación: La observación de una dificultad de reconocimiento de la doble posición teórico-activista en espacios académicos como conferencias o congresos. En este sentido, pude presenciar una frecuente separación entre una invitación como persona trans* y activista, a modo de voz testimonial, o como académic* y profesional, con la expectativa de aportación de una reflexión teórica, a pesar de la creciente presencia de personas trans* con doble trayectoria teórico-activista en espacios académicos (capítulo III, 1.1.4). En una publicación anterior (Suess 2011a) resumo esta experiencia como sigue:

Me invitan a dar una ponencia sobre despatologización trans. Cuando me mandan el programa de la conferencia, constato una diferenciación entre las presentaciones de ‘ponentes trans’^[referencia a pie de página], situad*^s^[referencia a pie de página] en un panel sobre experiencias activistas y testimonios personales, en independencia de sus trayectorias académicas, y una mesa de ‘ponentes cis’^[referencia a pie de página], agrupad*s en una sesión sobre reflexiones teóricas. La distribución del tiempo entre ambos paneles es desigual, con un menor espacio temporal para las intervenciones consideradas como ‘activistas’^[referencia a pie de página].

(Suess 2011a: 2)

Esta experiencia me suscitó la necesidad de reflexionar sobre mi propia posición discursiva, los desafíos, ventajas y responsabilidades ético-políticas inherentes a la doble trayectoria teórico-activista y estrategias para abordar potenciales tensiones entre ambos roles.

2.1.2. Inicio del proyecto: La distancia adecuada

Mientras a nivel temático, mi primer plan de trabajo partía de la pregunta por las identidades fluidas y no binarias, así como las políticas no identitarias, a nivel metodológico tomé como punto de referencia, en esta primera fase del proyecto, un enfoque de investigación cualitativa cercano a la escuela crítica de investigación social de Ibáñez (1979, 1985, 1994, 1996a, 1996b), que propone como método principal el grupo de discusión.

Ibáñez (1996a) define el encuentro grupal como *"un dispositivo analizador"* en el que se produce una *"puesta en colisión de los diferentes discursos cuyo producto es la puesta de manifiesto de los efectos de la colisión (discusión) en la discusión en los discursos personales"* (89). En este encuentro, la discusión grupal *"refleja y refracta (a nivel micro) una sociedad y una historia"* (Ibáñez 1996b: 297). Esta característica del grupo de discusión, al igual que una conceptualización de la entrevista en profundidad entendida como reflejo de las representaciones sociales en la experiencia individual (Alonso 1998), coincidió con mi interés por el análisis de las interrelaciones entre experiencias personales y construcciones discursivas sociales.

El enfoque psicoanalítico y grupoanalítico que propone Ibáñez (1979, 1985, 1994, 1996a, 1996b)⁵⁷, se encontraba en una relación de afinidad con mi propia experiencia formativa y profesional en un espacio de formación arteterapéutica de orientación psicoanalítica y grupoanalítica, así como con una experiencia profesional y activista prolongada con dinámicas grupales. Paralelamente, había trabajado en el ámbito profesional de la investigación en Salud Pública⁵⁸ con formatos más estructurados de investigación cualitativa como la entrevista semiestructurada y los grupos focales y nominales (March Cerdà, et al. 1999; Morgan 2004), paralelamente a formatos de investigación cuantitativa⁵⁹ y técnicas de revisión bibliográfica⁶⁰.

En el formato de grupo de discusión y entrevista en profundidad, me sentí afín con el carácter poco dirigido de la interacción grupal, la priorización del proceso sobre el resultado, así como la atención a la simbología inherente al espacio físico (disposición de las sillas y mesas) y los fallos, silencios y ausencias en el discurso (Ibáñez 1996b). Percibí las analogías de estas características con elementos presentes en el formato psicoanalítico, desde la conciencia de sus diferencias fundamentales respecto a la intencionalidad (captura de discursos para la investigación versus proceso psicoterapéutico), el lugar de la transferencia (re-integración en el

⁵⁷ Alonso (1998) identifica el psicoanálisis como una de las disciplinas fundamentales que construyen el corpus de la investigación cualitativa en general: *"El corpus fundamental de la visión cualitativa en sociología se construye a partir de dos disciplinas –el psicoanálisis y las ciencias del lenguaje, en especial la semiología."* (Alonso 1998: 62).

⁵⁸ Azarola, et al. 2008; March, Prieto, Danet, et al. 2012; March, Prieto, Suess, et al. 2006; March, Suess, Prieto, et al. 2006; Prieto, Escudero, Suess, et al. 2011; Prieto, Suess, March, Danet et al. 2011; Prieto, Suess, March, Escudero, et al. 2011; Prieto, Suess y March 2005; Prieto, Suess, Ruiz, et al. 2008; Simón, et al., 2007; Suess, Prieto y March 2006; Suess, et al. 2015.

⁵⁹ Barrio, et al. 2009; Cabrera, et al. 2015; Simón, et al. 2007.

⁶⁰ López, et al. 2012; Suess, et al. 2014a, 2014b.

grupo versus focalización en la figura de la persona terapeuta), así como respecto al proceso de procesamiento de los discursos (interpretación por la persona que investigado versus proceso psicoterapéutico) (Ibáñez, 1996b).

En el proceso, mi atención se dirigió especialmente hacia el rol del “preceptor” (Ibáñez 1996b: 290), la persona investigadora-coordinadora del grupo. Ibáñez (1996b) propone una actitud poco intervencionista, reducida a la devolución de los discursos explícitos e implícitos del grupo, bajo el imperativo de una postura de distancia en la que la propia postura subjetiva se queda fuera del proceso. Incluso en esta postura no directa, permanece el carácter no simétrico de la relación (Ibáñez 1996b).

El preceptor no participa en la discusión, trabaja sobre ella: mientras dura, catalizando la producción del discurso del grupo, y después que termina interpretando y analizando el discurso construido. Para catalizar la discusión, el preceptor puede –y debe– intervenir, pero desde otro nivel (su relación no es simetría con los miembros). (Ibáñez 1996b: 290)

Según Ibáñez (1996a), su actitud no es de búsqueda de un resultado concreto, sino de una escucha análoga a la atención flotante del proceso psicoanalítico.

Escucha es lo contrario de *atención* (una atención flotante es una no atención): el que atiende sólo puede oír lo que espera oír desde el horizonte de sus deseos y/o intereses, el que escucha puede oírlo todo. (..) El que atiende *busca*, el que escucha *encuentra*. (Ibáñez, 1996a: 88)

En el formato del grupo de discusión, de forma análoga al grupoanálisis (Bion 1980), mi interés se dirigía, ante todo, hacia el proceso de aparición de los emergentes grupales, en el sentido de los temas y discursos relevantes para el grupo surgidos ante el vacío que deja la actitud no intervencionista de la persona coordinadora.

Asimismo, en los formatos de entrevista individual partí de un enfoque de orientación psicoanalítico-sociológica (Alonso 1998) que, al mismo tiempo que presta atención a los procesos no verbales, silencios y fallos en el discurso (Callejo Gallego 2002), concibe la entrevista abierta como reflejo de las representaciones sociales, normas, valores e imaginarios inherentes a la práctica individual (Alonso 1998), a diferencia de otr*s autor*s que priorizan la expresión de contenidos intrapsíquicos en la entrevista en profundidad (Miller y Crabtree 2004).

La técnica de la entrevista abierta se presenta útil, por tanto, para obtener informaciones de carácter *pragmático*, es decir, de cómo los sujetos diversos actúan y reconstruyen el sistema de representaciones sociales en sus prácticas individuales. (Alonso 1998: 72)

The depth interview concentrates on the figure at exposes of the ground –it focuses on facilitating a co construction of the interviewer’s and an informant’s experience and understanding to the topic of interest and not necessarily on the context of that understanding. (Miller y Crabtree 2004: 188)

Alonso (1998) señala la presencia de un yo social, no individual, y la presencia de “*un otro generalizado*”, en el sentido de un “*punto de vista generalizado del grupo social al que pertenece*” (Alonso 1998: 68) en la entrevista individual. En consecuencia, los discursos que

produce tienen el carácter de *“textos en contextos”* (Alonso 1998: 68).

Aunque mi propia elección metodológica partía del enfoque de investigación cualitativa desarrollado por Ibáñez (1979, 1985, 1994, 1996a, 1996b) y Alonso (1998), el formato de las entrevistas realizadas en este momento incipiente del trabajo de campo no se correspondió del todo al formato de grupo de discusión. En este sentido, los grupos que entrevisté en esta fase del proceso estaban compuestos por miembros de un colectivo que se conocían de antemano, a diferencia del supuesto de una composición del grupo de discusión por participantes que comparten un tema o una experiencia, pero no se conocen previamente entre sí y solo se reúnen para el propósito específico del grupo de discusión (Ibáñez 1979). El formato elegido se asemejaba más al método de socioanálisis que Ibáñez (1996a) propone como método subsiguiente al grupo de discusión, sin que se tratase de un contexto institucional propiamente dicho. Además, incluía una devolución de los resultados (la transcripción de la entrevista) al grupo, coincidiendo con la propuesta de Ibáñez (1996a) para la metodología socioanalítica.

2.1.3. Incomodidades: La falta de legitimidad

A pesar de haber elegido un formato lo más no dirigido posible, desde la conciencia de que la ‘no dirección’ es imposible (Bion 1980), experimenté una creciente sensación de incomodidad en este momento incipiente del trabajo de campo.

Por un lado, tenía la sensación de que el formato de la entrevista –individual o grupal-, a pesar de una orientación procesual, estaba enfocada al fin utilitario de captar o producir discursos para un fin investigador (Ibáñez 1979, 1996a). A pesar del supuesto de que el grupo o la persona puede aprovechar la situación de entrevista como una oportunidad para la reflexión sobre su propia vida o trayectoria grupal (Bourdieu y Accardo 1999[1993]), un efecto que vi confirmado tanto por experiencias propias como persona entrevistada, como por la devolución de personas o grupos a los que había entrevistado, seguí teniendo la sensación de que había un desequilibrio entre la potencial ganancia de la persona que investiga y de la persona entrevistada.

Otro punto de incomodidad estaba relacionado mi doble rol académico-activista. En este momento, participé en espacios activistas trans* y queer, tanto en el contexto español como europeo. Expresado a modo de metáfora, el fantasma asociado a esta duda sería el de ser expulsad* del activismo por una supuesta ‘traición’ al haber asumido un rol investigador, lo que equivalía a la expulsión de un espacio de pertenencia. Cuando formaba parte del colectivo al que entrevistaba, y podía partir de una relación de conocimiento mutuo previo, este miedo disminuía, por sentir que podía definir mi lugar entre la investigación y el activismo. Sin embargo, cuando no conocía a las personas entrevistadas de forma personal, aunque formara parte de un mismo campo activista, se acrecentaba la sensación de incomodidad por el miedo de ser ‘leíd*’ de forma errónea.

Por parte de l*s participantes, percibí una clara demanda de posicionarme, ‘salir del armario’ y hacer transparente mi relación personal con el tema de la entrevista. Esta toma de postura coincidía con un deseo interno de posicionarme como persona perteneciente al campo activista. Al mismo tiempo, chocaba con el imperativo inherente a un enfoque de investigación cualitativa de corte psicoanalítico que parte de una actitud de neutralidad y no involucramiento de la persona coordinadora respecto al grupo (Ibáñez 1996b). Contar algo de mi propia trayectoria, mi conexión con la temática y mi posicionamiento activista suponían una transgresión de una metodología aprendida, pero se revelaba como un elemento importante para el establecimiento de un clima de confianza y el balance interior entre roles académicos y activistas.

Además, hice la experiencia de que el campo activista al que entrevistaba (colectivos y personas pertenecientes a un activismo trans* y queer) se caracterizaba por una postura crítica hacia la actividad de investigación en sí.

Desde la perspectiva del activismo queer, la crítica hacia el rol investigador parecía formar parte del cuestionamiento crítico de una tradición positivista de saber y posibilidad ontológica de interpretación, presente en el campo más amplio del pensamiento postestructuralista y posmoderno (capítulos I, 3.1.3 y I, 3.2.4).

En caso de las personas trans*, me devolvían la vivencia frecuente de haberse sentido ‘objet*s de estudio’ sin posibilidad de participación activa en el proceso liderado parte de médic*s, psiquiatras, psicólog*s, investigador*s o la prensa.

Además, desde mi propia experiencia activista pude intuir la presencia de una actitud de sospecha ante un interés académico hacia la investigación sobre movimientos sociales por el potencial capital académico asociado a una investigación sobre temáticas emergentes y socialmente conflictivas, en el sentido del término de ‘capital’ utilizado por Bourdieu (1997[1994]), 2000[1979]).

Estas críticas se encontraban en consonancia con un cuestionamiento de las dinámicas de poder, patologización y clasificación inherentes a la actividad de investigación, aportado desde perspectivas trans* e intersex (capítulo III, 1.1.1).

En este sentido, l*s participantes parecían resistirse al objetivo de una captación de discursos a través de la metodología cualitativa con el que yo mismo me sentía incómod*. Esta postura no la sentí como un obstáculo, sino como un proceso de potencial interés desde la lectura de dinámicas de resistencia y reapropiación, así como una coincidencia con mis propias dudas epistemológicas. Sin embargo, verme identificad* con un rol de poder análogo al ejercido por l*s profesionales de la medicina, psiquiatría o psicología me causaba un conflicto interior profundo. En ambos casos, hacer transparente mi cercanía con una postura crítica con las ambivalencias de la situación de entrevista posibilitaba establecer una relación de confianza con las personas participantes. A la vez, esta actitud de transparencia y afinidad rompía con un

paradigma de neutralidad y podía ser leída, desde dentro de esta perspectiva, como una reacción contratransferencial o confusión entre una identidad activista y el rol investigador.

En algunos casos, los grupos con los que tomé contacto para una posible entrevista se mostraban abiertos a ser entrevistados. Al mismo tiempo, me invitaron a implicarme en sus proyectos. En más de un caso, esta invitación se tradujo en una ‘desactivación’ del proceso de entrevista – empecé a participar en sus actividades desde el rol activista y la entrevista no se llegó a realizar nunca. La invitación de este cambio de rol podría ser leído, aparte de una transgresión del *setting* de entrevista cualitativa por mi parte, desde la perspectiva de mis interlocutor*s como una estrategia –consciente o inconsciente- de desplazamiento del desequilibrio de poder inherente a la situación de entrevista, a través de la interpelación: *‘no nos interrogues, implícate’*.

En algunas ocasiones, la participación surgió de forma independiente de mi proyecto de investigación. En cualquier caso, ambas dimensiones no se podían separar de forma nítida. Puedo describir mi posición en aquellos años como una priorización de la dimensión activista, a la vez que profundizaba en el campo discursivo teórico relacionado con las temáticas trans*, intersex y queer. En este sentido, mi acercamiento a los espacios activistas estaba motivado por el deseo de participar en los mismos y no por motivos de investigación. Algunas veces, la mención del proyecto de investigación suscitaba desconfianza, mientras en otros momentos parecía facilitar la toma de contacto con proyectos y colectivos activistas.

En este proceso, tuve la oportunidad de participar en diferentes proyectos situados en la intersección entre activismo, investigación y actividad artística en el ámbito trans* y *genderqueer*, además de múltiples eventos y conferencias con temática trans*, intersex y queer.

Puedo identificar otro impedimento en el momento de inicio del trabajo de campo: Preguntar a los colectivos trans* y queer por el tema de las identidades –individuales y colectivas- no estaba exento de dificultades. La resistencia ante la pregunta por las construcciones subjetivas y posiciones identitarias podía leerse de dos maneras: Por un lado, se podía suponer una resistencia a contar el proceso de construcción identitaria por considerarse una experiencia demasiado personal y/o difícil de verbalizar, y, en caso de los procesos colectivos, por ser concebido como un tema demasiado sensible a nivel político y de difícil conceptualización en un proceso colectivo en curso. Por el otro lado, preguntar por el tema de las (no)identidades parecía tocar el punto álgido en un momento político queer de búsqueda de alternativas a las políticas identitarias y construcciones subjetivas fijas y binarias (Bourcier 2000; Butler 2000[1990], 2002, 2004; Gamson 1998[1995]; Preciado 2002[2000], 2003, 2008; Preciado y Bourcier 2001; Sedgwick 1997). En esta segunda dimensión, la dificultad de contestar a la pregunta por la identidad individual o colectiva parecía ofrecer una observación de potencial interés relacionada con la temática principal de la investigación en esta primera fase del proceso de investigación. En este sentido, la reacción de las personas entrevistadas

parecía indicar el carácter contestado de las construcciones identitarias en el ámbito queer, convirtiendo el concepto de ‘identidad’ en algo que no se debería nombrar / fijar (Butler 2002). A pesar de esta resignificación del obstáculo como resultado de potencial interés, que se encuentra en afinidad con la metodología elegida (Ibáñez 1996b), basada en el presupuesto grupoanalítico de la importancia de cualquier acontecimiento en el proceso de interacción (Anzieu y Martin 1997; Foulkes 1983[1948]), permanecía en mí una sensación de incomodidad al preguntar por un concepto de carácter difuso, complejo y personal, como parecía ser la construcción de la identidad individual y colectiva. Esta sensación me hizo plantear la necesidad de una mayor concreción de la pregunta o de un acercamiento más indirecto a la temática.

Un tema que parecía causar especial incomodidad en el proceso de entrevista era la pregunta por la procedencia social. Esta sensación de incomodidad la percibía en mayor grado en las personas entrevistadas de clase media-alta, mientras personas procedentes de la clase obrera introdujeron a menudo el tema por iniciativa propia en la entrevista, nombrando explícitamente la influencia de su origen social, en el sentido de una influencia del grado de capital social, económico y cultural heredado en la trayectoria vital (Bourdieu 1997[1994], 2000[1979], 2003[2001]).

Otro punto de incomodidad se relacionaba con el proceso de análisis de resultados de las entrevistas. En consecuencia de mis propias experiencias como participante en proyectos de investigación cualitativa, sentí una cautela especial hacia el riesgo de reproducir un uso heterónimo de los discursos verbalizados por l*s participantes, una sensación que se tradujo en la necesidad de buscar formatos más participativos y negociados, paralelamente a la vivencia de dificultades en el proceso de identificar modalidades colaborativas que coincidieran con las necesidades de las personas involucradas⁶¹ y se pudiesen realizar en el marco de un proyecto de tesis doctoral⁶².

De forma paralela a esta primera fase de trabajo de campo, empecé a orientar, de forma creciente, mi propia búsqueda personal y activista hacia los espacios activistas trans*, tanto en el contexto local, regional como europeo, a establecer contactos con activistas trans* e intersex procedentes de diferentes países y contextos culturales, a identificarme como persona y activista trans*, a tomar parte activa en el activismo por la despatologización trans* y a profundizar en las aportaciones teóricas desde perspectivas trans* e intersex.

⁶¹ En este sentido, me sentí identificad* con las dificultades descritas en un proyecto de etnografía colaborativa (Callén, Balasch, Guarderas, et al. 2007; capítulo I, 3.4.2.1).

⁶² Desde el reconocimiento de límites inherentes al formato de tesis doctoral para la realización de un proceso de investigación colaborativa o co-investigación (autoría individual, beneficio académico individual, límites temporales), soy consciente de que su realización no es imposible, como muestra el ejemplo de una tesis doctoral presentada por un compañero en la Universidad de Granada con el que coincidí en el proyecto de investigación “FEM2009-10982. Etnografiando prácticas de resistencia. Escenarios, eventos y narrativas en la construcción de ciudadanía” (Arribas Lozano 2014).

En consecuencia de esta creciente implicación en el activismo por la despatologización trans*, decidí reorientar el foco de la investigación, desde la pregunta por las identidades subjetivas no binarias y políticas no identitarias, cuya falta de precisión y carácter difícilmente verbalizable había dificultado el trabajo de campo en la primera fase, hacia una temática de carácter más concreto y más político dentro del mismo campo activista que a la vez, indirectamente, estaba relacionada con el debate sobre el no binarismo de género: La despatologización de las identidades trans*.

A la vez, mientras esperaba, a través de esta decisión, haber elegido un tema cuyo carácter político y concreto me pudiera facilitar futuros procesos de entrevista sobre la temática, seguían presentes otros componentes relacionados con la técnica de entrevista que me habían causado incomodidad en la primera fase del trabajo de campo: Por un lado, la percepción de una falta de posibilidades de participación y un desequilibrio en el reparto de beneficios, así como las dificultades en la gestión del doble rol académico-activista. Incluso, este último aspecto se reforzó en consecuencia de la participación en tareas de coordinación y elaboración de discursos dentro del activismo por la despatologización trans*.

Por las razones nombradas, sentí, a pesar del cambio de enfoque temático, una creciente incomodidad y sensación de falta de legitimidad que me hizo plantear diferentes dudas: ¿En qué medida el proceso de investigación podía influir en / perjudicar a un activismo del que me sentía parte? ¿En qué medida podía sentirme con la legitimidad de analizar –desde la distancia del rol investigador- los procesos colectivos? ¿En qué medida la actividad de investigación suponía una usurpación / traición de los procesos activistas? ¿O se podía pensar, al contrario, un posible beneficio de la actividad académica para el campo activista, y viceversa? ¿Cómo, y con qué legitimidad indagar en la temática de las identidades y hablar sobre ellas en un registro teórico? ¿Cómo sentirme legitimad* a analizar, sacar conclusiones y escribir sobre la temática, sin caer en un ejercicio de apropiación / cooptación discursiva?

Las dudas retratadas me llevaron, en esta primera fase del proceso, a una profunda sensación de crisis y bloqueo con el proyecto, la decisión de interrumpir temporalmente el trabajo de campo, así como la búsqueda de referentes teóricos y experiencias de investigación que podían responder a mis dudas epistemológicas, metodológicas y éticas.

2.2. Momentos de *impasse*: Crisis y giro reflexivo

A triple crisis of representation, legitimation, and praxis confronts qualitative researchers in the human disciplines. Embedded in the discourses of poststructuralism and postmodernism (...), these three crises are coded in multiple terms, variously called and associated with the *critical*, *interpretive*, *linguistic*, *feminist*, and *rhetorical* turns in social theory.

(Denzin y Lincoln 2005: 19)

En esta búsqueda, tomé conciencia de que mis dudas no eran angustias personales, sino formaban parte de un cuestionamiento más amplio de los propios métodos, fundamentos

epistemológicos y principios éticos, presente en las Ciencias Sociales del principio del siglo XXI. Encontré una amplia discusión teórica sobre la vivencia de una crisis epistemológica, metodológica y ética en diferentes enfoques teóricos. La propuesta de una práctica reflexiva adquiere un lugar central en este proceso de cuestionamiento y búsqueda de salidas del momento de *impasse*.

En una revisión de las conceptualizaciones y usos prácticos del término de reflexividad en diferentes perspectivas teóricas, pude observar diferentes narraciones sobre el momento histórico y lugar epistemológico de surgimiento del concepto, así como diferentes líneas respecto al marco teórico y alcance.

Para Denzin y Lincoln (2005), el momento de crisis de representación, legitimación y práctica se inserta dentro del desarrollo más amplio de la investigación cualitativa del siglo XX y comienzo del siglo XXI que l*s autor*s ven definido por ocho paradigmas de carácter secuencial, señalando la presencia de rastros de paradigmas anteriores en cada una de las fases, así como el carácter construido del modelo.

We define them as the *traditional* (1900-150); the *modernist*, or golden age (1950-1970); *blurred genres* (1970-1986); the *crisis of representation* (1986-1990); the *postmodern*, a period of experimental and new ethnographies (1990 – 1995); *postexperimental inquiry* (1995-2000); the *methodologically contested present* (2000-2004); and the *fractured future*, which is now (2005-).
(Denzin y Lincoln 2005: 3)

A mediados de los años 80, Denzin y Lincoln (2005) observan la emergencia de un momento de crisis en el que se produce un cuestionamiento de la legitimidad de la actividad de investigación, dando lugar a un giro reflexivo, narrativo, performativo, ético y participativo en la investigación social cualitativa.

Una narración diferente se propone desde posiciones feministas (Del Valle 1993; Gregorio Gil 2006; Mascia-Less, Sharpe y Ballerino 1989; Strathern 1987) que critican la falta de reconocimiento de la aportación feminista al concepto de la reflexividad por parte de posturas posmodernas, señalando el carácter central del concepto en la investigación feminista y la anterioridad cronológica de su uso.

Además, se pueden identificar conceptualizaciones y usos diferentes del término de reflexividad (Kenway y McLeod 2004; Langenohl 2009). En este sentido, Kenway y McLeod (2004) proponen una distinción del concepto de reflexividad entendida como característica de la modernidad tardía en autores como Beck, Giddens y Bauman, su uso como herramienta reflexiva sobre el proceso de investigación en enfoques postestructuralistas y feministas, así como un concepto de reflexividad entendido como análisis del campo científico, propuesto, entre otr*s, por Bourdieu.

Otr*s autor*s han establecido intentos de clasificar los diferentes usos de la reflexividad en la práctica de investigación según el alcance del concepto (Finlay 2002; Pillow 2003). En este sentido, Finlay (2002) diferencia entre "(i) *introspection*; (ii) *intersubjective reflection*; (iii)

mutual collaboration; (iv) social critique; and (v) discursive deconstruction” (s.p.).

A continuación, retrataré mi recorrido por diferentes temas presentes en el debate contemporáneo sobre reflexividad y ética de la investigación. Dudé cómo entrelazar el recorrido por diferentes enfoques teóricos con reflexiones sobre el propio proceso de búsqueda. Finalmente, opté, entre diferentes modalidades para introducir la voz autorreflexiva y autoetnográfica a lo largo del texto (capítulos I, 3.1.2.3, I, 3.1.4, III, 1.2.3), por intercalar reflexiones en primera persona en el análisis de diferentes enfoques y temas presentes en el debate actual y cerrar con un capítulo de reflexiones y preguntas relacionadas con la temática de mi investigación, el análisis de los discursos teórico-activistas sobre despatologización trans* y la aportación de la perspectiva de despatologización al debate sobre reflexividad y ética de la investigación (capítulo I, 3.6).

3. RECORRIDOS POR EL CONCEPTO DE REFLEXIVIDAD

La profundización en el campo de reflexión metateórica me permitió claves relevantes para entender mis propias dudas, situarlas en el contexto de un proceso social más amplio y encontrar potenciales vías de salida del *impasse*. A la vez, no se trataba de un descubrimiento que partiese de un desconocimiento absoluto, ya que la propuesta de reflexión y crítica epistemológica está inherente a los trabajos de aquell*s autor*s de cuyo marco teórico partía el proyecto de tesis doctoral, en concreto Foucault, Bourdieu y l*s autores de la teoría de los movimientos sociales. Más bien se puede hablar de una relectura atenta a reflexiones metateóricas y un proceso de profundización en el debate contemporáneo sobre reflexividad y ética de la investigación (capítulo I, 3), una revisión de reflexiones epistemológicas, metodológicas y éticas en los discursos trans* e intersex (capítulo III, 1) y el análisis de la contribución de la perspectiva de despatologización a este debate (capítulo III, 2).

En la situación de *impasse* con el trabajo de campo, viví el proceso de relectura y profundización en el debate metateórico como un momento de disfrute e inicio del ‘verdadero’ proceso de investigación, en el sentido de un punto de partida con el que sentirme identificad*, como un inicio de un ‘viaje’ que abre nuevas perspectivas. Encontrar el reflejo de mis dudas en un debate relevante para la investigación social contemporánea me aportó posibles anclas y puntos de referencia. Desde una perspectiva de mayor distancia reflexiva, me ayudó a tomar conciencia de la estrecha interrelación entre la propia experiencia y el estado actual de campo, en el sentido de una búsqueda dentro de los discursos disponibles en cada momento (Bourdieu 2003[2001], 2006[2004]; capítulo I, 3.6.1.4).

En el debate sobre reflexividad en la investigación social mantenida a lo largo de las últimas décadas, pude identificar diferentes dimensiones y temáticas, entre ellas 1. Reflexiones sobre aspectos epistemológicos, entre ellos los procesos de construcción del conocimiento, el estado del campo científico y el análisis del punto de vista, el rol y la trayectoria social de la persona

investigadora, 2. Reflexiones sobre aspectos metodológicos, en concreto una relectura de los procesos de entrevista, métodos de análisis de discursos y procesos de interpretación y representación, 3. Críticas al concepto de reflexividad, 4. Reflexiones sobre enfoques participativos y colaborativos, así como 5. Reflexiones éticas. En este proceso, me di cuenta del carácter estrechamente interrelacionado entre la dimensión epistemológica, metodológica y ética.

A continuación, intentaré esbozar el recorrido que realicé en este viaje por terrenos de la reflexión metateórica. Dentro del amplio campo discursivo sobre reflexividad, haré referencia a aquellos enfoques teóricos que constituyeron referencias relevantes para la tesis doctoral, desde la conciencia del carácter mediado de esta elección por mi propia trayectoria teórica, activista y personal, así como el entendimiento de los diferentes enfoques teóricos como líneas diferenciadas de aportación mutua.

Mientras mi propia sensación de *impasse* partió de una incomodidad ante todo en la situación de entrevista, tanto desde el rol investigador como investigad*, en el recorrido por el campo discursivo de la reflexividad esta vivencia se mostró estrechamente relacionada con una reflexión más amplia sobre los procesos de producción de conocimiento, el campo científico y el rol investigador.

3.1. Recorridos por los procesos de producción de conocimiento

En suma, no es la actividad del sujeto de conocimiento lo que produciría un saber, útil o reacio al poder, sino que el poder-saber, los procesos y las luchas que lo atraviesan y que lo constituyen, son los que determinan las formas, así como también los dominios posibles del conocimiento.
(Foucault 2009[1975]: 34-35)

¿Cómo aplicarse a sí mismo, sin abandonarse a la complacencia narcisista, ese programa y hacer su propia sociología, su autosocioanálisis, teniendo en cuenta que ese análisis sólo puede ser un punto de partida y que la sociología del objeto que yo mismo soy, la objetivación de su punto de vista, es una tarea necesariamente colectiva?
(Bourdieu 2003[2001]: 164)

Dentro del campo discursivo sobre reflexividad en la investigación social, pude identificar una amplia gama de reflexiones sobre los procesos de producción de conocimiento, el campo científico y el rol investigador. En estas reflexiones, el interés teórico, en vez de dirigirse a otros ámbitos sociales, se centra, en un movimiento autorreflexivo, en el propio espacio de actuación, mediante un análisis de las bases epistemológicas del proceso de producción de conocimiento y una revisión crítica de dinámicas de poder, exclusión discursiva y reproducción social en el campo científico. En la obra de algun*s autor*s, la revisión reflexiva de los procesos de producción de conocimiento se sitúa en el centro de su edificio teórico.

En el proceso de reflexión sobre el proceso de elaboración de la presente tesis doctoral, el nivel de reflexión epistemológica adquirió una relevancia destacada por varias razones: Por un lado, me aportó herramientas de reflexión sobre los procesos históricos de

conceptualización, categorización y clasificación diagnóstica (capítulo I, 3.1.1). Por el otro lado, me contribuyó reflexiones sobre los procesos de producción de conocimiento desde perspectivas trans* e intersex, los procesos de exclusión discursiva de las personas trans* e intersex y su ruptura (capítulo I, 3.1.1), el análisis de desigualdades geopolíticas en el proceso (capítulo I, 3.1.5), así como las dinámicas de entrada de la perspectiva de despatologización en el campo científico (capítulo I, 3.1.2).

En relación a mis propias dudas epistemológicas sobre la legitimidad de la actividad de investigación desde una doble posición teórico-activista, la reflexión epistemológica me abrió un espacio de reflexión sobre los procesos de producción de conocimiento en la intersección entre campo científico y político (capítulo I, 3.1.2) y la interrelación entre mi propia trayectoria teórico-activista, el propio lugar en el espacio social y los discursos disponibles en los diferentes campos (capítulo I, 3.6.1.4). Además, las reflexiones aportadas desde diferentes perspectivas teóricas me aportaron claves sobre la legitimidad y relevancia de una mirada autorreflexiva y las posibilidades de su inclusión en el marco del proyecto de tesis doctoral (capítulos I, 3.1.2.3 y I, 3.1.4).

3.1.1. Discursos, poder y saber: Aportaciones a la reflexividad en la obra de Foucault

La lectura de la obra de Foucault tuvo una relevancia destacada en mi propia reflexión sobre los procesos de creación de categorías de conocimiento y producción discursiva. Quizás, un lugar constituyente, en el sentido de apertura de una posibilidad de pensar, conceptualizar y cuestionar los procesos de producción discursiva.

Puedo identificar diferentes dimensiones en este proceso: Por un lado, a un nivel personal, la obra de Foucault me abrió una posibilidad de reconocimiento y reconceptualización de una experiencia temprana con el aparato médico-psiquiátrico. Fue en *Historia de la locura en la época clásica* (Foucault 2000[1961]), en *Nacimiento de la clínica* (Foucault 1999[1966]), *Historia de la sexualidad* (Foucault 1995[1976], 2003[1984], 2006[1984]), *Herculine Barbin llamada Alexina B.* (Foucault 2007[1978]) o *Enfermedad mental y personalidad* (Foucault 1984[1954]) donde encontré resonancias de mi propia historia de patologización, violencia institucional y posibilidad de resistencia discursiva.

Paralelamente, adquirió relevancia la aportación de un marco teórico sobre los procesos de producción de las conceptualizaciones sociales y clasificaciones diagnósticas, desde su entendimiento no como entes ahistóricos y universales, sino como categorías de pensamiento históricamente contingentes y cambiantes (Foucault 1995[1976], 1999[1966], 2003[1969], 2006[1966], 2007[1978]).

A un nivel colectivo, puedo resaltar como aspecto relevante el entendimiento del poder no como lugar unívoco de control y represión, sino como fuerza difusa y productora de identidades que atraviesa todas las relaciones sociales, acompañada por múltiples grietas y puntos de resistencia: Una conceptualización que parece complejizar la posibilidad de lucha

activista, al mismo tiempo que ofrece un lugar de reconocimiento, quizás por adecuarse mejor a la realidad de la práctica activista en el momento actual que el imaginario de una lucha antagonica contra un opresor identificable (Foucault 1995[1976], 2009[1975]).

A un nivel epistemológico y ético, la obra de Foucault adquirió relevancia para el presente trabajo por abrir un espacio para pensar sobre los procesos de producción de pensamiento, su rol a la vez normativizante como productivo de identidades, y la responsabilidad ético-política en su ejercicio (Foucault 1994[1984], 1995[1976], 1999[1966], 2000[1961], 2003[1969], 2007[1978]; Foucault y Deleuze 1977[1972]).

En su lectura, pude identificar la presencia de reflexiones metateóricas en dos dimensiones: Por un lado, la obra de Foucault puede ser leída en sí como una propuesta de reflexividad sobre la actividad de investigación. En este sentido, el análisis del proceso de formación discursiva (Foucault 2003[1969]), las reflexiones sobre las relaciones complejas entre discursos, saber y poder (Foucault 1995[1976], 2009[1975]), el análisis del régimen de biopolítica (Foucault 1995[1976]), la revisión de los procesos de constitución de los sistemas clasificatorios (Foucault 1994[1984], 1995[1976], 2006[1966], 2009[1975]) y la identificación de puntos de resistencia al poder normativizante de los discursos (Foucault 1995[1976]), constituyen reflexiones sobre los procesos de producción de conocimiento. Por el otro lado, en diferentes escritos de Foucault pude identificar reflexiones epistemológicas y metodológicas explícitas (Foucault 1994[1984], 1995[1976], 1999[1966], 2009[1975]).

3.1.1.1. Procesos de formación discursiva, poder y saber

Foucault 2003[1969]) parte de un concepto de “discurso” (181) como “conjuntos de los enunciados que dependen de un mismo sistema de formación, y así podría hablar del discurso clínico, del discurso económico, del discurso de la historia natural, del discurso psiquiátrico” (181).

El discurso es otra cosa distinta del lugar al que vienen a depositarse y superponerse, como una simple superficie de inscripción, unos objetos instaurados de antemano.
(Foucault 2003[1969]: 69)

En el análisis de los discursos no se busca la unidad o síntesis, sino “un campo de regularidad para diversas posiciones de subjetividad” (Foucault 2003[1969]: 90). A la vez, el discurso no se entiende como “la manifestación, majestuosamente desarrollada, de un sujeto que piensa, que conoce y que lo dice: es, por el contrario, un conjunto donde pueden determinarse la dispersión del sujeto y su discontinuidad consigo mismo” (Foucault 2003[1969]: 90).

Por “práctica discursiva” Foucault (2003[1969]) entiende “un conjunto de reglas anónimas, históricas, siempre determinadas en el tiempo y el espacio que han definido en una época dada, y para un área social, económica, geográfica o lingüística dada, las condiciones de ejercicio de la función enunciativa”. En este proceso se saca a la luz “lo que los hombres habían

'querido decir', no sólo en sus palabras y sus textos, en sus discursos y sus escritos, sino en las instituciones, las prácticas las, técnicas y los objetos que producen” (Foucault 2003[1969]: 200).

En este sentido, Foucault (2003[1969]) habla de un *"campo complejo de discursos"* (37), *"campo de acontecimiento discursivos"* (44), *"campo discursivo"* (45), *"formaciones discursivas"* (50) o *"práctica discursiva"* (72-73).

Desde un entendimiento de la discontinuidad no como obstáculo, sino como elemento constitutivo, Foucault (2003[1969]) describe los procesos complejos de emergencia, instauración y transformación de discursos. En este sentido, analiza los procesos de sobreposición, coexistencia, relevo paulatino, sustitución parcial y ruptura en el desarrollo de sistemas taxonómicos y formaciones discursivas, partiendo de la idea de que *"las transformaciones no se realizan en bloque ni según un proceso único"* (Foucault 2009[1975]: 22). A la vez, Foucault (2006[1966]) señala la dificultad de romper con el imperativo implícito de coherencia en la tradición científica, estableciendo un *"estatuto de las discontinuidades"* (57).

En este sentido no se puede hablar de *"estados finales del discurso"*, sino de *"un conjunto estrecho de relaciones múltiples"* (Foucault 2003[1969]: 126) que se encuentra en un proceso de constante transformación, caracterizado por una relación de influencia recíproca entre prácticas sociales y procesos discursivos. La tarea de un análisis de discursos *"consiste en no tratar –en dejar de tratar- los discursos como conjuntos de signos (de elementos significantes que envían a contenidos o a representaciones), sino como prácticas que forman sistemáticamente los objetos de que hablan"* (Foucault 2003[1969]: 81).

El objeto de discurso *"no preexiste a sí mismo"* (Foucault 2003[1969]: 73), se sitúa dentro de *"las condiciones positivas de un haz complejo de relaciones"*, entre las que se pueden nombrar *"instituciones, procesos económicos y sociales, formas de comportamiento, sistemas de normas, técnicas, tipos de clasificación, modos de caracterización"* que establecen los límites de lo expresable, *"no se puede hablar en cualquier época de cualquier cosa; no es fácil decir algo nuevo"* (Foucault 2003[1969]: 73-74).

Las condiciones para que surja un objeto de discurso, las condiciones históricas para que se pueda “decir de él algo”, y para que varias personas puedan decir de él cosas diferentes, las condiciones para que se inscriba en un dominio de parentesco con otros objetos, para que pueda establecer con ellos relaciones de semejanza, de vecindad, de alejamiento, de diferencia, de transformación, esas condiciones, como se ve, son numerosas y de importancia.

(Foucault 2003[1969]: 73)

En este análisis de los campos discursivos, Foucault (2009[1975]) parte de la observación de una interrelación estrecha entre discurso, saber y poder (*"no existe relación de poder sin constitución correlativa de un campo de saber, ni de saber que no suponga y no constituya al mismo tiempo unas relaciones de poder"*, 34).

El concepto de poder desarrollado por Foucault (1995[1976]) difiere de una imagen del poder como represión o ejercicio de una *"unidad global de una dominación"* (112). En cambio, Foucault (1995[1976]) comprende el poder como una fuerza productiva inherente a todas las relaciones sociales, incluyendo la producción de saber, en el sentido de procesos complejos y múltiples de *"poder-saber"* (34).

El análisis de la interrelación entre poder y saber está estrechamente vinculado a la pregunta por la constitución de la conceptualización contemporánea de cuerpos, sexualidades y deseos (Foucault 1994[1984]).

Quisiera saber de qué manera nuestros cuerpos, nuestras conductas cotidianas, nuestros comportamientos sexuales, nuestro deseo, nuestros discursos científicos y teóricos se vinculan a numerosos sistemas de poder, que a su vez están ligados entre sí.
(Foucault 1994[1984]: 64)

Según el análisis aportado por Foucault (1995[1976], 2009[1975]), a partir de finales de siglo XIX, en el marco del surgimiento del capitalismo y sus necesidades de control de la capacidad productiva de la población, se produce una transformación de la sociedad disciplinaria hacia la sociedad de control, cuyo modelo característico sería la *"microfísica de poder"* (Foucault 2009[1975]: 33), *"bio-poder"* (Foucault 1995[1976]: 169) o *"biopolítica"* (Foucault, 1995[1976]: 173).

El ejercicio del bio-poder se relaciona con técnicas diversas de regulación, normalización y categorización, presentes en todos los niveles de la vida, caracterizadas por un control de los cuerpos y *"la creciente importancia adquirida por el juego de la norma a expensas del sistema jurídico de la ley"* (Foucault 1995[1976]: 174), dando lugar a una *"sociedad normalizadora"* (Foucault 1995[1976]: 175).

En este régimen de microfísica del poder, los cuerpos adquieren un rol destacado. Las técnicas del bio-poder, en el sentido de una *"tecnología política del cuerpo"* (Foucault 2009[1975]: 33) de carácter difuso y discontinuo, se inscriben en el cuerpo mediante diferentes técnicas, lo marcan y lo constituyen.

Pero el cuerpo está también directamente inmerso en un campo político: las relaciones de poder operan sobre él una presa inmediata; lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio, lo fuerzan a unos trabajos, lo obligan a unas ceremonias, exigen de él unos signos.
(Foucault 2009[1975]: 32)

En coherencia con una conceptualización del poder como productivo, estas *"técnicas minuciosas"* (Foucault 2009[1975]: 142) sobre el cuerpo no lo reprimen, sino producen nuevos saberes sobre el mismo.

El cuerpo, al convertirse en blanco para nuevos mecanismos del poder, se ofrece a nuevas formas de saber.
(Foucault 2009[1975]: 159)

La conceptualización del poder como productivo hace imposible la existencia de un lugar fuera del poder, pero a la vez permite *"múltiples puntos de resistencia"* en las grietas y fallas de los sistemas de normalización, partiendo de la idea *"que donde hay poder hay resistencia, y no*

obstante (o mejor: por lo mismo), ésta nunca está en posición de exterioridad respecto del poder” (Foucault 1995[1976]: 116). El individuo no está expuesto pasivamente a los procesos de regulación social, sino contrapone sus propias estrategias de resistencia y resignificación. En este sentido, Foucault (1995[1976]) traza un mapa discursivo de múltiples relaciones de fuerzas no reducible a una contraposición dicotómica entre discurso dominante y dominado.

¿Grandes rupturas radicales, particiones binarias y masivas? A veces. Pero más frecuentemente nos enfrentamos a puntos de resistencia móviles y transitorios, que introducen en una sociedad líneas divisorias que se desplazan rompiendo surcos en el interior de los propios individuos.
(Foucault 1995[1976]: 116-117)

Dentro de este campo de fuerzas, el rol de los discursos puede ser múltiple: Desde sostén del sistema hasta vehículo de su cuestionamiento (Foucault 1995[1976]).

Hay que admitir un juego complejo e inestable donde el discurso puede, a la vez, ser instrumento y efecto de poder, pero también obstáculo, tope, punto de resistencia y de partida para una estrategia opuesta.
(Foucault 1995[1976]: 123)

3.1.1.2. Sistemas de clasificación

A través de la cita de Borges (1960[1952]) nombrada en la primera página del prefacio de *Las palabras y las cosas*, Foucault (2006[1966]) propone una mirada reflexiva sobre las condiciones y límites de legibilidad de los sistemas taxonómicos de nuestra cultura, en la que la enumeración de Borges (1960[1952]) se convierte en una metáfora de los límites de lo culturalmente concebible.

[L]os animales se dividen en a) pertenecientes al Emperador, b) embalsamados, c) amaestrados, d) lechones, e) sirenas, f) fabulosos, g) perros sueltos, h) incluidos en esta clasificación, i) que se agitan como locos, j) innumerables, k) dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, l) etcétera, m) que acaban de romper el jarrón, n) que de lejos parecen moscas.
(Borges 1960[1952]:142, citado en: Foucault 2006[1966]: 1)

En diferentes lugares de su obra, Foucault (1994[1984], 1995[1976], 2009[1975]) señala la influencia de las ciencias humanas y de la medicina en el establecimiento de los sistemas de categorización actuales, desde su objetivo de producción de un saber positivo distintivo y clasificador. Describe esta característica no solo desde sus efectos normalizadores, sino también desde su función como producción de identidades.

Las ciencias humanas son, también, saberes que permiten conocer qué son los individuos, quién es normal y quién no lo es, quién es razonable y quién no lo es, quién es apto y para qué, cuáles son los comportamientos previsibles de los individuos, cuáles hay que eliminar.
(Foucault 1994[1984]: 127)

En este proceso, Foucault (1994[1984]) centra su análisis en la pregunta *“¿cómo ha sido establecido el sujeto, en diferentes momentos y en diferentes contextos institucionales, como un objeto de conocimiento posible, deseable o incluso indispensable?”* (255), incluyendo el análisis del proceso de *“lo que debe ser el sujeto, a qué condición está sometido, qué estatuto debe tener, qué posición ha de ocupar en lo real o en lo imaginario, para llegar a ser*

sujeto legítimo de tal o cual tipo de conocimiento” (364), así como “cómo ha podido ser problematizado como objeto que hay que conocer, a qué procedimiento de recorte ha podido ser sometido y qué parte de él se ha considerado pertinente” (364).

3.1.1.3. Reflexividad y rol investigador

Aparte de la teorización sobre los procesos de formación discursiva y las interrelaciones entre discursos, saber y poder, en diferentes escritos de Foucault (1994[1984], 1995[1975], 2003[1969], 2009[1975]) se pueden encontrar reflexiones explícitas sobre una práctica reflexiva de investigación, el rol de la persona investigadora, los procesos de construcción del “objeto de conocimiento” (Foucault 1994[1984]: 255) y el proceso histórico del concepto de investigación en sí.

En este sentido, Foucault describe en *Estética, ética y hermenéutica* (1994[1984]) el análisis emprendido en *Las palabras y las cosas* (2006[1966]) como “un análisis de la relación entre formas de reflexividad –relación de uno consigo mismo- y, por tanto, las relaciones entre esas formas de reflexividad y el discurso de verdad, las formas de racionalidad, los efectos del conocimiento” (320). En este proceso, centra el interés en las condiciones históricas, sociopolíticas y culturales que permiten la emergencia de un desarrollo discursivo (Foucault 1994[1984]).

Mi pregunta es la siguiente: ¿a qué precio el sujeto puede decir la verdad sobre sí mismo?, ¿a qué precio puede el sujeto decir la verdad sobre sí mismo en tanto que loco? (...) ¿cómo se puede decir la verdad sobre el sujeto enfermo?, ¿cómo se puede decir la verdad sobre el sujeto loco? (...) ¿a qué precio se puede problematizar y analizar lo que es el sujeto que habla, el sujeto que trabaja, el sujeto que vive? (...) ¿cómo decir la verdad acerca de sí mismo, en tanto que puede ser un sujeto criminal? (...) ¿cómo puede el sujeto decir la verdad sobre sí mismo en tanto que sujeto de placer sexual, y a qué precio? (Foucault 1994[1984]: 319)

En la Introducción de *El uso de los placeres*, Foucault (2006[1984]) plantea la necesidad de inclusión de la dimensión autorreflexiva sobre el proceso de saber y la propia persona en la actividad filosófica, señalando la existencia de “*momentos en la vida en los que la cuestión de saber si se puede pensar distinto de como se piensa y percibir distinto de cómo se ve es indispensable para seguir contemplando o reflexionando*” (12).

En contraposición a una actitud científica que invisibiliza la reflexión de la persona investigadora sobre su propia actividad, Foucault (2006[1984]) sitúa esta reflexión crítica en el centro de la actividad filosófica.

Pero ¿qué es la filosofía hoy –quiero decir la actividad filosófica- si no el trabajo crítico del pensamiento sobre sí mismo? ¿Y si no consiste, en vez de legitimar lo que ya se sabe, en emprender el saber cómo y hasta dónde sería posible pensar distinto? (Foucault 2006[1984]: 12)

Foucault (1994[1984]) describe el rol de l*s intelectuales como una tarea de interrogación y problematización de las evidencias y presupuestos, una tarea de carácter intrínsecamente política.

El trabajo de un intelectual no es modelar la voluntad política de los otros; es, por los análisis que lleva a cabo en sus dominios, volver a interrogar las evidencias y los postulados, sacudir los hábitos, las maneras de actuar y de pensar, disipar las familiaridades admitidas, recobrar las medidas de las reglas y de las instituciones y, a partir de este reproblematicación (donde el intelectual desempeña su oficio específico), participar en la formación de una voluntad política (donde ha de desempeñar su papel de ciudadano). (Foucault 1994[1984]: 378)

Esta posición incluye el cuestionamiento del propio rol, en el sentido de *"volverse capaz permanentemente de desprenderse de sí mismo (cosa contraria a la actitud de conversión)"* (Foucault 1994[1984]: 376-377).

Partiendo de un cuestionamiento de una actividad filosófica enfocada en el propósito de establecer una verdad sobre l*s demás, Foucault (2006[1984]) resalta la legitimidad de un proceso de reflexión sobre el propio pensamiento.

Siempre hay algo de irrisorio en el discurso filosófico cuando, desde el exterior, quiere ordenar a los demás, decirles dónde está su verdad y cómo encontrarla, o cuando se siente con fuerza para instruirles proceso con positividad ingenua; pero es su derecho explorar lo que, en su propio pensamiento, puede ser cambiado mediante el ejercicio que hace de un saber que le es extraño. (Foucault 2006[1984]: 12)

Foucault (1994[1984], 2003[1969]) no se excluye a sí mismo y su propia actividad de investigación de esta mirada reflexiva. Describe su propia posición teórica rechazando cualquier adscripción a corrientes teóricas establecidas como el estructuralismo (Foucault 1994[1984]). En diferentes momentos de su obra, señala el carácter necesariamente limitado y abierto al cuestionamiento de su análisis (*"No sólo admito que mi análisis es limitado, sino que así lo quiero y se lo impongo"*, Foucault 2003[1969]: 265-266).

Foucault (2003[1969]) cierra *La Arqueología de saber* con un diálogo ficticio entre él mismo y un* imaginad* lector* crític* que revisa y cuestiona las reflexiones teóricas y propuestas metodológicas desarrolladas a lo largo del texto. Este diálogo se anticipa en la introducción del mismo texto, en la que Foucault (2003[1969]) describe la tarea de escritura teórica como un proceso abierto, cuestionando la expectativa de unidad e invariabilidad de la propia persona.

¿Se imaginan ustedes que me tomaría tanto trabajo y tanto placer al escribir, y creen que me obstinaría, si no preparara –con mano un tanto febril- el laberinto por el que aventurarme, con mi propósito por delante, abriéndole subterráneos sepultándolo lejos de sí mismo, buscándole desplomes que resuman y deformen su recorrido, laberinto donde perderme y aparecer finalmente a unos ojos que jamás volveré a encontrar? Más de uno como yo sin duda, escriben para perder el rostro. No me pregunten quién soy, ni me pidan que permanezca invariable: es una moral de estado civil la que rige nuestra documentación. Que nos deje en paz cuando se trata de escribir. (Foucault 2003[1969]: 29)

3.1.2. Vigilancia epistemológica y análisis del campo científico: Reflexiones metateóricas en Bourdieu

Como otra referencia relevante en mi propio proceso reflexivo sobre mi propia posición en el contexto académico y activista, puedo nombrar la teoría de campos y el concepto del espacio social en Bourdieu (1997[1992], 1997[1994], 1999[1997], 2000[1979], 2000[1987], 2003[2001], 2006[2004], 2008[1984]).

Su lectura me permitió romper con la anamnesis del origen social que Bourdieu (1999[1997], 2000[1979]) describe como propia de los lugares medianos y superiores del espacio social, tomar conciencia de mi propia procedencia y trayectoria social desde un análisis de los matices, contradicciones y transformaciones internas a mi lugar social de procedencia (Bourdieu 2000[1979]) y analizar las afinidades teórico-activistas desde la idea de una elección dentro de un “*campo de los posibles*” (Bourdieu 2000[1987]: 108; capítulo I, 3.6.1.4).

El análisis de los procesos de producción de conocimientos y de dinámicas inherentes a diferentes campos sociales configura el centro de la obra de Bourdieu. En este sentido, las propuestas teóricas principales de la obra de Bourdieu (1997[1994], 1999[1997], 2000[1979], 2000[1987], 2003[2001], 2006[2004]), la teoría de campos y la teoría sobre estructura de capitales y construcción del espacio social, abren la posibilidad de un análisis de los discursos por la despatologización trans* desde la revisión de sus procesos de emergencia, difusión y consolidación, los procesos de lucha por el reconocimiento en el campo científico, político y jurídico, la influencia de la distribución de capitales y lugar en el espacio social en este proceso, así como los procesos de reproducción social y cambio (capítulo II, 4.4.2). Paralelamente, en diferentes escritos de Bourdieu y co-autores pude encontrar reflexiones explícitas sobre la dimensión reflexiva (Bourdieu 1991[1980], 1997[1994], 1999[1997], 1999[1998a], 2000[1986], 2000[1987], 2001[2001], 2002, 2003[2001], 2006[2004]; Bourdieu, Chamboredon y Passeron 2001[1973]; Bourdieu y Wacquant 2005[1992]).

3.1.2.1. Campos sociales y espacio social

En la teoría de campos sociales desarrollado por Bourdieu (1997[1992], 1997[1994], 1999[1997], 2000[1979], 2003[2001], 2006[2004], 2008[1984]), el universo social se describe como dividido en diferentes campos sociales (campo económico, político, científico, universitario, cultural), entendidos como espacios con leyes de funcionamiento y reglas del juego propias, un punto de vista determinado y un tipo de capital especialmente valorado, paralelamente a la presencia de características análogas, como una distinción entre lugares vanguardistas y lugares consagrados, la existencia de requisitos de acceso y la presencia de procesos de transformación de las posiciones internas.

[A] cada campo le corresponde un punto de vista fundamental sobre el mundo que *crea* su objeto propio y que halla en su propio seno los principios de comprensión y explicación convenientes a este objeto.
(Bourdieu 1999[1997]: 132)

Según Bourdieu (1997[1992], 1997[1994], 2000[1987], 2003[2001]), para participar en un campo social determinado, los actores sociales tienen que cumplir los requisitos de entrada al campo, poseer un cierto grado de capital requerido en el campo, aceptar las reglas de juego implícitas y tener interés, *illusio*, en participar en el juego que propone el campo, creer en su sentido. A la vez, estas reglas no son estáticas, permitiendo una transformación de la distribución de sus posiciones y normas internas.

La *illusio* es el hecho de estar metido en el juego, cogido por el juego, de creer que el juego merece la pena, que vale la pena jugar. De hecho, la palabra interés, en un primer sentido, significaba precisamente lo que he englobado en esta noción de *illusio*, es decir el hecho de considerar que un juego social es importante, que lo que ocurre en él importa a quienes están dentro, a quienes participan, *Interesse* significa “formar parte”, participar, por lo tanto reconocer que el juego merece ser jugado y que los envites que se engendran en y por el hecho de jugarlo merecen seguirse.
(Bourdieu 1997[1994]: 141)

El análisis de los campos sociales parte de su concepción relacional (“*lo real es relacional*”, Bourdieu 1997[1994]: 13), en el sentido de una relación recíproca tanto entre las posiciones internas al campo como entre los diferentes campos, coexistiendo con una autonomía relativa de cada campo. Esta visión permite una mirada tanto sincrónica (posiciones de los actores en los campos sociales en un momento temporal concreto) como diacrónica (evolución de los campos sociales en un periodo de tiempo determinado). En este sentido, Bourdieu (1997[1994]) concibe el campo social no como una estructura estática, sino un espacio dinámico en constante transformación.

De forma análoga entre posiciones más y menos valoradas dentro de cada campo, se puede observar una relación estratificada de los campos entre sí, encontrándose el campo artístico en el polo dominado respecto al campo económico o de poder (Bourdieu 1997[1992]). Un proceso histórico de autonomización otorga a cada campo una independencia cada vez mayor respecto a los otros campos (Bourdieu 1997[1994], 1999[1997]).

Bourdieu (2000[1987]) considera que los esquemas clasificatorios corresponden siempre a una razón política, reduciendo la complejidad y ambigüedad del mundo de las prácticas a oposiciones dualistas. Su presencia en el análisis sociológico requiere un análisis de las causas sociales de su uso.

Los esquemas clasificatorios, los sistemas de clasificación, las oposiciones fundamentales del pensamiento, masculino/femenino, derecha/izquierda, este/oeste, pero también teoría/práctica, son categorías políticas.
(Bourdieu 2000[1987]: 35)

A la vez, Bourdieu (2000[1987]) señala la necesidad de un cierto grado de codificación para permitir una interacción entre grupos alejados en el espacio social, especialmente cuando no se dispone de un *habitus* compartido, sin que esta codificación comprendiera todas las posiciones intermedias no nítidamente clasificables.

En ruptura con la oposición entre subjetivismo / objetivismo, existencialismo / estructuralismo, Bourdieu (1991[1980]) plantea un tercer camino, la teoría de las prácticas, que

combina la búsqueda de un sistema de estructuración del mundo social con el reconocimiento de carácter difuso, múltiple y prerreflexivo del mundo de las prácticas que excede la posibilidad de establecimiento de un sistema exhaustivo de clasificación, desde el reconocimiento de la "ambigüedad objetiva (...) de todo un conjunto de símbolos y de prácticas" (29), proponiendo "clasificarlos como inclasificables e inscribir esta misma incapacidad para clasificarlo todo dentro de la lógica misma del sistema de clasificación" (29). Según Bourdieu (2000[1979]), los esquemas clasificatorios corresponden siempre a una razón política, limitando la complejidad y ambigüedad del mundo de las prácticas a oposiciones reduccionistas. Su presencia en el análisis sociológico requiere un análisis de las causas sociales de su uso (Bourdieu 2000[1979]).

Aparte del concepto de campo social, Bourdieu (1997[1994]), 2000[1979]) propone otra metáfora espacial, que a su vez mantiene una estrecha relación con el concepto de campo social: La imagen del espacio social, entendido como una figura bidimensional, compuesta por un eje vertical de volumen global de capital y un eje horizontal de distribución entre capital económico y cultural. Además, Bourdieu (2000[1979]) propone su ampliación a tres dimensiones, mediante un tercer eje temporal, representando las trayectorias de desplazamiento de los actores sociales en diferentes momentos, caracterizadas por estrategias de conservación y transformación. A diferencia de la representación piramidal, la imagen del espacio social permite situar a los actores sociales en múltiples puntos que representan una distribución concreta de capital.

Es posible construir un espacio cuyas tres dimensiones fundamentales estarían definidas por el volumen el capital, la estructura del capital y la evolución en el tiempo de estas dos propiedades (puesta de manifiesto por la trayectoria pasada y potencial en el espacio social).

(Bourdieu 2000[1979]: 113)

La estructura de capitales de cada actor social se define como determinada por el capital heredado y adquirido. Aparte del capital cultural y económico, Bourdieu nombra otros tipos de capital, entre ellos el capital social, entendido como capacidad de comunicación y de crear redes sociales y el capital simbólico que comprende aquel capital (económico, cultural o social) al que la sociedad atribuye un valor distintivo, en el sentido de honor, legitimidad o reputación (Bourdieu 1997[1994], 2003[2001], 2008[1984]). Bourdieu (1997[1994]) identifica como dimensiones características del espacio social de la sociedad francesa de los años 60 la dimensión de capital económico y cultural, señalando que en otros contextos sociopolíticos pueden darse otras formas de capital, como el capital político propio en el contexto de los países del antiguo bloque soviético.

El espacio de posiciones sociales tiene su correspondencia en el "espacio de estilos de vida" (Bourdieu 2000[1979]: 169). Según su perspectiva, la afinidad inconsciente entre lugar en el espacio social y predilección de gustos es consecuencia de un *habitus* propio de cada clase social o posición en el espacio social (Bourdieu 2000[1979]).

Por *habitus*, Bourdieu (1991[1980], 1997[1994], 1999[1997], 2000[1979], 2004[2002]) entiende un conjunto de disposiciones, prácticas y gustos que rigen el estilo de vida de un grupo social. A través del *habitus*, los actores sociales ajustan sus prácticas y expectativas, de forma prerreflexiva, a las características y requisitos de su lugar social, a modo de una “*estructura estructurada*” y a la vez “*estructura estructurante*” (Bourdieu 2000[1979]: 170). El *habitus* se inscribe en el cuerpo, a través de modos alimenticios, gestos, giros verbales, formas de presentarse, de vestirse o de moverse.

Bourdieu (2004[2002]) llama “*hexis*” (115) la postura corporal que es resultado de una incorporación inconsciente del propio lugar en el espacio social, del *habitus* de la propia clase social. En este sentido, “*la hexis corporal es, ante todo signum social*”^[nota a pie de página] (Bourdieu 2004[2002]: 115). Los movimientos y gestos asociados a esta incorporación no son conscientes, la clase social se inscribe en el cuerpo (Bourdieu 2004[2002]). Según Bourdieu (1991[1980], 1999[1998b], 2000[1979], 2004[2002]), las diferencias corporales son reflejo de una división social entre géneros, clases sociales y edades y resultado de una construcción social que determina la percepción de las mismas, naturalizando de esta forma la diferencia y garantizando la reproducción del orden social.

Cada actor social realiza elecciones dentro de un “*haz de trayectorias*”, en el sentido de un “*campo de los posibles*” (Bourdieu, 2000[1979]: 108) que a la vez se ve limitado por las condiciones de partida (volumen y estructura del capital heredado) y por los mecanismos de reproducción de la desigualdad social que se produce, según el análisis de Bourdieu (1981[1970], 1997[1994], 2000[1979], 2008[1984]), incluso dentro de un sistema escolar o académico supuestamente igualitario. Los momentos de transformación del espacio social requieren una reestructuración de las posiciones sociales, al mismo tiempo que abren oportunidades de cambio de la propia posición (Bourdieu 2000[1979]). Estos procesos de reproducción y cambio no solo se producen a nivel individual, sino también respecto a grupos o discursos dentro de un campo social concreto (Bourdieu 1999[1998a], 2001[2001], 2008[1984]).

3.1.2.2. Vigilancia epistemológica y rol investigador

Aparte de las reflexiones metanalíticas incluidas en la teoría de campos y espacio social, en el edificio teórico de Bourdieu pude encontrar diferentes reflexiones metateóricas respecto a la necesidad de una actitud reflexiva sobre la actividad científica (Bourdieu 1991[1980], 1997[1994], 1999[1997], 1999[1998a], 2000[1986], 2000[1987], 2001[2001], 2002, 2003[2001], 2006[2004], 2008[1984]; Bourdieu, et al. 2001[1973], 2005[1992]).

Partiendo de la necesidad de romper con una consideración de la posición investigadora como un punto ciego fuera del campo de lo analizable, Bourdieu (2003[2001]: 162) propone una inclusión del análisis de “*las condiciones sociales de la construcción sociológica y del sujeto de esta construcción*” (Bourdieu 2003[2001]: 162).

Convertir la objetivación del sujeto de la objetivación en la condición previa de la objetivación científica no sólo significa, por consiguiente, intentar aplicar a la práctica científica los métodos científicos de objetivación (como en el ejemplo de Garfinkel), sino que también es poner al día científicamente las condiciones sociales de posibilidad de la construcción, o sea, las condiciones sociales de la construcción sociológica y del sujeto de esa construcción.

(Bourdieu, 2003[2001]: 162)

Bourdieu, Chamboredon y Passeron (2001[1973]) denominan la epistemología como una forma de actuar que se caracteriza por una voluntad de revisión constante del propio punto de vista, siguiendo en este punto a Bachelard. Este *"psicoanálisis del espíritu científico"* (Bourdieu, et al. 2001[1973]: 14) incluye necesariamente el análisis de las condiciones sociales de la producción discursiva.

En el sentido de una reflexión metateórica, el modo de percepción, interpretación y representación científica en sí se convierte en objeto de análisis (Bourdieu, et al. 2001[1973]; Bourdieu 2003[2001]). Tomando como referencia a Saussure y Durkheim, Bourdieu, et al. (2001[1973]) analizan el carácter construido del objeto científico.

Para poder construir un objeto y al mismo tiempo saber construirlo, hay que saber consciente de que todo objeto científico se construye deliberada y metódicamente y es preciso saber todo ello para preguntarse sobre las técnicas de construcción de los problemas planteados al objeto.

(Bourdieu, et al. 2001[1973]: 72)

A la vez, este proceso de construcción requiere una ruptura con los preconceptos y prejuicios de la sociología espontánea, así como un proceso de revisión constante de las premisas teóricas y herramientas metodológicas (Bourdieu 2003[2001]; Bourdieu, et al. 2001[1973], 2005[1992]), en el sentido de una *"vigilancia epistemológica"* (Bourdieu, et al. 2001[1973]: 22), entendida como actitud de revisión continuada del propio punto de partida epistemológico, teórico y social.

No se trata de perseguir una nueva forma de saber absoluto, sino de ejercer una forma específica de la vigilancia epistemológica, exactamente, la que debe asumir dicha vigilancia en un terreno en el que los obstáculos epistemológicos son, de manera primordial, obstáculos sociales.

(Bourdieu 2003[2001]: 155)

En la obra de Bourdieu (1991[1980], 1999[1997], 2000[1979], 2003[2001]) aparecen de forma reiterada reflexiones sobre el rol del investigador en el momento actual. Contra un posicionamiento fuera del campo a estudiar, propio del estructuralismo, Bourdieu (1991[1980], 1999[1997], 2000[1987], 2003[2001]) postula la necesidad de una inclusión del punto de vista de la persona que investiga como objeto de estudio, incluyendo necesariamente un análisis de su posición en el espacio social. El análisis del mundo de las prácticas no significa la adopción – imposible- de un punto exterior, ni un sumergimiento completo en el mundo de las prácticas que no sería, según Bourdieu (1991[1980], 1999[1997], 2000[1979], 2003[2001]), ni posible ni deseable para la persona investigadora, a causa de la distancia social que le separa del objeto de la investigación y en consecuencia de la distancia inherente a la relación entre teoría y práctica. En este sentido, la actividad científica contiene la necesidad de una ruptura con el

mundo cotidiano, en el sentido de una "*distancia objetivizante*" (Bourdieu 1991[1980]: 32) que posibilita una observación del espacio social de las prácticas en su totalidad. Al mismo tiempo, requiere el reconocimiento de la imposibilidad de una exterioridad completa. La adopción de una actitud de reflexividad facilita el acto de balance entre estos dos roles.

A la vez, en la obra de Bourdieu (1997[1994], 1999[1997], 2003[2001]) se encuentra un análisis crítico del punto de vista escolástico cuya adopción presupone la aceptación de las reglas de juego propias del campo científico y que, según su perspectiva, se define desde el Renacimiento por características específicas: 1. Un silenciamiento de las condiciones sociales necesarias para la adopción de un punto de vista académico, 2. Exclusión del análisis sobre el mismo y anamnesis de su origen, 3. Epistemocentrismo escolástico, 4. Ruptura con el mundo de la práctica, 5. Exclusión de un cuestionamiento de las diferencias entre un punto de vista teórico y práctico, 6. Diversificación y diferenciación entre diferentes subcampos dentro del campo científico, 7. Ilusión de "*jugar en serio*" (Bourdieu 1997[1994]: 204), 8. "*[I]mperialismo de lo universal*" (Bourdieu 1999[1997]: 98), 9. "*[U]niversalismo estético*" (Bourdieu 1999[1997]: 100), así como 10. "*[I]nterés en el desinterés*" (Bourdieu 1999[1997]: 165).

De este modo la perspectiva supone un punto de vista sobre el cual no se adopta ningún punto de vista.
(Bourdieu 1999[1997]: 38)

En *Homo Academicus*, en el que realiza un análisis del campo universitario, Bourdieu (2008[1984]) resalta la aportación de una investigación sobre el universo académico, en el sentido de una contribución de conocimiento reflexivo sobre las condiciones de la actividad científica y proceso de "*vigilancia epistemológica*" (28).

Cuando la investigación tiene por objeto el universo mismo donde ella se lleva a cabo, los logros que procura pueden ser reinvertidos inmediatamente en el trabajo científico a título de instrumentos del conocimiento reflexivo de las condiciones y de los límites sociales de ese trabajo que es una de las armas principales de la vigilancia epistemológica.
(Bourdieu 2008[1984]: 28)

Bourdieu (2000[1979]) parte del principio de que "*[l]os obstáculos epistemológicos que la ciencia social tiene que superar son, en primer lugar, obstáculos sociales*" (522). Este análisis de los condicionantes sociales de la sociología no restringe su ejercicio, al contrario, según la perspectiva de Bourdieu (2000[1979]), es necesario liberar la sociología de la presunción de libertad, para conquistar una verdadera práctica libre.

¿[C]ómo no ver que al enunciar los determinantes sociales de las prácticas, de las prácticas intelectuales especialmente, el sociólogo da las posibilidades de una cierta libertad con respecto a esos determinantes? A través de la ilusión de la libertad con respecto a las determinaciones sociales (ilusión de la que dije cien veces que es la determinación específica de los intelectuales), se da libertad de ejercicio a las determinaciones sociales. (...) La libertad no es algo dado, sino una conquista, y colectiva.
(Bourdieu 2000[1979]: 27)

Según Bourdieu (1999[1997], 2003[2001], 2006[2004]), el análisis de las condiciones sociales de la producción de conocimiento no se limita al análisis del campo científico, sino incluye también un análisis de la trayectoria social de la persona investigadora y su influencia

en el proceso de investigación. Para su realización, Bourdieu (1999[1997], 2003[2001], 2006[2004]) propone el ejercicio de un autosocioanálisis que no se dirige a aspectos psíquicos o personales, sino a un análisis de la propia trayectoria dentro de las posibilidades estructurales del campo social en el que participa, así como de la estructura de capitales y trayectoria en el espacio social (capítulo 3.1.2.3).

Además, Bourdieu (1999[1997], 1999[1998a], 2001[2001], 2002) aporta una reflexión sobre el rol de la persona que investiga como agente de transformación social. Según su perspectiva, la posición de una distancia reflexiva que rompe con la sumersión prerreflexiva en el juego político, posibilita a l*s académic*s un lugar epistemológicamente privilegiado para descubrir, analizar y fomentar el cambio social, rompiendo con *"el círculo mágico de la negación colectiva"* (Bourdieu 1999[1997]: 14-15).

En sus escritos más políticos, Bourdieu (1999[1998a], 2001[2001], 2002) aboga por una relación nueva entre el rol investigador y el rol activista, a poner en práctica a través de nuevas formas de investigación participativa y colectiva. Apuesta *"pour un savoir engagé"* (Bourdieu, 2002: s.p.) que debería superar la dicotomía entre ciencia y activismo político. Según su perspectiva, el rol investigador no consiste en convertirse en un profeta o maestro (*"todo sociólogo debe ahogar en sí mismo el profeta social que el público le pide encarnar"*, Bourdieu, et al. 2001[1973]: 43), sino en escuchar a los movimientos sociales, analizarlos y apoyarlos, bajo el objetivo de desarrollar alternativas a la política neoliberal.

Hay que inventar nuevas formas de comunicación entre los científicos y los militantes, así como una nueva división de trabajo entre ellos.
(Bourdieu 1999[1998a]: 79)

Francisco Vázquez García (2006) identifica tres etapas relacionadas con la reflexividad y ética de la investigación en Bourdieu: 1. Un momento de *"autoconciencia epistemológica"* (100) enfocada en el análisis de la propia trayectoria en el espacio social y campo científico, 2. Reflexiones relacionadas con *"la propia sociología del conocimiento sociológico"* (100), a modo de un análisis de la práctica sociológica, así como 3. La reflexividad como *"una disposición de habitus"* (100), entendida como un trabajo ético de cada sociológ* y de la comunidad científica y *"exploración foucaultiana sobre las 'técnicas del yo'"* (100), en estrecha relación con el compromiso político.

[E]l problema de la reflexividad ha ido variando de consideración en una singladura de tres etapas. En primer lugar, desde finales de los años sesenta, fue afrontada como autoconciencia epistemológica; desde el inicio de los años ochenta se identificó con la propia sociología del conocimiento sociológico, con un significado propedéutico en relación con la propia disciplina. Finalmente, desde comienzos de la década de los noventa, la reflexividad tendió a identificarse con una disposición del *habitus* que ha de adquirir el sociólogo a través de una suerte de trabajo ético sobre sí mismo que implica al conjunto de la comunidad científica.

Este último significado es el que permite utilizar la exploración foucaultiana sobre las «técnicas del yo» para comprender mejor la empresa sociológica de Bourdieu. Aquí cobra relevancia el papel asignado durante el último periplo del sociólogo francés al compromiso político.

(Vázquez 2006: 100)

3.1.2.3. La propuesta de autosocioanálisis

Bourdieu (2003[2001]) propone una técnica de "autosocioanálisis" (164) no en el sentido de una bibliografía de aspectos personales, sino de una reconstrucción de la trayectoria social y teórica desde un análisis del estado de los campos sociales (campo científico, campo político, campo artístico) involucrados, así como de un análisis de la estructura de capital (heredada y adquirida). Este análisis se concibe como una empresa necesariamente colectiva, en el sentido de un análisis del campo científico en el que se sitúa el actor individual.

¿Cómo aplicarse a sí mismo, sin abandonarse a la complacencia narcisista, ese programa y hacer su propia sociología, su autosocioanálisis, teniendo en cuenta que ese análisis sólo puede ser un punto de partida y que la sociología del objeto que yo mismo soy, la objetivación de su punto de vista, es una tarea necesariamente colectiva?
(Bourdieu, 2003[2001]: 164)

En diferentes textos, ya en *El sentido práctico*, en *Meditaciones pascalianas*, *El oficio del científico* y de forma más extendida, en *Autoanálisis de un sociólogo*, Bourdieu (1991[1980], 1999[1997], 2003[2001], 2006[2004]) realiza este ejercicio de análisis del propio punto de vista y trayectoria dentro de las posibilidades estructurales del campo científico de su tiempo. Bourdieu (2006[2004]) describe la búsqueda de un camino propio que intenta superar el dualismo entre objetivismo y subjetivismo (la teoría de las prácticas), la elección de disciplinas (la antropología y la sociología) y la preferencia por una metodología concreta (uso de métodos cualitativos) como opciones características del sector inferior de la jerarquía académica, legibles como elecciones conscientes y consecuencias indirectas de la experiencia de un "doble distanciamiento" (146), en el sentido de una ruptura entre su lugar social de procedencia rural y la trayectoria académica en un lugar destacado del mundo académico francés.

En *The biographical illusion*, y de forma análoga en *Razones prácticas*, Bourdieu (2000[1986], 1997[1994]) cuestiona la presuposición de la trayectoria biográfica como un todo coherente, lineal y unidireccional, a modo de una metáfora de "un viaje, un itinerario orientado, un desplazamiento lineal" (Bourdieu 1997[1994]: 74).

En este sentido, señala que la técnica de la historia de vida parte de la idea de su composición como secuencia coherente de acontecimientos narrables, en la que tanto l*s entrevistad*s como l*s entrevistador*s aceptan „the postulate of the meaning of narrated existence” (Bourdieu 2000[1986]: 298). De esta manera, se reproduce una tradición literaria occidental que ha sido cuestionada por la literatura contemporánea, caracterizada por una representación de la vida como fragmentada, discontinuada y yuxtapuesta (Bourdieu 1997[1994]).

Hablar de la historia de vida es presuponer al menos, lo que no es poco, que la vida es una historia y que una vida es inseparablemente el conjunto de los acontecimientos de una existencia individual concebida como una historia y el relato de esta historia. Eso es en efecto lo que dice el sentido común, es decir el lenguaje corriente, que describe la vida como un camino, una carretera, una carrera, con sus encrucijadas (Hércules entre el vicio y la virtud), o como una andadura, es decir un trayecto, un recorrido, un *cursus*, un paso, un viaje, un itinerario orientado, un desplazamiento lineal, unidireccional (la "movilidad"),

etapas y un fin, en su doble sentido, de término y de meta (“se abrirá camino” significa que alcanzará el éxito, que hará carrera), un fin de la historia.
(Bourdieu 1997[1994]: 74)

En vez de esa ilusión de una construcción biográfica individual, Bourdieu (1997[1994], 1999[1997], 2000[1986]) propone la utilización del concepto de trayectoria social y el análisis del espacio social, de los movimientos e inversiones posibles, en el sentido de una sustitución de la imagen de la biografía como línea por la metáfora espacial.

El “yo” que comprende en la práctica el espacio físico y el espacio social (sujeto del verbo comprender, no es necesariamente un “sujeto” en el sentido de las filosofías de la conciencia, sino más bien un habitus, un sistema de disposiciones) está comprendido, en un sentido completamente distinto, es decir, englobado, inscrito, implicado, en este espacio: ocupa en él una posición, de la que sabemos (mediante el análisis estadístico de las correlaciones empíricas) que habitualmente está asociada a ciertas tomas de posición (opiniones, representaciones, juicios, etcétera) acerca del mundo físico y el social.
(Bourdieu 1999[1997]: 173-174)

En *"Autoanálisis de un sociólogo"*, Bourdieu (2006[2004]) describe, en un ejercicio autorreflexivo, la dificultad de incluir un análisis del propio punto de vista en un campo científico basado en su exclusión o silenciamiento, experimentada en la reacción a su discurso inaugural al Collège de France, *"Lección sobre la lección"* (Bourdieu 2002[1982]), centrado en un análisis de la importancia de una inclusión de las coordenadas sociales del punto de vista en la actividad científica. En *"Autoanálisis de un sociólogo"*, Bourdieu (2006[2004]) describe las reacciones a su discurso como una situación cargada de violencia simbólica.

Describir el rito en el cumplimiento mismo del rito era cometer el barbarismo social por antonomasia, que consiste en suspender la creencia o, peor aún, en ponerla en tela de juicio o en peligro en el momento y en el lugar mismo donde se trata de celebrarla y de reafirmarla.
(Bourdieu 2006[2004]: 149)

3.1.3. La crisis de legitimidad: Aportaciones desde perspectivas postestructuralistas

The second epiphany was having a book contract on unwed mothers and finding myself unable to write. I was frozen. The crisis of representation had truly hit me. I didn't know how to write. For whom do I write? Whose life can I write? What do I say?
(Richardson en: Ellis, Bochner, Denzin, et al. 2007: 243)

I felt that I had no license to talk about another person any longer.
(Denzin en: Ellis, et al. 2007: 247)

It is a triple crisis, a triple threat, a triple crown of thorns: representation, legitimation, and praxis. These crises, which mark and coincide with a turn toward interpretative, qualitative, narrative, and critical inquiry in the human disciplines, are summoned in an oft-recited line in a familiar play: How much does a scholar know, how does she know it, and what can she do with this knowledge in the world?
(Jones 2005: 766)

Las citas precedentes resonaron de forma profunda con mi propia búsqueda y vivencia de un momento de crisis epistemológica, metodológica y ética. Al igual que l*s autor*s nombrad*s, me había preguntado por el proceso de producción de conocimiento y el efecto social que puede adquirir este conocimiento (*"For whom do I write? Whose life can I write? What do I*

say?”, Richardson en: Ellis, et al. 2007: 243). Estas preguntas me llevaron a una sensación de bloqueo y falta de legitimidad, en el sentido de una falta de *“licence to talk about another person any longer”* (Denzin: Ellis, et al. 2007: 247).

Aparte de esta vivencia de crisis epistemológica y de legitimidad de la actividad de investigación, en el amplio campo postestructuralista encontré diferentes reflexiones relacionadas con los procesos de producción de conocimiento y el campo científico, entre ellas un cuestionamiento de la posibilidad ontológica de objetividad científica, un interés por el proyecto analítico en sí, así como el reconocimiento de la producción de conocimiento como un proceso socialmente construido e históricamente variable.

En consecuencia del carácter difuso del campo discursivo postestructuralista y el carácter contestado de sus líneas de demarcación, me costó especialmente trazar líneas de inclusión / exclusión. En este sentido, más que perspectivas postestructuralistas en su sentido estricto, se puede hablar de aportaciones desde un campo discursivo amplio postestructuralista-posmoderno.

Las perspectivas postestructuralistas conciben la objetividad no solo como indeseable, sino como ontológicamente imposible en un mundo actual caracterizado por la complejidad y multiplicidad (Rosenblatt 2001; Smith y Hodkinson 2005). Este análisis resonaba con mi experiencia de choque entre un imperativo de neutralidad y objetividad en la actividad de investigación y las exigencias de una interacción en campos activistas múltiples y altamente autorreflexivos en los que el cuestionamiento de los procesos de categorización externa adquirirían una relevancia destacada (capítulo 2.1.3). El carácter complejo y contestado de las categorías identitarias y experiencias personales y colectivas en temáticas con una alta carga subjetiva y carácter socialmente contestado, como las identidades de género y sexualidades no normativas, aumentó mi sensación de falta de legitimidad en el proceso de análisis y escritura sobre las mismas.

Como otro aspecto relevante en el debate postestructuralista me llamó la atención el interés por el proyecto analítico en sí, en el sentido de una priorización de la pregunta por el ‘cómo’ y ‘por qué’ antes del análisis del ‘qué’ (Holstein y Gubrium 2005), mediante una mirada autorreflexiva sobre la propia actividad de investigación y su implicación sociopolítica (Denzin y Lincoln 2005; Fontana y Frey 2005; Lapum 2008; Mruck y Breuer 2003; Russell y Kelly 2002). Este interés metanalítico coincidió con mis propias preguntas sobre el ‘cómo’ y ‘por qué’ de la actividad de investigación que adquirió una relevancia destacada durante el proceso de elaboración de la tesis doctoral.

A la vez, el análisis postestructuralista del carácter históricamente específico de cualquier esquema de pensamiento y el cuestionamiento de la tradición objetivista de las Ciencias Sociales (Denzin y Lincoln 2005), me ayudó a analizar las propias contradicciones vividas en el proceso de investigación desde la toma de conciencia de la herencia histórica de la investigación social contemporánea.

Según perspectivas postestructuralistas, la presuposición de un lugar objetivo y neutro del rol investigador parte de una conceptualización moderna del sujeto (Denzin y Lincoln 2005; Fontana 2001; Fontana y Frey 2005; Richardson y St. Pierre 2005). Su cuestionamiento lleva al reconocimiento de una multiplicidad de perspectivas y puntos de vista (Denzin y Lincoln 2005; Fontana 2001; Fontana y Frey 2005; Richardson y St. Pierre 2005), el entendimiento del rol del investigador como *"bricoleur and Quilt Maker"* (Denzin y Lincoln 2005: 4) y la búsqueda de una mayor multifocalidad en el proceso de análisis, sustituyendo el concepto de triangulación por un proceso de 'cristalización' múltiple (Richardson y St. Pierre 2005).

We do not triangulate; we crystallize. I propose that the central imaginary for "validity" for postmodernist texts is not the triangle – a rigid, fixed, two-dimensional object. Rather, the central imaginary is the crystal, which combines symmetry and substance with an infinite variety of shapes, substances, transmutations, multidimensionalities, and angles of approach.

(Richardson y St. Pierre 2005: 963)

Mientras en la investigación positivista el investigador *"no tiene edad, género, hábitos sociales diferenciales; es inodoro/a e incoloro/a"* (Breuer 2003: 5), desde la perspectiva postestructuralista la reflexión sobre el propio punto de vista, incluyendo una reflexión sobre la propia clase social, género y procedencia cultural (Richardson y St. Pierre 2005; Russell y Kelly 2002), se considera un requisito previo indispensable para una investigación social crítica capaz de tomar conciencia sobre los mecanismos de poder inherentes tanto a las prácticas sociales como académicas y de detectar las agendas ideológicas y políticas ocultas en su ejercicio (Richardson y St. Pierre 2005).

Self-reflexivity brings to consciousness some of the complex political and ideological agendas hidden in the controls exercised over how interview materials are represented.

(Richardson y St. Pierre 2005: 887)

Desde posturas postestructuralistas, se señala que la falta de mención explícita del proceso de investigación puede causar un efecto de naturalización del carácter socialmente construido de las elecciones y decisiones de la persona investigadora (Mruck y Breuer 2003; Redwood 2008).

Research can also be seen as an activity in which the moral choices, ethical and analytical decisions, and personal investments of the researcher are secreted away and so are made to appear natural and innocent.

(Redwood 2008: s.p.)

Como respuesta a la pregunta por qué es tan difícil hablar sobre las propias experiencias durante el proceso de investigación, Mruck y Breuer (2003) nombran el imperativo inherente a la investigación moderna de excluir la subjetividad de la persona que investiga, manteniendo la imagen de un proceso investigador inmaculado y exento de ambivalencias. En contraposición, el giro reflexivo propio de la investigación postestructuralista fomentaría una representación explícita de esta mirada autorreflexiva de la persona investigadora sobre sus propias dudas y cuestionamientos durante la práctica de investigación, desde la consideración

de que forma parte intrínseca del proceso (Denzin y Lincoln 2005; Fontana y Frey 2005; Mruck y Breuer 2003; Russell y Kelly 2002).

En consecuencia del cuestionamiento ontológico de la posibilidad de objetividad científica, desde posturas postestructuralistas se cuestiona un concepto de validez entendido como credibilidad y oportunidad de medición de un grado de verdad, señalando su carácter interrelacional, subjetivo, socialmente situado y mediado por relaciones de poder, por lo que se propone una validez contextual y autorreflexiva (Saukko 2005), reflexiva, irónica, neopragmática, rizomática y situada (Denzin 2009) o translacional (Miller-Day 2008).

3.1.4. La mirada autorreflexiva y autoetnográfica

Denzin y Lincoln (2005: 21) identifican *“the biographically situated researcher”* como constituyente de la investigación cualitativa actual y consecuencia de la crisis de representación, legitimación y praxis que experimentan las Ciencias Sociales contemporáneas. La importancia otorgada por Foucault (1994[1984], 2003[1969]) y Bourdieu (1991[1980], 1999[1997], 2003[2001], 2006[2004]) a una descripción del propio punto de vista y la crisis epistemológica descrita desde perspectivas postestructuralistas apuntan hacia un creciente interés en la inclusión de la perspectiva autorreflexiva y autoetnográfica en la escritura científica.

Entre las reflexiones revisadas sobre enfoques autoetnográficos, aportadas desde diferentes perspectivas teóricas⁶³, se incluye una amplia reflexión metateórica sobre su práctica, en el sentido de un análisis de su lugar teórico de emergencia, sus características y objetivos principales y el análisis del rol investigador. Además, se aportan relatos de experiencias con formatos autoetnográficos, una descripción de diferentes métodos y formatos de representación, así como de aspectos éticos relevantes para su desarrollo. A continuación, resumiré reflexiones epistemológicas sobre la inclusión de una perspectiva autorreflexiva en la escritura científica. En el capítulo I, 3.2.5.2 haré referencia a reflexiones metodológicas relacionadas con su uso.

Desde perspectivas postestructuralistas, el surgimiento de la autoetnografía se relaciona con debates epistemológicos sobre la reflexividad (Anderson 2006; McIlveen 2008), el cuestionamiento de la posibilidad ontológica de la objetividad (Anderson 2006), el ocaso de las narrativas universales (Ellis, et al. 2011; Feliu i Samuel-Lajeunesse 2007), la crítica del carácter autoritario de la voz investigadora (Holt 2003; Manning 2007) y el cuestionamiento de tendencias colonialistas en la investigación social (Ellis, et al. 2011). A la vez, se nombran como precedentes enfoques antropológicos, entre ellos l*s autor*s de la Escuela de Chicago (Anderson 2006).

⁶³ Anderson 2006; Berger 2001; BRE 2007; Clifford 1997; Cornejo 2011; Ellis, Adams y Bochner 2011; Feliu i Samuel-Lajeunesse 2007; Guruvitch 2000; Holt 2003; Kraft Alsop 2002; Manning 2007; McIlveen 2008; Noy 2003; Pelias 2003; Poó, 2009; Reed-Danahay, 1997; Roth 2009; Scribano y De Sena, 2009; Tamas 2009.

Reflexivity is potentiated when situated within a theoretical framework that guides reflection and praxis and autoethnography formalises a reflexive attitude and processing into a research method. (...) Therefore, as a vehicle for reflexivity, autoethnography is one way to improve the rigor of the process of generating critical consciousness within researchers and practitioners.

(McIlveen 2008: 6)

Como una característica destacada de la autoetnografía se nombra, a diferencia de una autobiografía centrada en el relato individual, la interrelación de la propia historia y subjetividad con la dimensión social (Bre 2007; Ellis y Bochner 2000; Feliu i Samuel-Lajeunesse 2007; Kraft Alsop 2002; Manning 2007; Poó 2009; Reed-Danahay 1997; Scribano y De Sena 2009; Spry 2001, 2009), en el sentido de un *"camino de ida y vuelta entre lo social y lo personal"* (Feliu i Samuel-Lajeunesse 2007: 267) o *"a form of self narrative that places the self within a social context"* (Reed-Danahay 1997:9). Esta característica adquiere un lugar central en las definiciones del término 'autoetnografía' aportadas por diferentes autor*s (BRE 2007; Ellis, et al. 2011).

[T]he work of the autoethnographer involves moving back and forth between a wide ethnographic lens focusing on social and cultural aspects of experience, and a more personal lens exposing a researching self that moves by and through cultural interpretations that are often resisted.

(BRE 2007: 225-226)

Autoethnography is an approach to research and writing that seeks to describe and systematically analyze personal experience in order to understand cultural experience. This approach challenges canonical ways of doing research and representing others and treats research as a political, socially-just and socially-conscious act. A researcher uses tenets of autobiography and ethnography to do and write autoethnography. Thus, as a method, autoethnography is both process and product.

(Ellis, et al. 2011: s.p.)

No solo se hace referencia a la relación entre experiencia personal y contexto social y cultural, sino también entre autor*s y lector*s (Jones 2005).

Autoethnography works to hold self and culture together, albeit not in equilibrium or stasis. Autoethnography writes a world in a state of flux and movement – between story and context, writer and reader, crisis and denouement. It creates shared moments of clarity, connection, and change.

(Jones 2005: 764)

En este proceso, el carácter dialógico de la autoetnografía adquiere una especial relevancia (Spry 2011).

In autoethnographic performance self *is* other. Dialogical engagement in performance encourages the performer to interrogate the political and ideological contexts and power relations between self and other, and self *as* other.

(Spry 2011: 716)

Se señala el reflejo de esta característica de la autoetnografía entre lo personal y lo social en la etimología del concepto (Roth 2009).

"Auto" comes from the Greek *αὐτο*, "self," "one's own," and "by oneself." *Auto*-biography is a biography that the author writes himself. (...)

There are two additional parts in the name of the method often appearing as one: ethnography. The "ethno" in this term comes from the ancient Greek *ἔθνος*, nation, and the second part derives from *γραφία*, a word of the same language meaning "writing." Ethnography therefore means writing (describing) and writing about a nation, writing and

writing about a people. Auto/ethnography then is the writing of a people where the writer is him- or herself a member, the people writing the people, much like in auto/biography, where the author and protagonist are models of each other.
(Roth 2009: s.p.)

En consecuencia de la presencia de lo social, el concepto de otredad adquiere un significado destacado en la autoetnografía, desde un entendimiento del carácter relacional de la propia subjetividad (Roth 2009), el cuestionamiento de la diferenciación dicotómica entre "self/other" y de dinámicas de "othering" en la investigación actual (BRE 2007: 227). Al mismo tiempo, se observan diferentes priorizaciones en su uso (Reed-Danahay 2007).

Autoethnographies offer explanations of othering practices in research, and analyses of difference from the inside. (...). Instead of self/other dichotomy, autoethnographers recognize the mutual constitution of self and other as relational concepts and seek to understand and express the processes by which they are composed and, significantly, might be re-composed or de-composed.
(BRE 2007: 227)

La característica de la autoetnografía entre lo personal y social produce un proceso de reflexión sobre la propia experiencia vivida desde su interrelación con el contexto sociopolítico y cultural en el que se inserta la experiencia, incluyendo un cuestionamiento crítico con los procesos de colonialización y exclusión en la "geopolítica de conocimiento" (Scribano y De Sena 2009: 12).

Aparte del objetivo de un análisis de lo social a través del relato sobre la propia experiencia, se destaca que la perspectiva autoetnográfica, en un giro autorreflexivo, puede dar espacio a una reflexión sobre los procesos de poder inherentes a la actividad de investigación, a la vez que posibilitar el reemplazamiento *del "power over" of scholarly authority* por un *"power with" the researching self and others* (BRE 2007: 229).

Además, se encuentran reflexiones sobre el rol de l*s investigador*s o autor*s en la autoetnografía (Anderson 2006; BRE 2007; Noy 2003). Se señala que la autoetnografía requiere una figura investigadora que sea *"visible, active, and reflexively engaged in the text"* (Anderson 2006: 386), permitiendo una transformación de la propia subjetividad a través del proceso autoetnográfico (Anderson 2006; Noy 2003). En este sentido, Noy (2003) se pregunta: *"¿[A]caso un 'trabajo distinto' no equivale a un 'investigador diferente'? ¿Escribir no es, acaso, una evolución? (...) ¿Acaso al escribir no estamos cambiando, transformándonos?"* (s.p.). A la vez, según BRE (2007), l*s autoetnógraf*s contribuyen, a través de su relato, a la construcción de la realidad social que describen.

L*s autor*s revisad*s nombran diferentes razones y motivaciones para elegir un enfoque autoetnográfico, entre ellas la incomodidad ética con el rol investigador en el análisis de las narraciones de otr*s (Kraft Alsop 2002). El autoconocimiento y la ruptura con sesgos colonialistas se identifican como responsabilidad ética y requisito para el análisis de la experiencia de otras personas (Kraft Alsop 2002). Como otra posible motivación, se señala el uso de la autoetnografía como *"vehicle of emancipation from cultural and family identity scripts"* (Spry 2001: 708), en el sentido de un ejercicio reflexivo sobre la propia historia desde una

perspectiva de distancia reflexiva (*"Performing autoethnography has encouraged me to dialogically look back upon my self as other"*, Spry 2001: 708). Desde la necesidad de una ruptura con una escritura científica basada en la distancia emocional, se nombra la aportación de la perspectiva autoetnográfica para una escritura sobre vivencias traumáticas, pérdidas y duelos (Tamas 2009).

Dentro de la metodología autoetnográfica, se identifica la presencia de diferentes enfoques (Anderson 2006). En este sentido, se diferencia la *"analytic autoethnography"* de una *"evocative autoethnography"* (Anderson 2006: 373). Como características de una 'autoetnografía evocativa' se define la ruptura de los límites entre una escritura literaria y científica, la renuncia a una actitud de análisis, la propuesta de una escritura desde la propia emocionalidad y vulnerabilidad (*"the mode of storytelling is akin to the novel or biography and thus fractures the boundaries that normally separate social science from literature (...) the narrative text refuses to abstract and explain"*, Ellis y Bochner 2000: 744), así como la afinidad con sensibilidades posmodernas, rompiendo con tradiciones etnográficas realistas o analíticas (Anderson 2006). En cambio, en la 'autoetnografía analítica', la propia experiencia parte de un marco teórico, la inclusión de la voz de otras personas en el análisis y una actitud de reflexividad analítica (Anderson 2006).

The five key features of analytic autoethnography that I propose include (1) complete member researcher (CMR) status, (2) analytic reflexivity, (3) narrative visibility of the researcher's self, (4) dialogue with informants beyond the self, and (5) commitment to theoretical analysis.
(Anderson 2006: 378)

Desde una perspectiva postestructuralista y feminista, Maxey (1999) aporta una reflexión sobre la interrelación entre el activismo y la reflexividad, identificando como aspectos compartidos la participación activa en la construcción del mundo social y la relevancia de una actitud autorreflexiva en el proceso.

We are in a sense all activists, as we are all engaged in producing the world. Reflexivity enables us to place ourselves actively within this process.
(Maxey 1999: 201)

Como otro aspecto compartido, nombra el potencial radical tanto del activismo como de la reflexividad, paralelamente a detectar riesgos, en el sentido de una contribución al ocultamiento o a la perpetuación de relaciones de poder, señalando la imposibilidad de una reflexividad completa y un posicionamiento en un afuera del poder (Maxey 1999). En consecuencia de la observación de estos aspectos compartidos entre activismo y reflexividad, Maxey (1999) señala la imposibilidad de mantener *"the activist versus academic binary"* (202), identificando diferentes formas de influencia mutua y solapamiento. Citando a Routledge (1996) y su propuesta de un *"third space of critical engagement"* en el que la investigación se convierte en *"a personal and reflexive project of resistance"* (411, en Maxey 1999: 202), Maxey (1999) propone usar el concepto de 'tercer espacio' como una herramienta para explorar el

potencial emancipatorio de una noción de reflexividad crítica. Desde la descripción de diferentes proyectos entre investigación y activismo en los que experimentó tensiones entre los múltiples roles, Maxey (1999) retrata la aportación de la perspectiva de reflexividad crítica en su abordaje, resaltando *"the provisional, ongoing nature of engaged critical reflexivity"* (206).

Aparte de las reflexiones metateóricas nombradas, algun*s autor*s incluyen un relato de su experiencia con la metodología autoetnográfica, retratando las sensaciones de vulnerabilidad, exposición, ansiedad, miedo, vergüenza e incertidumbre vividas en el proceso (Berger 2001). Además, se reflejan momentos de reticencia, dolor y alegría en el proceso de cuestionamiento de propios presupuestos sobre el proceso de investigación (Manning 2007).

This paper explores some of my reluctant, painful and exhilarating experiences of this research project. I say reluctant, because happily engaged in what I envisaged to be a purposeful and objective research process I simply wanted to get on and 'do' the research. Painful, because along the way I felt compelled to examine and then give up my 'safe' understandings about research and my role as a researcher and embrace a less predictable, more open and reflexive approach to my research. Exhilarating, as I am learning to acknowledge and value my role in the research process rather than try to control for or negate its influence.
(Manning 2007: 3)

I give up several things in using an autoethnographic approach. First, I give up a certain measure of "safety."
(Berger 2001: 513)

Asimismo, se puede constatar una expresión explícita de dudas y preguntas sobre el proceso de escritura autoetnográfica (*"¿Cómo dar cuenta de uno mismo? ¿Cómo dar cuenta de la propia y constitutiva vulnerabilidad?"*, Cornejo 2011: 79) y su falta de reconocimiento académico (*"One could hardly count on being awarded a Ph.D., or finding a job in an anthropology department, for autobiographical research"*, Clifford 1997: 88 en Pelias 2003: 372).

3.1.5. Desigualdades geopolíticas en el proceso de producción de conocimiento

Dentro del análisis de las reflexiones sobre el proceso de conocimiento, el campo científico, el rol investigador y sus procesos internos de exclusión discursiva, control de entrada al campo y procesos de consagración y desplazamiento, pude identificar otra dimensión complementaria a las nombradas anteriormente: La pregunta por las desigualdades en los procesos de producción de conocimiento a escala global, aportadas desde perspectivas poscoloniales⁶⁴ y presente en la propuesta de una *"epistemología del Sur"* desarrollada por Boaventura de Sousa Santos (2009: 12).

⁶⁴ Anzaldúa 2006[1987]; Bhabha 2006[1985], 2006[1988]; Fee 2006[1989]; Griffith 2006[1994]; Parry 2006[1987]; Serequeberhan 2006[1997]; Slemon 2006[1990]; 2006[1994]; Spivac 1988; Young 2006[1995].

3.1.5.1. Perspectivas poscoloniales: "Can the Subaltern Speak?"⁶⁵

En perspectivas poscoloniales, se pueden encontrar amplias reflexiones sobre procesos coloniales de exclusión discursiva, así como reflexiones metateóricas sobre la propia producción teórica y conceptos claves. Dentro del campo de la producción discursiva poscolonial, nombraré reflexiones⁶⁶ que me producían una resonancia con dudas y preguntas planteadas desde perspectivas teórico-activistas trans*.

El análisis de procesos colonialistas de apropiación de conocimientos indígenas y exclusión discursiva de grupos de población de los procesos de producción de conocimiento por razones de etnia, diferencia cultural o desigualdad social constituye un tema central en la teoría poscolonial (Anzaldúa 2006[1987]; Bhabha 2006[1985]; Fee 2006[1989]; Griffith 2006[1994]; Serequeberhan 2006[1997]; Spivac 1988).

En este sentido, Gayatri Chakravorty Spivac (1988), partiendo de una revisión de reflexiones aportadas por Foucault y Deleuze, plantea la pregunta "Can the Subaltern Speak?" (66). Desde la observación del interés de Occidente "to conserve the subject of the West, or the West as Subject" (104) y el análisis de situación subalterna de mujeres de color en situación de pobreza en un contexto poscolonial, Spivac (1988) llega a la conclusión de que "[t]he subaltern cannot speak" (104).

Homi K. Bhabha (2006[1985]) analiza los efectos discriminatorios del discurso del colonialismo cultural, en el sentido de una diferenciación entre "the mother culture and its bastards, the self and its doubles" (42). Según Bhabha (2006[1985]), el poder colonial no se ejerce a través de la represión, sino la repetición "as something different – a mutation, a hybrid" (42). En este sentido, Bhabha (2006[1985]), señala que "[h]ybridity is the sign of the productivity of colonial power" (42) como "strategic reversal of the process of domination through disavowal" (42), con el objetivo de asegurar la identidad 'pura' y 'original' de la autoridad.

Además, desde perspectivas poscoloniales se realiza una crítica de tendencias eurocentristas en el pensamiento filosófico occidental y su conceptualización de 'humanidad' (Serequeberhan 2006[1997]).

Gareth Griffith (2006[1994]) cuestiona el mito de autenticidad que acompaña la representación de personas indígenas en el contexto australiano, identificando "[t]he mythologising of the authentic" como "a construction which overpowers one of the most powerful weapons within the arsenal of the subaltern subject" (168).

⁶⁵ Fuente de la cita: Spivac 1988: 66.

⁶⁶ Anzaldúa 2006[1987]; Bhabha 2006[1985], 2006[1988]; Fee 2006[1989]; Griffith 2006[1994]; Parry 2006[1987]; Serequeberhan 2006[1997]; Slemon 2006[1990]; 2006[1994]; Spivac 1988; Young 2006[1995].

Desde la pregunta "*Who can Write as the Other?*" (169), Margery Fee (2006[1989]) revisa el proceso de definición de la membresía a un grupo minoritario, cuestionando en qué medida un miembro del grupo mayoritario puede hablar como miembro del grupo minoritario.

First, who do we determine minority group membership? Second, can majority group members speak as minority members, Whites as people of colour, men as women, intellectuals as working people? If so, how do we distinguish biased and oppressive tracts, exploitative popularizations, stereotyping romanticizations, sympathetic identifications and resistant, transformative visions?
(Fee 2006[1989]: 169)

Desde la revisión de autor*s con "*mixed ancestry*" (169), Fee (2006[1989]) llega a la conclusión de la imposibilidad de "*accurately or finally distinguishing authentic from inauthentic discourse*" (171), señalando el carácter relativo y contextual del ideal de 'autenticidad'.

Anzaldúa (2006[1987]) resalta la aportación de una "*mestiza consciousness*" (210), en el sentido de un cuestionamiento de una dualidad sujeto-objeto, blanco- de color, hombre y mujer característica de la cultura occidental.

The work of *mestiza* consciousness is to break down the subject-object duality that keeps her a prisoner and to show in the flesh and through the images in her work how duality is transcended. The answer to the problem between the white race and the colored, between males and females, lies in healing the split that originates in the very foundation of our lives, our culture, our languages, our thoughts. A massive uprooting of dualistic thinking in the individual and collective consciousness is the beginning of a long struggle, but one that could, in our best hopes, bring us to the end of rape, of violence, of war.
(Anzaldúa 2006[1987]: 210)

De forma autocrítica, diferentes autor*s analizan el campo de producción discursiva poscolonial (Parry 2006[1987]; Slemon 2006[1990], 2006[1994]).

En este sentido, Benita Parry (2006[1987]) señala la necesidad de acompañar la cartografía de la ideología imperialista por una conceptualización del sujeto 'nativo' como agente de un discurso oposicional. Stephen Slemon (2006[1994]) resalta la relevancia de tener en cuenta las modalidades contextualmente específicas de la opresión colonialista, las formas locales de resistencia, así como revisar críticamente "*the neo-colonialism of Western academic institutions themselves*" (56).

En otro trabajo, Slemon (2006[1990]) hace referencia al concepto de "*Second World critical post-colonial literary or critical theory*" (106) para describir la posición de autor*s blanc*s procedentes de países como Australia, Nueva Zelanda, Canadá or Sudáfrica, en cuya escritura se observa una presencia intrínseca de los procesos colonialistas de apropiación de la tierra, voz y agencia, así como estrategias de resistencia a estas dinámicas. Slemon (2006[1990]) señala que est*s autor*s aportan a la teoría poscolonial reflexiones teóricas sobre las oportunidades de resistencia, considerando que "*[t]his ambivalence of emplacement is the condition of their possibility*" (106).

Las reflexiones metateóricas realizadas desde perspectivas poscoloniales incluyen una revisión de diferentes conceptos claves (Bhabha 2006[1985], 2006[1988]; Young 2006[1995]).

En este sentido, Robert Young (2006[1995]) aporta una revisión crítica de diferentes usos del concepto de "hybridity" (158) entre las categorías raciales del pasado colonialista y discursos culturales contemporáneos. A diferencia de una conceptualización de "hybridity" (42) como señal del poder colonial, como expresada por Bhabha (2006[1985]), Young (2006[1995]) propone una utilización del concepto desde perspectivas poscoloniales, en el sentido de un "key term" que sugiere "the impossibility of essentialism" (159). A la vez, señala la repetición del pasado inherente a su deconstrucción, cuestionando la contraposición entre el pasado colonial y los discursos críticos contemporáneos. Desde la observación de que "[w]e may be more bound up with its categories than we like to think" (159) Young (2006[1995]) identifica como fantasía de la teoría cultural poscolonial haberse librado completamente del legado colonial.

Desde una revisión crítica de conceptos como 'diversidad cultural', 'diferencia cultural' y 'multiculturalismo', Bhabha (2006[1988]) aboga por la conceptualización de "an international culture, based not on the exoticism or multi-culturalism of the diversity of cultures, but on the inscription and articulation of culture's hybridity" (157), partiendo de la idea de que "it is the 'inter' – the cutting edge of translation and negotiation, the in-between, the space of the entre that Derrida has opened up in writing itself – that carries the burden of the meaning of culture" (157). Mediante esta exploración de lo híbrido en un "Third Space" (157), Bhabha (2006[1988]) encuentra posibilidades para eludir las políticas de polaridad y "emerge as the others of our selves" (157).

3.1.5.2. Boaventura de Sousa Santos: "La epistemología de los conocimientos ausentes"⁶⁷

A continuación, profundizaré en otro autor que centra su interés en el análisis epistemológico de las desigualdades geopolíticas presentes en los procesos de circulación de conocimientos: Boaventura de Sousa Santos.

En *Epistemología del Sur*, Boaventura de Sousa Santos (2009) analiza los procesos de exclusión de conocimientos, actores y prácticas en la ciencia occidental moderna, realizados con el objetivo de mantener su "privilegio epistemológico", un proceso que define como "epistemicidio" (81).

Como propuesta alternativa, propone una "epistemología de los conocimientos ausentes" y "epistemología de los agentes ausentes" (de Sousa Santos 2009: 87, 90), entendida como una epistemología basada en la inclusión de conocimientos, prácticas y actores excluidos y el reconocimiento de su diversidad, en el sentido de una "ecología de los saberes" (de Sousa Santos 2009: 12). Desde la observación de una interrelación estrecha entre la ciencia moderna y procesos capitalistas y colonialistas, otorga una especial relevancia a una recuperación y aportación de conocimientos desarrollados en el Sur, en el sentido de una "epistemología del Sur" (de Sousa Santos 2009).

⁶⁷ Fuente de la cita: de Sousa Santos 2009: 87.

La epistemología del Sur, al mismo tiempo que denuncia el epistemicidio, ofrece instrumentos analíticos que permiten, no sólo recuperar conocimientos suprimidos o marginalizados, sino también identificar las condiciones que tornen posible construir nuevos conocimientos de resistencia y de producción de alternativas al capitalismo y al colonialismo globales. En esto consiste la propuesta de una ecología de los saberes.
(de Sousa Santos 2009: 12)

En consecuencia, de Sousa Santos (2009) propone un relevo de una "*epistemología de la ceguera*" por una "*epistemología de la visión*" (83), en el sentido de una sustitución de un conocimiento que prioriza el polo de regulación y orden por un conocimiento que parte de los principios de emancipación y solidaridad, así como de una ética de reconocimiento de l*s otr*s, en el sentido de un "*conocimiento prudente para una vida decente*" (40).

Si desde la forma hegemónica de conocimiento, conocemos creando orden, la epistemología de la visión plantea la cuestión sobre si es posible conocer creando solidaridad. La solidaridad como forma de conocimiento es el reconocimiento del otro como igual, siempre que la diferencia le acarree inferioridad, y como diferente, siempre que la igualdad le ponga en riesgo la identidad.
(de Sousa Santos 2009: 87)

Como elementos relevantes de esta epistemología nueva, Boaventura de Sousa Santos (2009) nombra la ruptura con una monocultura del saber, proponiendo una "*ecología de los saberes*" (113) basada en el reconocimiento de una amplia diversidad de saberes, incluyendo saberes no científicos, así como la ruptura con la lógica de un tiempo lineal, de una clasificación social y escala dominante presente en las Ciencias Sociales actuales.

A través de la "*sociología de las ausencias*"; propone la transformación de "*objetos imposibles en posibles*" y de "*las ausencias en presencias*" (de Sousa Santos 2009: 109). Bajo el concepto de una "*sociología de las emergencias*" (129), Boaventura de Sousa Santos (2009) propone una "*ampliación simbólica de saberes, prácticas y agentes*" posibles (129).

La elección de la escala y del grado de resolución en la práctica científica se identifica como una decisión de carácter predominantemente político (de Sousa Santos 2009). Frente a un modelo científico basado en la priorización de la escala pequeña, perspectiva fija y resolución gruesa, de Sousa Santos (2009) propone una práctica investigadora que parte de una "*hermenéutica diatópica*" (139), en el sentido de un reconocimiento del carácter incompleto de los diferentes saberes y prácticas que hace necesario un análisis simultáneo a diferentes escalas, la creación de prácticas de traducción de saberes y el establecimiento de alianzas entre activismos.

En este dominio la sociología de las ausencias exige el ejercicio de la imaginación cartográfica, sea para ver en cada escala de representación no sólo lo que ella muestra sino también lo que oculta, sea para lidiar con mapas cognitivos que operan simultáneamente con diferentes escalas, en particular para detectar embriones de articulaciones locales / globales.
(de Sousa Santos 2009: 123)

Tal como sucede con el trabajo de traducción de saberes, el trabajo de traducción de las prácticas es particularmente importante entre prácticas no-hegemónicas, dado que la inteligibilidad entre ellas es una condición de su articulación recíproca.
(de Sousa Santos 2009: 141)

Frente a la ciencia moderna basada en una distinción dicotómica entre sujeto y objeto de investigación, así como una diferenciación dicotómica de los agentes sociales en "*cuerpos dóciles*" y "*cuerpos extraños*" (80), en la "*sociología de las emergencias*" (129), de Sousa Santos (2009) propone el reconocimiento de una multiplicidad de saberes y agentes.

Los cuerpos representados tienen que ser mantenidos en jaulas, sean de hierro o de caucho. Fuera de las jaulas no hay agentes, sean ellos amigos o enemigos. Cuando mucho, hay cuerpos extraños, indiferentes. Los cuerpos dóciles y los cuerpos extraños son las dos únicas categorías posibles de agentes – una resolución de la acción social que difícilmente se podrá considerar de grano fino.
(de Sousa Santos 2009: 80)

Boaventura de Sousa Santos (2009) considera la actitud pensadora autorreflexiva como característica relevante de un modelo científico basado en una "*ecología de saberes*" (196).

La vigilancia epistemológica requerida por la ecología de saberes transforma el pensamiento postabismal en una promesa profundamente autorreflexiva.
(de Sousa Santos 2009: 196)

3.2. Recorridos por los procesos de entrevista, interpretación y representación

No déficit, sino sobrecarga, reduplicación, más bien demasiados (antes que no bastantes) discursos, en todo caso interferencia entre dos modalidades de producción de lo verdadero: los procedimientos de la confesión y la discursividad científica.
(Foucault 1995[1976]: 82)

What if, therefore, research interviews do not merely look in upon, but actively serve to produce modern subjects?
(Alldred y Gillies 2002: 146)

Aparte de las teorizaciones epistemológicas sobre el proceso de producción de conocimiento, campo científico y rol investigador, pude constatar otra dimensión relevante en la reflexión metateórica: Las reflexiones aportadas desde diferentes perspectivas teóricas sobre los procesos de entrevista, análisis de discursos, interpretación y representación de resultados, las dinámicas de desigualdad y poder en su transcurso y propuestas alternativas para su desarrollo, relacionadas con la dimensión metodológica y su interrelación con cuestiones epistemológicas y aspectos éticos.

La situación de entrevista adquirió un lugar central en mi vivencia de duda con el proceso de investigación, por la percepción de un desequilibrio respecto a las ganancias simbólicas, la sensación de una captura instrumentalizada de los discursos personales y colectivos para fines académicos, así como las tensiones inherentes al doble rol teórico-activista. Además, pude identificar dudas en los procesos de análisis de discursos, así como en la fase de interpretación, escritura científica y difusión.

3.2.1. Reflexiones metodológicas en Foucault

En la obra de Foucault, pude identificar reflexiones metodológicas tanto sobre la propuesta de arqueología y genealogía (Foucault 1994[1984], 1995[1976], 1999[1966], 2003[1969], 2006[1966], 2009[1975]), como acerca de la escena de entrevista y su rol histórico (Foucault 1994[1984], 1995[1976], 2009[1975]). En sus reflexiones, la reflexión epistemológica y la dimensión metodológica se encuentran estrechamente relacionadas.

3.2.1.1. Arqueología y genealogía

Con el objetivo de analizar el proceso de emergencia de formaciones discursivas concretas y su interrelación con procesos de saber-poder, Foucault (1994[1984], 1995[1976], 1999[1966], 2003[1969], 2006[1966], 2009[1975]) desarrolla los métodos de arqueología y genealogía, mediante los cuales realiza un análisis pormenorizado no solo de discursos científicos, sino de conocimientos considerados ‘menores’, incluyendo fuentes documentales como archivos, documentos médicos, administrativos y legales.

A través de la metodología de la arqueología, Foucault (2003[1969]) propone una reconstrucción histórica de los procesos de formación, solapamiento y relevo parcial de discursos. En este sentido, Foucault (2003[1969]) esboza las líneas de continuidad y las rupturas epistemológicas propias de los procesos complejos de construcción y transformación de un objeto discursivo en interrelación con su contexto histórico, económico e institucional.

En otros términos, la descripción arqueológica de los discursos se despliega en la dimensión de una historia general; trata de descubrir todo ese dominio de las instituciones, de los procesos económicos, de las relaciones sociales sobre las cuales puede articularse una formación discursiva; intenta mostrar cómo la autonomía del discurso y su especificidad no le dan por ello un estatuto de pura idealidad y de total independencia histórica; lo que quiere sacar a la luz es ese nivel singular en el que la historia puede dar lugar a tipos definidos de discurso, que tiene a su vez su tipo propio de historicidad, y que están en relación con todo un conjunto de historicidades diversas.
(Foucault 2003[1969]: 277)

A diferencia de una historia de las ideas entendida como secuencia lineal, unificada y consecutiva, que considera como propia del pensamiento occidental, Foucault (2003[1969]) describe la arqueología como herramienta de análisis de un campo complejo de “*interpositividades*” (268), partiendo del carácter discontinuo y múltiple de un “*campo complejo de discursos*” (37). Según Foucault (2003[1969]), en este análisis la arqueología pone el foco en “*los conceptos de discontinuidad, de ruptura, de umbral, de límite, de serie, de transformación*” (33).

El horizonte al que se dirige la arqueología no es, pues *una* ciencia, *una* racionalidad, *una* mentalidad, *una* cultura; es un entrecruzamiento de interpositividades cuyos límites y puntos de cruce no pueden fijarse de una vez. La arqueología: un análisis comparado que no está destinado a reducir la diversidad de los discursos y a dibujar la unidad que debe totalizarlos, sino que está destinado a repartir su diversidad en figuras diferentes. La comparación arqueológica no tiene un efecto unificador, sino multiplicador.
(Foucault 2003[1969]): 268)

En el *"orden del discurso"* no se puede establecer un punto de inicio claramente definido, en el sentido de *"la irrupción de un acontecimiento verdadero: más allá de todo comienzo aparente hay siempre un origen secreto, tan secreto y tan originario, que no se le puede nunca captar del todo en sí mismo"* (Foucault 2003[1969]): 39-40). En este sentido, el interés de análisis discursivo no se centra en la evolución histórica en sí, sino en la pregunta por las condiciones que posibilitan la conversión de un objeto en *"objeto posible de conocimiento"* (Foucault 1994[1984]: 320).

Mi problema no es estudiar la historia de las ideas en su evolución sino más bien ver bajo las ideas cómo han podido aparecer tales o cuales objetos como objetos posibles del conocimiento. Por qué, por ejemplo, la locura habría llegado a ser, en un momento dado, un objeto de conocimiento correspondiente a un cierto tipo de conocimiento. Este desfase entre las ideas sobre la locura y la constitución de la locura como objeto, es lo que he querido indicar al utilizar la palabra "arqueología" en lugar de "historia". (Foucault 1994[1984]: 320)

El análisis se centra en las *preguntas "¿cómo es que ha aparecido tal enunciado y ningún otro en su lugar? (...) ¿qué es, pues, lo que se decía en aquello que era dicho? (...) ¿cuál es, pues, esa singular existencia, que sale a la luz en lo que se dice, y en ninguna otra parte?"* (Foucault 2003[1969]): 44-45).

Mientras la historia de las ideas parte de un imperativo de coherencia, la arqueología entiende las contradicciones como parte intrínseca del proceso y objeto de análisis (Foucault 2003[1969]).

Para el análisis arqueológico, las contradicciones no son ni apariencias que hay que superar, ni principios secretos que sería preciso despejar. Son objetos que hay que describir por sí mismos, sin buscar desde qué punto de vista pueden disiparse o a qué nivel se radicalizan, y de efectos pasan a ser causas. (Foucault 2003[1969]: 254)

En relación al saber político, según Foucault (2003[1969]) el análisis arqueológico centra el interés en *"lo que de la política puede devenir objeto de enunciación, las formas que esta enunciación puede adoptar, los conceptos que en ella se encuentran empleados, y las elecciones estratégicas que en ella se operan"* (328), en el sentido de un análisis *"de los comportamientos, de las luchas, de los conflictos, de las decisiones y de las tácticas"* (328).

En el proceso de emergencia de una práctica discursiva, se pueden distinguir diferentes 'umbrales' según el grado de formalización de los saberes, el *"umbral de positividad"*, *"umbral de epistemologización"*, *"umbral de cientificidad"* y *"umbral de formalización"* (Foucault 2003[1969]: 314). Mientras otros enfoques de análisis histórico se centran en el umbral de formalización, focalizando su análisis en los discursos científicos, o en el umbral de cientificidad, en el sentido de un análisis de los procesos de entrada de un concepto no científico al ámbito académico, la arqueología es propia de un análisis en el umbral de epistemologización, centrado en *"el punto de estratificación entre las formaciones discursivas definidas por su positividad y unas figuras epistemológicas que no todas son forzosamente ciencias y que, por lo demás, jamás llegarán quizás a serlo"* (Foucault 2003[1969]: 321). En este sentido, el análisis

arqueológico pone el foco de atención en la "*descripción de las prácticas discursivas*" (Foucault 2003[1969]: 321) y el análisis del proceso de su epistemologización, científicidad y, en algunos casos, formalización.

Foucault utilizó la metodología de arqueología tanto en *Historia de la locura en la edad clásica* (Foucault 2000[1961]), en *Las palabras y las cosas* (Foucault 2006[1966]), así como en *Nacimiento de la clínica* (Foucault 1999[1966]).

En sus obras posteriores, como *Vigilar y castigar* (Foucault 2009[1975]) e *Historia de la sexualidad* (Foucault 1995[1976], 2003[1984], 2006[1984]), Foucault desarrolló y aplicó el método de genealogía. En *Historia de la sexualidad. El uso de los placeres*, Foucault (2006[1984]) describe el paso en su obra de la metodología arqueológica hacia la genealogía, y posteriormente, en un tercer paso, hacia las técnicas de un "*cuidado del sí*" (Foucault 1994[1984]: 228).

Me pareció necesario un desplazamiento teórico para analizar lo que con frecuencia se designaba como el proceso de los conocimientos: me había llevado a interrogarme por las formas de las prácticas discursivas que articulaban el saber. Fue igualmente necesario un desplazamiento teórico para analizar lo que con frecuencia se describe como las manifestaciones del "poder": me llevó a interrogarme más bien acerca de las relaciones múltiples, las estrategias abiertas y las técnicas racionales que articulan el ejercicio de los poderes. Parecía que sería necesario emprender ahora un tercer desplazamiento, para analizar lo que se ha designado como "el sujeto"; convenía buscar cuáles son las formas y las modalidades de la relación consigo mismo por las que el individuo se constituye y se reconoce como sujeto.
(Foucault 2006[1984]: 9)

En este sentido, si la arqueología trata de "*el estudio de los juegos de verdad unos con otros*", la genealogía se centra en "*los juegos de verdad en relación con las relaciones de poder*" (Foucault 2006[1984]: 10).

En vez de una revisión de los comportamientos, ideas, sociedades o ideologías, Foucault (2006[1984]) propone centrar el análisis en "*las problematizaciones a cuyo través el ser se da como poderse y deberse ser pensado y las prácticas a partir de las cuales se forman aquellas*" (14). En el análisis de la historia de la sexualidad se combinaría el análisis arqueológico y genealógico, en el sentido de un análisis en el cruce entre "*una arqueología de las problematizaciones y una genealogía de las prácticas de sí*" (Foucault 2006[1984]: 16).

La dimensión arqueológica del análisis permite analizar las formas mismas de la problematización; su dimensión genealógica, su formación a partir de las prácticas y de sus modificaciones.
(Foucault 2006[1984]: 14)

En este sentido, la genealogía se centra en el análisis del poder, no desde la pregunta por sus orígenes, sino a través de la revisión de las técnicas en diferentes contextos y el reconocimiento de su carácter disperso, múltiple y descentralizado (Foucault 1994[1984]).

Evidentemente, no se trata de interrogar al "poder" sobre su origen, sus principios, o sus límites, sino que es cuestión de estudiar los procedimientos y técnicas que se utilizan en diferentes contextos institucionales para actuar sobre el comportamiento de los individuos considerados aisladamente o en grupo, para formar, dirigir o modificar su manera de conducirse, para imponer fines a su inactividad o para inscribirla en estrategias de conjunto;

múltiples, por tanto, en su forma y en su lugar e ejercicio; diversos igualmente en los procedimientos y técnicas que despliegan.
(Foucault 1994[1984]: 367)

En las dos obras basadas en el método genealógico, *Vigilar y castigar* (2009[1975]) y *La Historia de la sexualidad* (1995[1976], 2003[1984], 2006[1984]), Foucault describe los objetivos y prioridades del análisis genealógico dentro de la temática tratada. En este sentido, identifica como objetivo de *Vigilar y castigar* crear "*una historia correlativa del alma moderna y de un nuevo poder de juzgar; una genealogía del actual complejo científico-judicial en el que el poder de castigar toma su apoyo, recibe sus justificaciones y sus reglas, extiende sus efectos y disimula su exorbitante singularidad*" (Foucault 2009[1975]: 29-30). En *Historia de la sexualidad* (Foucault 1995[1976], 2003[1984], 2006[1984]), el objetivo de la genealogía constituye el análisis de las técnicas discursivas sobre la sexualidad que contradicen la hipótesis represiva y del ejercicio de una "*hermenéutica del deseo*" (Foucault 2006[1984]: 9).

[L]a genealogía de todas esas técnicas, con sus mutaciones, desplazamientos, continuidades y rupturas, no coincide con la hipótesis de una gran fase represiva inaugura durante la edad clásica y en vías de concluir lentamente en el siglo XIX.
(Foucault 1995[1976]: 145)

En otro lugar, Foucault (1994[1984]) nombra como objetivo de su trabajo el establecimiento de una "*genealogía del sujeto moderno*" (227).

He intentado salir de la filosofía del sujeto haciendo la genealogía del sujeto moderno, que abordo como algo susceptible de transformarse, lo que, bien entendido, es importante desde el punto de vista político.
(Foucault 1994[1984]: 227)

En una tercera fase de su obra, Foucault (1994[1984]) centra su interés en el análisis de las "*técnicas de sí*" (228), para cuyo análisis propone el uso de la metodología genealógica.

De lo que me di cuenta, poco a poco, es de que existe en todas las sociedades otro tipo de técnicas: las que permiten a los individuos efectuar, por sí mismos, determinado número de operaciones sobre su cuerpo, su alma, sus pensamientos y sus conductas, y de esta manera producir en ellos una transformación, una modificación, y alcanzar cierto estado de perfección, de dicha, de pureza, de poder sobrenatural. Llamemos a estas técnicas las técnicas de sí.
(Foucault 1994[1984]: 227-228)

Foucault (2003[1969]) desarrolló la metodología de arqueología y genealogía para un análisis de formaciones discursivas alejadas en el tiempo, por poder revisar las mismas desde una cierta distancia histórica y desde una mirada centrada en los conjuntos discursivos y sus transformaciones, discontinuidades y relevos. De hecho, centra su análisis de los discursos sobre la locura (Foucault 2000[1961]), el nacimiento de la medicina clínica (Foucault 1999[1966]) y el sistema penitenciario (Foucault 2009[1975]) en la franja histórica de la edad clásica hasta el siglo XIX. En caso de la historia de la sexualidad, el primer volumen se sitúa en el siglo XVIII y XIX (Foucault 1995[1976]), mientras el segundo y tercer volumen se centra en la cultura griega y la época del imperio romano (Foucault 2003[1984], 2006[1984]).

A la vez, autor*s contemporáneos aportan relecturas de los marcos teóricos y enfoques

metodológicos desarrollados por Foucault analizando procesos actuales. En este sentido, Preciado (2002[2000]) retoma el análisis genealógico para un análisis de los discursos y prácticas relacionadas con las sexualidades y expresiones de género no normativas desde finales del siglo XIX hasta el momento actual. Byung-Chul Han (2014[2014]) realiza, con referencia a Foucault, una reflexión sobre el paso de la *"biopolítica"*, propia desde la sociedad de control, hacia lo que denomina *"psicopolítica"* (s.p.)⁶⁸, como régimen propio de la sociedad neoliberal actual.

3.2.1.2. Genealogía de la escena de entrevista

Foucault (2009[1975]) describe el proceso histórico de surgimiento del concepto de investigación, desde su origen en las prácticas jurídicas y penitenciarias propias del siglo XVIII hasta su conversión en práctica de formación del saber, sin perder del todo el carácter disciplinario del que procedía, sustituyendo a su vez formatos anteriores.

La investigación como búsqueda autoritaria de una verdad comprobada o atestiguada se oponía así a los antiguos procedimientos del juramento, de la ordalía, del duelo judicial, del juicio de Dios o también de la transacción entre particulares.
(Foucault 2009[1975]: 228)

En el marco de un análisis de un paso de una sociedad soberana a una sociedad disciplinaria, Foucault (2009[1975]) observa la emergencia de *"un conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimientos, de niveles de aplicación, de metas es una 'física' o una 'anatomía' del poder, una tecnología"* (218), incluyendo técnicas diferenciadas de clasificación, distribución y jerarquización que constituirán el punto de partida de las técnicas actuales de investigación (Foucault 2009[1975]).

En este proceso, Foucault (1994[1984], 1999[1966]) señala la importancia que adquirió la medicina y las ciencias humanas en la constitución del hombre como objeto de saber. Según su análisis, en este proceso las técnicas de verbalización se convierten en *"el instrumento positivo de la constitución de un nuevo sujeto"* (Foucault 1994[1984]: 473-474).

A partir de ello puede comprenderse la importancia de la medicina en la constitución de las ciencias del hombre: importancia que no es sólo metodológica, sino ontológica, en la medida en que toca al ser del hombre como objeto de saber positivo. La posibilidad para el individuo, de ser a la vez sujeto y objeto de su propio conocimiento, implica una inversión en la estructura de la finitud.
(Foucault 1999[1966]: 277)

A partir del siglo xviii, y hasta el presente, las "ciencias humanas" han reinsertado las técnicas de verbalización en un contexto diferente, haciendo de ellas no el instrumento de la renuncia del sujeto a sí mismo, sino el instrumento positivo de la constitución de un nuevo sujeto.
(Foucault 1994[1984]: 473-474)

En este sentido, Foucault (1994[1984], 1995[1976], 2009[1975]) traza una interrelación entre la confesión y la técnica de examen en el ámbito jurídico, médico y religioso

⁶⁸ Sin indicación de páginas por tratarse de una edición digital.

y la utilización de técnicas contemporáneas de verbalización en el ámbito de la investigación, en el sentido de "un dispositivo que atraviesa ampliamente la historia puesto que conecta la vieja orden de confesar con los métodos de la escucha clínica" (Foucault 1995[1976]: 86).

Porque, si bien es cierto que la investigación, al convertirse en una técnica para las ciencias empíricas, se ha desprendido del procedimiento inquisitorial en que históricamente enraizaba, en cuanto al examen, ha quedado muy cerca del poder disciplinario que lo formó. (Foucault 2009[1975]: 229)

3.2.2. La reproducción de la desigualdad: Aportaciones metodológicas en Bourdieu

En la obra de Bourdieu no solo se encuentra una conceptualización de las premisas epistemológicas del trabajo científico y reflexiones sobre el rol investigador entre academia y compromiso político, sino también reflexiones relacionadas con aspectos metodológicos.

Para una fundamentación empírica de su teoría de las prácticas, del análisis del *habitus*, de las estructuras del capital y de las prácticas culturales en el espacio social, Bourdieu (2000[1979]) utiliza una combinación de métodos cualitativos y cuantitativos. En este sentido, *La distinción* (Bourdieu 2000[1979]) se elaboró partiendo de entrevistas en profundidad, cuestionarios estructurados, material visual y datos estadísticos procedentes de investigaciones previas, para construir, a través de una triangulación metodológica, una representación detallada del espacio social y de su homología en las preferencias culturales y culinarias de la sociedad francesa de los años sesenta.

En diferentes obras de Bourdieu y colaboradores, se encuentran reflexiones sobre la utilidad y las limitaciones de las metodologías usadas (Bourdieu 1999[1990]; 1999[1997], 2000[1979]; Bourdieu y Accardo 1999[1993]; Bourdieu, et al. 2001[1973]).

Partiendo de la idea del carácter socialmente construido de cualquier objeto científico, Bourdieu, et al. (2001[1973]) consideran el carácter imprescindible de un constante cuestionamiento reflexivo de las propias premisas y prejuicios inconscientes en el proceso de entrevista.

Incluso los métodos estadísticos, a pesar de su pretensión de objetividad, constituyen para Bourdieu, Chamboredon y Passeron (2001[1973]) "teorías en acto, en calidad de procedimientos de construcción, conscientes o inconscientes, de los hechos y de las relaciones entre los hechos" (59-60).

En las formas estructuradas, como en el formato de cuestionario, Bourdieu (2000[1979]) constata un sesgo de clase, en el sentido de la presunción de una comprensión de las preguntas redactadas con un lenguaje propio de clase media, dificultando a l*s participantes con un capital cultural bajo contestar a las preguntas de forma coherente – de esta forma Bourdieu (2000[1979]) explica el alto porcentaje de 'no sabe / no contesta' en participantes procedentes de lugares desfavorecidos en el espacio social.

La propensión y la aptitud para responder (sobre todo a preguntas complejas, próximas a las que se plantean los comentaristas políticos y los politólogos), siempre netamente más reducidas entre las mujeres, tienden a disminuir, en beneficio de la abstención y el abandono, a medida que se desciende en la jerarquía de las profesionales, los ingresos y los grados de instrucción.

(Bourdieu 2000[1979]: 92-93)

La presuposición de que todos los sujetos, independiente de su pertenencia cultural y de clase, comprendan lo mismo por las preguntas planteadas, desenmascara el cuestionario como artefacto socialmente construido, más apto para reflejar la norma que la desviación de la norma (Bourdieu 2000[1979]; Bourdieu, et al. 2001[1973]). Según Bourdieu (2000[1997]), la falta de cuestionamiento del propio punto de vista lleva a preguntas no reflejadas en un lenguaje académico ajeno al mundo de las prácticas, cuya contestación se vuelve necesariamente artificial.

Sucede con mucha frecuencia que, por no haber cuestionado el cuestionario o, más profundamente, la posición de quien lo redacta o lo evalúa –alguien que está en disposición de liberarse de las evidencias de la existencia ordinaria para plantearse cuestiones extraordinarias o para plantear de manera extraordinaria cuestiones ordinarias-, se pide a las personas interrogadas que sean sus propios sociólogos y se les plantean de buenas a primeras las cuestiones que los sociólogos se plantean respecto a ellas.

(Bourdieu 2000[1997]: 83)

De forma análoga a los formatos cuantitativos, se observa una influencia de la estructura de capitales en las técnicas cualitativas, como la entrevista no estructurada que se considera caracterizada por su artificialidad (Bourdieu, et al. 2001[1973]) y asimetría situacional (Bourdieu y Accardo 1999[1993]), en el sentido de una falta frecuente de participación de las personas entrevistadas en el establecimiento de las reglas de juego de la situación de entrevista, desigualdad respecto al capital cultural y escolástico, así como en relación a la capacidad de expresión en la interacción verbal (Bourdieu y Accardo 1999[1993]).

Según la perspectiva de Bourdieu y Accardo (1999[1993]) la asimetría no se puede disolver del todo, a pesar de intentos del equipo investigador de disminuir la violencia simbólica causada por las características estructurales de la situación de entrevista a través de una actitud de horizontalidad y escucha, así como mediante la elección de entrevistador*s con una posición social cercana a las personas participantes. En este sentido, el proceso de entrevista se muestra como un acto complejo de negociación entre un acercamiento al lenguaje de las personas entrevistadas y el mantenimiento del rigor metodológico (Bourdieu y Accardo 1999[1993]).

Sin embargo, según Bourdieu y Accardo (1999[1993]), las personas participantes no se consideran expuestas de forma pasiva a los efectos de la situación asimétrica de la entrevista, sino aportan activamente su definición de la situación. En este sentido, observan que “*los encuestados*” utilizan la situación de entrevista para sus propios fines, para dar testimonio y para “*construir un punto de vista sobre sí mismos*” (Bourdieu y Accardo 1999[1993]: 536).

Una actitud constante de reflexividad y una mirada cercana al método psicoanalítico sobre las estructuras no evidentes en la situación de entrevista, se convierte para Bourdieu y Accardo

(1999[1993]) en el camino necesario para tomar consciencia de los efectos nombrados. Según su perspectiva, solo una toma de consciencia y un conocimiento profundo de las estructuras sociales posibilita interpretar el discurso de las personas entrevistadas de forma coherente para desvelar el carácter socialmente construido de la situación de entrevista.

Sólo la reflexividad, que es sinónimo de método – pero una *reflexividad refleja*, fundada sobre un “oficio”, un “ojo” sociológico -, permite percibir y controlar *sobre la marcha*, en la realización misma de la entrevista, los efectos de la estructura social en la que ésta se efectúa.

(Bourdieu y Accardo 1999[1993]: 528)

En *La Miseria del Mundo* (Bourdieu y Accardo 1999[1993]), la transcripción de entrevistas cualitativas realizadas por el equipo de investigación y agentes claves previamente formad*s se publica sin apenas introducir modificaciones, en combinación con capítulos teóricos que ofrecen una reflexión sobre el proceso de “Comprender” (Bourdieu y Accardo 1999[1993]: 527), con el objetivo de retratar las voces polifónicas de la realidad social de los suburbios franceses de los años 90, minimizando la interferencia del acto de interpretación. Además, para superar la influencia de una desigualdad social entre el equipo investigador y las personas entrevistadas, habitantes de los suburbios, se propone la realización de la entrevista por personas cercanas al lugar en el espacio social de las personas entrevistadas (Bourdieu y Accardo 1999[1993]).

En relación al proceso de análisis de datos, Bourdieu, Chamboredon y Passeron (2001[1973]) señalan el carácter socialmente estructurado de los datos, su categorización y análisis que presupone en cada caso una elección teórica previa. El carácter artificial de la situación de entrevista contribuye a la producción de respuestas artificiales (*“en tanto no hay registro perfectamente neutral no existe una pregunta neutral”*, Bourdieu, et al. 2001[1973]: 63), desde la consideración de que el acto de escuchar, grabar y transcribir es de una neutralidad solo aparente, relevando su carácter como acto interpretativo previamente estructurado.

No basta con que el sociólogo escuche a los sujetos, registre fielmente sus palabras y razones, para explicar su conducta y aun las justificaciones que proponen: al hacer esto, corre el riesgo de sustituir lisa y llanamente a sus propias prenociones por las prenociones de quienes estudia o por una mezcla falsamente científica y falsamente objetiva de la sociología espontánea del “científico” y de la sociología espontánea de su objeto.

(Bourdieu, et al. 2001[1973]: 57)

Según Bourdieu (1999[1990]), la influencia del contexto social en la obra científica no se limita al momento de su creación. También el contexto social de la persona lectora tiene relevancia, incluyendo la percepción y la comprensión del texto. En este sentido, los textos teóricos adquieren un significado diferenciado en países diferentes, según el proceso y momento de difusión que a su vez depende de procesos sociales de selección y competición. La falta de una representación explícita del contexto social de su creación (*“Texts circulate without their context”*, Bourdieu 1999[1990]: 221) conlleva ventajas y desventajas, en el sentido de una posibilidad de recepción autónoma y, al mismo tiempo, de un encubrimiento de las estructuras

sociales que influyeron en su creación. Tomando como ejemplo la obra de Baudelaire, Bourdieu (1999[1997]) muestra la necesidad de un conocimiento de las condiciones sociales de la autoría para comprender, desde la perspectiva lectora, la obra y el contexto social de su creación.

3.2.3. La investigación como "operación de la caza"⁶⁹: Reflexiones metodológicas en Ibáñez

Una relectura del enfoque de Jesús Ibáñez (1979, 1985, 1994, 1996a, 1996b) muestra, de forma paralela a la descripción de la técnica del grupo de discusión, la presencia de una reflexión metodológica crítica respecto a sus límites y usos sociales. Según Ibáñez (1996a: 69), la investigación en sí adquiere el significado de "una operación de la caza".

La *Investigación* es una operación de la *caza*. *Investigar* viene de "Üestigo" (seguir las huellas que deja una presa en el camino). Los dispositivos de investigación son dispositivos de predación: son capturados los cuerpos (en la selección de la muestra, o en la reunión del grupo, o en la elección de una institución) y son capturadas las almas –las hablas- (en la entrevista, en la discusión, en la asamblea).
(Ibáñez 1996a: 69)

Según su análisis, el grupo de discusión, desarrollado en el contexto de los estudios de mercados, se ubica dentro de una demanda capitalista. A la par de presentar características liberadoras en comparación con los procesos de objetivización inherentes al formato de la encuesta estadística, Ibáñez (1979, 1996a) señala que el grupo de discusión no es libre de procesos de poder e instrumentalización. En este sentido, "el mito de un carácter liberador de los grupos", de "alternativas a los órdenes asimétricos", se revela como un "sueño –impotente- de una posibilidad imposible" (Ibáñez 1979: 357). En el formato de grupo de discusión, a diferencia del socioanálisis, el grupo permanece en la situación de "grupo-objeto", sin tener la oportunidad –salvo situaciones excepcionales- de convertirse en "grupo-sujeto" y pasar a la acción (Ibáñez 1996b: 289b).

La fusión del grupo nunca se alcanza: pues la fusión implicaría que el grupo tomara la palabra (llegara a ser grupo-sujeto); y el grupo de discusión será siempre objeto (objeto-para la manipulación).
(Ibáñez 1996b: 289)

En su análisis, Ibáñez (1985, 1996a) distingue entre tres fases en la investigación cualitativa, la perspectiva distributiva, cuyo método más característico sería la encuesta, la perspectiva estructural, en la que se insertaría el grupo de discusión y la perspectiva dialéctica, con el método prototípico del socioanálisis. En el paso de la perspectiva distributiva a la estructural y dialéctica, se produce un paso "[d]el algoritmo al sujeto" (Ibáñez 1985: título), aumentando su participación activa.

El sujeto ha sido, sucesivamente, absoluto, relativo y reflexivo.
(Ibáñez 1994: 14)

Tomar conciencia del rol de l*s sociológ*s como "dispositivo de reflexividad" se nombra como un punto central en este paso a la "segunda cibernética" (Ibáñez 1985: 3). La

⁶⁹ Fuente de la cita: Ibáñez 1996a: 69.

autorreflexividad adquiere un rol destacado para superar la *"ceguera discreta"* (3) que, según Ibáñez (1985), ha funcionado hasta la fecha como uno de los anclajes del rol profesional. A la vez, considera que esta autorreflexividad tiene un carácter no solo individual (Ibáñez 1985).

Un sociólogo es un dispositivo de reflexividad. A través de él la sociedad reflexiona sobre sí. Para que esto sea posible, a la vez que piensa ha de pensar su propio pensamiento. (Ibáñez 1985: 3)

Además, Ibáñez (1994) aporta reflexiones sobre potenciales salidas de una investigación reducida a una captación y control de discursos, partiendo de la pregunta *"¿Cómo se podría transformar el grupo de discusión de dispositivo de control en dispositivo de support?"* (105).

Si devolvemos información al grupo, ¿cómo se transformaría el microconjunto, y cómo repercutiría esa transformación en el marco conjunto? (Ibáñez 1994: 100)

Desde una perspectiva más amplia, Ibáñez (1985, 1994) reflexiona sobre el efecto que podría tener un cambio metodológico y epistemológico de la tarea de investigación a un nivel macro.

Una sociedad que se informa de sí misma mediante los sociólogos que, al informarse, se transforma (...). Sólo el sociólogo que funciona como sujeto en proceso, que no se deja evacuar del proceso de constatación empírica ni del proceso de construcción teórica, puede salir –de modo siempre local y transitorio- del nudo paradójico. (Ibáñez 1985: 22)

Como respuesta a la autocrítica de una investigación como caza de discursos, Ibáñez (1996a) propone, dentro de la fase dialéctica o 'segunda cibernética', la técnica de socioanálisis.

Según Ibáñez (1996a), el socioanálisis plantea una investigación en un contexto institucional y puede incluir una fase de acción, con el objetivo de la mejora de la situación social analizada. A diferencia de la encuesta, en la que las preguntas tienen un carácter cerrado y preestructurado, tanto en el grupo de discusión como, en mayor medida, en el socioanálisis, las personas participantes del grupo / de la asamblea pueden aportar sus propios temas o preguntas, abriendo la posibilidad de su conversión en 'sujetos' y de una participación activa en el proceso. Mientras en el grupo de discusión l*s investigador*s mantienen una actitud de distancia relativa, en el socioanálisis su implicación en el grupo aumenta (Ibáñez 1996a).

En las perspectivas estructural o dialéctica, por ejemplo en el *grupo de discusión* o en el *socioanálisis*, el *diseño es coextensivo al proceso* de investigación: los participantes (en la discusión, en la asamblea) pueden *plantear sus propias preguntas*. (...) Un proceso abierto de discusión es posible si el investigador es integrado, como sujeto en proceso, en el proceso de investigación. A medida en que pasamos de la perspectiva distributiva a la estructural, y a la dialéctica, hay una integración mayor del investigador. (Ibáñez 1996a: 81)

Con el objetivo de superar el carácter unilateral de la interacción y su carácter de captación de discursos, Ibáñez (1994) recomienda hacer transparente la subjetividad del equipo investigador, introducir un momento de conversación informal después de apagarse los micrófonos, asumir –desde el lugar como coordinador- la *"metarresponsabilidad de responder"*

que no hay respuesta” (Ibáñez 1994: 105), así como devolver los resultados de la investigación al grupo.

Para acabar con la relación predador (investigador)/presa (investigado), es preciso devolver al grupo la información que le ha sido robada.
(Ibáñez 1994: 106)

3.2.4. Crisis de interpretación y representación: Reflexiones desde perspectivas postestructuralistas

Las reflexiones sobre el rol de la entrevista en la investigación contemporánea ocupan un lugar destacado en la reflexión metodológica postestructuralista.

3.2.4.1. Crítica de la entrevista como “*dramaturgical production*”⁷⁰

El formato de entrevista en sí se interpreta como una metáfora de la sociedad actual, considerada como “*interview society*” (Denzin 2001: 833; Fontana y Frey 2005: 698; Gubrium y Holstein 2001: 1). Denzin (2001) habla de la forma de percepción de la realidad propia de nuestra sociedad como “*dramaturgical production*” (833), caracterizada por una exclusión de la experiencia inmediata, dando lugar a una percepción del mundo a través de sus representaciones mediáticas. Según Denzin (2001), la entrevista como situación social, producto de un momento histórico y cultural determinado, es influida por los esquemas de percepción del mundo audiovisual actual, con una estructura dramática clara, caracterizada por una secuencia dual de pregunta – respuesta que presenta diferencias sustanciales respecto a una situación de diálogo espontáneo.

Otr*s autor*s señalan que la situación de entrevista reproduce y produce la ficción de un sujeto moderno cartesiano, cuestionando la presuposición de su carácter autónomo y racional, su capacidad de reflexividad y posibilidad de presentarse y narrarse como un sujeto unificado y coherente (Alldred y Gillies 2002).

The production of knowledge in the social sciences is a modernist project that rests on empirical realist understandings of truth and reality, which are core features of the Western epoch identified as modernity. If research is a modernist knowledge practice, it is not surprisingly based on a modernist notion of the subjects. This is the Cartesian subject, whose cognitive processes operate independently of emotion and according the rules of abstract rationality. (...)

Social research interviewing is viewed here as a practice that rests on and reiterates the dominant construction of the individual, so that even research which tries to introduce broader ethical considerations and a degree of reflexivity into its practice, tends to construct the interview as the rational, self-reflexive modernist subject.
(Alldred y Gillies 2002: 148-149)

Según Alldred y Gillies (2002), la práctica moderna de la entrevista, al suscitar una presentación del yo conforme con valores culturales dominantes, funciona como una forma de gobernabilidad, en el sentido foucaultiano del concepto, excluyendo narrativas no normativas.

⁷⁰ Fuente de la cita: Denzin 2001: 833.

This interaction in the research interview tends to elicit presentations of self which rarely conform to dominant cultural forms because of the implicit expectations that shape the interview process.
(Alldred y Gillies 2002: 146)

Asimismo, se cuestiona la posibilidad de captación de una realidad ‘auténtica’ y ‘verdadera’ a través del formato de entrevista, así como la presuposición de que todo el mundo tuviera una historia a contar (Alldred y Gillies 2002; Denzin y Lincoln 2005; Chase 2005; Fontana y Frey 2005). La entrevista se lee desde su estatus como artefacto de la situación social en la que es producida (Alldred y Gillies 2002).

En este sentido, la entrevista se entiende no como una reproducción de la voz de las personas entrevistadas, sino como *"the joint production of an account by interviewer and interviewee through the dynamic interaction between them"* (Alldred y Gillies 2002: 146) o *"a fabrication, a construction, a fiction"* (Denzin 2001: 25).

El cuestionamiento de una posibilidad de captación directa de la ‘verdad’ de las personas entrevistadas a través de sus discursos suscita el interés por el lugar de los silencios y de lo omitido en la entrevista (Briggs 2001; Manning y Cullum-Swan 1994). En este sentido, Manning y Cullum-Swan (1994) señalan que el interés por los huecos y fallas en el discurso estaba ya presente en pensadores como Lacan, Barthes, Foucault, Derrida, Deleuze y Guattari que partían de la imposibilidad de una comprensión total de los actos de habla, prestando especial atención a lo no explicable en el discurso⁷¹.

La no participación o el silencio se interpreta como una estrategia de resistencia ante la desigualdad estructural y los procesos de producción y recontextualización de discursos en el proceso de entrevista (Briggs 2001).

One advantage in viewing interviews not as unified political technologies but as politically situated and interested practices for producing and recontextualizing discourse is that this perspective enables us to see that respondents often attempt to resist discursive relations that are stacked against them (...). Scholars seldom seem to recognize that individuals who decline to participate or to answer particular questions, or who plead ignorance, “mislead” the interviewer, and the like, may be pursuing strategies designed to disrupt the recontextualization process.
(Briggs 2001: 916)

Las temáticas de poder, desigualdad y regulación social se pueden identificar como aspectos relevantes en un análisis de la situación de entrevista desde perspectivas postestructuralistas (Briggs 2001; Scheurich y McKenzie 2005)⁷². Con referencia a Foucault, se desarrollan reflexiones sobre 1. El análisis de la relación entre contexto sociopolítico y esquemas científicos de percepción, 2. La concepción de los discursos como prácticas culturales, históricas y sociales, 3. La reflexión sobre la influencia de la entrevista en una

⁷¹ Este interés por el silencio en los discursos es compartido por otros enfoques de investigación cualitativa, como la investigación social crítica (Alonso 1998), la investigación-acción participativa (Alberich 1998), la teoría fundada (Charmaz 2005) o la investigación cualitativa en salud (Callejo Gallego 1998).

⁷² La temática de poder en la situación de entrevista también ha sido analizada desde otras perspectivas teóricas, entre ellas la antropología (Holmes y Marcus 2005), la teoría crítica (Kincheloe y McLaren 2005) o perspectivas feministas (England 1994; Sprague y Zimmerman 2004; Sultana 2007).

producción de subjetividades, 4. El análisis de una presencia de tecnologías de poder en el espacio académico, así como 5. El cuestionamiento de la autoría individual como fuente del conocimiento frente a una conceptualización del conocimiento como producto de tecnologías sociales propias de cada momento histórico (Briggs 2001; Scheurich y McKenzie 2005).

La fase de interpretación constituye otro momento que recibe especial atención en la reflexión metodológica postestructuralista, en el sentido de un cuestionamiento de la legitimidad del proceso de interpretación y análisis de su interrelación con los sistemas de valor y esquemas sociales del contexto sociopolítico y cultural (Denzin 1994; Richardson y St. Pierre 2005).

Desde un cuestionamiento de la posibilidad ontológica de captación de una 'verdad' o 'autenticidad', se considera que todo es interpretación (*"In social sciences, there is only interpretation. Nothing speaks for itself"*, Denzin 1994: 500).

Partiendo de la idea de que cada fase del proceso de investigación es socialmente mediada, se señala la influencia directa del propio punto de vista en el proceso de análisis (Richardson y St. Pierre 2005). El acto de escribir no se concibe como una actividad descriptiva, sino como un *"way of knowing"* (Richardson y St. Pierre 2005: 973).

Según Denzin (2001), este análisis crítico de la influencia del propio punto de vista en el proceso interpretativo debería incluir una concienciación acerca de las estructuras de poder inherentes al proceso de conocimiento (*"writing is not an innocent practice"*, 23). En este sentido, se señala que la toma de conciencia de la imposibilidad de una ciencia social neutra y objetiva causó una crisis interpretativa en la investigación social actual (Denzin 1994; Denzin y Lincoln 2005). Denzin (2009) hace referencia al carácter complejo del proceso *"from field to text to reader"* (91), en consecuencia de que *"the age of description has ended"* (108). En cambio indica que *"we are, as we always have been, in the moment of inscription, wherein writers create their own situated versions of the worlds studied"* (Denzin 2009: 108). En este proceso, el texto social se convierte en *"a stage where power and knowledge are present"* (Denzin 2009: 108). Según Denzin (1994, 2001, 2009), esta situación hace necesaria una autorreflexividad constante y la búsqueda de prácticas participativas para poder compartir y contrastar la propia posición con otras personas.

Como otra característica de un estilo postestructuralista de interpretación se nombra su carácter fragmentado y la renuncia de la presunción de verdad universal a favor de una posición situada (Bochner 2000; Richardson y St. Pierre 2005). En este sentido, Bochner (2000) realiza una reflexión sobre el concepto 'criterio' en el ámbito de las Ciencias Sociales (*"The word criteria itself is a term that separates modernists from postmodernists, foundationalists from antifoundationalists, empiricists from interpretivists, and scientists from artists"*, Bochner 2000: 266), cuestionando su carácter objetivo y universal. Según su argumentación, la amplia gama de objetivos en la investigación actual implica también una multiplicidad de estándares y

criterios de evaluación, desde su entendimiento como un marco en proceso de construcción (Bochner 2000).

3.2.4.2. La entrevista dialógica, narrativa e interactiva

Las reflexiones aportadas desde perspectivas postestructuralistas sobre dinámicas de desigualdad y poder presentes en la situación de entrevista, proceso de interpretación y fase de publicación incluyen la propuesta de formatos participativos e interactivos, entre ellos la entrevista reflexiva y dialógica (Bolam, Gleeson y Murphy 2003; Denzin 2001), narrativa (Chase 2005), polifónica (Fontana 2001; Fontana y Frey 2005) o interactiva (Chase 2005; Ellis y Berger 2001; Warren y Fassett 2002).

Desde la observación de una creciente resistencia de los grupos minoritarios a ser entrevistados para fines institucionales, Denzin (2001) señala la importancia de romper con el formato moderno de entrevista, proponiendo un formato de entrevista reflexiva, dialógica y performativa.

I search for a new interpretive form, a new form of the interview, what I call the reflexive, dialogic, or performative interview. The reflexive interview is not an information gathering tool per se. It is not a commodity that you hire someone to collect for you, or that you pay someone to give you. (...)

The present moment is further defined by increased resistance from minority groups to the interviews done by white university and governmental officials. The modernist interview no longer functions as an automatic extension of the state, as an interpretive practice that persons willingly submit to.

(Denzin 2001: 24-25)

Como aspectos relevantes de una entrevista reflexiva, dialógica y performativa, Denzin (2001) resalta su carácter político, la interrogación de la realidad representada, la invocación de la historia de la persona narradora, la responsabilización de la audiencia del proceso de interpretación, la resistencia a convertirse en un objeto de consumo, el cuestionamiento de las dicotomías y la priorización de la diferencia sobre el conflicto. En este sentido, Denzin (2001) interrelaciona la entrevista con técnicas performativas, desde el deseo de *"re-read the interview, not as a method of gathering information, but as a vehicle for producing performance texts and performance ethnographies about self and society"* (Denzin 2001: 24; capítulo 3.2.5).

En el marco de una investigación cualitativa, Bolam, et al. (2003) aplican el guion de entrevista sobre temas relacionados con la salud a una de las personas del equipo de investigación, con el objetivo de deconstruir la jerarquización entre *"lay' and 'expert' perspectives"* (s.p.) y de abrir una reflexión sobre el rol investigador, la falta de separación clara entre perspectivas legas y expertas y la influencia de la posición de la persona investigadora en el proceso de análisis de resultados.

Dentro del amplio campo de la investigación narrativa, Chase (2005) distingue tres posibles posiciones de la persona investigadora: Una voz autoritaria, una voz de apoyo y una voz interactiva. Señala que en la modalidad interactiva se produce una interacción entre las voces de las personas entrevistadas y el equipo investigador, mediante la inclusión explícita de

las reflexiones de l*s investigador*s sobre el proceso de investigación en el texto, rompiendo de esta forma con *"the myth of the invisible omniscient author"* (Chase 2005: 666).

La comunicación de la experiencia de la persona investigadora en el proceso interaccional de la entrevista se identifica como una vía para disminuir la desigualdad estructural entre investigador*s y participantes (Berger 2001).

When researchers are open about their own personal stories, participants feel more comfortable sharing information, and the hierarchical gap between researchers and respondents formerly embraced in ethnographic work is closed.
(Berger 2001: 507)

En coherencia con un entendimiento posmoderno del mundo actual como multidimensional y fragmentado, se propone el método de entrevista polifónica, entendida como un collage de diferentes voces yuxtapuestas en la que apenas se modifica la transcripción de las entrevistas para minimizar la influencia del equipo investigador (Fontana 2001; Fontana y Frey 2005). En este formato yuxtapuesto se mantienen, de forma consciente, elementos de contradicción y ruptura (Fontana y Frey 2005). Las personas entrevistadas adquieren un rol activo en el proceso de redacción y revisión del texto, entendido como *"negotiated text"* (Fontana y Frey 2005: 716). En algunos casos, se combinan diferentes formatos visuales y auditivos (Fontana 2001; Fontana y Frey 2005).

One of such way (in the hope of minimizing, if not eliminating, the interviewer's influence) is through *polyphonic* interviewing, where the voices of the respondents are recorded with minimal influence from the researcher and are not collapsed together and reported as one through the interpretation of the researcher. Instead, the multiple perspectives of the various respondents are reported, and differences and problems encountered are discussed, rather than glossed over.
(Fontana y Frey 2005: 709)

Con el objetivo de visibilizar el carácter situado del conocimiento a través de una inclusión explícita de la perspectiva del equipo investigador, se propone el formato de entrevista interactiva (Chase 2005; Ellis y Berger 2001; Warren y Fassett 2002), caracterizada por una inclusión yuxtapuesta de la voz de las personas entrevistadas y la perspectiva de l*s investigador*s. Esta yuxtaposición puede adquirir el formato de una descripción del impacto del relato de las personas entrevistadas en la subjetividad del equipo investigador (Chase 2005), un diálogo entre la experiencia de investigador*s y participantes (Ellis y Berger 2001) o una interacción entre miembros del equipo de investigación (Ellis y Berger 2001).

En la bibliografía revisada, encontré diferentes ejemplos de una aplicación del modelo de entrevista co-construida para una reflexión epistemológica entre investigador*s (Ellis y Berger 2001; Paulus, Woodside y Ziegler 2010; Riley, Schouten y Cahill 2003; Roth y Tobin 2004). Ellis y Berger (2001) reproducen este último formato en un artículo metodológico, construido como un diálogo entre l*s dos autor*s en el que reflejan su perspectiva como equipo de investigación. De forma similar, Riley, Schouten y Cahill (2003) presentan diferentes modalidades de representación de un proceso de reflexión sobre la propia práctica de investigación, a modo de un diálogo o conversación multivocal entre diferentes voces,

incluyendo caracteres ficcionales. De forma análoga, Roth y Tobin (2004) aplican la metodología de entrevista co-generativa a un diálogo autorreflexivo entre l*s investigador*s. Paulus, et al. (2010) realizan un proceso autorreflexivo sobre investigación colaborativa analizando las grabaciones de sus encuentros de trabajo.

Entre los trabajos revisados que utilizan la metodología de entrevista interactiva, co-construida y co-generativa, pude encontrar varias aplicaciones de la técnica a reflexiones sobre el proceso de escritura de la tesis doctoral (Gale y Wyatt 2006; Schouten en Riley, et al. 2003; Warren y Fassett 2002). Gale y Wyatt (2006) utilizan la entrevista interactiva, a modo de un diálogo vía e-mail, para una reflexión metodológica sobre la conceptualización de la escritura como proceso y su influencia en la creación de subjetividades durante la elaboración de sus tesis doctorales. Mediante la elección del formato de entrevista interactiva, buscan explorar el proceso de entrevista, con el objetivo de *"collaborate to blur the boundaries between interviewer and interviewee, and to consider the roles of narrator, interviewer, and outsider witness that they took during the process"* (Gale y Wyatt 2006: 1117). Sarah Schouten (en: Riley, et al. 2003) construye un diálogo en primera persona entre *"PhD Sarah"* (s.p.), *"Reviewer B"* (s.p.) y los caracteres ficcionales *"the fluffy Gergens"* (s.p.), en referencia a Kenneth y Mary Gergen y su conceptualización del constructivismo social y resistencia a la deconstrucción postestructuralista, con el objetivo de reflexionar sobre su experiencia en el proceso de elaboración de la tesis doctoral y procesos de *"doing (...) gender"* (s.p.) durante el proceso.

In using polyvocality and dialogue I have written a text that focused on some of the different narratives that could be used to understand my PhD research experience. This dialogue enabled me to produce new understandings of both the research process and my research topic. (...) In terms of understanding gender issues, I have seen how both I and my participants "did gender" and I have been able to examine the contexts in which doing these forms of gender can be experienced as empowering and disempowering. (Shouten en: Riley, et al. 2003: s.p.)

De forma similar, Warren y Fassett (2002) eligen el formato de un diálogo teatralizado para representar sus reflexiones sobre el desafío *"to do scholarship that acknowledges the political nature of research"* (576), los mecanismos políticos, culturales y sociales de una producción de identidades sociales, el carácter performativo y en proceso de las personas entrevistadas, así como la reificación de la construcción de *"the Other"* (576) en el proceso de investigación *"while constituting our authoring selves"* (576).

En el ámbito de los discursos teórico-activista trans* e intersex, pude encontrar diferentes aplicaciones de la técnica de entrevista interactiva, co-construida y co-generativa (capítulo III, 1.2.2 y III, 1.4).

Las técnicas interactivas y dialógicas de entrevista revisadas también han recibido críticas. En este sentido, en la propuesta de entrevista polifónica, se señalan los límites de la pretensión de una polifonía de diferentes voces (Fontana y Frey 2005), así como una continuación de presupuestos positivistas en la práctica postestructuralista (Plummer 2005; Rosenblatt 2001). La observación del carácter fragmentado de la técnica posmoderna de

entrevista recibe una evaluación ambivalente, considerándose tanto como una señal de salud como un signo de caos (Fontana 2001).

Otra crítica se dirige a la persistencia de un desequilibrio de poder incluso en los formatos de entrevista negociada y participativa. En este sentido, se cuestiona que, mientras durante el proceso de entrevista se incorpora una mayor horizontalidad y participación, el control y la ganancia académica del proceso de publicación sigue estando en manos de la persona investigadora (Standing 1998).

Las propuestas metodológicas respecto al proceso de entrevista aportadas desde perspectivas postestructuralistas no se limitan a la situación de entrevista, sino incluyen también reflexiones sobre la fase de análisis de datos e interpretación contribuidas desde diferentes perspectivas teóricas.

Diferentes autor*s señalan la dificultad de preguntar, escuchar y analizar los discursos de las personas entrevistadas sin interponer los propios esquemas interpretativos, observando una frecuente falta de sistematización en el proceso de análisis de datos, sin que el carácter socialmente estructurado de las elecciones discursivas fuera del todo consciente (Anderson, et al. 2004; Borland 2004; Mauthner y Doucet 1998).

Thus, as qualitative researcher, we engage in a somewhat unsystematic process of following up certain leads and seeing where they take us. In deciding which ideas to follow up we are undoubtedly influenced, whether consciously or not, by our own personal, political and theoretical biographies. But the reasons why we choose some ideas rather than others are not always immediately obvious to us; nor are there necessarily logical reasons for our choices and decision. (...) Perhaps data analysis is also difficult to articulate because in doing so we are directly confronted with the subjective, interpretive nature of what we do – having to interpret respondents’ words in some way, while realizing that these words could be interpreted in a multitude of ways.
(Mauthner y Doucet 1998: 121-122)

La fascinación actual por las aplicaciones informáticas de análisis de datos se interpreta como un intento de evitar la confrontación personal con la vivencia de dificultad con el proceso de interpretación (Mauthner y Doucet 1998).

Desde la constatación de un interés posmoderno en el proyecto analítico en sí, en el sentido de una priorización del ‘cómo’ y ‘por qué’ a la pregunta por el ‘qué’, Holstein y Gubrium (2005: 496) proponen la técnica de un “*analytic bracketing*” para permitir una atención oscilante entre estos dos niveles de interpretación.

Rather than attempting synthesis or integration, we view an analytics of interpretive practice as more like a skilled juggling act, alternately concentrating on the myriad *hows* and *whats* of everyday life. This requires a new form of bracketing to capture the interplay between discursive practice and discourses-in-practice. We’ve called this technique of oscillating indifference to the realities of everyday life “analytic bracketing”.
(Holstein y Gubrium 2005: 495-496)

Partiendo de una ontología relacional, Mauthner y Doucet (1998: 119) retoman el “*Voices-Centred Relational Method of Data Analysis*”, desarrollado por Brown y Gilligan (1993), con el objetivo de facilitar un proceso reflexivo de análisis de las diferentes voces y perspectivas en el

discurso de l*s participantes. Mediante lecturas consecutivas de la transcripción de entrevista, proponen un análisis diferenciado de diferentes perspectivas presentes en el texto.

Desde la constatación de un interés posmoderno en el proyecto analítico en sí, en el sentido de una priorización del ‘cómo’ y ‘por qué’ a la pregunta por el ‘qué’, Holstein y Gubrium (2005) proponen la técnica de un “*analytic bracketing*” (496) para permitir una atención oscilante entre estos dos niveles de interpretación.

Rather than attempting synthesis or integration, we view an analytics of interpretive practice as more like a skilled juggling act, alternately concentrating on the myriad *how* and *whats* of everyday life. This requires a new form of bracketing to capture the interplay between discursive practice and discourses-in-practice. We’ve called this technique of oscillating indifference to the realities of everyday life “analytic bracketing”.
(Holstein y Gubrium 2005: 495-496)

Para evitar una malinterpretación de los discursos de las personas entrevistadas (“*That’s Not What I Said*”, 522), Borland (2004) recomienda la introducción de un proceso de devolución y diálogo, “*identifying our field collaborators as an important first audience for our work*” (532).

3.2.5. Más allá del límite de la palabra: Etnografía performativa e investigación basada en las artes

Aparte del cuestionamiento de las dinámicas de desigualdad, poder y representación heterónoma en el proceso de entrevista, análisis e interpretación, el debate postestructuralista refleja una crisis de la representación (Denzin y Lincoln 2005; Lincoln y Denzin 2005) que abre la pregunta por los límites de una producción científica únicamente verbal, suscitando el interés por la búsqueda de nuevas formas de representación.

Desde perspectivas postestructuralistas y en estrecha interrelación con el concepto de performatividad, se proponen enfoques de etnografía performativa⁷³ y autoetnografía performativa⁷⁴. Como otra vertiente paralela, procedente de perspectivas de teoría y pedagogía crítica y/o reflexiones metodológicas en la investigación cualitativa, se propone la investigación basada en las artes⁷⁵. A la vez, estas dos líneas no siempre están nítidamente separadas. En este sentido, el uso de métodos creativos en el ámbito de las Ciencias Sociales se ha descrito desde la intersección de perspectivas postestructuralistas y enfoques de teoría y pedagogía crítica (Alexander 2005; Finley 2005). Ambos enfoques comparten un frecuente fin de transformación social, así como el uso de metodologías creativas en su desarrollo (Alexander 2005; Finley 2005).

⁷³ Alexander 2005; Chawla 2008; Cherry 2008; Conquergood 1985; Dirksmeier y Helbrecht 2008; Escobar Nieto y Fernández Droguett 2008; Herrschaft 2008; Jones 2005; Lapum 2008; Lincoln y Denzin 2005; Richardson y St. Pierre 2005; Roberts 2008; Robinson 2008.

⁷⁴ Alexander 2005; Berridge 2008; Hernández 2008; Jones 2005; Park-Fuller 2000; Spry 2001, 2009.

⁷⁵ Alexander 2005; Böhm, Legewie y Dienel 2008; Denzin 2005; Finley 2005; Hernández 2008; Horsfall 2008; Linds y Vettraino 2008; Madison 2005; Marín Viadel 2005; McNiff 2000; Miller-Day 2008; O’Neill 2008; Pigrum y Stables 2005; Prosser y Schwartz 2004.

Como razones de un surgimiento de formatos no verbales de investigación se señalan diferentes aspectos: 1. El cuestionamiento de las premisas objetivistas y del predominio verbal de una investigación social positivista (Finley 2005; Hernández 2008; Marín Viadel 2005; Robinson 2008), 2. La constatación de una continuada marginalización de la imagen a causa del giro lingüístico de la investigación posmoderna (Prosser y Schwartz 2004), 3. La conceptualización del arte como forma de conocimiento (Levine 2004), así como 4. La percepción de limitaciones en una práctica científica meramente textual, al que se opone una búsqueda de la inclusión de aspectos sensoriales y metafóricos (Chawla 2008).

My own crises of representation took material, textual, epistemological, and theoretical forms. I found that my continuous experiences in the field were radically reconfiguring my relationship to ethnographic representation—the textual, the performed, and the performative. (...) This crisis forced upon me many questions: How do I bring my field alive as a living, breathing entity with vivid colors, sounds, smells, and tones? How can the stories we created—the lives I partook in, the women I keep returning to—be felt, smelled, and imagined with any organic reality?
(Chawla 2008: s.p.)

3.2.5.1. Etnografía performativa

Partiendo de la observación de un *"performative turn"* en las Ciencias Sociales (Roberts 2008: s.p.), los autores de una *"Performance Ethnography"* (Alexander 2005: 411) distinguen entre el concepto de 'performance' y 'performativo'⁷⁶. Según su análisis, el concepto de 'performance' define un acto teatral de carácter ritual que abre un espacio de reflexión social, a diferencia de los conceptos de 'performativo' y 'performatividad', que se utilizan, siguiendo al uso del término en Butler (2000[1990], 2002, 2002[1993]; capítulos I, 1.5.2.1 y II, 3.3.4.4) en el sentido de un entendimiento del comportamiento humano como *"socially constructed, enacted, emergent, repeatable, and subversive"* (Alexander 2005: 414).

La etnografía performativa se relaciona tanto con una epistemología reflexiva postestructuralista, usando la técnica de performance como una forma de hacer visible el carácter performativo de procesos subjetivos y sociales (Jones 2005), como con un objetivo de cambio social (Alexander 2005; Conquergood 1985; Escobar Nieto y Fernández Droguett 2008). En algunos trabajos, se puede observar una intersección de una conceptualización postestructuralista de la performatividad y un uso de la técnica de performance con el objetivo de impulsar procesos de cambio social (Escobar Nieto y Fernández Droguett 2008).

Conquergood (1985) propone una etnografía performativa intercultural, en el sentido de un diálogo continuado entre diferentes voces, basado en el reconocimiento de la diferencia y el planteamiento más que la resolución de interrogantes.

The aim of dialogical performance is to bring self and other together so that they can question, debate, and challenge one another. It is a kind of performance that resists conclusions, it is intensely committed to keeping the dialogue between performer and text

⁷⁶ Alexander 2005; Chawla 2008; Cherry 2008; Conquergood 1985; Dirksmeier y Helbrecht 2008; Escobar Nieto y Fernández Droguett 2008; Herrschaft 2008; Jones 2005; Lapum 2008; Lincoln y Denzin 2005; Richardson y St. Pierre 2005; Roberts 2008; Robinson 2008.

open and ongoing. Dialogical understanding does not end with empathy, There is always enough appreciation for difference so that the text can interrogate, rather than dissolve into, the performer.
(Conquergood 1985: 9)

Cherry (2008) resalta la importancia de que una "*performative social science*" (s.p.) incluyera una "*reflexive awareness of its performativity*" (s.p.), proponiendo la parodia como modo de representación de este proceso autorreflexivo. En los textos revisados, pude encontrar varios ejemplos de una utilización de la etnografía performativa para procesos autorreflexivos sobre el campo artístico (Herrschaft 2008) y la propia práctica de investigación (Lapum 2008).

3.2.5.2. Autoetnografía performativa

La autoetnografía performativa⁷⁷ se identifica como un formato específico en el cruce entre etnografía performativa⁷⁸ y autoetnografía⁷⁹.

En relación a la autoetnografía, se pueden observar reflexiones metodológicas sobre diferentes modos de interrelacionar la narración personal con las reflexiones teóricas (Manning 2007; Noy 2003), las posibilidades y desafíos de una escritura desde un reconocimiento del carácter no lineal y cartográfico de la experiencia (Poó 2009; Guruvitch 2000), así como modos experimentales de representación (Manning 2007), partiendo de la conciencia de la dificultad de su publicación (BRE 2007).

El mío ha consistido en ir construyendo una historia cronológica con fragmentos de la cartografía; ir releendo y repensando nuestra cultura, montar el armazón teórico que da consistencia a la perspectiva en la que me sitúo para, después, ir tejiendo experiencia y contexto, cartografía y teoría, hasta lograr un tejido que expresara la densidad de esta relación.
(Poó 2009: 166)

History, or at least autobiography, then, as broken continuity rather than continuity, the imprint of memory on the moment itself.
(Guruvitch 2000: 4)

Los límites de una reproducción del carácter no lineal, parcial, reflexivo y encarnado de la experiencia a través de los formatos habituales de escritura científica, suscitan el interés por la inclusión de nuevas formas de representación, contribuyendo al desarrollo de formatos de autoetnografía performativa. A través de formatos teatrales, audiovisuales, sonoros o poéticos, la autoetnografía performativa expone vivencias personales o reflexiones sociopolíticas a un público más amplio, considerando el mismo como co-constructor de la representación⁸⁰.

⁷⁷ Alexander 2005; Berridge 2008; Hernández 2008; Jones 2005; Park-Fuller 2000; Spry 2001, 2009.

⁷⁸ Alexander 2005; Chawla 2008; Cherry 2008; Dirksmeier y Helbrecht 2008; Escobar Nieto y Fernández Droguett 2008; Herrschaft 2008; Jones 2005; Lapum 2008; Lincoln y Denzin 2005; Richardson y St. Pierre 2005; Roberts 2008; Robinson 2008.

⁷⁹ Anderson 2006; Berger 2001; BRE 2007; Clifford 1997; Cornejo 2011; Ellis, et al. 2011; Feliu i Samuel-Lajeunesse 2007; Guruvitch 2000; Holt 2003; Kraft Alsop 2002; Manning 2007; McIlveen 2008; Noy 2003; Pelias 2003; Poó, 2009; Reed-Danahay 1997; Roth 2009; Scribano y De Sena 2009; Tamas 2009.

⁸⁰ Alexander 2005; Berridge 2008; Hernández 2008; Jones 2005; Park-Fuller 2000; Spry 2001, 2009.

Hernández (2008) destaca el sujeto performativo como un nuevo tipo de sujeto científico, caracterizado por una percepción fragmentada, una inclusión del cuerpo y una escritura desde la propia subjetividad.

Diferentes autor*s resaltan como característica de la autoetnografía performativa la interrelación estrecha entre trayectoria personal y contexto social, cultural y político, yo y sociedad, performance y performatividad, destacando su carácter transgresor (Alexander 2005; Chawla 2008; Jones 2005; Park-Fuller 2000).

[P]erformance ethnography thus can include what has been referred to as *autoperformance*, singularly conceived performances such as autobiography, autoethnography, and performance art (Kirby, 1979). All of these, to varying degrees, have as their concerted effort a *critique of self and society, and self as resistant and transformative force of society*.
(Alexander 2005: 423)

Because the performance-performativity dynamic asserts that performances are inseparable from performers and that performativity is inseparable from politics, autobiographical performance, personal narrative and performative auto/ethnography enmesh the personal within the political and the political within the personal in ways that can, do, and must matter.
(Jones 2005: 774)

In autobiographical narrative performances, the performer often speaks about acts of social transgression. In doing so, the telling of the story itself becomes a transgressive act - a revealing of what has been kept hidden, a speaking of what has been silenced - an act of reverse discourse that struggles with the preconceptions borne in the air of dominant politics.
(Park-Fuller 2000: 26)

Tamy Spry (2009) identifica como elementos centrales de la autoetnografía performativa la intersección entre construcción de conocimiento y arte, experiencia personal y reflexión política, señalando el lugar central del cuerpo en el proceso.

Performative autoethnography resides in the intersection of knowledge construction and art, in the aesthetic articulation of the performative body, in a personally political reflection whose evidence is an epistemic / aesthetic praxis.
(Spry 2009: 603)

Desde la presentación de una pieza de autoetnografía performativa sobre su propia experiencia de anorexia, Spry (2001) resalta el significado de la metodología performativa para reclamar una agencia reflexiva en la interacción con otr*s, romper con cánones académicos establecidos y abrir una reflexión sobre la experiencia con el propio cuerpo.

This work has literally saved my life by providing me the means to claim reflexive agency in my interactions with others in contexts. In autoethnographic performance, the body is like a cultural billboard for people to read and interpret in the context of their own experience. Performing autoethnography provides a space for the emancipation of the voice and body in academic discourse through breaking the boundaries of stylistic form, and by reintroducing the body to the mind in the process of living research. For me, this emancipation is manifested in two ways. First, performing autoethnography can emancipate the scholarly voice from the monostylistic confines of academic discourse. The opening up of stylistic form in academic writing provides the opportunity for a diversity of content. Second, performing autoethnography provides space for the living, experiencing, and researching body to be seen and felt.
(Spry 2001: 719-720)

Los textos basados en la técnica de autoetnografía performativa que revisé también incluyen una reflexión sobre las oportunidades y desafíos de su utilización en el marco de un proceso de tesis doctoral, realizado como parte de un *“creative doctorate”* en la Universidad de Canberra, Australia (Berridge 2008: s.p.).

Can art be research? (...) Suffice it to say that I believe art can be research if the conceptualisation and thinking around the production of an artefact are sufficiently articulated. (...)

Art-as-research can be a risky, in-between space where the "new" may emerge, yet, in the doctoral setting, this tender newness is subject to heavy-footed rules of academe that were probably never framed for this kind of work or at least not for projects where process may be all too apparent and where the rich space of uncertainty may abide.

(Berridge 2008: s.p.)

En los discursos trans* e intersex, pude encontrar diferentes ejemplos para un uso de la autoetnografía performativa y reflexiones sobre las oportunidades y desafíos de su aplicación (capítulos III, 1.1.4 y III, 1.2.3).

3.2.5.3. Investigación basada en las artes

Desde una perspectiva de teoría y pedagogía crítica y/o reflexiones metodológicas en la investigación cualitativa, se propone la investigación basada en las artes⁸¹. En su ejercicio, la finalidad social y política adquiere un lugar destacado, en el sentido de utilización de las dinámicas creativas para crear un espacio comunitario de diálogo sobre la propia situación social (Alexander 2005; Finley 2005; Madison 2005), fomentar el empoderamiento de l*s participantes (Finley 2005), impulsar procesos comunitarios (Denzin 2005; Horsfall 2008) y abrir una reflexión colectiva sobre estereotipos sociales a través de la exposición pública de resultados (O'Neill 2008). Estos objetivos de cambio social parten de la idea de una potencialidad transformadora del arte (O'Neill 2008) e interrelación entre temáticas personales y políticas (Hernández 2008).

En su vertiente menos politizada, se resalta la especial adecuación de los lenguajes creativos para fomentar la expresión de sensaciones y contenidos difícilmente explicables en palabras (Hernández 2008; McNiff 2000; Pigrum y Stables 2005). De esta forma, se pretende lograr una inclusión de aspectos sensoriales y corporales en el proceso de investigación, partiendo de las acciones y no de los discursos de las personas participantes (Hernández 2008). El carácter fluido, transicional y abierto a ambigüedades del trabajo creativo se considera en consonancia con una conceptualización del proceso de investigación como procesual y no lineal (McNiff 2000; Pigrum y Stables 2005). Como otro objetivo, se nombra la aportación de herramientas para la investigación educativa (Marín Viadel 2005).

⁸¹ Alexander 2005; Böhm, Legewie y Diemel 2008; Denzin 2005; Finley 2005; Hernández 2008; Horsfall 2008; Linds y Vettraino 2008; Madison 2008; Marín Viadel 2005; McNiff 2000; Miller-Day 2008; O'Neill 2008; Pigrum y Stables 2005; Prosser y Schwartz 2004.

3.2.5.4. Técnicas creativas

La etnografía performativa, autoetnografía performativa e investigación basada en las artes comparten como característica central el uso de una amplia gama de formatos creativos (pintura, dibujo, poesía, música, imágenes visuales y fotografías, teatro social o performance) en diferentes momentos del proceso de investigación: Como un lenguaje no verbal durante un proceso de entrevista individual o en grupo, seguido por una fase de puesta en común verbal en la que las personas participantes tienen oportunidad de explicar el significado personal de las imágenes creadas (Alexander 2005; Hernández 2008; Herrschaft 2008; Linds y Vettraino 2008; O’Neill 2008), como diario de campo para reflexionar sobre el proceso de investigación (Linds y Vettraino 2008) y el rol de la persona investigadora (Lapum 2008), como instrumento de análisis (Alexander 2005) y como formato de representación de resultados (Alexander 2005; Böhm, Legewie y Dienel 2008; Chawla 2008; Horsfall 2008; Linds y Vettraino 2008; Madison 2005).

En este sentido, Alexander (2005) resume como usos de la etnografía performativa aspectos relacionados con diferentes fases del proceso de investigación: 1. “[P]erformance as a method of inquiry or performance as a way of knowing”, 2. “[P]erformance as a method of reporting knowledge and ideological critique”, 3. “[P]erformance as a method of critical response”, 4. “[P]erformance as an act of publication” y 5. “[P]erformance as an interpretative use” (Alexander 2005: 415).

Frecuentemente, se encuentra un uso triangulado de diferentes medios expresivos en el proceso de investigación, así como una yuxtaposición de diferentes formatos artísticos (poesía, imágenes, performance) en la representación de resultados (Lincoln y Denzin 2005). Para un futuro cercano, se prevé una mayor hibridación entre formatos de expresión ficcionales y no ficcionales, verbales y visuales (Lincoln y Denzin 2005).

La investigación basada en las artes se distancia de una práctica de etnografía visual que ha sido criticada desde posturas postestructuralistas por utilizar la imagen de ‘l*s otr*s’ de manera etnocéntrica (Harper 1998), creer en una posibilidad de captación de la realidad a través de la fotografía (Wintson 1998) y utilizar la imagen como mera ilustración del texto (Hernández 2008). En cambio, la investigación basada en las artes da preferencia a la interpretación de la persona que creó la imagen (dibujo, pintura, fotografía), introduciendo, de esta forma, una dimensión participativa en el proceso (Harper 1998; O’Neill 2008; Prosser y Schwartz 2004) y otorgando a la imagen un peso propio en el proceso de investigación (Hernández 2008).

A la vez, dentro de la antropología y sociología visual actual, se pueden encontrar diferentes tipos de relación entre imagen y texto: El uso de las imágenes o fotos como complemento del texto escrito, como apuntes en el diario de campo, como base de la reflexión verbal e incentivo de diálogo en la situación de entrevista, hasta una consideración de las

imágenes como datos del mismo rango que el texto, incluyendo su representación yuxtapuesta en el momento de publicación (Harper 1998). Para analizar e interpretar las imágenes, se utilizan diferentes enfoques de análisis pictórico según el marco teórico elegido (Prosser y Schwartz 2004). Partiendo de una renuncia de la ilusión de captación de una autenticidad a través de la fotografía, la etnografía visual actual parte del carácter parcial e histórico de la mirada (Harper 1998) y la conciencia de los riesgos de manipulación inherentes a su uso (Winston 1998), planteando la pregunta por las potencialidades de la sociología visual para un análisis crítico de la realidad social (Harper 1998)⁸².

La poesía y el relato constituyen otras técnicas de expresión utilizadas por la etnografía performativa, autoetnografía performativa e investigación basada en las artes. Su uso parte del carácter socialmente construido de la entrevista en sí y sus formatos de representación (Fontana 2001; Richardson y St. Pierre 2005; Rosenblatt 2001). Richardson y St. Pierre (2005) cuestionan la presentación convencional de las entrevistas en formato de un fragmento transcrito, descontextualizado y editado en prosa, alegando que la poesía muestra una cercanía más grande respecto al ritmo del discurso verbal. Lapum (2008) coincide con esta valoración de la poesía como vehículo de reflexión y análisis dentro del proceso de investigación.

Poetry is quintessentially performative both ontologically and epistemologically. It is a way of knowing and being for the writer, but also asks the same of the reader. Poetry has acted as a way for me to understand more clearly what I'm thinking. I have often used poetry to conceptualize and to elicit an emotional and gut feeling of a particular phenomenon. (Lapum 2008: s.p.)

Desde dentro y fuera del ámbito teórico de una etnografía performativa, autoetnografía o investigación basada en las artes, se nombran algunas dificultades y desafíos inherentes a una utilización de métodos creativos en el ámbito de la investigación.

En este sentido, se señala el riesgo de una excesiva focalización en el testimonio subjetivo que puede transgredir la frontera con el ámbito terapéutico, bajo peligro de aumentar la vulnerabilidad de las personas participantes (Robinson 2008).

Questions also have to be asked about whether arts-based strategies serve to reinforce the vulnerability of the people involved in performative and collaborative interactions and therefore care must be taken to not use these methods at will and without responsibility. (Robinson 2008: s.p.)

⁸² Desde una perspectiva teórica diferente, se puede encontrar un uso de la fotografía como herramienta de trabajo empírico en Bourdieu, como parte de un cuestionario sobre la distribución social del gusto artístico en *La distinción* (Bourdieu 2000[1979]), en el que preguntó a l*s entrevistad*s por sus preferencias respecto a obras del arte, y como material de investigación antropológica en *Sociologie de l'Algérie* (Bourdieu 1974[1958]). A su vez, Bourdieu (2003[1970]) aporta una reflexión sobre la interrelación entre clase social y uso de la fotografía (*"The relationship between individuals and photographic practice is essentially a mediate relationship, because it always includes the reference to the relationship that the members of other social classes have to photography and hence to the whose structure of relationship between the classes"*, 9).

Como otros desafíos inherentes a una etnografía performativa, autoetnografía performativa o investigación basada en las artes, se nombra una tensión permanente entre texto e imagen, lo narrativo y lo performativo, calidad artística y calidad explicativa, rol como investigador* y rol como artista (Hernández 2008). Asimismo, se señala que los formatos artísticos transgreden los formatos tradicionales de publicación (Berridge 2008; Marín Viadel 2005). En relación a la técnica de performance, se critica su desconexión de la vida cotidiana que representa (Dirksmeier y Helbrecht 2008; Roberts 2008).

Como otras críticas se nombra una falta de fundamentación científica de la etnografía performativa según los criterios de la investigación positivista (Hernández 2008), así como un uso no reflexionado de la hibridación de formatos creativos, objetivos de investigación y fines artísticos (Atkinson y Delamont 2005).

3.3. Críticas al concepto de reflexividad

El interés en la dimensión metarreflexiva en los procesos de investigación no está exento de críticas. Desde diferentes perspectivas teóricas, se señalan potenciales riesgos y limitaciones de una práctica de investigación autorreflexiva.

Por un lado, se advierten los riesgos de una focalización excesiva en la figura de la persona investigadora y reflexión teórica sobre la actividad de investigación, considerada como una 'mirada al ombligo' que puede contribuir a la pérdida de objetivos políticos o emancipatorios (Pillow 2003; Seale 1999; Riley, et al. 2003; Sultana 2007).

However, some scholars see the proliferation of reflexivity talk as at best selfindulgent, narcissistic, and tiresome and at worst, undermining the conditions necessary for emancipatory research.
(Pillow 2003: 176)

Se señala que la autorreflexividad no contribuye a disminuir injusticias sociales, *"does not redistribute income, gain political rights for the powerless, create housing for the homeless, or improve wealth"* (Patai 1994: 67). En este sentido, se critica una proliferación del concepto de reflexividad como una práctica académica alejada de la realidad social *"notwithstanding, babies still have to be cared for, shelter sought, meals prepared and eaten"* (Patai 1994: 65).

Además, se cuestiona en qué medida un excesivo autoanálisis puede reforzar más que cuestionar la voz de la persona autora, en contraposición a un objetivo postestructuralista y posmoderno de deconstrucción del rol de la autoría individual (Finlay 2002; Riley, et al. 2003; Seale 1999).

Treated in this way, the 'confession' is a strategy for gaining authority rather than giving it away, and involves no departure from realist assumptions. Indeed, it constitutes a claim to authenticity.
(Seale 1999: 161)

Paradoxically, attempts to critically evaluate and deconstruct become, themselves, rhetorical strategies to claim authority and credibility.
(Finlay 2002: 226)

Otra crítica se dirige hacia una falta de especificidad en el uso del concepto de reflexividad, bajo el presupuesto de un entendimiento compartido de su significado (Pillow 2003).

Most researchers use reflexivity without defining how they are using it, as if it is something we all commonly understand and accept as standard methodological practice for critical qualitative research.
(Pillow 2003: 176)

En consecuencia, se cuestiona en qué medida la reflexividad es capaz de producir una 'mejor' investigación o 'mejores' resultados (Finlay 2002; Patai 1994).

Asimismo, se plantea la pregunta por los límites de una actividad reflexiva sobre un proceso de investigación aún en curso, sin posibilidad de tomar una distancia temporal del mismo (Mauthner y Doucet 2003).

[I]s there a limit to how reflexive we can be, and how far we can know and understand what shapes our research *at the time of conducting it*, given that these influences may only become apparent once we have left the research behind and moved on in our personal and academic lives?
(Mauthner y Doucet 2003: 415)

En el marco de una revisión crítica del concepto de reflexividad, se pueden identificar además relecturas críticas de la técnica autoetnográfica, desde su conceptualización como un formato autorreflexivo que se encuentra en estrecha interrelación con el enfoque de reflexividad (Coffey 1999; Delamont 2007; Holt 2003; Nagar y Geiger 2007; Trahar 2009).

Delamont (2007) nombra seis objeciones hacia el formato autoetnográfico: 1. La dificultad de romper con la familiaridad, 2. La imposibilidad de guardar la confidencialidad sobre aspectos que conciernen a personas cercanas, 3. Su carácter experiencial y no analítico, 4. La focalización en personas con un cierto acceso al poder en vez de personas excluidas, 5. La evitación del trabajo de campo, así como 6. La sobrevaloración del interés de la propia historia (*"We are not interesting enough to be the subject matter of sociology"*, 3).

Asimismo, se cuestiona el carácter indulgente, introspectivo, individualista y narcisista del formato autoetnográfico (Coffey 1999). Según Trahar (2009), la inclusión de una dimensión autobiográfica puede conllevar el riesgo de poner a la propia persona en el centro del discurso. Asimismo, se nombra como riesgo la priorización de un objetivo terapéutico sobre el analítico (Trahar 2009). Otra crítica se dirige la dificultad de valorar su calidad con criterios tradicionales de validez y fiabilidad (Holt 2003).

Al mismo tiempo que se valora la práctica autoetnográfica y autorreflexiva como un acto de transparencia de la posición investigadora, se señala como un riesgo potencial desvelar aspectos personales y autobiográficos (Nagar y Geiger 2007).

Dentro de este debate sobre límites y riesgos de una práctica de investigación autorreflexiva y autoetnográfica, también se encuentran voces que responden a las críticas nombradas, aportando propuestas para superar sus limitaciones (Hurd 1998; Manning 2007; Mauthner y Doucet 2003; Sultana 2007; Trahar 2009).

Frente a la crítica de una reducción de la reflexividad a una ‘mirada al ombligo’, se resalta su rol como reflejo de la propia posición en las relaciones de poder presentes en la actividad científica y revisión crítica de su influencia en la producción de conocimiento (Sultana 2007).

While it has been argued that reflexivity can result in ‘navel-gazing’, I do not believe that being reflexive about one’s own positionality is to self-indulge but to reflect on how one is inserted in grids of power relations and how that influences methods, interpretations, and knowledge production.
(Sultana 2007: 376)

En relación a la crítica de autoindulgencia expresada hacia formatos autoetnográficos, se propone la adopción de una voz interactiva (Trahar 2009), así como un uso consciente del balance entre una escritura sobre el ‘yo’ y ‘l*s otr*s’ (Manning 2007).

Desde un reconocimiento de los límites de la reflexividad para llevar a cabo prácticas políticamente comprometidas de investigación y escritura científica, prescindir de su ejercicio se considera aún más problemático (Sultana 2007).

While some scholars have argued that acknowledgement of positionality, reflexivity, identity, and representation does not necessarily result in politically engaged research and writing, and may not result in destabilizing existing power relations or bring about dramatic changes, the alternative of not heeding such issues is even more problematic.
(Sultana 2007: 383)

Para fomentar las potencialidades del concepto de reflexividad, se recomienda reforzar los aspectos éticos, la conciencia de la propia posición en el contexto institucional y los aspectos de justicia social, equidad y democracia en el proceso investigador (Sultana 2007).

Además, se resalta la importancia de que la reflexividad no fuera un anexo a una práctica positivista, en el sentido de una “*additive reflexivity*”, sino llevara a un cambio más profundo en la práctica de investigación (Hurd 1998).

Para hacer transparente los límites de la práctica reflexiva sin prescindir de la misma, se propone hablar de ‘grados de reflexividad’, identificando la distancia temporal del momento de investigación como un factor que puede ayudar a hacer conscientes dimensiones adicionales de reflexividad (Mauthner y Doucet 2003).

There may be limits to reflexivity, and to the extent to which we can be aware of the influences on our research both at the time of conducting it and in the years that follow. It may be more useful to think in terms of ‘degrees of reflexivity’, with some influences being easier to identify and articulate at the time of our work while others may take time, distance and detachment from the research.
(Mauthner y Doucet 2003: 245)

En respuesta a las críticas sobre el concepto de reflexividad y sus riesgos de ‘mirada al ombligo’ y reforzamiento de la posición como autor* individual, el debate metateórico se abre hacia otros planteamientos: El interés por la dimensión colectiva y política de la actividad de investigación y, de forma estrechamente vinculada, los enfoques de investigación participativa, colaborativa y militante.

3.4. Recorridos por la dimensión colectiva, participativa y militante

Desde la crítica hacia los enfoques de reflexividad, en el sentido de un cuestionamiento de sesgos autoindulgentes o individualistas de la mirada reflexiva, surge una reorientación del debate reflexivo hacia la pregunta por los objetivos políticos de la actividad de investigación, su dimensión colectiva, así como la posibilidad de una introducción de formatos participativos y colaborativas en la práctica de investigación (Lincoln y Denzin 2005).

En mi propio proceso de investigación, el cuestionamiento de la legitimidad de realizar una investigación ‘sobre’ un campo activista del que formo parte y la vivencia de conflictos entre un rol académico y activista, dirigió mi interés hacia reflexiones metateóricas sobre procesos activistas y el desarrollo de formatos participativos y colaborativos en el proceso de investigación. En este proceso, me pregunté en qué medida el análisis de un fenómeno colectivo requería planteamientos epistemológicos, metodológicos y éticos específicos. ¿En qué medida el ‘sujeto colectivo’ tiene un estatus epistemológico propio? ¿Se puede analizar un proceso colectivo a través de un estudio de las perspectivas individuales de sus actores? ¿Cómo evitar una investigación ‘sobre’ los movimientos sociales, dando paso a formatos de investigación colaborativa y co-investigación? ¿Cuáles son los desafíos y limitaciones de estos enfoques? ¿Qué desafíos éticos plantea un estudio de un proceso colectivo?

Encontré reflexiones metateóricas y propuestas metodológicas relacionadas con la pregunta de cómo conceptualizar el sujeto colectivo tanto en la teoría de los movimientos sociales, como en enfoques de investigación-acción participativa e investigación y etnografía militante.

3.4.1. Cómo conceptualizar el sujeto colectivo: Teoría de los movimientos sociales

La teoría de los movimientos sociales se describe como un conjunto de discursos teóricos sobre los procesos de surgimiento y difusión, las dinámicas internas y los discursos de movimientos sociales, mostrando líneas teóricas diferenciadas (Haunss 2004; McAdam, et al. 2006[1996]).

Dentro de su campo discursivo, se distinguen diferentes enfoques teóricos, tanto respecto al foco temático de la investigación como en relación a su alcance. En este sentido, se diferencia entre un análisis de las oportunidades políticas, estructuras de movilización o marcos interpretativos (McAdam, et al. 2006[1996]), entre enfoques centrados en el comportamiento colectivo, la movilización de recursos y la teoría de procesos políticos (Della Porta 2006[1996]) o entre análisis macro, meso y micro (Haunss 2004), para nombrar solo algunas de múltiples formas de sistematización de los enfoques presentes en el marco de la teoría de los movimientos sociales.

En el centro de la reflexión epistemológica aportada por la teoría de los movimientos sociales se sitúa la pregunta por las posibilidades y límites de analizar empíricamente a los movimientos sociales como actores colectivos (Klandermans, Staggenborg y Tarrow 2002;

Melucci 1996). En este sentido, Melucci (1996) señala la relevancia de tomar conciencia sobre el carácter socialmente construido del concepto de actor colectivo que no debería ser percibido como una realidad ontológica, sino como una construcción de potencial utilidad empírica. El autor señala el peligro de deducir la orientación ideológica de un movimiento de la suma de las opiniones individuales recogidas, proponiendo su conceptualización como campo de acción que se va construyendo a través de un proceso de negociación colectiva (Melucci 1996).

Asimismo, se puede observar la presencia de una reflexión teórica sobre la relación entre reflexión y acción, investigación y política (Creed, et al. 2002; Melucci 1996). En este sentido, se resalta la importancia de la reflexión para la acción política (Creed, et al. 2002), así como la necesidad de una actitud autorreflexiva en procesos de investigación con movimientos sociales, en el sentido de una conciencia de las herramientas empleadas, la influencia del proceso de investigación en el campo estudiado y el carácter socialmente construido de los resultados (Melucci 1996).

Asimismo, se encuentran reflexiones explícitas sobre el rol de l*s investigador*s y personas entrevistadas (Creed, et al.; Melucci 1996). Se señala la importancia de una adopción de enfoques participativos, desde el interés compartido de romper la opacidad de la acción colectiva, teniendo en cuenta las diferencias no reducibles entre investigador*s y personas entrevistadas (Melucci 1996). Una investigación participativa sobre movimientos sociales debería, según la perspectiva de Melucci (1996), partir del carácter procesual del conocimiento, entendiendo la interacción entre participantes e investigador*s como "*an arena of responsibility*" (Melucci 1996: 396). En este proceso, se considera necesaria la renuncia de la persona investigadora a su posición de monopolio sobre el proceso de producción de conocimiento, partiendo de su entendimiento como un proceso circular y participativo (Melucci 1996).

Knowledge is not a mirror revealing in a linear way the causal chains that govern reality. Instead, it is a circular process of modeling (of its subjects) and self-modelling (of its instruments).
(Melucci 1996: 394)

Además, se señala la importancia de una mención explícita del propio punto de vista político por parte de l*s investigador*s, desde la consideración de que la renuncia a una objetividad ontológicamente imposible no disminuye la calidad de análisis (Creed, et al. 2002). Partiendo de la inexistencia de una validez neutral, se propone la conceptualización de la validez como resultado de un balance entre una validez *etic* (aceptación de los resultados por el mundo exterior) y una validez *emic* (aceptación de los resultados por el grupo investigado) (Creed, et al. 2002).

Respecto a la pregunta inicial, 'cómo conceptualizar el sujeto colectivo', la teoría de los movimientos sociales responde ante todo a través de diferentes propuestas metodológicas que se distinguen según el alcance y foco de análisis pretendido (Haunss 2004; Klandermans et al. 2002; Melucci 1996). En este sentido, Klandermans, Staggenborg y Tarrow (2002) diferencian

entre un estudio de las actitudes, sentimientos y acciones del actor individual a un nivel micro, para cuyo análisis se propone el uso de entrevistas semiestructuradas (Blee y Taylor 2002) o cuestionarios (Klandersmans y Smith 2002), así como un análisis de las estructuras internas de los grupos y su relación con otros movimientos a un nivel meso, bajo un uso de métodos como los estudios de casos (Snow y Trom 2006[1996]), el análisis de las estructuras de movilización (McCarty 2006[1996]) o el análisis de eventos de protesta (Koopmans y Rucht 2002, 2006[1996]). En el tercer nivel, el análisis del contexto macropolítico, se constata un uso de métodos como el análisis histórico (Clemens y Hughes 2002), el análisis de las oportunidades políticas (McAdam, et al. 2006[1996]; Tarrow 2006[1996]), el análisis de redes (Diani 2002) o el análisis comparativo de movimientos (Della Porta 2006[1996]). Según Klandersmans y Smith (2002), el análisis de los marcos interpretativos (Benford y Snow 2000; Creed, et al. 2002; Johnston 2002; McAdam, et al. 2006[1996]; Snow y Benford 1988) se puede situar en diferentes niveles, desde un análisis micro de los marcos interpretativos de activistas individuales, hasta un nivel meso de análisis de los discursos de grupos y organizaciones.

A modo general, en la investigación actual sobre movimientos sociales se constata una pluralidad de métodos empleados (Klandermans y Staggenborg 2002), así como una tendencia hacia la combinación de diferentes enfoques teóricos (McAdam, et al. 2006[1996]) y triangulación de métodos, bajo una preferencia de los enfoques de alcance medio (Klandermans, et al. 2002), así como una presencia creciente de enfoques comparativos (Della Porta 2006[1996]; Klandermans y Smith 2002; Klandermans, et al. 2002).

Della Porta (2006[1996]) señala la relevancia de enfoques comparativos como una posibilidad de identificar, a través de la comparación, los principios generales de la acción social y sus dinámicas subyacentes, mediante metodologías como el análisis de acciones de protesta o el estudio de casos (Klandermans, et al. 2002). Dentro de los enfoques comparativos, distingue entre una comparación entre movimientos o una comparación de un mismo movimiento social en diferentes lugares y momentos históricos (Della Porta 2006[1996]; Klandersmans y Smith 2002), con una menor presencia de diseños comparativos que incluyeran las tres dimensiones, la comparación entre movimientos, lugares y momentos temporales diferentes (Klandersman y Smith 2002). En la tercera dimensión de una investigación comparativa de los movimientos sociales, la dimensión temporal, se analiza el desarrollo histórico y la aparición de ciclos de movilización y desmovilización dentro de un movimiento social (Benford y Snow 2000; Della Porta 2006[1996], 2014; McAdam 2006[1996]; Snow y Benford 1988).

Como un aspecto relevante para la realización de estudios comparativos se señala la adopción de un marco teórico, así como la revisión de la comparabilidad de las variables elegidas (Della Porta 2006[1996]).

A main problem for a comparativist is in fact to define *what* is comparable, or, to put it better, *in what regard* two or more objects are comparable.
(Della Porta 2006[1996]: 294)

Para el futuro de los enfoques comparativos, Della Porta (2006[1996]) predice un mayor foco en las consecuencias de los movimientos sociales, a diferencia de un énfasis en el análisis de sus causas en el pasado, así como la relevancia creciente de redes transnacionales que cuestionan la comparación nacional hasta ahora usada.

3.4.2. El giro participativo y colaborativo

Lincoln y Denzin (2005) presentan el giro participativo como octavo y noveno momento en el desarrollo de la investigación cualitativa actual, surgido en consecuencia de una crisis de legitimidad, interpretación y representación. Según su análisis, el giro participativo produce una reorientación de la investigación hacia objetivos políticos y formas de producción del conocimiento participativas y comunitarias. En este sentido, los enfoques participativos se conciben como consecuencia de un momento posmoderno y postestructuralista (Lincoln y Denzin 2005). En cambio, otr*s autor*s definen los enfoques participativos como herencia de una línea de pensamiento crítica posmarxista que parte de la Teoría Crítica de la Escuela de Francfort y la Pedagogía del Oprimido de Freire y encuentra su continuidad en las teorías críticas actuales (Alberich 1998; Heron y Reason 2002; Kemmis y McTaggart 2005; Moreno Pestaña y Espadas Alcázar 2008). Como otras referencias teóricas relevantes para el desarrollo de los enfoques participativos se nombran las teorías de complejidad, creatividad y dinámicas de grupo (Rodríguez Villasante 2006; Rodríguez Villasante, Montañés y Martí 2000).

Dentro de la investigación participativa, se pueden distinguir diferentes enfoques que varían respecto al grado de participación de los actores sociales y el rol de la persona investigadora, entre ellos la encuesta y co-investigación obrera, el análisis institucional, la investigación-acción participativa (IAP), la planificación estratégica situacional y la investigación militante⁸³. Dentro de los diferentes enfoques de investigación participante, se pueden encontrar reflexiones epistemológicas y metanalíticas.

Desde la inquietud de encontrar posibilidades de una mayor participación de los grupos activistas en el proceso de investigación y las propuestas metodológicas relacionadas con una investigación desde el contexto activista, revisé las aportaciones metodológicas de la investigación-acción participativa y de la investigación o etnografía militante.

3.4.2.1. Investigación-acción participativa: *"Research that produces nothing but books will not suffice"*⁸⁴

La investigación-acción participativa (IAP) ha sido descrita como un enfoque emancipatorio, crítico, participativo, reflexivo, dialéctico, situacional y colaborativo, en el que se relaciona el fin de una adquisición de conocimientos con el objetivo de cambio social (Moreno Pestaña y

⁸³ Para resúmenes de diferentes tipos de investigación participativa, véase Fals Borda 1972, 2002; Kemmis y McTaggart 2005; Malo 2004; Rodríguez Villasante 2006.

⁸⁴ Fuente de la cita: Lewin 1948: 203.

Espadas Alcázar 2008; Heron y Reason 2002; Kemmis y McTaggart 2005; Malo 2004; Reason y Bradbury 2002).

Como características centrales, se nombra la autoría compartida, la focalización en un análisis de los problemas sociales propios de un contexto comunitario, la interacción entre momentos de análisis y acción social, así como la participación activa de l*s agentes comunitari*s en todas las fases del proceso, incluyendo la fase de diseño, trabajo de campo, análisis, redacción, difusión y evaluación de resultados (Kemmis y McTaggart 2005).

Three particular attributes are often used to distinguish participatory research from conventional research: shared ownership of research projects, community-based analysis of social problems, and an orientation toward community action.
(Kemmis y McTaggart 2005: 560)

A modo histórico, los orígenes de la IAP se sitúan en Lewin (1948) y su actividad en el Instituto de Tavistock en los años 40 (Alberich 1998; Heron y Reason 2002; Kemmis y McTaggart 2005; Moreno Pestaña y Espadas Alcázar 2008; Reason y Bradbury 2002). Al mismo tiempo, se nombra como precursor la obra de Moreno creada en los años 30 (Kemmis y McTaggart 2005). Lewin (1948) define la investigación-acción participativa como *"a comparative research on the conditions and effects of various forms of social action and research leading to social action"*, resaltando que *"[r]esearch that produces nothing but books will not suffice"* (202-203).

Fals Borda (1972, 2002) describe el proceso histórico de elaboración de la metodología de investigación participativa en el contexto latinoamericano de los años 70 desde un cuestionamiento de los elementos de colonialización y dominación en la práctica científica y el pensamiento de l*s investigador*s, así como la necesidad de vinculación de la práctica de investigación con la acción social a través de una metodología participativa, democrática y horizontal.

Dentro de los escritos teóricos sobre IAP, se pueden encontrar diferentes reflexiones sobre el rol de l*s investigador*s y la necesidad de una actitud autorreflexiva en el proceso de investigación. En este sentido, se señala que la separación entre sujeto / objeto, teoría / práctica, subjetividad / objetividad, propia de un paradigma positivista, debe ser sustituida por una relación nueva entre investigador*s y participantes (Fals Borda 2002; Malo 2004; Moreno Pestaña y Espadas Alcázar 2008), caracterizada por una reciprocidad simétrica y construcción colectiva de conocimientos y capacidades (Kemmis y McTaggart 2005).

Otro elemento fundamental de la IAP es la ruptura con la relación sujeto (investigador) - objeto (investigado) característica de la investigación sociológica clásica: a partir del reconocimiento de la potencia de acción de todo sujeto social, se busca producir un proceso de *coinvestigación*, en el que distintos sujetos, con saberes-hacer diversos, se relacionan según criterios éticos.
(Malo 2004: 32-33)

La existencia de múltiples formas de conocimiento, incluyendo los conocimientos no expertos, relacionales y reflexivos, los conocimientos indígenas, así como tradiciones orales y

formas de memoria colectiva, encuentra un reconocimiento específico (Denzin 2005; Fals Borda 2002; Park 2002; Reason y Bradbury 2002; de Sousa Santos 2004, 2009).

Boaventura de Sousa Santos (2004) propone la investigación-acción participativa como una metodología afín con el desarrollo de una ecología de saberes y análisis autorreflexivo de instituciones académicas, relacionado con un proceso de cambio enfocado al cuestionamiento de procesos de colonialización y exclusión de saberes.

La investigación-acción y la ecología de saberes son campos de legitimación de la universidad que trascienden la extensión, en tanto actúan al nivel de ésta como al nivel de la investigación y de la formación. La investigación-acción consiste en la definición y ejecución participativa de proyectos de investigación involucrando a las comunidades y a las organizaciones sociales populares, de la mano de problemas cuya solución puede beneficiarse de los resultados de la investigación.
(de Sousa Santos 2004: 68)

Como capacidades relevantes de l*s investigador*s en un proceso de IAP se nombra una subjetividad crítica, presencia, apertura, congruencia, capacidad de implicarse y reconocer los propios límites (Heron y Reason 2002), así como una capacidad de escuchar, enfocar la actividad, atribuir metodologías, canalizar preguntas, estimular el diálogo, pensar de forma sistémica y aportar perspectivas críticas (Wadsworth 2002).

Contra una conceptualización de la persona investigadora como individuo, la IAP centra su atención en la idea de lo colectivo, en el sentido de comunidades de prácticas y procesos de capacitación colectiva (Kemmis y McTaggart 2005). Wadsworth (2002) habla de la importancia de un cambio del “we” majestuoso, utilizado en la investigación tradicional, hacia un “*achieved we*” (Wadsworth 2002: 420) en la propia práctica de investigación. De forma análoga, Rodríguez Villasante (2006) destaca que utiliza el ‘nosotr*s’ para hacer referencia a una red de grupos que colaboran en proyectos de investigación participativa (“*El plural significa equipo, y en este caso red de equipos, y de las complicidades que son necesarias para seguir viviendo creativamente*”, Rodríguez Villasante 2006: 17).

Asimismo, se reflexiona sobre los efectos de un proceso de elaboración colectiva de conocimiento en la subjetividad de sus actores, partiendo de la idea de que “*la coproducción de conocimiento crítico genera cuerpos rebeldes*” (Malo 2004: 35).

La investigación-acción participativa se entiende como un método que combina una actividad autorreflexiva sobre las prácticas colectivas con la acción de transformación social (Kemmis y McTaggart 2005).

Esta autorreflexión requiere no solo una reflexión sobre las prácticas activistas, sino también un proceso reflexivo y dialógico acerca del uso de metodologías y del proceso de realización de la investigación-acción participativa, para impedir el establecimiento de relaciones de poder en su transcurso (Gaventa y Cornwall 2002). Como un riesgo potencial, se nombra una utilización de las técnicas de IAP en contextos institucionales con el objetivo de una canalización de la protesta social (Malo 2004).

El diseño de una IAP se describe como caracterizado por su carácter cíclico, en el sentido de un movimiento en espiral en el que se combinan fases de planificación – acción – observación – reflexión, bajo participación activa de los grupos sociales en todas las fases del proceso (Alberich 1998; Drummond y Themessl-Huber 2007; Heron y Reason 2002; Pestaña y Espadas 2008; Kemmis y McTaggart 2005; Rodríguez Villasante 2006; Rodríguez Villasante, et al. 2000). Este carácter cíclico ya se nombra en Lewin (1948) que habla de "*a spiral of steps, each of which is composed of a circle of planning, action, and fact-finding about the result of the action*" (206).

Según los autores revisados⁸⁵, el proceso de investigación-acción participativa comienza con el contacto con el grupo social, una primera fase de autodiagnóstico en forma de discusiones de grupo u otras técnicas grupales para identificar la temática a tratar, la creación de una comisión compartida entre investigador*s y participantes para negociar los objetivos y actividades, así como un proceso de trabajo de campo, seguido por la elaboración y evaluación de informes. En una segunda fase, se realiza un proceso de reflexión, búsqueda de consenso y trabajo de campo sobre aspectos concretos identificados. En un tercer momento de la espiral, todas las personas implicadas elaboran, en base al diagnóstico establecido, propuestas de cambio, creando un consenso sobre su puesta en práctica. El ciclo termina con la elaboración de una evaluación y de un informe final sobre los procesos de cambio realizados.

Los métodos grupales tienen especial relevancia en un proceso de IAP, asumiendo funciones de democratización, fomento del espacio público, mejora de lazos sociales, empoderamiento, capacitación colectiva y creación de comunidades de prácticas (Heron y Reason 2002; Kemmis y McTaggart 2005).

A lo largo de las últimas décadas, se puede observar el desarrollo de una amplia diversidad de técnicas grupales para las fases de detección de problemas, identificación de necesidades y elaboración de propuestas de mejora dentro del proceso cíclico de una investigación-acción participativa (Alberich, Arnanz, Basagoiti, et al. 2010; Fals Borda 2002; Rodríguez Villasante 2006). En el *Manual de Metodologías Participativas* (Alberich, et al. 2010), se presenta un conjunto de técnicas participativas utilizados en los procesos de IAP, entre otras el socio-drama, la técnica de deriva, DAFO (análisis de debilidades – amenazas – fortalezas – oportunidades), sociogramas, Philips 6/6, grupo nominal, diagnóstico rural participativo, árbol de problemas, flujogramas, matriz reflexiva o asamblea participativa. En otra publicación, Rodríguez Villasante (2006) aporta diferentes metodologías, entre ellas el socio-análisis institucional, los socio-dramas, el análisis de redes, los grupos operativos, flujo-gramas y planificación estratégica situacional, nombrando como referencias teóricas, entre otros, a Fals Borda, Freire, Guattari, Malthus, Maturana, Pichon-Rivière y de Sousa Santos. Asimismo, en el marco de las técnicas grupales utilizadas en los procesos de IAP se observa un empleo

⁸⁵ Alberich 1998; Drummond y Themessl-Huber 2007; Mienzakowski y Morgan 2002; Moreno Pestaña y Espadas Alcázar 2008; Kemmis y McTaggart 2005; Rodríguez Villasante, et al. 2000.

frecuente de métodos creativos como el teatro social, la fotografía o el vídeo (Heron y Reason 2002; Mienczakowski y Morgan 2002; Park 2002).

Como punto en común de estas técnicas diversas se puede nombrar el objetivo de servir de herramientas de trabajo para procesos grupales enfocados en la identificación de problemas, prioridades, necesidades y expectativas (Rodríguez Villasante 2006). A través de técnicas como los sociogramas, flujogramas, DAFO, árbol de ideas, grupos nominales o procesos de planificación estratégica situacional se crean representaciones gráficas bidimensionales para ordenar y clarificar las aportaciones de las personas participantes (Rodríguez Villasante 2006). En otras técnicas, como el sociodrama, Philips 6/6, la asamblea participativa o los grupos operativos, el diálogo verbal constituye el medio prioritario para la expresión y construcción grupal de opiniones, necesidades y propuestas, en algunos casos con apoyo de la dramatización o de los métodos creativos (Rodríguez Villasante 2006).

En las reflexiones metodológicas sobre el amplio campo de la investigación-acción participativa, se pueden encontrar también revisiones (auto)críticas de dificultades y riesgos (Callén, Balasch, Guarderas, et al. 2007; Kemmis y McTaggart 2005). En este sentido, se observa que dentro de la IAP, la iniciativa de la investigación sigue partiendo de un equipo de investigador*s y no del movimientos social o contexto comunitario, señalando la necesidad de un desarrollo de posibilidades para un intercambio más directo entre investigador*s y movimientos sociales (Kemmis y McTaggart 2005).

Callén, et al. (2007), en un proyecto de investigación participativa de orientación postestructuralista, señalan como desafío del enfoque colaborativo la dificultad de motivar a los grupos activistas a una participación activa en el proceso. Relatan como los miembros de un proyecto autoorganizado de software libre y tecnoactivismo en Barcelona, Riereta, estaban abiertos a servir como 'objetos de estudio' (*"nos encanta que nos observen"*, Callén, et al. 2007: s.p.), pero no hicieron, en un principio, apenas uso de la oferta de implicarse activamente como participantes en el proceso de diseño del proyecto de investigación. El equipo de autor*s habla de *"objetos rebeldes que se resisten a ser sujetos co-investigadores"* (Callén, et al. 2007: s.p.). En cambio, los miembros de Riereta proponen al equipo investigador participar en las actividades del colectivo. En este proceso, el formato inicial de co-investigación se convierte en un proceso de colaboración mutua que l*s autor*s nombran *"articulación"* y *"etnografía performativa"* (Callén, et al. 2007: s.p.), realizado bajo la creación de una plataforma virtual en la que los productos de la investigación (artículos, debates, notas) se van construyendo en un proceso colectivo.

Los límites presentes en los procesos de IAP respecto al lugar de surgimiento y grado de participación, dirigió mi interés hacia otros formatos de investigación colaborativa, entre ellos la investigación y etnografía militante.

3.4.2.2. Investigación y etnografía militante: *"Producir un cuerpo de saberes prácticos de contrapoder"*⁸⁶

Mientras en la investigación-acción participativa aún se mantiene una diferenciación entre investigador*s y agentes sociales que participan en el desarrollo de investigación, la investigación o etnografía militante se describe como una investigación realizada desde y por los grupos activistas, surgida desde la vivencia de un malestar social (Shukaitis y Graeber 2007). Se puede observar una utilización análoga de ambos términos (investigación y etnografía militante)⁸⁷.

En este sentido, la *"militant ethnography"* se define como una *"politically engaged and collaborative form of participant observation carried out from within rather than outside grassroots movements"* (Juris 2007: 164). La investigación militante se describe como un *"proceso de reapropiación de nuestra capacidad de creación de mundos que, impulsado por una obstinada decisión militante a la que no le valen los a-prioris, los deber-ser, los modelos (nuevos ni viejos), interroga, problematiza y empuja lo real a través de una serie de procedimientos concretos"* (Precarias a la Deriva 2004: 92).

La investigación / etnografía militante parte de las críticas presentes en el ámbito activista respecto a las formas de transmisión de saber propias de los espacios académicos, proponiendo una producción de conocimientos desde los espacios activistas y desarrollo de propuestas para vincular teoría y práctica (Malo 2004).

Como objetivos de una investigación militante se nombra, por un lado, el uso de la herramienta activista para la lucha contra un mundo neoliberal (Casas-Cortés y Cobarrubias 2007), en el sentido de *"producir un cuerpo de saberes prácticos de contrapoder"* (Colectivo Situaciones 2003: s.p.). Asimismo, la etnografía militante se desarrolla con el objetivo de servir como proceso de reflexión colectiva sobre prácticas, estrategias y procesos de decisión dentro del movimiento activista, la interrelación con otras redes y grupos activistas, así como el contexto sociopolítico más amplio (Juris 2007).

En este sentido, la investigación / etnografía militante adquiere un carácter intrínsecamente autorreflexivo, en el sentido de un análisis de las propias experiencias para próximas acciones, bajo el objetivo de *"generar una capacidad de las luchas de leerse a sí mismas"* (Colectivo Situaciones 2003: s.p.).

De allí que esta actividad no pueda existir sino a partir de un trabajo muy serio *sobre* el *colectivo* mismo de investigación; es decir, no puede existir sin investigarse seriamente a sí mismo, sin modificarse, sin reconfigurarse en las experiencias de las que toma parte, sin revisar los ideales y valores que sostiene, sin criticar permanentemente sus ideas y lecturas, en fin, sin desarrollar prácticas tanto hacia todas las direcciones posibles.
(Colectivo Situaciones 2003: s.p.)

⁸⁶ Fuente de la cita: Colectivo Situaciones 2003: s.p.

⁸⁷ Como ejemplos de proyectos de investigación / etnografía militante en el contexto castellanohablante y francófono se pueden nombrar: Colectivo Situaciones (2003, 2004), hackitectura.net, Precarias a la Deriva (2004), riereta.net (Callén, et al. 2007), Université Tangente y Bureau d'Etudes.

Indeed, contemporary anti-corporate globalization movements are uniquely self-reflexive, as activists produce and distribute their own analyses and reflections through global communications networks.
(Juris 2007: 164)

Como una característica relevante de la etnografía militante se nombra la ruptura de la división entre persona investigadora – persona investigada mediante la realización de la investigación por el grupo activista sobre sus propias prácticas (Juris 2007).

El Colectivo Situaciones propone el término de "*militante investigador*" (Colectivo Situaciones 2004: 93), describiendo su rol como el de "*desarrollar una labor teórica y práctica orientada a coproducir los saberes y los modos de una sociabilidad alternativa, a partir de la potencia de estos saberes subalternos*" (Colectivo Situaciones 2003: s.p.), caracterizado por una actitud de "*no saber*", en el sentido de "*un personaje hecho de interrogaciones*" (Colectivo Situaciones 2003: s.p.) En este sentido, la "*militancia de la investigación*" se entiende como "*la experiencia de quien investiga*" sino "*la producción de un(os) encuentro(s) sin sujeto(s) o, si se prefiere, de un(os) encuentro(s) que produce(n) sujeto(s)*" (Colectivo Situaciones 2004: 96). No se pretende establecer un 'objeto' de investigación, en este sentido "[I]a *investigación militante*, tal como la desarrollamos, carece de *objeto*" (Colectivo Situaciones 2003: s.p.).

Como otra característica, se puede nombrar la sustitución de la autoría individual por una producción de conocimiento grupal, mediante la creación de colectivos de investigación-acción que surgen desde la intersección entre espacios activistas y académicos (Colectivo Situaciones 2003, 2004; Precarias a la Deriva 2007), en el sentido de un relevo del "*sujeto que sabe y explica*" por la experiencia colectiva, entendida como capacidad de "*reconocerse como múltiple de una multiplicidad*" (Colectivo Situaciones 2004: 107).

En las autodescripciones de los proyectos nombrados se pueden observar diferentes modalidades de procedencia y prioridades diferenciadas respecto al polo de investigación o acción (Colectivo Situaciones 2004; Precarias a la Deriva 2007).

Nosotras habíamos encontrado una pregunta: *¿Cuál es tu huelga?* Más allá de las interpretaciones del mundo de cada una, esa pregunta organizó nuestra trayectoria común. Esa pregunta dio origen a *Precarias a la deriva*. Ciertamente: no veníamos desnudas. Lecturas y experiencias políticas (obreristas, feministas, *okupas*, antirracistas...) habían labrado el cuerpo de muchas de nosotras.
(Precarias a la Deriva 2007: 82)

Por razones muy complejas —y suponemos muy frecuentes—, hacia fines de la década de 1990, un grupo de compañeros comenzamos a revisar lo que había sido —y aún era— nuestra experiencia conjunta, y encontramos dos cuestiones con las que saldar cuentas: de un lado, el *compromiso militante* como elemento directamente político y la eficacia de nuestra experiencia de entonces; por otra parte, nuestro *vínculo con la universidad* y los procesos de generación de conocimiento. Esta doble problematización es un buen punto de partida. El grupo, entonces, se desarrolla revisando esta doble faz de su existencia: aquella que surgía de revisar la propia práctica militante, y aquella otra que se preguntaba por los modos en que la práctica política se vincula «desde adentro» con la producción de saberes efectivos.
(Colectivo Situaciones 2004: 97)

Desde la necesidad de analizar los procesos activistas desde su carácter complejo, interrelacionado y cambiante, se proponen diferentes técnicas específicas, entre ellas el método cartográfico, la deriva y la realización de taller y asambleas. La actividad de construir “*cartografías en proceso*” se describe desde el objetivo de “*intervenir en lo real, y acaso transformarlo*”, en el sentido de un esbozo de “[*m*]apas para orientarnos y movernos sobre un paisaje de relaciones y dispositivos de dominación en acelerada mutación” y “*mapas que nos ayuden a situarnos en este paisaje hipersegmentado, a definir un punto de partida y de decantación, un lugar donde producción de conocimiento y producción de subjetividad converjan en la construcción de lo común, sacudiendo lo real*” (Malo 2004: 14). Asimismo, se señala como característica de los procesos de construcción de mapas su formato no textual y no gramatical, la posibilidad de su construcción colectiva, así como su dimensión procesual y abierta a modificaciones (Casas-Cortés y Cobarrubias 2007).

Como otra técnica utilizada por la investigación militante se nombra, en cercanía con la propuesta situacionista (Debord 1958), la deriva, entendida como actividad de recorrido del espacio metropolitano con el objetivo de conocer la realidad a analizar y de realizar una actividad de registro mediante grabaciones, fotografías o vídeos (Precarias a la Deriva 2004).

Primer procedimiento: la *deriva*. En lugar de sentarnos a hablar de manera estática, elegimos movernos, recorrer los circuitos de la precarización urbana como tantas veces nos toca hacer en nuestro cotidiano, pero esta vez no hacerlo en solitario, sino juntas, contándonos unas a otras la materialidad de nuestras precariedades, rastreando sus marcas en el espacio metropolitano, encontrando e interpellando a otros cualquiera. (Precarias a la Deriva 2004: 84)

Los talleres o asambleas constituyen otra técnica dentro de la investigación militante (Colectivo Situaciones 2004; Precarias a la Deriva 2004), realizados con el objetivo de “*detectar problemas comunes, a identificar puntos de potencia, a trazar a partir de ellos hipótesis de trabajo*” (Precarias a la Deriva 2004: 86). Como una característica de estos talleres se nombra su formato abierto, en el que la “*(in)decisión productiva*”, en el sentido de un “no saber *de antemano cómo se atravesarán todas estas cuestiones*” se utiliza como método (Colectivo Situaciones 2004: 100).

Materialmente la investigación militante se desarrolla bajo las formas del *taller* y la lectura colectiva, de la producción de las condiciones para el pensar y la difusión de textos productivos, en la generación de circuitos fundados en experiencias concretas de lucha, con el estudio y entre núcleos de militantes investigadores. (Colectivo Situaciones 2003: s.p.)

En reflexiones autocríticas sobre la etnografía militante, se señala el desafío de asegurar el carácter colaborativo no solo en el momento de trabajo de campo, sino también en los procesos de escritura y distribución (Juris 2007).

En este sentido, los colectivos de investigación militante resaltan que los procedimientos utilizados no constituyen técnicas que se pudieran utilizar a modo de recetas (“*Lo importante no es tanto elegir un instrumento u otro, sino ver qué es lo que ese instrumento produce, qué modificaciones genera, a dónde nos lleva, la trayectoria que en la*

repetición y declinación de su uso va trazando”, Precarias a la Deriva 2004: 88). Además, se señala que “no hay ‘procedimientos’ fuera de la situación” (Colectivo Situaciones 2004: 102).

El proceso colectivo de construcción de conocimientos parte de un reconocimiento de su carácter transitorio y efímero, planteando la pregunta “¿Cómo se construye un nosotros del pensamiento, por más transitorio que éste sea? ¿Cómo se traza un plano común como condición, aunque sea más o menos efímera, de una producción conjunta?” (Colectivo Situaciones 2004: 103).

3.5. Recorridos por la ética de la investigación

La libertad es la condición ontológica de la ética. Pero la ética es la forma reflexiva que adopta la libertad.
(Foucault 1994[1984]: 396)

Puedo identificar otra dimensión presente en mis reflexiones sobre el proceso de investigación: El abordaje de los aspectos éticos.

La preocupación por la dimensión ética estaba estrechamente relacionada con las dudas sobre mi propio rol investigador, la legitimidad y utilidad social de la actividad de investigación y el abordaje de dinámicas de poder, reproducción de desigualdad y patologización en la situación de entrevista. En este sentido, mi preocupación no se dirigía tanto al cumplimiento de requisitos éticos formales, como la realización de un proceso de Consentimiento Informado, sino a las dificultades y desafíos inherentes a la adopción de una práctica ética reflexiva y procesual, presente en todas las fases del proyecto, así como los planteamientos éticos relacionados con la dimensión epistemológica de la práctica de investigación y el rol investigador.

La vivencias de estas dudas éticas, así como mi propia formación y actividad profesional en enfoques relacionados con la bioética, la ética de la investigación en Salud Pública, el marco de Derechos Humanos y las perspectivas de ciudadanía⁸⁸ constituyeron puntos de partida para el acercamiento al debate teórico sobre la ética de la investigación. En la profundización en el debate sobre enfoques de ética reflexiva, participativa y colectiva encontré reflexiones que me ayudaron a entender y conceptualizar experiencias y dificultades vividas en el proceso de elaboración de la presente tesis doctoral. En este debate, pude identificar una estrecha interrelación entre perspectivas de ética de la investigación, reflexividad y Derechos Humanos, enfoques que a su vez adquieren relevancia en el análisis del campo discursivo sobre despatologización trans* (capítulos II, 3.4 y III).

⁸⁸ Azarola, Pérez, Prieto, Suess, et al. 2008; Barrio, Simón, Sánchez, et al. 2009; Bono del Trigo, et al. 2012; EUPHA Section Ethics in Public Health y Suess 2015; March, Prieto, Suess, et al. 2006; March, Suess, Prieto, et al. 2006; Prieto, Escudero, Suess, et al. 2011; Prieto, Suess, Azarola, et al. 2008; Prieto, Suess, March, et al. 2011; Prieto, Suess, March, et al. 2011; Simón, Barrio, Sánchez, et al. 2007; Suess 2002, 2011a, 2011d, 2014, 2015; Suess, et al. 2014b; 2015; Suess, Prieto, March, et al. 2006.

3.5.1. Dudas éticas

En la primera fase del proyecto de tesis, utilicé un proceso de Consentimiento Informado en las entrevistas individuales y grupales, en el sentido de una fase de información verbal y por escrito sobre el proyecto, los objetivos y métodos, así como la firma de un formulario de consentimiento por parte de l*s participantes, siguiendo un enfoque de ética de la investigación cualitativa que adapta los principios de declaraciones internacionales sobre ética de la investigación al ámbito de la investigación cualitativa (Barrio y Simón 2006).

Sin embargo, en la realización de este proceso, tanto en una fase temprana de la presente tesis doctoral, como en otros proyectos de investigación cualitativa en los que participé a lo largo de los últimos años⁸⁹, me encontré con diferentes dificultades. Las personas entrevistadas concibieron el requisito de firma del Consentimiento Informado como un elemento de control, a modo de una protección legal para la persona investigadora, en vez de un ejercicio de su derecho de información y consentimiento. Dentro de la situación interaccional de la entrevista, la firma del Consentimiento Informado producía un elemento de distorsión e interrupción de un proceso de establecimiento de una atmósfera de confianza, especialmente en caso de personas que habían tenido experiencias previas traumáticas con procesos de firma de documentos o se encontraban en una situación de irregularidad administrativa. Intentaba responder a esta reacción con una explicación de las razones y características del Consentimiento Informado, en el sentido de un proceso realizado con el objetivo de tener en cuenta los derechos de las personas entrevistadas. Ante la reacción de desconfianza por parte de mis interlocutor*s, algunas veces me observé utilizando un tono de distancia irónica, describiendo la firma del formulario de Consentimiento Informado como un trámite a cumplir.

En una revisión de la bibliografía sobre ética de la investigación cualitativa, encontré múltiples referencias a la procedencia histórica del modelo actual de Consentimiento Informado (capítulo I, 3.5.2), una discusión amplia sobre sus ventajas y límites (capítulo I, 3.5.3), así como la propuesta de modelos alternativos (capítulo I, 3.5.4). En las reflexiones sobre la aplicabilidad del modelo de Consentimiento Informado al ámbito de la investigación social cualitativa y antropológica, sus límites y contratiempos, pude identificar un reflejo de mi experiencia vivida en los procesos de trabajo de campo en los que había participado.

3.5.2. Proceso de surgimiento de la ética de la investigación contemporánea

En el debate epistemológico actual sobre la investigación social, se habla de un giro ético, en el sentido de una creciente tendencia a considerar los aspectos éticos como parte primordial del proyecto de investigación, un proceso que se relaciona con un cuestionamiento posmoderno de

⁸⁹ Azarola, et al. 2008; March, Prieto, Danet, et al. 2012; March, Prieto, Suess, et al. 2006; March, Suess, Prieto, Escudero, Nebot, et al. 2006; Prieto, Escudero, Suess, et al. 2011; Prieto, Suess, March, et al. 2011; Prieto, Suess, March, Escudero, et al. 2011; Prieto, Suess y March 2005; Prieto, Suess, Ruiz, et al. 2008; Simón, et al. 2007; Suess, et al. 2006, 2014a, 2014b, 2015.

la objetividad y neutralidad científica (Christians 2005, 2007; Denzin y Lincoln 2005; Edwards y Mauthner 2002; Olesen 2005).

La historia de la ética de investigación contemporánea sitúa su punto de partida en el intento de regulación de la investigación biomédica en consecuencia de la observación de abusos en su práctica a lo largo del siglo XX (Barrio y Simón 2006; Christians 2005, 2007; Denzin y Giardina 2007). En este sentido, el descubrimiento de los crímenes cometidos por el nacionalsocialismo con fines médico-investigadores llevó, en el marco de los *Juicios de Nuremberg*, a la elaboración del así llamado *Código de Nuremberg* (1947). En el año 1964, la *American Medical Association* publicó la *Declaración de Helsinki – Principios éticos para las investigaciones médicas con seres humanos* (AMM 2013[1964]).

Sin embargo, estas regulaciones no pudieron impedir la continuación de abusos en proyectos de investigación clínica, en el sentido de métodos encubiertos y daños resultantes para l*s participantes, como muestra un artículo publicado en 1966 en el *New Journal of England* (Beecher 1966), así como la publicación de casos como el de Willowbrook (Goldby 1971) y Tuskegee (Hellert 1972). En el ámbito de las Ciencias Sociales, se citan como ejemplos de una práctica de investigación basada en la decepción y el encubrimiento de sus objetivos el experimento de Milgram (1963), el uso de estrategias encubiertas en el *tearoom study* de Humphreys (1970) o los experimentos de la CIA con LSD (ACHRE 1995)⁹⁰.

La observación de una práctica de abusos en la investigación clínica llevó en el ámbito norteamericano a la elaboración del *Informe Belmont* (NCPHSBBR 1979) que se convirtió en texto de referencia para los Comités de Ética de la Investigación que, a partir de los años 80, regulan en el contexto de los EE.UU. la investigación biomédica con participación humana (Christians 2005, 2007; Lincoln 2005; Schwandt 2007). El *Informe Belmont* parte de tres principios éticos fundamentales: El respeto a las personas, la beneficencia y la justicia. En el mismo año, Beauchamp y Childress (1999[1979]) publicaron el libro *Principles of Biomedical Ethics*, ampliando los tres principios nombrados en el *Informe Belmont* a cuatro: Autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

A continuación, estos cuatro conceptos se convertirían en los principios básicos no solo de la ética de investigación, sino de la bioética contemporánea en general (Gracia 1998). Como otro documento internacional relevante se pueden nombrar las *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*, publicadas por *CIOMS, Council for International Organizations of Medical Sciences*, en colaboración con la OMS, Organización Mundial de la Salud (CIOMS 2002). En el contexto europeo, el Consejo de Europa aprobó en 1997 el así llamado '*Convenio de Oviedo*', *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* (*Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina*) (Consejo de Europa 1997),

⁹⁰ Para un análisis de prácticas de abusos éticos en el ámbito de las Ciencias Sociales, véase Christians 2005, 2007; Denzin y Giardina 2007; Lincoln y Cannella 2007; Punch 1994.

ratificado por el Gobierno de España (1999). Además, la *Declaración de Helsinki* es sujeta a un proceso continuado de revisión y actualización, con la revisión más actual aprobada en 2013 en la 64ª Asamblea General de la *Asociación Médica Mundial* (AMM 2013[1964]).

Aunque pensada en sus inicios para el ámbito de la investigación biomédica con medicamentos, la práctica de un procedimiento de aprobación de los proyectos de investigación a través de Comités de Ética de la Investigación se estableció en el ámbito anglosajón no solo en caso de los ensayos clínicos, sino también en el contexto de las Ciencias Sociales, regulada a través de guías de éticas de investigación aprobadas por asociaciones profesionales⁹¹. En el contexto español, mientras la regulación ética de los ensayos clínicos con medicamentos constituye una obligación legal⁹², aún no existe una aplicación homogénea de los procesos de revisión de aspectos éticos en la investigación social. Al mismo tiempo, se observa una creciente práctica de revisión de los protocolos de investigación social por Comités de Ética de la Investigación⁹³.

En la bibliografía reciente, se puede encontrar una amplia discusión de ventajas y límites del modelo de Consentimiento Informado, así como propuestas de enfoques alternativos, entre ellos perspectivas de ética reflexiva, ética comunitaria y participativa, así como ética de la investigación en Salud Pública.

3.5.3. El modelo de Consentimiento Informado

El Consentimiento Informado en investigación comprende un proceso de información sobre los objetivos, temáticas y métodos del proyecto de investigación dirigido a las personas participantes, incluyendo la explicación del carácter voluntario y renunciante de la participación y la firma de un documento de Consentimiento Informado (Barrio y Simon 2006; Birch, Miller, Mauthner, et al. 2002; Denzin y Giardina 2007; Emanuel, Wendler y Grady 2000). Desarrollado en un principio en el ámbito de la investigación clínica y específicamente en caso de los ensayos clínicos, su aplicación se extendió al ámbito de las Ciencias Sociales, incluyendo al contexto de

⁹¹ Una revisión de este proceso de implementación se puede encontrar, entre otros, en Boser 2007; Christians 2005, 2007; Koro-Ljungberg, Gemignani y Brodeur 2007; Lincoln 2005; Schwandt 2007.

⁹² Un resumen del marco legal sobre ensayos clínicos con medicamentos de uso humano en el ámbito español, incluyendo las leyes, decretos, órdenes y resoluciones vigentes, se puede consultar en la página web del [Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad](#).

⁹³ En Andalucía, el establecimiento de Comités de Ética de la Investigación en el Sistema Sanitario Público está regulado por el [Decreto 439/2010, de 14 de diciembre, por el que se regulan los órganos de ética asistencial y de la investigación biomédica en Andalucía](#). Aunque su función de revisión y aprobación de protocolos de investigación se dirige ante todo al ámbito de la investigación clínica, en los últimos años asumen también la revisión ética de protocolos de investigación social en salud. En el ámbito académico, se puede observar el establecimiento de Códigos de Buenas Prácticas, Recomendaciones y Comités de Ética de la Investigación, como, a modo de ejemplo, en la Universidad de Granada ([Código de Buenas Prácticas en Investigación de la Universidad de Granada](#), [Recomendaciones de Buenas Prácticas del Vicerrectorado de Investigación y Transferencia](#) y [Comités de Ética de la Investigación](#)) y Escuela Andaluza de Salud Pública ([Código Ético de la EASP](#) y documentos de recomendaciones del [Comité Institucional de Ética](#), entre ellos [La ética de la investigación y la publicación científica en la EASP. 25 recomendaciones](#)).

la investigación cualitativa y antropológica (Barrio y Simon 2006; Birch, et al. 2002; Denzin y Giardina 2007).

En relación a la investigación clínica, Emanuel, Wendler y Grady (2000) sitúan su aplicación en el marco de siete principios, incluyendo 1. El valor clínico o científico, en el sentido de una mejora de la salud o del conocimiento, 2. La validez científica, 3. La selección equitativa de participantes, 4. El balance favorable de riesgos – beneficios, 5. La evaluación independiente, 6. El Consentimiento Informado, comprendiendo una información exhaustiva sobre el proyecto de investigación y firma de un formulario de Consentimiento Informado, así como 7. El respeto de las personas participantes, incluyendo la protección de privacidad, posibilidad de retirar el consentimiento y supervisión de su bienestar.

Dentro de diferentes modelos éticos, la aplicación de un modelo de Consentimiento Informado a la investigación social cualitativa se describe situada en el cruce entre una ética deontológica, basada en principios, y una ética utilitarista que parte de un balance entre daños y beneficios (Birch, et al. 2002; Denzin y Giardina 2007).

En la bibliografía revisada, se puede encontrar un debate con posiciones contrapuestas respecto a la conveniencia de la aplicación de un modelo de ética de la investigación desarrollado en el contexto clínico al ámbito de la investigación social.

Barrio y Simón (2006) apoyan una aplicación de los principios de una ética de investigación clínica al campo de la investigación social cualitativa. Según su valoración, la investigación cualitativa, a pesar de su consideración como *"tecnología blanda o humanista"* (418), puede encerrar riesgos potenciales para las personas participantes. En consecuencia, Barrio y Simón (2006) desarrollan una aplicación de los siete principios éticos elaborados por Emanuel, et al. (2000) al ámbito de la investigación cualitativa. En este sentido, resaltan la importancia de un interés científico y social de la investigación, así como la garantía de su validez interna y externa, teniendo en cuenta las características específicas de la metodología cualitativa (Barrio y Simón 2006). Respecto a la relación riesgo-beneficio, destacan la importancia de asegurar la pertinencia, evitar el riesgo de vulnerabilidad emocional, cuidar la presentación fidedigna de los resultados, asegurar la transparencia respecto a conflictos de intereses y evitar una confusión de roles investigadores y psicoterapéuticos. En relación al proceso de Consentimiento Informado, hacen referencia a la relevancia de su consideración como requisito ético y jurídico básico y su entendimiento como un proceso abierto, no limitado al momento de firma, incluyendo un proceso de información verídica y no sesgada y garantía de la voluntariedad del consentimiento. Partiendo del entendimiento del principio de Consentimiento Informado como un valor universal y Derecho Humano, Barrio y Simón (2006) señalan la posibilidad de su adaptación cultural al contexto social, político y económico en el que se inserta. Asimismo, hacen referencia al principio de respeto por las personas participantes, incluyendo la protección de su intimidad y confidencialidad, la importancia de la realización de una evaluación independiente y selección equitativa de las personas

participantes, evitando la sobre-utilización de grupos de población en situación de vulnerabilidad social (Barrio y Simón 2006).

A diferencia de esta valoración positiva de la aplicabilidad de la práctica de Consentimiento Informado al ámbito de la investigación cualitativa, en el ámbito anglosajón⁹⁴ se pueden constatar cuestionamientos de la aplicabilidad de un modelo ético de procedencia clínica, centrado en el Consentimiento Informado, al ámbito de la investigación cualitativa sociológica y antropológica, acompañados por la crítica de una creciente institucionalización de los procesos de aprobación de los proyectos de investigación a través de Comités de Ética de la Investigación. Además, se pueden observar críticas expresadas desde el marco de la investigación en Salud Pública (Buchanan y Miller 2006; Verweij y Dawson 2009; Willison, Ondrusek, Dawson, et al. 2014).

Sus crític*s resaltan que las características del trabajo de campo en la investigación cualitativa sociológica o antropológica, entendido como un proceso abierto, contextual, relacional, corporizado y politizado que puede incluir modificaciones parciales de los objetivos y procedimientos de la investigación en función de la experiencia vivida en el campo, hace difícil el establecimiento único de un Consentimiento Informado cuyo formato muestra su procedencia del ámbito biomédico (Denzin y Giardina 2007; Sultana 2007; Thorne 2004). En este sentido, se señala que el modelo de Consentimiento Informado no se ajusta a las características de formatos participativos de la investigación cualitativa sociológica y antropológica (Christians, 2007; Denzin y Giardina 2007; Lincoln 2005), enfoques de investigación-acción participativa (Boser 2007) o investigación comunitaria participativa (Banks, Armstrong, Carter, et al. 2012).

One major reason for this, which Wax (1977) has emphasized, is that fieldworkers usually enter the field with an open ended sense of purpose; they tend to work inductively, and may shift interest and outlooks as the research proceeds; practical exigencies may force extensive change of plans. The very flexibility which is often cited as a major strength of field research poses obstacles for implementing a tight notion of informed consent, especially at the start of a research project.
(Thorne 2004: 162)

Además, se identifican diferentes lagunas en la práctica de Consentimiento Informado, entre ellas la falta de petición explícita de permiso para la fase de interpretación y edición, así como la ausencia de posibilidad de cuestionar la disposición a participar en un momento posterior en consecuencia de un acto de firma única (Alldred y Gillies 2002; Christians 2007). Roth (2005) describe una sensación de incomodidad con la situación de entrevista debida a una percepción de imposición de los objetivos de la investigación y un desequilibrio de beneficios, una incomodidad que, según su experiencia, no se resuelve con la firma de un Consentimiento Informado.

Each time I interviewed someone or asked someone to participate in research and then to think aloud about mathematical problems, I felt awkward, experiencing myself as imposing

⁹⁴ Alldred y Gillies 2002; Boser 2007; Cannella y Lincoln 2007; Christians 2005, 2007; Denzin 2005; Denzin y Giardina 2007; Glesne 2007; Guillemin y Gillam 2004; Koro-Ljungberg, et al. 2007; Lincoln 2005; Miller y Bell 2002; Roth 2005; Schwandt 2007; Sultana 2007; Thorne 2004.

something. I was asking for a favor, or more poignantly, I was asking for a gift, which is something I was taught that one does not ask for. This feeling of awkwardness about the imposition and the request for a gift has never left me, though my participants of all ages have been signing forms in which they consent to participation and although each day in the field I ask participants whether they continue to consent to participating.
(Roth 2005: s.p.)

Como otro riesgo de la regulación ética propia del modelo de Consentimiento Informado se identifica la presuposición del carácter universal de sus principios, sin tener en cuenta la existencia de sistemas de valores en contextos culturales diversos (Denzin 2005; Denzin y Giardina 2007; Glesne 2007), así como la ilusión de que a través del cumplimiento de las normas éticas establecidas se resolvieran los desafíos éticos inherentes a la práctica de investigación (Cannella y Lincoln 2007).

Asimismo, se constata una contradicción inherente a los principios en los que se basa el modelo de Consentimiento Informado (Denzin y Giardina 2007). En este sentido, se identifica una tensión potencial entre los principios nombrados en el *Informe de Belmont* (NCPHSBBR 1979), que a su vez constituyen la base del formato actual de Consentimiento Informado, por su procedencia de tradiciones éticas diferenciadas, "*respect, from Immanuel Kant; beneficence, from John Stuart Mill and the utilitarians; and justice, as a distributive idea, from Aristoteles*" (Denzin y Gardiana 2007: 23), así como una aplicación reduccionista de estos principios en el marco del modelo de Consentimiento Informado (Denzin y Gardiana 2007).

La práctica del Consentimiento Informado se analiza desde su posición en el contexto más amplio del desarrollo epistemológico de la ética contemporánea (Aldred y Gillies 2002; Cannella y Lincoln, 2007; Christian 2005, 2007; Lincoln y Cannella 2007), en el sentido de su lugar de procedencia en un paradigma científico positivista basado en principios de objetividad y neutralidad, fruto de una lucha histórica de independización del ámbito académico de los poderes eclesiástico y monárquicos (Christians 2005, 2007). En consecuencia, se señala que el modelo de Consentimiento Informado prioriza principios propios de un modelo científico positivista, como la autonomía personal, beneficios máximos y riesgos mínimos, protección de la privacidad y ausencia de engaño (Denzin y Giardina 2007).

These principles reiterate the basic themes of value-neutral experimentalism – individual autonomy, maximum benefits with minimal risks, and ethical ends exterior to scientific means. (...) With IRB, the legacy of Mill, Comte, and Weber comes into its own.
(Christians 2007: 53-54)

Además, se constata una influencia de la herencia renacentista del modelo actual de Consentimiento Informado en la conceptualización del sujeto como autor racional y autónomo, bajo presuposición del carácter lineal y coherente de su biografía (Aldred y Gillies 2002).

Life stories are generally expected to have some degree of linearity, not necessarily in the telling, but in the narrative plot, and we expect insight, progress and development. (...) Not only do we expect the modern subject to illustrate narrate of personal enlightenment and improvement, but these rely on a sense of history or biography which, in turn, rely on a sense of identity. (...) The idea of informed consent is central to ethical research practice, but unsurprisingly it too rests on an understanding of the individual as the modernist subject.
(Aldred y Gillies 2002: 157)

Según Alldred y Gillies (2002), esta presuposición encierra la exclusión potencial de aquellas personas que no corresponden al modelo de ‘sujeto moderno’, un reforzamiento del carácter individual del actor social, así como una justificación de las prácticas de investigación en independencia de las contradicciones éticas intrínsecas al modelo positivista (Alldred y Gillies 2002).

The paradox is that it would be unethical in current conditions not to adopt practices that assume the modernist subject, and yet we can see how the ideas underpinning these practices are not ultimately ethical themselves.
(Alldred y Gillies 2002: 135)

Asimismo, se señala la relación entre una conceptualización de la investigación como responsabilidad ética individual de la persona investigadora y valores capitalistas (Lincoln y Cannella 2007).

This patriarchal hypercapitalism literally functions to construct a research ‘ethics’ that privileges privatization, corporatization, and profiteering.
(Lincoln y Cannella 2007: 73)

En consecuencia de esta valoración, l*s autor*s se preguntan “[w]hat are the ethical implications or research practices exerting a pressure to conform to cultural expectations?”, planteando la pregunta en qué medida es posible concebir “ethical research practice without founding it on the modernist subject” (Alldred y Gillies 2002: 146-147).

Desde el ámbito de la ética de la investigación en Salud Pública, se señala el carácter individual del modelo de Consentimiento Informado, basado en el encuentro clínico médic* - usuari* y en los derechos individuales de l*s usuari*s, sin tener en cuenta el carácter colectivo de los procesos de investigación en el ámbito de la investigación en Salud Pública y los frecuentes formatos de investigación-intervención, como se puede observar en el ámbito de la investigación epidemiológica o proyectos de investigación cualitativa con grupos de población en situación de vulnerabilidad social (Buchanan y Miller 2006; Verweij y Dawson 2009; Willison, et al. 2014).

Ethical guidelines for conducting clinical trials have historically been based on a perceived therapeutic obligation to treat and benefit the patient-participants. The origins of this ethical framework can be traced to the Hippocratic oath originally written to guide doctors in caring for their patients, where the overriding moral obligation of doctors is strictly to do what is best for the individual patient, irrespective of other social considerations. In contrast, although medicine focuses on the health of the person, public health is concerned with the health of the entire population, and thus, public health ethics is founded on the societal responsibility to protect and promote the health of the population as a whole.
(Buchanan y Miller 2006: 729)

En referencia al contexto anglosajón, se cuestiona además el carácter regulador de los Comités de Ética de la Investigación, criticando su poder de aprobar o desechar proyectos de investigación siguiendo criterios procedentes del ámbito de la investigación biomédica, sin ajustarse a las características del trabajo de campo etnográfico o las técnicas de investigación cualitativa (Boser 2007; Gullemin y Gillam 2004; Koro-Ljungberg, et al. 2007; Lincoln 2005; Sultana 2007).

There are critical disjunctures between aspects of everyday behaviour in the field and the University's institutional frameworks that aim to guide/enforce good ethical practice, as the conduct of fieldwork is always contextual, relational, embodied, and politicized. (Sultana 2007: 374)

Según Gullemin y Gillam (2004), la necesidad de aprobación por el Comité de Ética de la Investigación puede llevar a una redacción del proyecto anticipando las expectativas de sus miembros y silenciando aspectos potencialmente conflictivos.

Like many of our qualitative research colleagues, we diligently answer the questions on the ethics application form, even though they may be irrelevant to our research. We have learned to write our responses to the questions in “ethics-committee speak.” This involves using language that the committee will understand, is free of jargon, but will nonetheless reassure the committee that we are competent and experienced researchers who can be trusted. This also involves explaining methodology to a committee who may be unfamiliar with qualitative methods and in some cases, may be antagonistic toward this type of research. Moreover, we have learned to gloss over some issues that we know may cause the committee concern (...). (Guillemin y Gillam 2004: 263-264)

Desde una perspectiva foucaultiana, se analiza la producción y regulación de la subjetividad de la persona investigadora a través de los requisitos éticos establecidos por los Comités de Ética de la Investigación (Koro-Ljungberg, et al. 2007).

En los últimos años, se observa un proceso de revisión de las regulaciones éticas y la práctica de los Comités de Ética de la Investigación. Entre estas iniciativas, se puede nombrar la publicación del *Illinois White Paper*, una guía de recomendaciones para la revisión de la práctica de los Comités de Ética de la Investigación (Christians 2007; Gunsalus, Bruner, Burbules, et al. 2007).

3.5.4. Propuestas para una ética reflexiva, participativa y colectiva

El debate teórico no se reduce a una crítica de la práctica existente. Desde diferentes perspectivas teóricas, entre ellas perspectivas postestructuralistas, reflexiones aportadas desde la perspectiva de la teoría de los movimientos sociales, enfoques procedentes del ámbito de la teoría y pedagogía crítica, así como reflexiones contribuidas desde perspectivas de Salud Pública, se nombran alternativas a una ética de la investigación basada en el modelo de Consentimiento Informado. Contra el postulado de neutralidad y objetividad positivista, estos enfoques proponen una ética de la investigación basada en la reflexividad, el carácter procesual, la participación, la co-investigación y la incorporación de la dimensión colectiva de la actividad de investigación (Lincoln 2005).

The current challenge for qualitative researchers is to work toward legal and policy changes that reflect the reconfigured relationships of qualitative research. These new relationships are cooperative, mutual, democratic, open-ended, communitarian. They are highly incompatible with the asymmetrical power, informed consent, risk-beneficence model of research ethics currently in force. Participatory, social justice-oriented social science demands a research ethics attuned to the postmodern, postfoundational, postcolonial, and globalized inquiry environment of alternative paradigms. (Lincoln 2005: 178)

Dentro de los enfoques de ética de la investigación surgidos en respuesta al modelo de Consentimiento Informado, haré referencia a 1. Un modelo de ética reflexiva, incluyendo formatos de autoetnografía, etnografía performativa, autoetnografía performativa y ética reflexiva en la investigación con movimientos sociales, 2. Un enfoque de ética participativa y comunitaria y 2. Perspectivas de ética de la investigación en Salud Pública.

3.5.4.1. Ética reflexiva

Desde perspectivas postestructuralistas, se aporta la propuesta de un modelo de ética reflexiva que parte de la necesidad de ampliar la reflexión ética a una revisión de las bases epistemológicas de la investigación, los procesos de poder inherentes a su ejercicio, así como los efectos políticos de los procesos de producción de conocimiento (Alldred y Gillies 2002; Cannella y Lincoln 2007; Doucet y Mauthner 2002; Edwards y Mauthner 2002; Etherington 2007; Guillemín y Gillam 2004; Lincoln y Cannella 2007; Sultana 2007; Weems 2006).

This notion of radically reconceptualizing research would/should become the broader ethical question, a question that would include discussions of the ethical practice of research but also ethical conceptualizations of research – of its foundations, purposes, methods, and forms of interpretation (...). A reflexive, critical ethics could include a concern for: transformative egalitarianism, attention to the problems of representation, and continued examination of power orientations.
(Lincoln y Cannella 2007: 76)

L*s autor*s revisad*s establecen una contraposición entre una ética de la investigación centrada en el cumplimiento de aspectos formales y una ética de la investigación procesual y reflexiva (Cannella y Lincoln 2007; Guillemín y Gillam 2004). En este sentido, Cannella y Lincoln (2007) hablan de "*predatory ethics*" (315), en el sentido de una ética basada en el control y el cumplimiento de las regulaciones, frente a "*dialogic ethics*", (315) a modo de una preocupación ética por el tratamiento equitativo y la autorreflexión sobre la propia posición. De forma análoga, Guillemín y Gillam (2004) distinguen entre dos dimensiones de la ética de investigación cualitativa: Una dimensión de "*procedural ethics*" (261) realizada a través de un procedimiento de Consentimiento Informado y la aprobación del proyecto por un Comité de Ética de la Investigación, así como una dimensión de "*ethics in practice*" (261), en el sentido de una actitud de reflexividad en el proceso cotidiano de investigación.

Dentro del debate teórico sobre enfoques de ética reflexiva, se pueden observar reflexiones sobre la dimensión epistemológica, en el sentido de una discusión sobre una ética del conocimiento, la revisión de aspectos éticos relacionados con cuestiones metodológicas, así como reflexiones acerca de una interrelación entre reflexividad y ética de la investigación (Doucet y Mauthner 2002; Etherington 2007; Guillemín y Gillam 2004).

Los tres aspectos se entienden como estrechamente interrelacionados (Etherington 2007), desde una conceptualización de la reflexividad como concepto paraguas que engloba la epistemología, la metodología y la ética (Doucet y Mauthner 2002).

The link between reflexivity and ethical research seems to rest on transparency.
(Etherington 2007: 604)

We agree that reflexivity holds together methodology, epistemology and ethics; and we conceptualize reflexivity not only in terms of social location, but also in terms of the personal, interpersonal, institutional, pragmatic, emotional, theoretical, epistemological and ontological influences on our research (...). Moreover, in speaking about the ethical significance of reflexivity, we are referring to its relevance to issues of honesty, transparency and overall accountability in research.
(Doucet y Mauthner 2002: 125)

Desde la perspectiva de una ética de conocimiento, se identifica la epistemología como punto de partida de la ética de la investigación, en el sentido de un análisis de la perspectiva de la persona investigadora y los procesos de constitución de un objeto de conocimiento (Doucet y Mauthner 2002; Gillies y Alldred 2002; Etherington 2007). Partiendo de los conceptos de *"epistemic responsibility"* y *"knowing responsibly"* (124), Doucet y Mauthner (2002) revisan aspectos relevantes de una ética epistemológica. Por un lado, nombran la necesidad de una atención ética a las relaciones en el proceso de investigación, no solo respecto a la relación con las personas entrevistadas, sino con el contexto social más amplio, incluyendo el grupo social retratado, l*s lector*s y la comunidad académica. En este sentido, se identifica una responsabilidad ética no solo hacia las personas participantes, sino hacia *"those who read, re-interpret and take seriously the claims that we make"* (Doucet y Mauthner 2002: 125), en el sentido de una responsabilidad colectiva de las consecuencias políticas de la producción de conocimiento (Gillies y Alldred 2002).

If ethical research means taking responsibility for the political consequences of the accounts we produce, it entails trying to imagine unintended consequences, how the crudest versions of our accounts might function, how the findings might function when stripped of our qualifies.
(Gillies y Alldred 2002: 44)

Para hacerse cargo de esta responsabilidad colectiva, se propone una actitud de transparencia sobre las asunciones epistemológicas, teóricas y personales que guían la investigación y los procesos de análisis e interpretación (Doucet y Mauthner 2002).

Here we suggest that one way of building ethical research relationships with readers, users and varied communities is to be as transparent, as reasonably possible, about the epistemological, ontological, theoretical, and personal assumptions that inform our research generally, and our analytic and interpretive processes specifically.
(Doucet y Mauthner 2002: 125)

Otr*s autor*s señalan que esta ética epistemológica debería incluir también una revisión crítica de la construcción del rol investigador, desde un cuestionamiento de sus fundamentos basados en formas culturalmente dominantes de subjetividad (Alldred y Gillies 2002; Weems 2006).

While we cannot transcend or deny our (or others') investments in the modernist subject, we would want to promote researcher that, through its own ethical practices or representational function, eschews uncritical acceptance of the culturally dominant mode of subjectivity for a recognition or more divers ways of being.
(Alldred y Gillies 2002: 162)

I want to relocate ethics within a poststructural problematic; to do so means to displace the centrality of the (liberal) Subject in the production of knowledge, events, and social relationships.
(Weems 2006: 1007)

Asimismo, se señala la necesidad de incluir en la reflexión ética una revisión del contexto sociopolítico, geopolítico y académico, así como la consideración de la dimensión política de la actividad de investigación (Cannella y Lincoln 2007; Gillies y Alldred 2002; Lincoln y Cannella 2007; Sultana 2007; Weems 2006). Desde el análisis de una analogía estructural entre una lógica capitalista y el modelo científico moderno, se destaca la necesidad de revisar críticamente tendencias colonializadoras y etnocéntricas en su ejercicio (Cannella y Lincoln 2007; Lincoln y Cannella 2007; Weems 2006).

How are forms of exclusion being produced? Is transformative and liberatory research possible that also examines its own will to emancipate? How can we deconstruct the power orientations intrinsic in our choice of research problems? How does the practice of research reinscribe our own privilege?
(Cannella y Lincoln 2007: 321)

Aparte de las reflexiones sobre aspectos éticos relacionados con la dimensión epistemológica y política de la actividad investigadora, desde enfoques de ética reflexiva se aportan reflexiones y propuestas relacionadas con aspectos éticos en diferentes fases del proceso de investigación.

En relación a la fase de trabajo de campo, se resalta la importancia de una conceptualización de la dimensión ética como un aspecto que atraviesa todo el proceso, no limitado al momento de firma del Consentimiento Informado (Alldred y Gillies 2002; Edwards y Mauthner 2002; Guillemin y Gillam 2004).

Etherington (2007) ofrece recomendaciones para una "*Ethical Research in Reflexive Relationships*" (599), incluyendo la recomendación de ser consciente de potenciales desequilibrios de poder, especialmente en caso de relaciones duales y en relación a factores como la etnia, el género o la edad, negociar las decisiones de investigación de forma transparente con l*s participantes, facilitar información continuada sobre el proceso de investigación y la persona investigadora, así como incluir en las publicaciones información sobre conflictos que ocurrieron durante el proceso de investigación y su forma de abordaje.

Como una preocupación ética durante el trabajo de campo, se plantea la pregunta por el grado de cercanía o distancia adecuada. En este sentido, se analiza en qué medida el ideal de una atmósfera de entrevista horizontal, caracterizada por una cercanía emocional y una actitud de "[r]apport" (Duncompe y Jessop 2002: 107), puede llevar a situaciones de vulnerabilidad emocional para las personas participantes en consecuencia de una confusión de roles y límites. Además, se señalan los riesgos de una actitud de "[f]aking [f]riendship" como parte de un repertorio de capacidades de la persona entrevistadora, bajo el riesgo de que se desdibujara la diferencia entre investigación y psicoterapia (Duncompe y Jessop 2002: 107). En caso de estudios longitudinales con entrevistas reiteradas, en algunos casos se observan expectativas de amistad por parte de las personas entrevistadas (Duncompe y Jessop 2002). Algun*s autor*s advierten de un mayor riesgo de explotación de las personas participantes en

enfoques de investigación cualitativa y antropológica que en formatos más positivistas de investigación (Duncombe y Jessop 2002; Stacey 1991).

Una negociación diferente de cercanías y límites se observa en caso de una pertenencia compartida a un campo activista o subcultura (Taylor 2011).

When one is already, at some level, an insider in their field, it is probable that they have pre-established friendships – often close friendships – in that field and it is also probable that such close friendships will shape the researcher’s work and influence their positioning within the field.
(Taylor 2011: 8)

A diferencia de un “*insider research*” (3), Taylor (2011) usa el concepto de “*intimate insider research*” (3) cuando el campo de la investigación se centra en un espacio cultural significativo para la persona investigadora, relevante para la propia construcción de identidad, lugar de sus relaciones personales más importantes y/o espacio en el que juega el rol de un actor clave. Según Taylor (2011), en consecuencia de esta interrelación estrecha el trabajo de investigación se convierte necesariamente en autoetnográfico y requiere una actitud de reflexividad, desde la conciencia de su carácter intrínsecamente limitado y la complejidad de una negociación ética de la sobreposición entre roles de amistad e investigación.

Dentro de un cuidado de los aspectos éticos relacionados con la gestión de los límites, cercanías y distancias en el proceso de trabajo de campo, desde perspectivas antropológicas se plantea la pregunta por el tratamiento de situaciones de atracción, erotismo y sexualidad (Altork 1995; Bolton 1995; Dubisch 1995; Killick 1995; Kong, Mahoney y Plummer 2001; Kulick 1995). En la reflexión antropológica, se observa una dificultad para abordar este tema, en el sentido de un “*big silence*” (Kong, et al. 2001: 251) o tabú (Bolton 1995), limitando su tematización a la sexualidad de ‘*l*s otr*s’* y no de la persona investigadora (Kulick 1995).

Sex is far from new or taboo in anthropology. Quite the opposite: anthropology has always trafficked in the sexuality of the people we study. (...) Sex – their sex, the sex of ‘the Other’ – has always constituted one of the gawdiest exhibits in the anthropological sideshow. (...) Throughout all the decades of concern with the sex lives of others, anthropologists have remained very tight-lipped about their own sexuality.
(Kulick 1995: 2-3)

Entre las razones de una exclusión de la temática de la sexualidad de la bibliografía antropológica y del mantenimiento del celibato durante el trabajo de campo como un imperativo implícito, se nombra la construcción del rol antropológico como caracterizado por la observación, la distancia y la asexualidad, enfocado al estudio de ‘*l*s otr*s’* (Killick 1995; Kulick 1995), el temor a una desacreditación del propio trabajo científico (Altork 1995) o consecuencias negativas en la relación con las personas entrevistadas (Killick 1995), el miedo a una exclusión del campo (Kulick 1995), así como la consideración de la sexualidad como transgresión de límites (Bolton 1995) y pérdida de control (Kulick 1995).

The ethnographer is constructed as an objective observer, free from distracting desires, not merely celibate but asexual.
(Killick 1995: 76)

Algun*s autor*s cuestionan el imperativo implícito de celibato durante el trabajo del campo, señalando la imposibilidad de la exclusión de la sexualidad (Kulick 1995; Willson 1995) y planteando la pregunta acerca de qué se entiende por sexualidad (Altork 1995).

Una apuesta decidida a favor de una inclusión de la sexualidad en el trabajo de campo proviene de Bolton (1995) que, en el marco de una investigación sobre prácticas de sexo seguro en el ambiente de saunas homosexuales, señala que, desde la posición de *insider*, y en consecuencia de la importancia del sexo para la comunidad homosexual, es impensable separar sexualidad y actividad de investigación. Sostiene haber obtenido informaciones más profundas en la situación de relajamiento y confianza después del coito que en entrevistas formales (Bolton 1995). Ante la crítica del carácter no ético de su forma de investigación que prescinde de Consentimientos Informados, Bolton (1995) señala que nunca ha accedido a un encuentro sexual con el objetivo de sacar información, sino por interés personal en la otra persona, y que siempre ha practicado sexo seguro. Tomando como referencia los *Principles of Professional Responsibility* de la *American Anthropological Association* (1986[1971]), define su actitud ética como responsabilidad hacia la comunidad, resaltando que su investigación promueve los intereses de la comunidad (aumento de las prácticas de sexo seguro y mantenimiento de los lugares de encuentro contra una política prohibicionista), alegando a favor de una etnografía sexual el lema del activismo anti-Sida "*Silence = Death*" (Bolton 1995: 161). Klesse (2007a), en un estudio sobre prácticas no monógamas de bi- y homosexuales, revisa críticamente la posición de Bolton (1995). Desde el reconocimiento del carácter sexualizado de cualquier práctica de investigación, Klesse (2007a) argumenta la decisión de excluir la sexualidad de los encuentros con l*s participantes de su estudio haciendo referencia al riesgo de una desigualdad de poder y a la complejidad de las cuestiones éticas involucradas.

La preocupación por los aspectos éticos no se reduce a la fase de trabajo de campo, sino incluye también reflexiones sobre las fases de análisis de datos, interpretación, escritura y difusión de resultados (Alldred y Gillies 2002; Doucet y Mauthner 2002).

La fase de análisis de datos se identifica como un ejemplo predilecto de la interrelación estrecha entre aspectos epistemológicos, metodológicos y éticos (Doucet y Mauthner 2002).

We argue that data analysis methods *are* epistemological and ontological issues because they carry epistemological and ontological assumptions with them, although these may alter in our own utilization of these methods. In arguing for the inseparability of ethics, epistemology and methodology, data analysis processes are key sites for notion the deeply knotted quality of these strands of responsible knowledge construction.
(Doucet y Mauthner 2002: 139-140)

Asimismo, se propone un análisis ético del proceso de interpretación y representación, desde una revisión crítica de procesos de proyección de la propia experiencia y posición teórica y política (Alldred y Gillies 2002).

The interpretation of interviews may involve legitimate, unavoidable and unacknowledged processes of projection onto participants, and when we present research accounts we may question our claims about representation in both the literal and political senses of the word.
(Alldred y Gillies 2002: 158)

En la metodología de análisis de discursos, se identifican diferentes aspectos éticos (Alba Juez 2002; Hammersley 2013). En este sentido, Alba Juez (2002) resalta la imposibilidad de una *"transcripción perfecta, neutral y totalmente fiel"* (299), partiendo de una conceptualización de la realidad como *"como construida de forma discursiva"* (303), bajo referencia a Foucault y perspectivas post-estructuralistas. Hammersley (2013) nombra como potenciales conflictos éticos la dificultad de explicar a las personas participantes el objetivo de un análisis de discursos de orientación constructivista o postestructuralista, la discrepancia entre las expectativas de las personas entrevistadas y la representación de sus narrativas en la publicación de resultados, así como el desacuerdo entre los discursos y la posición de la persona investigadora. Como salida de estos conflictos éticos, Hammersley (2013) propone una investigación 'con' en vez de 'sobre' las personas entrevistadas.

En relación a los enfoques de autoetnografía (Bochner 2007; Ellis 2007a, 2007b; Tamas 2009; Trahar 2009), etnografía performativa y autoetnografía performativa (Conquergood 1985; Denzin 2001; Spry 2001, 2009), se nombran diferentes dudas éticas relacionadas con la fase de trabajo de campo, interpretación y representación.

En los formatos autoetnográficos, se identifican aspectos éticos relacionados con la confidencialidad, tanto en relación a la propia persona, como, desde su carácter como narración interrelacional, respecto a su abordaje en caso de una mención de personas que forman parte del propio contexto social (Ellis 2007a, 2007b; Tamas 2009; Trahar 2009).

When we write about ourselves, we also write about others. In so doing, we run the risk that other characters may become increasingly recognizable to our readers, though they may not have consented to being portrayed in ways that would reveal their identity; or, if they did consent, they might not understand exactly to what they had consented. How do we honor our relational responsibilities yet present our lives in a complex and truthful way for readers?

(Ellis 2007b: 14)

While our obligation to the other has been much discussed, there are also important ethical problems in how we present and represent ourselves. I am not worried about what we are saying, but rather by how we speak. The discursive and testimonial norms girding qualitative research have broadened considerably, but I do not know how to speak about loss within them without doing myself harm. I am thus grappling with the ethics of the autoethnographic voice.

(Tamas 2009 s.p.)

Desde la conceptualización de la ética como situacional, Ellis (2007a) propone a sus estudiantes diferentes opciones para resolver la pregunta por el abordaje de la confidencialidad en caso de personas cercanas.

[N]ot publishing the story, delaying publication until after the Death of a person, publishing under a pseudonym, fictionalizing the story, using pseudonyms or no names for participants, deciding to publish without seeking approval from participants, seeking approval after the fact, working out if participants the story to be told and sometimes omitting or changing identifying details and problematic passages, adding multiple voices and interpretations, and seeking and successfully obtaining consent from those involved.

(Ellis 2007a: 210)

Además, se resalta la importancia de tener en cuenta que las personas nombradas siempre tienen la posibilidad de leer el texto, en independencia de su lejanía cultural o social (Ellis 2007a; Medford 2006).

I believe he revealed the primary ethical standard to which we should ascribe: write as if our subjects are/will be in our audience. As we write, we should imagine our subjects sitting in the front row at our conference panels, reading our journal articles like newspapers on their morning commutes, or pouring over the pages of our academic texts before they go to bed at night. We should write as if our writing was accessible to all.
(Medford 2006: 862)

En algunos casos, esta cautela ética puede llevar a la decisión de no publicar lo escrito (*“Instead of publishing these stories, I wrote an article about why I am not publishing them”*, Ellis 2007a: 221).

En relación a la etnografía performativa, Conquergood (1985) identifica diferentes conflictos éticos relacionados con la fase de trabajo de campo, análisis y representación. En la práctica de una etnografía performativa que presenta los resultados de una investigación intercultural, esboza diferentes actitudes éticamente problemáticas a lo largo de los ejes identidad / diferencia e implicación / distancia. Desde la revisión de estas actitudes, apuesta por una *“dialogical performance”*, con el objetivo de *“bring together different voices, world views, value systems, and beliefs so that they can have a conversation with one another”* (Conquergood 1985: 9).

Denzin (2001) resalta el objetivo de la ciencia social performativa a crear, mediante la entrevista reflexiva y la performance, una reflexión sobre temáticas morales y éticas actuales, desde la conciencia de que *“[a]s researchers, we belong to a moral community”* (Denzin 2001: 43). Desde un entendimiento de la autoetnografía performativa como reflexión sobre la interrelación entre la propia persona y el contexto sociopolítico, Spry (2011) señala que la *“[s]ocioculturally reflexive critique is at the heart of ethical intimate dialogical performance”* (Spry 2011: 716).

Como otro enfoque específico dentro del ámbito de las perspectivas de ética reflexiva, se puede nombrar la ética de la investigación con movimientos sociales (Cordner, Ciplet, Brown, et al. 2012; Gillan y Pickerill 2012; Milan 2014).

Frente a una práctica de ética de la investigación ‘estática’, reducida a la aprobación del proyecto por un Comité de Ética de la Investigación, se propone la adopción de un enfoque de ética reflexiva en la investigación con movimientos sociales, definida como *“the self-conscious, interactive, and iterative reflection upon researchers’ relationships with research participants, relevant communities, and principles of professional and scientific conduct”*, a modo de una *“post-Belmont’ conception of ethics”* (Cordner, et al. 2012: 3).

Como aspectos relevantes de una ética reflexiva en la investigación con movimientos sociales, se señala, por un lado, la conciencia de la vulnerabilidad social y política de los grupos activistas participantes, especialmente en países con regímenes políticos autoritarios (Gillan y

Pickerill 2012; Milan 2014).

La transparencia sobre los objetivos de la investigación y la trayectoria personal, política y académica del equipo investigador y la reflexión sobre posiciones académico-activistas se identifica como otro aspecto relevante de una ética reflexiva en la investigación con movimientos sociales (Cordner, et al. 2012; Gillan y Pickerill 2012; Milan 2014). En este sentido, se señala la importancia de un proceso autorreflexivo por parte del equipo investigador sobre el propio rol en la intersección entre investigación y acción política y las desigualdades de poder inherentes a la práctica de investigación (Milan 2014). Además, se propone una reflexión compartida sobre las prácticas epistemológicas (Milan 2014) y los procesos de influencia recíproca, en el sentido de un impacto de los objetivos del movimiento social en el proceso de investigación, requiriendo una negociación entre estos objetivos y estándares académicos, paralelamente a un impacto potencial del proceso de investigación en el movimiento social (Cordner, et al. 2012). Desde la conciencia de la complejidad de la reciprocidad y sus límites, se destaca la relevancia de un reconocimiento de la aportación de tiempo y recursos por parte del movimiento social para participar en el proceso de investigación, restando potencialmente tiempo a la actividad activista (Gillan y Pickerill 2012; Milan 2014).

En el proceso de interpretación y presentación de resultados, se resalta la relevancia de cuidar una representación adecuada de la perspectiva de los movimientos sociales (Gillan y Pickerill 2012), acordar la forma de devolución de resultados (Cordner, et al. 2012) y garantizar su accesibilidad para un público no académico (Gillan y Pickerill 2012). Finalmente, se aportan reflexiones sobre el lugar central de la utilidad social de la investigación (Gillan y Pickerill 2012). L*s autor*s revisad*s recomiendan la adopción de enfoques comunitarios, participativos y colaborativos, con el objetivo de poder negociar potenciales conflictos éticos en el proceso de investigación (Gillan y Pickerill 2012).

Las reflexiones aportadas desde la perspectiva de una ética reflexiva sobre diferentes metodologías y momentos en el proceso de investigación incluyen el reconocimiento de dudas e incomodidades. A pesar de la adopción de una ética reflexiva, diferentes autor*s señala la permanencia de situaciones de contradicción, ambivalencia y preocupación en el proceso de escribir sobre 'l*s otr*s', una sensación que se considera intrínseca a un proceso de investigación de herencia moderna e individualista (Cannella y Lincoln 2007; Etherington 2007).

Although scholars are, to varying degrees, literally reconceptualizing thinking regarding the purposes and practices of research, learning to form partnerships necessary to revision the purposes and practices of research, and attempting communitarian/collectivist challenges to notions of the individual, research as construct remains a modernist, individualistic, male-oriented endeavor. (...)

Continual engagement with notions of ethics and ethical relations in inquiry are necessary to reveal the limitations, contingencies, even elitisms, and other inadequacies of modern morality in all its forms, whether regulatory, salvation oriented, or postmodernist.

(Cannella y Lincoln 2007: 322-323)

Además, se revisa la permanencia de asunciones positivistas en una práctica de ética reflexiva (Weems 2006). En este sentido, Weems (2006) plantea la pregunta por los límites de

la ‘reciprocidad’ en el contexto de una lógica de mercado, la continuada presencia de ejes de desigualdad y poder, así como la existencia de situaciones en las que la reciprocidad puede no ser deseable.

Given that power/knowledge mediates interaction and communication, what are the possibilities, limitations, and consequences for assuming “intersubjectivity” and “equal exchange” for each of the involved parties? Are intersubjectivity, understanding, and empathy possible given asymmetrical relations of power within the research context? In what ways do the assumptions of equality, understanding, and the fulfillment of a social contract benefit both the researcher and the researched? (...) How do we relocate reciprocity outside of a market logic that conflates identification with efficiency, efficacy, equity, and Truth? Given its discursive limits, is reciprocity possible or desirable in all contexts?

(Weems 2006: 1000)

Desde la consideración de que “[r]eciprocity, like other theoretical and methodological constructs, are always already ‘in ruins’” (1004), Weems (2006) llega a la conclusión de que una plena reciprocidad no es posible, “as the landscape of qualitative research is saturated in the colonial gaze of representing the Other” (1004).

3.5.4.2. Ética comunitaria y participativa

Desde enfoques de teoría y pedagogía crítica, se propone un modelo de ética comunitaria y participativa, basado en los objetivos de empoderamiento y transformación social, así como el establecimiento de procesos participativos en el proceso de investigación (Banks, Armstrong, Carter, et al. 2012; Christians 2005, 2007; Denzin y Giardina 2007; Edwards y Mauthner 2002; Lincoln y Cannella 2007; Sultana 2007). Según Christians (2005, 2007), en los enfoques de ética comunitaria y participativa la investigación no tiene como objetivo principal la transmisión de datos especializados, sino se comprende como catalizador de una conciencia social crítica, en el sentido de una “ethics of resistance” (Christians 2007: 47).

En los procesos de investigación comunitaria y participativa se identifican como desafíos éticos específicos 1. La ética del trabajo colaborativo y distribución del poder, 2. La co-producción de conocimientos y difusión de roles entre investigador*s y participantes, académic*s y activistas, 3. Los derechos de la comunidad, conflictos comunitarios y formas de representación democrática, 4. La propiedad y disseminación de resultados en un proceso colaborativo, 5. La protección de anonimidad, privacidad y confidencialidad en un contexto comunitario, con un grado alto de conocimiento entre las personas participantes y 6. Potenciales conflictos en el proceso de aprobación por los Comités de Ética de la Investigación, relacionados con la falta de adecuación de los procesos comunitarios y participativos a los requisitos establecidos (Bank y Armstrong, et al. 2013).

Como un beneficio indirecto de los enfoques de investigación comunitaria y participativa, caracterizados por el establecimiento de relaciones de responsabilidad mutua y formatos de entrevista co-construidos y colaborativos, se nombra la reducción de las contradicciones inherentes al proceso de Consentimiento Informado, permitiendo un

entendimiento del Consentimiento Informado no como un acto único sino como un proceso, incluyendo la pregunta periódica por la disposición a seguir participando (Ellis 2007a; Miller y Bell 2002).

Desde dentro de una perspectiva de ética comunitaria y participativa, se aporta una reflexión autocrítica respecto a los límites de un enfoque participativo, en el sentido de una falta de interés de las personas participantes en una colaboración activa en diferentes fases del proceso (Miller y Bell 2002) o potenciales efectos de desempoderamiento (Gillies y Alldred 2002).

However, if we are to enable/empower participants to share in this construction of more than the interview data, suggesting an 'egalitarian' or participatory focus to the research, might we tacitly expect interviewees also to be interested in reading their own interview transcripts, or to contribute in other ways to the analysis or to the final written product? (Miller y Bell 2002: 54)

If this limitations are not acknowledged and understood, there is a risk that participants may feel further disempowered by the research because of their perceived inability to live up to raised expectations to effect meaningful change in their lives. (Gillies y Alldred 2002: 45)

Como otros potenciales conflictos éticos inherentes a un proceso negociado y participativo de entrevista se nombra un silenciamiento de contenidos socialmente difíciles cuando la persona participante lo pide (Stacey 1991), desacuerdos entre los valores de la persona investigadora y l*s participantes (Edwards y Mauthner 2002; Stacey 1991), así como limitaciones en relación a tiempo y recursos (Mauthner y Doucet 1998).

Con el objetivo de un cuestionamiento de tendencias colonialistas en la investigación y reconocimiento del carácter culturalmente situado de los modelos éticos, se señala la aportación de modelos éticos comunitarios y participativos procedentes de culturas indígenas, proponiendo su aplicación como oportunidad de ruptura con prácticas de investigación colonialistas y un modelo occidental de regulación ética (Cannella y Lincoln 2007; Lincoln y Cannella 2007; Tuck y Fine 2007). Desde un cuestionamiento del concepto de investigación en sí como impregnado de su herencia colonialista (Smith 1999 en: Battiste 2007), se buscan como marco de referencia modelos de conocimiento y toma de decisión propios de la cultura indígena (Battiste 2007).

The term “research” is inextricably linked to European imperialism and colonialism. The word itself, “research”, is probably one of the dirtiest words in the indigenous world’s vocabulary. (Smith 1999 en: Battiste 2007: 111)

3.5.4.3. Ética colectiva

Aparte de la ética reflexiva y la ética comunitaria y participativa, se pueden nombrar las reflexiones aportadas desde un enfoque de ética de la investigación en Salud Pública⁹⁵.

⁹⁵ Belizán, Rubinstein, Althabe, et al. 2014; Buchanan y Miller 2006; Calain, Fiore, Poncin, et al. 2009; Chalmers, Bracken, Djulbegovic, et al. 2014; Chalmers y Gasziou 2009; Chan, Song, Vickers, et al. 2014;

Partiendo del carácter colectivo de la Salud Pública, se resalta el foco de la investigación en Salud Pública en procesos colectivos, sociales y globales de salud, mediante la utilización de una amplia gama de metodologías, incluyendo formatos de investigación-intervención (Buchanan y Miller 2006; Coughlin 2006; Kass 2004; Verweij y Dawson 2009; Willison, Ondrusek y Dawson et al. 2014).

En consecuencia, se identifica una falta de adecuación del modelo de una ética de la investigación clínica, enfocada en la relación individual médico* - usuario*, una conceptualización biomédica de la salud y la metodología de ensayo clínico, para abordar aspectos éticos en la investigación en el ámbito de la Salud Pública (Buchanan y Miller 2006; Verweij y Dawson 2009; Willison, et al. 2014). A modo de ejemplo, se señala que los principios básicos de la ética de la investigación clínica, recogidos en las *Ethical Guidelines* de CIOMS (2002) y basados en el *Belmont Report* (NCPHSBBR 1979), entre ellos la autonomía, la beneficencia, el balance favorable riesgos – beneficios y la justicia, se aplican de una forma individual, planteando la pregunta por su aplicabilidad en el ámbito de la ética de la investigación en Salud Pública (Verweij y Dawson 2009).

La ética de la investigación en Salud Pública identifica aspectos éticos en diferentes dimensiones, entre ellas 1. La dimensión colectiva, incluyendo el abordaje de conflictos entre derechos individuales y colectivos, el balance riesgos-beneficios a nivel poblacional, así como la consideración del carácter colectivo de los sujetos de investigación, 2. La dimensión social, en el sentido de un foco en la prevención, la promoción y los determinantes sociales de la salud, así como la aplicación de enfoques participativos, 3. La dimensión global, incluyendo la investigación en situaciones de emergencia sanitaria a nivel internacional, 4. Aspectos éticos relacionados con la metodología y difusión de resultados, así como 5. La pregunta por la aplicabilidad, utilidad social y sostenibilidad de la investigación⁹⁶.

En relación a la dimensión colectiva, se destaca el foco de la ética de la investigación en Salud Pública en el balance de riesgos y beneficios de la sociedad a nivel colectivo, de forma adicional a los riesgos y beneficios para las personas participantes a nivel individual, así como en una distribución justa de los mismos en diferentes grupos sociales, teniendo en cuenta grupos en situación de vulnerabilidad social (Buchanan y Miller 2006; Coughlin 2006; Kass 2004; Verweij y Dawson 2009; Willison, et al. 2014). Como otros aspectos relevantes se señalan el abordaje de conflictos entre derechos individuales y colectivos (Kass 2005), la aplicación de la doctrina de Consentimiento Informado en actores colectivos y estudios epidemiológicos (Coughlin 2006; Verweij y Dawson 2009; Willison, et al. 2014), teniendo

Coughlin 2006; Coughlin, Barker y Dawson 2012; Erren, Shaw y Groß 2015; Glasziou, Altman, Bossuyt, et al. 2014; Goldberg 2009; Ioannidis, Greenland, Hlatky, et al. 2014; Kass 2004; Macleod, Michie, Roberts, et al. 2014; Quinn 2004; Salman, Beller, Kagan, et al. 2014; Verweij y Dawson 2009; Willison, et al. 2014.

⁹⁶ Belizán, et al. 2014; Buchanan y Miller 2006; Calain, et al. 2009; Chalmers, et al. 2014; Chan, et al. 2014; Coughlin 2006; Coughlin, et al. 2012; Erren, et al. 2015; Glasziou, et al. 2014; Goldberg 2009; Ioannidis, et al. 2014; Kass 2004; Macleod, et al. 2014; Quinn 2004; Salman, et al. 2014; Verweij y Dawson 2009; Willison, et al. 2014.

especialmente en cuenta la protección del derecho al Consentimiento Informado en grupos de población en situación de vulnerabilidad social (Coughlin 2006), así como la protección de la confidencialidad y gestión éticamente responsable de bases de datos y registros de información epidemiológica (Coughlin 2006; Verweij y Dawson 2009).

Respecto a la dimensión social, se resaltan los aspectos éticos relacionados con la conceptualización de la salud como bienestar psicosocial, incluyendo un foco en la prevención de enfermedades y promoción de la salud (Coughlin 2006; Kass 2004) y los determinantes sociales de la salud (Goldberg 2009). Además, se señala como un principio ético relevante de la ética de investigación en Salud Pública la participación de los grupos de población y/o comunidades estudiados en las diferentes fases del proceso de investigación (Chalmers y Glasziou 2009; Quinn 2004; Kass 2004; Willison, et al. 2014), así como el respeto de la diversidad cultural (Coughlin 2006), incluyendo la propuesta de "*community advisory boards*" para monitorear los procesos de investigación (Quinn 2004: 918).

En relación a la dimensión global, se plantea la pregunta por aspectos éticos específicos en la investigación en situaciones de emergencia sanitaria (Calain, et al. 2009; Verweij y Dawson 2009) y la justicia social en la investigación en Salud Pública a escala global (Kass 2004).

En referencia a aspectos éticos relacionados con las metodologías utilizadas en la investigación en Salud Pública, se señala la aplicación de una amplia gama de metodologías que difieren del modelo de ensayo clínico, entre ellos estudios epidemiológicos, metodologías cualitativas, técnicas de evaluación de políticas sanitarias y mejora de la calidad, así como investigaciones que incluyen fases de intervención, planteando aspectos éticos específicos (Kass 2004; Verweij y Dawson 2009; Willison, et al. 2014).

En relación al proceso de escritura científica y difusión de resultados, se resalta la importancia de una actitud de "*scientific integrity*", en el sentido de un "*commitment to intellectual honesty and personal responsibility for one's actions as researcher*" (Coughlin, et al. 2012: 71), evitando prácticas de abuso científico, fabricación y falsificación de datos, plagio, "*ghostwriting*" (Coughlin, et al. 2012: 76) y conflictos de interés (Coughlin, et al. 2012) o haciendo transparente su presencia (Coughlin 2006).

Finalmente, se hace referencia a la relevancia de tener en cuenta la aplicabilidad, utilidad social y sostenibilidad de la investigación, incluyendo la evaluación de la costo-eficacia y responsabilidad social en la utilización de recursos (Buchanan y Miller 2006), el impacto de la investigación y/o intervención en la mejora de la situación social del grupo de población o comunidad estudiado (Willison, et al. 2014), los riesgos potenciales de un fomento de desigualdades sociales a través del proyecto de investigación (Willison, et al. 2014) y el grado de participación del grupo de población o de la comunidad en la identificación y abordaje de beneficios y riesgos a largo plazo (Willison, et al. 2014). Además, se resalta la importancia de revisar críticamente la producción de "*waste and inefficiency*" (Macleod, et al. 2014: 101), en el

sentido de una producción de conocimiento reiterado, ineficaz, inaccesible e inaplicable (Chalmers y Glasziou 2009; Chalmers, et al. 2014; Chan, et al. 2014; Erren, et al. 2015; Glasziou, et al. 2014; Ioannidis, et al. 2014; Macleod, et al. 2014; Salman, et al. 2014). En consecuencia, se recomienda revisar las motivaciones, capacidades y oportunidades de diferentes agentes claves implicad*s en la investigación (Macleod, et al. 2014), así como desarrollar estrategias para reducir la producción de conocimiento inútil (Belizán, et al. 2014; Chalmers, et al. 2014; Chan, et al. 2014; Erren, et al. 2015; Glasziou, et al. 2014; Ioannidis, et al. 2014; Salman, et al. 2014).

3.6. Reflexiones

El recorrido por las perspectivas de reflexividad y ética de la investigación está estrechamente relacionado con dudas epistemológicas, metodológicas y éticas vividas desde mi propia experiencia teórico-activista. Estas dudas guiaron la selección de los enfoques y autor*s y me hicieron plantearme preguntas relacionadas con la actividad de investigación sobre despatologización y derechos trans*. A continuación, resumiré estas reflexiones, dudas y preguntas en cada una de las dimensiones analizadas.

3.6.1. Reflexiones epistemológicas

Las reflexiones aportadas por Foucault, Bourdieu, autor*s postestructuralistas y poscoloniales hacen referencia a diferentes aspectos relacionados con la dimensión epistemológica, entre ellos 1. Procesos de producción del conocimiento, 2. Dinámicas de exclusión discursiva y 3. Perspectivas autorreflexivas y autoetnográficas. En relación a los aspectos nombrados, me surgieron diferentes reflexiones, dudas y preguntas relacionadas con su aplicación al ámbito de la investigación sobre despatologización y derechos trans*.

3.6.1.1. Procesos de producción del conocimiento

Varias de las reflexiones aportadas desde las perspectivas teóricas revisadas están relacionadas con los procesos de construcción de un objeto de discurso, dinámicas de cambio en los campos discursivos, así como reflexiones sobre la actividad de investigación.

En el proceso de repensar la temática de despatologización trans* desde un marco foucaultiano, me surgieron diferentes interrogantes relacionados con los planteamientos teóricos desarrollados por Foucault (capítulo I, 3.1.1). ¿Se puede aplicar el análisis de los procesos de formación discursiva descritos por Foucault (2003[1969]) al proceso de construcción contemporánea de los tránsitos en el género y emergencia de discursos sobre despatologización trans*? ¿Hasta qué punto se puede hablar, en el caso del desarrollo del concepto contemporáneo de ‘transexualidad’ y su cuestionamiento, de un proceso de formación discursiva caracterizado por discontinuidades, rupturas, solapamiento y presencia simultánea de

diferentes regímenes discursivos? ¿En qué medida se podría analizar, desde los conceptos desarrollados por Foucault (1994[1984]), la transformación de la temática de despatologización trans* desde una temática poco conocida a su entrada en agendas políticas internacionales y conversión en “objeto de conocimiento” (255)? ¿Se puede hablar de un proceso de paso del discurso de despatologización trans* por el “umbral de positividad”, “umbral de epistemologización”, “umbral de cientificidad” o “umbral de formalización” (Foucault 2003[1969]: 314)? Y en caso afirmativo, ¿qué procesos sociohistóricos contribuyeron a este paso? ¿Qué limitaciones se pueden detectar?

Además, la conceptualización del poder como fuerza productiva y difusa en Foucault (1994[1984], 1995[1976], 2009[1975]) me llevó a la pregunta por la implicación de esta perspectiva para el espacio activista: ¿En qué medida esta conceptualización del poder influye en un análisis del proceso de construcción y clasificación diagnóstica de la transexualidad no como obra de un actor social determinado, sino como un proceso social complejo y múltiple? ¿Qué consecuencia tiene la conciencia de una imposibilidad de un afuera del poder, paralelamente a la presencia de múltiples puntos de resistencia (Foucault 1995[1976]), para el espacio activista?

La lectura del análisis crítico de los procesos de surgimiento de sistemas de clasificación y su rol histórico en Foucault (1994[1984], 1995[1976], 2006[1966], 2009[1975]) me suscitó el interés de indagar en la influencia de diferentes intereses (científicos, políticos, sociales, individuales) en el proceso de desarrollo de la clasificación diagnóstica de los procesos de tránsito (capítulo II, 2), así como, de forma más específica, en el lugar de intereses profesionales y factores sociopolíticos en el proceso de desarrollo de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia (capítulo II, 3.9).

En la relectura de reflexiones metateóricas en la obra de Bourdieu y colaboradores (capítulo I, 3.1.2), pude identificar diferentes aspectos de relevancia para el proceso de elaboración de la presente tesis doctoral, en concreto el análisis de procesos de cambio en diferentes campos sociales en consecuencia de la entrada discursiva de la perspectiva de despatologización trans* (capítulo II, 4.4.2), así como la influencia de la situación de los campos sociales y estructura de capitales en mi propia trayectoria (capítulo I, 3.6.1.4).

En este sentido, me surgieron diferentes preguntas relacionadas con la aplicación de la teoría de campos (Bourdieu 1997[1994], 1999[1997], 2000[1987], 2003[2001], 2006[2004]) al análisis de los procesos de emergencia y difusión de los discursos de despatologización trans*. ¿Hasta qué punto la figura de campo social, tal como la desarrolló Bourdieu (1997[1992], 1997[1994], 1999[1997], 2003[2001]) para el análisis del campo científico y político, sirve para analizar los procesos teóricos y activistas actuales sobre despatologización y derechos trans*? ¿En qué medida los espacios discursivos académicos, profesionales y activistas relacionados con las temáticas tratadas presentan las características de un campo social descritas por Bourdieu (1997[1992], 1997[1994], 1999[1997], 2003[2001]), en el sentido de una restricción de la

entrada, necesidad de un capital social o cultural específico y requisito de una adherencia a las reglas de juego internas? ¿Qué lugares ocupan los discursos relacionados con la despatologización trans*, el cuestionamiento del tratamiento médico actual de la intersexualidad y la crítica de dinámicas de patologización en la práctica de investigación en el campo científico y político, desde su carácter como discursos emergentes y posición de ruptura y/o continuidad respecto a discursos precedentes y contiguos? ¿Qué relación recíproca se puede encontrar entre el campo científico, político y jurídico en la discusión sobre despatologización trans*? ¿Constituye el activismo o los discursos de instituciones internacionales subcampos específicos dentro del campo político, caracterizados por reglas propias? ¿Y los discursos médicos dentro del campo científico? ¿En qué medida se puede hablar de un proceso de transformación de los discursos de despatologización trans* desde un lugar poco valorado en el campo científico y político hacia lugares de mayor reconocimiento, en el sentido de un entendimiento del campo social no como una figura estática, sino como un campo de fuerzas en continuo proceso de transformación? ¿Se puede hablar de una conversión de los discursos analizados desde una apuesta arriesgada en un capital social reconocido (Bourdieu 1997[1994]; 2000[1979])? ¿Qué beneficios académicos se pueden identificar en este proceso de conversión?

Finalmente, el concepto de espacio social, estructura de capitales y *habitus* (Bourdieu 1997[1994], 2000[1979], 2003[2001]), me planteó la duda en qué medida el acceso a los discursos teóricos y espacios activistas analizados está medido por la estructura de capital, lugar en el espacio social y trayectoria social. ¿Se pueden identificar lugares en el espacio social de cercanía con los discursos nombrados, en el sentido de una mayor probabilidad de acceso? ¿Emerge el movimiento por la despatologización trans* de un lugar concreto en el espacio social? ¿En qué medida puedo analizar mi propia trayectoria personal, activista y teórica en función de la estructura de capitales heredada y adquirida (capítulo I, 3.6.1.4)?

Aparte de los marcos teóricos desarrollados por Foucault y Bourdieu, las reflexiones metateóricas aportadas desde perspectivas postestructuralistas (capítulo I, 3.1.3) me abrieron la posibilidad de reflexionar sobre la legitimidad de la actividad de investigación sobre el activismo de despatologización trans* en un entorno de complejidad y multiplicidad: ¿En qué medida el reconocimiento de la imposibilidad ontológica de la objetividad y univocidad me podía ayudar a reconceptualizar la vivencia del carácter contradictorio y socialmente mediado del trabajo de campo como parte intrínseco de la actividad de investigación en el mundo contemporáneo? ¿Qué consecuencias tiene este reconocimiento en caso de un análisis del campo discursivo teórico-activista de despatologización trans*, caracterizado por un alto nivel de complejidad y diversidad interna, tanto a un nivel local como a escala internacional? ¿Cómo abordar esta multiplicidad y contradictoriedad en el proceso de análisis y escritura científica? ¿Cómo superar la crisis de legitimidad de la actividad científica?

En la lectura de las aportaciones epistemológicas desarrolladas desde perspectivas poscoloniales (capítulo I, 3.1.5.1), así como de las reflexiones de Boaventura de Sousa Santos (2009; capítulo I, 3.1.5.2) sobre una *"epistemología del Sur"* (12), sentí una resonancia estrecha con la observación de desigualdades y dinámicas colonialistas en los procesos de producción de conocimiento sobre temáticas trans* (capítulo III, 1.1.2). Al mismo tiempo, estas reflexiones me abrieron nuevos interrogantes.

¿Cómo realizar una ruptura con el carácter neocolonial de la investigación social occidental contemporánea (Slemon 2006[1994]) en la investigación sobre temáticas trans* e intersex? ¿Cómo lograr una práctica de traducción entre diferentes conocimientos y espacios activistas, teniendo en cuenta su contexto geopolítico y cultural específico? ¿En qué medida el uso estratégico del concepto de 'diversidad' en el activismo trans*, tanto en relación a la diversidad de expresiones e identidades de género en un contexto específico, como su diversidad intercultural, difiere de su relectura crítica en Bhabha (2006[1988])? ¿Cómo evitar una reproducción de dinámicas etno/eurocentristas (Serequeberhan 2006[1997]), criticadas desde perspectivas teórico-activistas trans* en el proceso de revisión de los manuales diagnósticos y estándares de cuidado, en el activismo por la despatologización trans* (capítulo 3.2)? ¿Cómo construir un activismo a nivel internacional desde el reconocimiento de la diversidad de identidades, necesidades y situaciones sociopolíticas en diferentes partes del mundo?

3.6.1.2. Procesos de exclusión discursiva

Varios de los enfoques revisados hacen referencia a procesos de exclusión de los procesos de producción de conocimiento. Esta temática constituirá un aspecto relevante en las reflexiones metateóricas aportadas desde perspectivas trans* e intersex (capítulo III, 1.1.2).

Puedo encontrar una resonancia entre la pregunta planteada por Foucault (1994[1984]) *"¿a qué precio el sujeto puede decir la verdad sobre sí mismo? (...) ¿cómo se puede decir la verdad sobre el sujeto enfermo? ¿cómo se puede decir la verdad sobre el sujeto loco?"* (319) y la experiencia de una falta de reconocimiento de las personas trans* e intersex en los procesos de producción de conocimiento, observada desde perspectivas teórico-activistas trans* e intersex (capítulo III, 1.1.2), coincidiendo con mi propia experiencia respecto a la participación de personas trans* e intersex en espacios académicos (capítulo I, 2.1.1). En este sentido, me planteé la pregunta: ¿Qué lugar ocupan los discursos médicos y la clasificación psiquiátrica de los tránsitos en el género en la patologización y exclusión discursiva de las personas trans*? ¿Y en su instauración como sujetos? ¿Qué posibilidades de construcción discursiva existen fuera de la clasificación diagnóstica, el lenguaje médico y el lugar como 'pacientes'? ¿Qué espacio de construcción de conocimiento se puede construir desde este lugar de 'paciente'? Y, finalmente, ¿qué responsabilidad político-ética encierra el rol investigador en la reproducción / resistencia / resignificación de este proceso?

En la lectura de perspectivas poscoloniales (capítulo I, 3.1.5.1) pude encontrar el reflejo de reflexiones aportadas desde perspectivas teórico-activistas procedentes de países del Sur y Este Global sobre dinámicas globales de desigualdad en el acceso a procesos de producción discursiva, tanto en relación a la posición geopolítica, como en referencia a diferencias en la facilidad de circulación de discursos en inglés versus conocimientos expresados en otros idiomas (capítulo III, 1.1.2). Además, pude encontrar una interrelación entre la pregunta "*can majority group members speak as minority members?*" (Fee 2006[1989]: 169) y el debate sobre el lugar de autor*s trans* y cis en los estudios trans* (capítulo I, 1.5.2.2 y III, 1.1.3).

En referencia a las reflexiones aportadas por de Sousa Santos (2009; capítulo I, 3.1.5.2), me surgieron los siguientes interrogantes: ¿En qué medida se puede aplicar el concepto de una "*epistemología de las ausencias*" (de Sousa Santos 2009: 109), en el sentido de conocimientos, actores y saberes excluidos, al ámbito trans* e intersex? En caso de una investigación 'sobre' la 'transexualidad' e 'intersexualidad', ¿sería pertinente hablar de un proceso de producción de "*cuerpos dóciles y cuerpos extraños*" (de Sousa Santos 2009: 80), en el sentido de dinámicas de clasificación, normativización o exotización, bajo exclusión de las personas trans* e intersex de los procesos de producción de conocimiento? ¿Cómo proponer una epistemología basada en el reconocimiento de diferentes saberes en relación a la temática de diversidad sexual, corporal y de género (de Sousa Santos 2009)?

3.6.1.3. La dimensión autorreflexiva

En varios de los enfoques revisados, pude identificar reflexiones sobre el lugar de la dimensión autorreflexiva, entendida como reflexión sobre el proceso de investigación, así como de la perspectiva autoetnográfica, en el sentido de una mención explícita de la propia trayectoria social, académica y activista. Estas reflexiones incluyen también la pregunta por la responsabilidad ético-política de la actividad de investigación e implicación política de la persona que investiga. Pude encontrar una resonancia en estas reflexiones con mi propia búsqueda de una interrelación entre la perspectiva teórica, autorreflexiva y autoetnográfica en el texto.

En Foucault (1994[1984], 1995[1976], 2006[1984], 2003[1969], 2009[1975]), el interés por la autorreflexión constante sobre la propia actividad de investigación está estrechamente vinculado con el análisis de las circunstancias históricas y sociopolíticas de la producción de conocimiento, así como la consideración del carácter intrínsecamente política de la actividad intelectual, una conceptualización con la que me sentí especialmente identificad* desde mi propia trayectoria teórico-activista.

En las reflexiones metateóricas de Bourdieu y colaborador*s (capítulo I, 3.1.2), me llamó especialmente la atención la propuesta de "*vigilancia epistemológica*" (Bourdieu, et al. 2001[1973]: 22), entendida como actitud de revisión continuada del propio punto de partida epistemológico, teórico y social, así como la propuesta de un análisis sobre "*las condiciones*

sociales de la construcción sociológica y del sujeto de esta construcción” (Bourdieu 2003[2001]: 163).

Su propuesta de un autosocioanálisis (Bourdieu 1999[1997], 2003[2001], 2006[2004]) me hizo reflexionar sobre la posibilidad de una relectura de mi propia trayectoria académica y elecciones teóricas no solo desde la renarración de afinidades subjetivas, sino desde su interrelación con el estado de los campos sociales relevantes para la propia trayectoria, así como la posición en el espacio social y estructura de capitales heredada y adquirida.

En relación a la propuesta de un “*savoir engagé*” en Bourdieu (2002: s.p.) me pregunté qué relación podía establecer entre mi vivencia de un doble rol investigador-activista en el trabajo de campo y la necesidad expresada por Bourdieu (1999[1998a]) de encontrar nuevas formas de combinar el rol investigador y activista, y qué fórmulas concretas se podían desarrollar para estas “*nuevas formas de comunicación*” (79) entre ambos roles.

Las perspectivas postestructuralistas (capítulo I, 3.1.3) otorgan un alto grado de importancia a la dimensión autorreflexiva y autoetnográfica, incluyendo tanto una reflexión sobre el propio proceso de producción de conocimiento, como la inclusión de aspectos autoetnográficos en la escritura científica. En mi propio proceso, puedo relacionar el interés por una reflexión sobre los fundamentos epistemológicos de la actividad de investigación con mi propio lugar en relación a los mismos, en el sentido de la responsabilidad ético-política inherente a la doble posición teórico-activista. Las reflexiones aportadas desde perspectivas postestructuralistas me ofrecieron un respaldo para la inclusión explícita de esta dimensión en el texto. Dentro de las diferentes perspectivas autoetnográficas, mi interés se centró menos en la propuesta de una autoetnografía evocativa (Ellis y Bochner 2000), basada en la narración de aspectos emocionales o un entendimiento de la autoetnografía como memoria (Guruvitch 2000), centrada en momentos decisivos de la propia biografía, sino en la propuesta de una autoetnografía analítica (Anderson 2006), entendida como una renarración de la propia experiencia desde un marco teórico concreto y la vinculación con la reflexión sobre las prácticas de investigación.

Las reflexiones sobre la mirada autorreflexiva y autoetnográfica me despertaron el interés, y el compromiso ético-político, de incluir en la tesis doctoral reflexiones explícitas sobre las dudas y momentos de *impasse* vividos durante el proceso de investigación, así como acerca de mi propia posición teórica, social y activista. Pude identificar una estrecha interrelación entre ambas dimensiones, en el sentido de una influencia de la propia trayectoria en la reflexión sobre el proceso de investigación y las dudas éticas vividas en su transcurso. Ante las dudas sobre la legitimidad de la actividad de investigación en el campo activista, el formato autorreflexivo y autoetnográfico parecía ofrecer una salida potencial de la incomodidad que me producía ‘captar’ y analizar los relatos ajenos, además de abrir la posibilidad de revisar críticamente potenciales sesgos clasistas o etnocentristas, a modo de una ruptura con la “*negación colectiva*” (Bourdieu 1999[1997]: 14-15) o “*anamnesis*” (Bourdieu 1999[1997]: 152)

del lugar de procedencia social y geopolítica. A la vez, la dimensión social y colectiva inherente a la narración sobre la propia trayectoria no exime de una continuada responsabilidad hacia el contexto social y colectivo inherente a la narración autoetnográfica (capítulos I, 3.1.4 y I, 3.5.4.1).

La duda expresada por Clifford (1997, citada en Pelias 2003)⁹⁷ en relación a la inclusión de la perspectiva autorreflexiva y autoetnográfica en el ámbito académico y en la tesis doctoral, así como la re-lectura de reflexiones de autor*s que han optado por una inclusión explícita en sus tesis doctorales (Arribas Lozano 2014; Coll-Planas 2010a; Davy 2008; Mejía 2006; Noy 2003; Platero 2013), me hicieron reflexionar sobre el lugar de ambas dimensiones en el presente texto. ¿En qué medida es lícito –o relevante- incluir la mirada autorreflexiva y autoetnográfica en un texto de tesis doctoral? ¿En qué medida revelar aspectos personales? ¿Se trata de una mirada al ombligo, como señalan posturas críticas a los enfoques de reflexividad (capítulo I, 3.3)? ¿Desde qué marco teórico y enfoque metodológico conceptualizar la propia posición?

También me surgieron dudas cómo vincular la voz autorreflexiva y autoetnográfica con la reflexión teórica. Desde la revisión de diferentes modalidades (capítulos I, 3.1.2.3, I, 3.1.4, I, 3.2.5.2 y III, 1.2.3), opté por incluir una reflexión sobre el proceso de investigación, las dudas epistemológicas, metodológicas y éticas vividas y su interrelación con mi propia trayectoria social, teórica y activista a lo largo del texto, como una dimensión transversal a la reflexión teórica sobre reflexividad y ética de la investigación y el análisis de los discursos por la despatologización trans*.

Al mismo tiempo, intenté repensar mi propia trayectoria desde la propuesta de un autosocioanálisis desarrollada por Bourdieu (1999[1997], 2003[2001], 2006[2004]), en el sentido de un análisis de la interrelación de mi propia trayectoria teórica, activista y corporal con los discursos disponibles en diferentes momentos, así como de un análisis de las *"disposiciones asociadas a la posición de origen"* (Bourdieu 2006[2004]: 117), incluyendo la revisión de la estructura de capitales heredada y adquirida y el análisis de mi lugar en el espacio social.

⁹⁷ "One could hardly count on being awarded a Ph.D., or finding a job in an anthropology department, for autobiographical research" (Clifford 1997: 88 en Pelias 2003: 372).

3.6.1.4. Ejercicio de autosocioanálisis

Esto no es una autobiografía.
(Bourdieu 2006 [2004]: 11)

En este proceso, intenté releer mi propio proceso de tránsito entre los géneros, su legibilidad dentro del sistema médico, así como mi proceso de implicación en diferentes movimientos activistas desde su interrelación con el grado de disponibilidad de referentes discursivos relacionados. En este análisis del "espacio de los posibles" (Bourdieu 2006[2004]: 18), pude identificar diferentes momentos: Por un lado, un momento de limitación del imaginario sobre los procesos de tránsito en el género al modelo médico de 'transexualidad', ausencia de referentes no binarios y predominio de formas de activismo identitarias y asimiliacionistas. Por el otro lado, pude presenciar un momento de emergencia de discursos y espacios activistas relacionados con la despatologización y el no binarismo de género, así como formatos no identitarios de movilización activista, basados en la denuncia de violencias estructurales compartidas. Al mismo tiempo, comparto la experiencia de vivencias pre-discursivas en relación a la diversidad sexual y de género, similar a lo expresado por Stryker (1998).

The categories of transgender and queer were not yet available in quite the same ways as they shortly would be, though it seems in retrospect that I and many others were already living the concepts without the benefit of those names—names and concepts that academic discourse as well as the language of the streets had been struggling to speak for some time. (Stryker 1998: 150)



Imagen 7: Amets Suess. Políticas de identidad, 2003

En este sentido, la posibilidad de concebir los procesos de tránsito en el género no como una enfermedad, sino como un derecho, y de adoptar expresiones e identidades de género no binarias estaba estrechamente relacionada con la entrada de los discursos sobre despatologización, no binarismo de género y diversidad en el ámbito de lo 'legible'. Puedo encontrar una resonancia de esta vivencia en la reflexión de Butler (2004) sobre la necesidad de ocupar posiciones subjetivas 'inteligibles' y los límites de este reconocimiento (*"If I am of a*

certain gender, will I still be regarded as part of the human? (...) Will there be a place for my life, and will it be recognizable to the others upon whom I depend for social existence?; 2-3), así como en el análisis de los procesos de formación de un objeto de discurso en Foucault (2003[1969]) dentro de “*las condiciones posibles de un haz complejo de relaciones*”, en el sentido de “*no se puede hablar en cualquier época de cualquier cosa*” (73-74).



Imagen 8: Amets Suess. Cuerpos de/construidos I, 2004
Imagen 9: Amets Suess. Cuerpos de/construidos II, 2004

En mi propia actividad artística, puedo identificar huellas de esta búsqueda de referentes teóricos y activistas en el paso entre un cuestionamiento queer de identidades binarias, el contacto espacios activistas y reflexiones teóricas trans* e intersex y la emergencia de la perspectiva de despatologización.



Imagen 10: Amets Suess. Herculine Barbin dite Alexina B., 2004

En contactos tempranos con el sistema médico-psiquiátrico a principio de los años 80 pude presenciar el carácter no legible del deseo de transitar por los géneros. En este caso, la falta de legibilidad en un momento de entrada de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia como trastorno mental en el DSM (APA 1980) y la CIE (OMS 1975) quizás

constituyó una suerte. En el documental *Diagnosing Difference*⁹⁸ se recoge el relato de una persona trans* de mi propia generación, procedente del contexto estadounidense, que refleja una experiencia temprana de psicopatologización de la diversidad de género y aplicación de terapias de modificación de la conducta en el contexto de la entrada de la clasificación diagnóstica trans-específica en el DSM.

I entered in the hospital in 1981, which coincidentally is around the time that 'Gender Identity Disorder' was invented, so I was part of this first wave. (...) I was actually being treated more for how other people were feeling, I was not learning how to love myself, I was learning how to perform so that other people can love me, and that is not sustainable. (Dylan Scholinski en: *Diagnosing Difference* 2009)



Imagen 11: Amets Suess. Dr. Guerrero, Bienvenido a la consulta, 2012

Imagen 12: Amets Suess. Dr. Guerrero,

Muchas de nuestras cicatrices son fruto de vuestro desconcierto, 2012

Imagen 13: Amets Suess. Dr. Guerrero, Al final tú también quieres romper el espejo, 2012

Imagen 14: Amets Suess. Esta reserva cuestiona el sistema, 2012⁹⁹

En relación a las posibilidades discursivas de un activismo no identitario e interseccional, pude identificar diferentes momentos en los que encontré un "*espacio de los posibles*" (Bourdieu 2006[2004]: 18), entre ellos la creación de alianzas en red en el marco del movimiento zapatista, en coherencia con su lema de "*un mundo donde quepan muchos mundos*"¹⁰⁰, así como, en un momento posterior, el surgimiento de un activismo queer y transmaricabollo en el contexto español, caracterizado por un cuestionamiento de las posiciones identitarias únicas y estrechamente vinculado a otros temas sociales, como el cuestionamiento del neoliberalismo, la crítica de la comercialización del orgullo gay, la lucha contra la precariedad laboral y el boom inmobiliario, así como la defensa de los derechos de las personas migrantes (capítulo II, 1).

⁹⁸ [Diagnosing Difference](#) (documental, dirección: Annalise Ophelian, 2009 [transcripción de los subtítulos]).

⁹⁹ Los collages forman parte de una serie basada en la canción *Dr. Guerrero* (letras y música: Miquel Missé y Pol Galofre, inédita).

¹⁰⁰ Un análisis de la internacionalización de la lucha zapatista se puede encontrar en Ceceña (2004). El lema citado proviene de la *Cuarta Declaración de la Selva Lacandona*: "*El mundo que queremos es uno donde quepan muchos mundos*" (EZLN 1997[1996]: 89).



Imagen 15. Amets Suess. Diario artístico.

¿Cuál es el sexo de los payasos? ¿Azul? ¿Amarillo? ¿Naranja?, 2005

Imagen 16: Amets Suess. Diario artístico. Transición. Work in Progress, 2005

Como otros momentos relevantes, puedo identificar la vivencia del carácter diverso del movimiento trans* internacional, tanto en relación a expresiones, trayectorias e identidades de género, como respecto a conceptualizaciones y expresiones culturalmente específicas, el contacto con un activismo trans* crítico con la clasificación diagnóstica en el contexto español, así como, en la segunda mitad de la primera década del siglo XXI, el surgimiento del activismo internacional actual por la despatologización trans* (capítulo II, 1).



Imagen 17, Imagen 18, Imagen 19, Imagen 20, Imagen 21:
Amets Suess. Incongruentes Felices I-V, 2013
(Fotografías: Rodrigo Requena)

En un segundo paso, siguiendo con el ejercicio de revisar mi propia historia desde la metodología de autosocioanálisis propuesta por Bourdieu (1999[1997], 2003[2001], 2006[2004]), intenté repensar mi propia trayectoria teórica, activista y corporal desde un análisis de las “*disposiciones asociadas a la posición de origen*” (Bourdieu 2006[2004]: 117), en el sentido de un análisis de la posición en el espacio social, estructura de capitales, así como tensiones y procesos de transformación internos.



Imagen 22, Imagen 23: Amets Suess. Nombrarse I - II, 2010
(Fotografías utilizadas en el collage: Elisabeth Süß-Schwend / Winfried Süß)

En este sentido, pude relacionar la distancia crítica hacia modelos biomédicos, conceptualización de la identidad como compleja, fluida y socialmente construida y defensa del derecho a ser diferente como aspectos propios del *habitus* de clase académica y artística a la que pertenecía mi familia de origen. En coherencia con el análisis realizado por Bourdieu (2000[1979]) en *La Distinción*, puedo relacionar mi propio interés por la reflexividad, el activismo y el cambio social con tensiones y procesos de transformación internos a las "disposiciones asociadas a la posición de origen" (Bourdieu 2006[2004]: 117), situadas en lugares emergentes del campo académico y artístico (padre: profesor de Magisterio y madre: profesora de artes plásticas en educación secundaria con trayectoria artística paralela) y atravesadas por la experiencia de la generación del 68, así como con mi propia trayectoria entre culturas y géneros. Finalmente, puedo identificar una interrelación entre una situación de privilegio social y geopolítico y la relativa facilidad de acceso a espacios académicos, artísticos y activistas relacionados con perspectivas queer, trans* e intersex críticas con el paradigma médico y psicopatológico de la 'transexualidad' en el contexto español e internacional.



Imagen 24: Amets Suess. El cuerpo por construir, 2013
(Fotografía: Pablo Vergara Pérez)

3.6.2. Reflexiones metodológicas

De forma análoga a las reflexiones sobre la aplicabilidad de los recorridos por planteamientos epistemológicos al marco del presente proyecto, encontré varios puntos de interrelación entre las reflexiones aportadas desde diferentes perspectivas teóricas sobre aspectos metodológicos y mis propias dudas relacionadas con la investigación sobre despatologización trans*, que a su vez muestran una estrecha interrelación con la dimensión epistemológica y ética.

En relación a la metodología de arqueología y genealogía, me pregunté en qué medida podía utilizar esta propuesta metodológica, desarrollada por Foucault (1994[1984], 1995[1976], 1999[1966], 2003[1969], 2006[1966], 2009[1975]; capítulo I, 3.2.1.1) para analizar procesos discursivos alejados en el tiempo, para discursos en pleno desarrollo, como los discursos por la despatologización trans*, y qué limitaciones planteaban el carácter contemporáneo e inconcluso del proceso. El reconocimiento de fuentes documentales diversas como materiales relevantes para el análisis arqueológico (Foucault 2003[1969]), coincidió con mi interés de análisis no solo de los discursos científicos sobre despatologización trans*, sino de manifiestos activistas, declaraciones de asociaciones profesionales, documentos estratégicos publicados por instituciones internacionales y europeas, así como declaraciones de gobiernos, incluyendo diferentes formatos (artículos, informes, declaraciones, manifiestos, notas de prensa, lemas, carteles o vídeos). El foco en la interrelación de los discursos con procesos socioeconómicos, políticos y culturales más amplios en la metodología genealógica (Foucault 1995[1976], 2003[1984], 2006[1984], 2009[1975]) abre la posibilidad de un análisis de los discursos por la despatologización trans* desde la interrelación con el contexto histórico, geopolítico y cultural.

Las reflexiones aportadas por Foucault (1994[1984], 1999[1966], 2009[1975]; capítulo I, 3.2.1.2) sobre el origen epistemológico e histórico del concepto actual de investigación y sus técnicas de verbalización, ante todo la técnica de entrevista, me plantearon diferentes preguntas, relacionadas con mi propia experiencia de incomodidad con el formato de entrevista y la analogía con técnicas de examen médico reflejada en la experiencia de personas a las que tenía la intención de entrevistar (*"no me importa, ya me han examinado tantas veces"*). ¿En qué medida la procedencia de la entrevista de técnicas de examen jurídicas y eclesiásticas limita las posibilidades de cambiar sus características estructurales? ¿Puede aportar la conciencia de esta procedencia epistemológica e histórica claves para el análisis de las dinámicas de poder y desigualdad social presentes en sus usos contemporáneos? ¿Se puede considerar la entrevista como una técnica categorizante y a la vez constituyente de subjetividad (Foucault 1994[1984])? ¿Hasta qué punto la conceptualización del poder como fuerza productiva que atraviesa todas las interacciones sociales y el reconocimiento de su carácter ineludible en la situación de entrevista (Foucault 1994[1984], 1995[1976], 2009[1975]), incluso en sus formatos no directivos, pueden llevar a desmotivar de su ejercicio, o, al contrario, posibilitar su realización desde una actitud de reflexividad? ¿En qué medida la conciencia de

una analogía estructural entre la entrevista y otros formatos de examen (Foucault 1994[1984], 1995[1976], 2009[1975]) adquiere una especial importancia en caso de participantes con experiencia previa con otras formas de examen (médico, psiquiátrico, jurídico), entre ellas las personas trans* e intersex?

En las reflexiones metodológicas aportadas por Bourdieu y colaboradores (capítulo I, 3.2.2) sobre la reproducción de desigualdades en técnicas de investigación, me llamó especialmente la atención el análisis de una influencia de la posición en el espacio social y estructura de capitales del equipo investigador y de las personas entrevistadas en la capacidad y forma de respuesta, relacionada con asimetría social intrínseca a la situación interaccional de entrevista y el sesgo medioclasista en el lenguaje utilizado (Bourdieu 2000[1979]; Bourdieu y Accardo 1999[1993]), así como la influencia del contexto social y cultural en el proceso de difusión y lectura (Bourdieu 1999[1990]).

¿Qué relevancia tiene este sesgo medioclasista en procesos de entrevista con personas trans* procedentes de diferentes lugares del espacio social? ¿En qué medida puede la conceptualización de las personas trans* como un grupo de población en situación de exclusión social reforzar desigualdades en el proceso de investigación, bajo una falta de reconocimiento de la creciente presencia de personas trans* con trayectoria académico-activista? ¿Qué influencia tiene mi propia procedencia en el espacio social y estructura de capitales en el proceso de entrevista? ¿En qué medida la previsión de una lectura diferente según el contexto cultural y sociopolítico aumenta la responsabilidad de la persona que investiga, y en mayor grado en un tema de alcance internacional como la despatologización trans*?

La relectura de las reflexiones metodológicas en Ibáñez (1979, 1985, 1994, 1996a, 1996b; capítulo I, 3.2.3) me ofreció una sensación de tranquilidad al observar que en el enfoque del que yo partía y con cuyos límites y contradicciones me había encontrado en la práctica del trabajo de campo, estaba incluida una reflexión explícita justo sobre estas contradicciones intrínsecas.

La metáfora de la caza empleada por Ibáñez (1996a) resonaba con mi sensación de incomodidad con el proceso de ‘captura’ de los discursos en la entrevista (individual y grupal) en función de intereses investigadores. En caso de los formatos menos estructurados (grupo de discusión y entrevista en profundidad) disminuía esta sensación en comparación con los formatos de grupo más dirigidos (grupo focal / nominal y entrevista semiestructurada), sin desaparecer del todo, reforzado en el momento de análisis de los discursos, en el sentido de una sensación de ‘apropiación’ indebida. En este sentido, me sentí cerca a la evaluación de las técnicas como “*dispositivos de poder*” (Ibáñez 1979: 19).

Su propuesta de una mayor participación activa de los ‘sujetos del estudio’ y de una superación de la separación investigador-campo estudiado coincidía con mi propia búsqueda y me ayudó a tomar conciencia del lugar del formato del grupo de discusión dentro de un proceso de cambio epistemológico y metodológico inherente a la investigación cualitativa (Ibáñez 1985,

1996a). A la vez, seguía sintiendo ciertas dudas hacia los efectos de captura incluso en los formatos más participativos propios de la perspectiva dialéctica, siguiendo la terminología utilizada por Ibáñez (1985, 1996a). En este sentido, la propuesta de Ibáñez (1996a) de una devolución de los resultados a las personas participantes me parecía un primer paso necesario para una ruptura con el carácter unilateral de la interacción, sin constituir en sí una técnica de participación propiamente dicha, a diferencia de otros métodos como la investigación-acción participativa, co-investigación o investigación militante (capítulo I, 3.4.2).

La conceptualización del rol de l*s sociólog*s como "*dispositivo de reflexividad*" y el potencial impacto de esta reflexión en la sociedad ("*A través de él la sociedad reflexiona sobre sí*"; Ibáñez 1985: 3) se relacionaba con mis propias preguntas sobre la utilidad social de la investigación y el papel de la actividad investigadora como agente de cambio social.

La revisión de las reflexiones y propuestas metodológicas aportadas por Ibáñez (1979, 1985, 1994, 1996a, 1996b) me suscitaban las siguientes preguntas: ¿En qué medida se puede romper con una estructura de entrevista basada en la metáfora de una 'caza' de información? ¿Cómo posibilitar una transformación de un 'grupo-objeto' en un 'grupo-sujeto'? ¿En qué medida este cambio podría contribuir a cumplir con un objetivo de cambio social?

El cuestionamiento del paradigma subyacente en el formato de entrevista planteado desde perspectivas postestructuralistas (capítulo I, 3.2.4), en el sentido de una presuposición de un sujeto que se ajusta al modelo cartesiano (Alldred y Gillies 2002), así como el análisis del carácter estructural de las relaciones de poder en la situación de entrevista (Briggs 2001; Scheurich y McKenzie 2005), resonaban profundamente con mi experiencia en el proceso de trabajo de campo, aportando claves relevantes para entender las contradicciones y dudas vividas. En este sentido, encontré un reflejo y vía de conceptualización de mi propia incomodidad con la situación de entrevista en el análisis de su carácter construido, basado en una ficción del sujeto moderno como poseedor de una narración de vida coherente y lineal (Alldred y Gillies 2002) que rompe con el presupuesto del carácter 'natural', 'cercano' o 'empático' de la entrevista cualitativa o antropológica. Me planteé en qué medida el cuestionamiento de esta narración 'moderna' adquiere especial importancia en caso de la negociación de las personas trans* con y/o resistencia a una narrativa médica establecida y conceptualización binaria de los géneros.

Además, la reflexión aportada desde perspectivas postestructuralistas de una imposibilidad ontológica de captar la 'verdad' o 'autenticidad' en el discurso de las personas entrevistadas (Denzin 1994; Richardson y St. Pierre 2005) me ayudó a entender mi propia sensación de malestar con el proceso de interpretación. El cuestionamiento de la voz de las personas participantes como investida de una verdad intrínseca (Denzin 1994) me abrió la posibilidad de reconocer el interés de los silencios y huecos en el discurso (Manning y Cullum-Swan 1994), así como de enfocar la atención en otros formatos presentes en el trabajo de

campo como documentos activistas, formatos audiovisuales y producciones artísticas, con grados y límites análogos respecto a la dimensión de 'autenticidad'. Asimismo, me parecía relevante la inclusión del momento de lectura del texto en el proceso de interpretación, en el sentido de un cuestionamiento del carácter cerrado y unívoco del texto publicado (Denzin 2009). El carácter altamente politizado de las temáticas relacionadas con la despatologización y los derechos trans*, así como los procesos de internacionalización de la movilización activista trans* / por la despatologización trans* plantean la pregunta por los cambios en los significados e intencionalidades en el proceso de recepción, el carácter culturalmente específico de este proceso, así como su impacto político. Al mismo tiempo, la conciencia de este impacto del texto publicado aumentó mi sensación de responsabilidad hacia los espacios colectivos.

Las propuestas de formatos de entrevista dialógica e interactiva (capítulo I, 3.2.4.2), me abrieron posibilidades para salir de la sensación de conflicto ético vivido en el trabajo de campo. Mientras valoraba positivamente las posibilidades de reducción de dinámicas de apropiación heterónoma de la experiencia ajena, era consciente de la continuada presencia de conflictos éticos y desigualdades irreductibles, fruto de los roles diferenciados en el proceso de investigación, las diferencias respecto al capital académico / cultural y los límites ontológicos de una escritura sobre la experiencia ajena. Estas reflexiones metodológicas me suscitaron el interés de introducir, en la medida de lo posible y desde la conciencia de potenciales dificultades en su puesta en práctica, la devolución, negociación de resultados y co-escritura en futuros proyectos de investigación cualitativa y antropológica, así como, desde el lugar como persona entrevistada, exigir la participación en el proceso de interpretación y escritura como condición del consentimiento a la entrevista. En caso de la presente tesis doctoral, opté, en consecuencia de la temática tratada, mi propia posición en el campo y el interés en una cartografía de los discursos teórico-activistas, por renunciar al uso de la entrevista cualitativa o antropológica, y por utilizar, en su lugar, el análisis de discursos basado en fuentes científicas y documentales, atravesado a su vez por mi experiencia en el campo analizado y la reflexión sobre el proceso.

Las reflexiones sobre etnografía performativa (capítulo I, 3.2.5.1), autoetnografía performativa (capítulo I, 3.2.5.2) e investigación basada en las artes (capítulo I, 3.2.5.3), coincidieron con inquietudes relacionadas con la observación de limitaciones en la expresión verbal, mi propia actividad artística mediante formatos como el collage, la instalación o la performance, así como el interés por modalidades para combinar ambos ámbitos en mi vida – la reflexión teórica y la actividad artística. Las reflexiones sobre las posibilidades y desafíos de una introducción de métodos creativos en el proceso de investigación (capítulo I, 3.2.5.4), rompiendo con el formato exclusivamente verbal de la producción científica, me suscitaron las siguientes preguntas: ¿En qué medida podría incluir una utilización de metodologías artísticas en el proyecto? ¿Tenía sentido incluir formatos creativos en el proceso de entrevista? ¿O en la

reflexión autoetnográfica? ¿Qué lugar tienen las prácticas artísticas en el ámbito activista? ¿Cómo analizar sus producciones visuales, como carteles, logotipos, performances o vídeos?

En una fase inicial del proyecto, pensé en las posibilidades de un uso de formatos artísticos en el proceso de entrevista individual o grupal. Probé con la utilización de material visual en las entrevistas individuales, de forma similar a su uso por Bourdieu (2000[1979]) en las entrevistas para *La Distinción*. Sin embargo, la utilización de métodos no verbales no contribuyó a facilitar el diálogo. Las personas entrevistadas recibían la utilización de métodos creativos como propia de un test psicológico, creando un efecto ‘sombra’ que me hizo desistir del uso de esta técnica. La observación de este efecto me suscitó la pregunta en qué medida se debía al carácter sensitivo del tema (las identidades de género / sexuales fluidas y no binarias), a una percepción diferente de las técnicas creativas y mayor conciencia de potenciales agendas encubiertas (presuposición de un uso de la entrevista como test psicológico) en las personas entrevistadas a principios del siglo XXI, en comparación de su uso por Bourdieu (2000[1979]) en los años 60, o a una especial sensibilidad respecto a técnicas que podían resonar con el ámbito clínico en personas con experiencia previa de patologización y medicalización, como podía ocurrir en caso de personas trans*. Esta reacción me hizo desechar el uso de técnicas creativas en el proceso de entrevista.

En cambio, tomé la decisión de incluir materiales visuales (carteles o vídeos) producidos por los grupos que forman parte del activismo por la despatologización trans*, a modo de una ilustración no verbal de sus discursos (capítulo II, 3), así como trabajos artísticos propios en los que pude encontrar un reflejo de los recorridos teóricos, activistas y personales sobre diversidad de género y despatologización trans* (capítulo I, 3.6.1.4).

3.6.3. Reflexiones sobre las críticas al concepto de reflexividad

Paralelamente a la vivencia de una sensación de reconocimiento en la lectura de aportaciones sobre el concepto de reflexividad realizadas desde diferentes perspectivas teóricas, las críticas expresadas sobre sus límites y riesgos, incluyendo las respuestas a las mismas (capítulo I, 3.3), contribuyeron a plantearme diferentes cuestiones: ¿En qué medida la adopción de una mirada autorreflexiva en mi propio proyecto de tesis doctoral podía convertirse en un ejercicio autoindulgente y narcisista? ¿Hasta qué punto la focalización en mi propio proceso de dudas epistemológicas podría encerrar el riesgo de desviar el foco de una reflexión sobre cuestiones sociales más amplias, como el análisis de situaciones de discriminación o procesos activistas? ¿En qué medida el cuestionamiento de mi rol investigador podía contribuir a reforzar mi voz como autor* individual en vez de deconstruirla? El interés por la reflexividad, ¿se puede leer como reflejo de un momento en el campo científico en el que su adopción se convierte un capital académico? ¿O se puede entender como una necesidad personal, fruto de mi propia trayectoria personal, académica y activista?

3.6.4. Reflexiones sobre enfoques participativos y colaborativos

En las reflexiones aportadas desde enfoques participativos y colaborativos (capítulo I, 3.4), pude identificar diferentes preguntas sobre su aplicabilidad en el ámbito de la investigación sobre despatologización y derechos trans*, en relación a 1. Las reflexiones y metodologías aportadas por la teoría de los movimientos sociales, 2. Los enfoques de investigación-acción participativa, así como 3. Propuestas de investigación y etnografía militante.

3.6.4.1. Teoría de los movimientos sociales

La revisión de las reflexiones aportadas desde la perspectiva de la teoría de los movimientos sociales (capítulo I, 3.4.1), me llamó especialmente la atención la pregunta por el modo de analizar a un actor colectivo (Klandersmans, Staggenborg y Tarrow 2002; Melucci 1996). En este sentido, me pregunté qué posibilidades, dificultades y límites se pueden identificar en un análisis de un actor social colectivo, como el activismo por la despatologización trans*, desde la consideración de que su postura no es reducible a una suma de las opiniones de sus miembros.

Además, la propuesta de técnicas diferenciadas¹⁰¹ según el alcance de la investigación (micro / meso / macro) y el foco (en objetivos, estrategias, formas de organización, dinámicas internas, circunstancias políticas de emergencia, ciclos de protesta, marcos interpretativos y análisis comparativos) me llevaron a reflexionar sobre el foco de mi análisis del activismo por la despatologización trans*. En este sentido, me planteé la pregunta cómo enfocar la investigación, en el análisis de oportunidades políticas, las estructuras internas de movilización, la revisión de los eventos y ciclos de protesta, el estudio de las redes activistas o el análisis de los marcos interpretativos.

Desde el reconocimiento del interés de las diferentes técnicas desarrolladas desde la teoría de los movimientos sociales, me di cuenta que no me sentiría cómod* con un análisis de estrategias, formas de organización o dinámicas grupales internas desde una doble posición investigador-activista en el marco de un proyecto de tesis doctoral que corresponde a un interés académico personal, considerando que un proceso de reflexión sobre estos aspectos tendría que realizarse desde y a cargo del mismo grupo activista, mediante un proceso de co-investigación o investigación militante. Por esta razón, decidí centrar la investigación en un análisis de los discursos teórico-activistas sobre despatologización trans* y su interrelación con discursos clínicos y desarrollos institucionales, mediante una revisión de las estructuras de oportunidad, ciclos de protesta y marcos interpretativos (capítulo II, 4).

Desde la conciencia de las diferencias entre los diferentes enfoques, me pregunté en qué medida podía combinar la técnica de análisis de los marcos interpretativos (Benford y Snow

¹⁰¹ Benford y Snow 2000; Creed, et al. 2002; Della Porta 2006[1996], 2014; Diani 2002; Haunss 2004; Johnston 2002; Klandermans, et al. 2002; Koopmans y Rucht 2002; 2006[1996]; McAdam 2006[1996]; McAdam, et al. 2006[1996]; McCarty 2006[1996]; Melucci 1996; Snow y Benford 1988, véase I, capítulo 3.4.1.

2000; Creed, et al. 2002; Johnston 2002; McAdam, et al. 2006[1996]; Snow y Benford 1988) con un análisis de los procesos de formación discursiva, siguiendo la propuesta arqueológica / genealógica desarrollada por Foucault (1995[1976], 1999[1966], 2000[1961], 2003[1969], 2009[1975]), así como con la técnica de un análisis sociológico del sistema de discurso y desarrollo de mapas discursivos aportada por Conde Gutiérrez de Álamo (2010).

Finalmente, me planteé preguntas respecto al grado de participación de los movimientos sociales en procesos de investigación sobre el campo activista. ¿Cómo compaginar fines investigadores y fines activistas, investigación y acción social, espacios académicos y activistas? ¿Cómo lograr una participación activa de los grupos activistas en todas fases del proceso? ¿Cómo motivar a la participación en un proyecto investigador planteado desde el ámbito académico? ¿En qué medida la teoría de los movimientos sociales, aunque estuviera basada en un reconocimiento de la capacidad de agencia del activismo, constituye un enfoque de investigación ‘sobre’ los movimientos sociales en el que la iniciativa del proyecto no parte del movimiento social, sino de un interés académico? ¿Hasta qué punto las propuestas de una mayor participación y construcción conjunta del proceso de investigación elaboradas desde dentro de la teoría de los movimientos sociales (Melucci 1996) pueden ayudar a superar esta perspectiva externa? ¿En qué medida sus propuestas metodológicas podían servir para una investigación desde y por los espacios activistas, como lo proponen los enfoques de investigación-acción participativa e investigación o etnografía militante, o requerían técnicas completamente diferentes?

3.6.4.2. Procesos de Investigación-Acción Participativa

En las reflexiones aportadas desde procesos de Investigación-Acción Participativa (capítulo I, 3.4.2.1), me llamó especialmente la atención el relato aportado por Callén, et al. (2007), por hacer explícitas las dificultades en el proceso de construcción de un proceso participativo de investigación, desde el reconocimiento de que la oferta de participación no tiene por qué constituir en sí un atractivo para los grupos activistas en un proceso de investigación que surge desde una iniciativa académica, y no del mismo entorno activista. Asimismo, me parecía interesante la descripción del proceso de transformación y apropiación del proceso a través de una oferta de participación en condiciones de igualdad (Callén, et al. 2007). Este relato coincidía con mis experiencias en la primera fase del trabajo de campo en la que a menudo me encontraba con una actitud de cuestionamiento de los objetivos académicos por parte de las personas participantes que estaba en coherencia con una mirada crítica sobre prácticas de investigación presente en los discursos queer y trans*, coincidiendo con dudas propias sobre el proceso de entrevista (capítulo I, 2.1.3). Al mismo tiempo, más de una vez hice la experiencia de que el grupo activista, después de establecer una relación de confianza conmigo y de ‘leerme’ como miembro del ámbito activista, me invitaba a participar en sus actividades y proyectos, a modo de una ‘desactivación’ de la relación investigador* –investigad*.

Las reflexiones metateóricas aportadas desde la perspectiva de una investigación-acción participativa (capítulo I, 3.4.2.1) me llevaron a las siguientes preguntas: ¿En qué medida la propuesta metodológica de la IAP es capaz de superar un desequilibrio de poder entre investigador*s y actor*s sociales? ¿Cómo lograr una representación de diferentes tipos de conocimientos y saberes? ¿En qué medida se produce una colaboración entre objetivos académicos y activistas en un proyecto de IAP? ¿En qué medida surge la iniciativa desde el grupo social o desde el equipo de investigador*s? ¿Sería posible / pertinente realizar un proyecto de IAP en el contexto de un activismo por la despatologización trans*? ¿Y en el marco de una tesis doctoral?

3.6.4.3. Investigación y etnografía militante

En relación a las metodologías de investigación / etnografía militante (capítulo I, 3.4.2.2) me parecía especialmente interesante la propuesta de una investigación entendida como proceso de reflexión dentro del propio colectivo activista, los formatos de autoría colectiva, así como el uso de procedimientos propios del activismo, como el formato de asamblea o deriva, en el proceso de reflexión y análisis. Este interés surge, por un lado, de la experiencia reiterada de una conversión de colectivos activistas en los que había participado a lo largo de las últimas décadas en 'objeto de estudio' de proyectos de investigación que correspondían únicamente a intereses académicos, así como la vivencia de una necesidad de momentos de reflexión sobre las prácticas, estrategias y objetivos activistas durante la acción colectiva.

Desde la vivencia de una sensación de incomodidad con procesos de entrevista desde un lugar de exterioridad al grupo y/o miembro del colectivo estudiado, especialmente respecto a preguntas sobre las estrategias, objetivos e identidades colectivas, me planteé las siguientes preguntas: ¿En qué medida la construcción de reflexiones desde dentro del grupo activista puede constituir una posible salida de un conflicto de legitimidad en la actividad de investigación sobre espacios activistas? ¿Hasta qué punto se puede observar un interés en un espacio de reflexión teórica y producción de conocimiento en los espacios activistas? ¿Cómo se pueden construir espacios de reflexión sobre la propia práctica activista dentro de la dinámica cotidiana de los grupos activistas? ¿Cómo combinar la reflexión con la acción?

Desde la experiencia de una actividad investigadora individual, a la par de experiencias de elaboración colectiva en el ámbito artístico y activista, me interesaba especialmente la propuesta de una producción de conocimientos y autoría colectiva (Colectivo Situaciones 2003, 2004; Juris 2007; Precarias a la Deriva 2007). ¿Cómo iniciar un proceso de escritura en grupo? ¿Qué desafíos y límites plantea? ¿Qué efecto tiene la ruptura con la figura de autor individual?

A la vez, dentro del formato de una tesis doctoral, me planteé la pregunta por los límites para iniciar un proceso de investigación militante que surgiera desde la iniciativa del propio colectivo y estuviera basado en un proceso de co-investigación y co-escritura, debidos al formato necesariamente individual del proyecto de tesis en relación al proceso de escritura y

presentación, así como respecto a los beneficios académicos asociados (*“Si bien muchos trabajos pueden ser legítimamente co-producidos (desde una ponencia en un seminario hasta una enciclopedia), la disertación difícilmente puede imaginarse como co-escrita”*, Noy 2003: s.p.). Al mismo tiempo, encontré referentes en tesis doctorales realizados con una participación activa de las personas entrevistadas en el proceso de análisis e interpretación (Davy 2008) y el uso de métodos de co-investigación (Arribas 2014).

3.6.5. Reflexiones éticas

La revisión de los límites y dificultades en un ejercicio de un modelo de ética basado en el Consentimiento Informado en el contexto de la investigación social y antropológica (capítulo I, 3.5.3), coincidía con mis propias experiencias de incomodidad con un formato que a menudo no se percibe como un derecho y garantía para las personas participantes, sino como un elemento de interrupción en el proceso de establecimiento de confianza.

A la vez, la propuesta de una ética reflexiva (capítulo I, 3.5.4.1) me abrió la posibilidad de una conceptualización de los aspectos éticos desde su carácter procesual, incluyendo tanto un proceso de diálogo continuado sobre aspectos metodológicos y éticos con las personas participantes, como una reflexión sobre las bases epistemológicas del proceso de investigación y su relación con el contexto sociopolítico en el que se inserta. Desde la observación de una estrecha interrelación entre reflexividad y ética (Doucet y Mauthner 2002; Gillies y Alldred 2002; Etherington 2007) y del carácter político de la actividad de investigación (Cannella y Lincoln 2007; Gillies y Alldred 2002; Lincoln y Cannella 2007; Sultana 2007), la ética reflexiva me remitió de nuevo al tema principal de mi recorrido por el debate metanalítico: La reflexividad sobre el propio rol y las propias prácticas de investigación, así como la pregunta por la utilidad social de la práctica de investigación.

Además, me planteé especialmente la pregunta por las dificultades y desafíos de garantizar la confidencialidad en caso del análisis de procesos activistas colectivos (Taylor 2011). En algunos casos, en las entrevistas las personas activistas me relataban dinámicas internas a los movimientos activistas o información de carácter confidencial que no me sentía legitimad* a publicar o que me planteaba un conflicto con el principio de no perjudicar a los objetivos del grupo activista. En otros, la composición de los grupos había cambiado, dificultando el contacto con las personas entrevistadas para consensuar el proceso de interpretación. Asimismo, me planteé los desafíos respecto al mantenimiento de la confidencialidad sobre información interna en caso de espacios activistas de los que formaba parte, como mencionado por Taylor (2011). Una dificultad análoga pude identificar en el manejo adecuado de la confidencialidad en caso de espacios activistas que aparecen en el relato autoetnográfico, de forma análogo a lo observado respecto a la mención de personas cercanas en la autoetnografía (Ellis 2007a, 2007b; Tamas 2009; Trahar 2009).

Respecto a la mención de la sexualidad en el trabajo de campo (Altork 1995; Bolton 1995; Dubisch 1995; Killick 1995; Kong, Mahoney y Plummer 2001; Kulick 1995), coincido con la importancia de una ruptura de un silencio que dificulta verbalizar las propias experiencias y la necesidad de una reflexión sobre el significado del concepto de sexualidad en el contexto cultural específico. En mi propio trabajo de campo en comunidades activistas, ante todo en aquellas en las que las reflexiones sobre las propias sexualidades constituyen una práctica inherente al espacio activista, no me planteé una obtención de información durante el encuentro erótico-sexual, como reflejada en Bolton (1995). A la vez, desde mi propia participación en los espacios, me surgieron dudas respecto a los límites éticos de una realización de entrevistas con personas con las que, antes y en independencia del proyecto de investigación, había tenido encuentros amistosos, afectivos, eróticos y sexuales. En este sentido, la reflexión ética no se limitaba a las prácticas sexuales en el trabajo de campo, sino al manejo del rol investigador y de relaciones de amistad, cercanía afectivo-erótica y afinidad activista, similar a lo planteado por Taylor (2011).

Además, me sentí identificad* con las reflexiones acerca de una extensión de los aspectos éticos al momento de publicación y difusión (Ellis 2007a; Medford 2006), en el sentido de una sensación de responsabilidad ética hacia l*s potenciales lector*s, especialmente aquell*s que pertenecen al espacio activista retratado, no solo en caso de un proceso cualitativo de entrevistas, sino también en caso de un análisis de fuentes documentales, incluyendo manifiestos, declaraciones, carteles o vídeos de grupos activistas.

En relación a los aspectos éticos relacionados con la etnografía performativa, autoetnografía performativa o investigación basada en las artes (Conquergood 1985; Denzin 2001; Spry 2009, 2011), me planteé la pregunta por el tratamiento ético de materiales artísticos o visuales. En el marco del presente proyecto, decidí limitar su uso a producciones artísticas propias, así como carteles activistas. Incluso en el uso de producciones artísticas propias, la presencia de palabras o fotografías procedentes de personas cercanas o espacios activistas en los collages, instalaciones o performances me planteaban preguntas éticas respecto a derechos de autoría o confidencialidad. Aunque la *Ley de Propiedad Intelectual*, Art. 32 (Gobierno de España 2014[1996]), permite la inclusión de imágenes en caso de fines docentes o de investigación, citando la fuente y autoría, dentro de una ética reflexiva y colectiva me parecía importante pedir a los grupos activistas el permiso para la reproducción de los carteles. En el proceso de solicitud del permiso, me encontré con una actitud unánime de apoyo por parte de los grupos activistas hacia mi proyecto de tesis doctoral e interés en el texto, aumentando mi sensación de responsabilidad hacia el espacio colectivo. Al mismo tiempo, en algunos casos fue difícil identificar a la persona responsable del diseño y difusión del cartel en un entorno activista cambiante y procesos colectivos de responsabilidad, una experiencia que muestra una estrecha interrelación con la reflexión planteada desde la teoría de los movimientos sociales sobre las características específicas de una investigación con actores colectivos (Klandermans,

Staggenborg y Tarrow 2002; Melucci 1996). En consecuencia, limité la reproducción de trabajos artísticos propios a los que no contuvieran iconografía ajena, así como los carteles a aquellos para los que había conseguido un permiso explícito de la persona diseñadora o del grupo responsable.

Además, me surgieron dudas acerca de aspectos y desafíos éticos específicos relacionados con la metodología de un análisis sociológico de los discursos teórico-activistas sobre despatologización trans* (Alba Juez 2002; Hammersley 2013). ¿Cómo garantizar una representación adecuada de los discursos y objetivos activistas? ¿Cómo evitar una utilización de las producciones discursivas activistas para fines académicos, alejados de su objetivo inicial? ¿Cómo manejar un doble rol teórico-activista y tensiones entre el análisis científico y el objetivo de transformación social? ¿En qué medida la actividad de mapeo discursivo encierra una valoración y clasificación, reduciendo la complejidad y multiplicidad de las producciones discursivas? ¿Qué impacto político puede tener la actividad cartográfica de discursos, y qué problemas ético-políticos encierra esta tarea?

Como otros aspectos éticos en los que encontré una interrelación con interrogantes propios, me planteé la duda sobre la responsabilidad ética de una mención de grupos relacionados con el activismo por la despatologización procedentes de países en los que la actividad activista puede encerrar riesgos para la libertad y seguridad de las personas participantes, como mencionado desde la perspectiva de la teoría de los movimientos sociales (Cordner, et al. 2012; Gillan y Pickerill 2012; Milan 2014).

Finalmente, mi experiencia en proyectos de investigación con movimientos sociales¹⁰² coincidía con las reflexiones sobre utilidad social y responsabilidad colectiva de la práctica de investigación aportadas desde perspectivas de ética de la investigación en Salud Pública (capítulo I, 3.5.4.3).

[E]thics in public health research include reflections on the social responsibility, utility and sustainability of research. The engagement of health professionals in public health activism should stimulate reflection on the interrelation between research, advocacy and social transformation, as well as the ethico-political dimensions of this involvement. Furthermore, it is important to reflect on the relevance of a research practice based on the principles of collective responsibility and transparency in the current moment of economic and systemic crisis.

(EUPHA Section Ethics in Public Health y Suess 2015: 40)

From a poststructural and reflexive research ethics framework, I would like to open a reflection on ethical aspects in qualitative and ethnographic public health research focused on the analysis of situations of social vulnerability in the current moment of economic and systemic crisis. These reflections include a self-reflexive review of the own social roles, positions and privileges in the research process, from a poststructural conceptualization of identities and commitments as multiple, overlapping and intersectional: How to question social privileges in the research process? How to bridge status differences and deconstruct power dynamics? Which challenges, opportunities and ethico-political responsibilities entail a double academic-activist perspective?

(Suess 2015a: 42)

¹⁰² EUPHA Section Ethics in Public Health y Suess 2015; Suess 2015a, 2015b; Suess, Ruiz-Azarola, Tamayo-Velázquez, et al. 2015.

3.7. Decisiones

La reflexión es una tarea de vagos y maleantes. Hay que saber perderse por las encrucijadas, abrir senderos a través de las mieses o el desierto, penetrar en callejuelas sin salida; asumir que todo camino recorrido sin mapa es caótico. (...) Y hay que saber subvertir la ley –y/o acaso pervertirla–: apearse de todo lo dicho o lo sabido, quedar solo; hay que romper con todos los grupos, disentir de todo los consensos (...). Pero si uno no quiere ser eterno errante, a riesgo de secarse en la subversión o pudrirse en la perversión, tendrá que volver alguna vez al “buen camino”, volver a habitar la ciudad. En la ciudad hay hambre y explotación, bolas de goma y botes de humo, autopistas que rompen barrios y campos, chicos parados en las esquinas, hombres y mujeres que no encuentran trabajo y otros/as para los/as que el trabajo es una condena, personas torturadas y acribilladas a balazos, tiendas en las que sólo venden simulacros, enfermedades, pantallas de televisión, humo, ruido y hastío... ¿Puede servir nuestra reflexión para que los que sufren estas catástrofes cambien esta ciudad o construyan otra?
(Ibáñez 1979: 355)

Después del recorrido por diferentes senderos de reflexión epistemológica, metodológica y ética, dudas sobre el rol investigador, preguntas por la legitimidad de la actividad de investigación y preocupación por los aspectos éticos, sentí cierto alivio al leer la cita de Ibáñez (1979), procedente de su propia tesis doctoral. Alivio por una sensación de resonancia con la valoración de la reflexión como una “*tarea de vagos y maleantes*” (355) de potencial carácter subversivo (con una adicional asociación en el contexto trans*)¹⁰³. Alivio por la descripción de la vuelta a la ‘ciudad’ no como un acto de resignación al orden establecido, sino decisión consciente de la importancia de la acción social, aun desde la duda si la actividad teórica puede cumplir la expectativa de contribuir a construir otra ciudad diferente.

En resumen: Ante el riesgo de quedarme anclad* en una actitud de reflexividad convertida en autorreferencialidad y mirada al ombligo, tenía conciencia de la necesidad de pasar a la concreción, a la decisión y al necesario duelo de desechar posibles proyectos, concretar las preguntas a seguir ante cientos de posibles preguntas y exponerme al riesgo de lo incompleto y de la responsabilidad colectiva que encierra el acto de escritura, y más de una escritura relacionada con un espacio activista.

La asunción de roles de responsabilidad y visibilidad pública dentro del activismo por la despatologización trans* (capítulo I, 1.4), así como mi propio proceso de tránsito en el género,

¹⁰³ Durante la época franquista, la *Ley de Vagos y Maleantes, de 4 de agosto de 1933* (Presidencia del Consejo de Ministros 1933), modificada por la *Ley de 15 de julio de 1954* (Jefatura del Estado 1954) y sustituida en 1970 por la *Ley 16/1970, de 4 de agosto, sobre Peligrosidad y Rehabilitación Social* (Jefatura del Estado 1954), constituyó el marco legislativo que dio lugar a la persecución personal y condena de homosexuales y transexuales. El supuesto de “*homosexualidad*” fue introducido en la modificación de la *Ley de Vagos y Maleantes* realizada en 1954, extendiendo el Art. 2 de “*rufianes y proxenetas*” a “*rufianes, homosexuales y proxenetas*” (Jefatura del Estado 1954: 4862). En la Ley 16/1970, en el Art. 4, se menciona a “*los que realicen actos de homosexualidad*” (Jefatura del Estado 1954: 12552). Aunque ni la *Ley de Vagos y Maleantes*, ni la *Ley 16/1970* hacían referencia explícita a las personas trans*, en la práctica la persecución se extendía a las mismas, ante todo a las mujeres trans*. Su demanda de abolición constituyó uno de los puntos de unión y visibilización del movimiento gay y trans* en los primeros años de la transición. Mediante la *Ley 77/1978, de 26 de diciembre* (Gobierno de España 1978), se excluye la homosexualidad como supuesto de la Ley 16/1970. Su completa derogación se efectuó a través de la *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal* (Gobierno de España 1995b) (Balzer y Suess 2009; Platero 2009, 2011; Ramos Cantó 2003).

me dieron una sensación de mayor legitimidad para hablar y escribir sobre la temática de despatologización trans*. A la vez, aumentó mi sensación de responsabilidad ético-política, haciendo más urgente la pregunta por las posibilidades de compatibilidad y combinación responsable entre roles investigadores y activistas. Desde dentro del ámbito activista trans*, me llegaron tanto voces que me animaron a seguir con el proyecto de tesis doctoral, por considerar la importancia de una producción de discursos desde perspectivas trans*, como voces críticas que me alentaron sobre el riesgo de participar en una dinámica de conversión de una temática activista en potencial capital simbólico dentro del ámbito académico.

A la vez, desde la decisión de poner el foco en la temática de despatologización trans*, seguí teniendo dudas en qué enfocar el análisis: ¿En el proceso de emergencia, difusión e internacionalización del activismo por la despatologización trans*? ¿En sus objetivos, estratégicas y dinámicas internas? ¿En un análisis de los discursos sobre la despatologización trans* en diferentes campos sociales? ¿Cómo escribir sobre un proceso activista que se encuentra aún en pleno desarrollo? ¿Qué pregunta de investigación podría evitar el riesgo de una utilización de una temática activista para fines académicos y, al contrario, convertirse en una aportación teórico-discursiva al movimiento por la despatologización trans*? ¿Tenía sentido plantear este objetivo en el ámbito de la investigación, y tenía sentido plantearlo en el marco de una tesis doctoral?

En algún momento, me planteé si tenía sentido intentar realizar una tesis doctoral sobre una temática que tenía tantas vinculaciones con mi vida personal y activista. A la vez, la implicación personal y activista con la temática era justo lo que constituía mi mayor motivación para seguir trabajando sobre el tema de la despatologización trans*.

Desde el proceso de reflexión sobre mi propia posición teórico-activista, las contradicciones vividas en el proceso de trabajo de campo, la revisión de las propuestas epistemológicas, metodológicas y éticas de una investigación reflexiva y co-construida, tomé las siguientes decisiones sobre el formato definitivo de la tesis doctoral:

- Incluir la narración sobre el proceso de investigación, desde sus contradicciones, momentos de bloqueo y cambios, en el texto de la tesis doctoral.
- Otorgar a la revisión de las reflexiones epistemológicas, metodológicas y éticas un lugar destacado en el texto.
- Añadir una reflexión sobre el uso de los términos relacionados con el ámbito queer, trans* e intersex, desde la conciencia de su carácter múltiple, complejo y cambiante.
- Renunciar a un análisis de la interrelación entre estructura de capitales, trayectoria social, elecciones identitarias y cercanía a los espacios activistas en el marco del presente proyecto.
- Desistir del uso de una metodología de entrevista cualitativa individual o grupal con el fin de analizar posiciones subjetivas personales o colectivas.

- Incluir la perspectiva autorreflexiva y autoetnográfica como una dimensión transversal en el texto, así como desarrollar un ejercicio autoetnográfico, siguiendo la propuesta de un autosocioanálisis desarrollado por Bourdieu (1999[1997], 2003[2001], 2006[2004]) para una reconstrucción de la propia trayectoria teórico-activista, tanto en relación al estado de los campos científicos y activistas, como respecto a una revisión de la estructura de capitales y trayectoria en el espacio social (capítulo I, 3.6.1.4).
- Introducir elementos artísticos en el relato autoetnográfico (capítulo I, 3.6.1.4).
- Dialogar y acordar la mención de personas cercanas en el esbozo de la propia trayectoria.
- Centrar el análisis en las perspectivas de despatologización trans* (capítulo II).
- Renunciar a una descripción y análisis de las estrategias y dinámicas internas del movimiento por la despatologización trans*, desde la consideración de que esta reflexión debería realizarse desde dentro de los espacios activistas, en el formato de una investigación militante o co-investigación.
- Focalizar el análisis, en cambio, en el proceso de emergencia e internacionalización del activismo actual por la despatologización trans* (capítulo II, 1), la revisión de los cambios conceptuales y terminológicos relacionados con la temática trans* presentes en diferentes ediciones de los manuales diagnósticos y estándares de cuidado (capítulo II, 2), el análisis de discursos activistas, teórico-activistas, profesionales e institucionales por la despatologización trans* y su interrelación con procesos activistas y marcos teóricos afines (capítulo II, 3), así como la creación de cartografías sobre su interrelación con diferentes campos discursivos (capítulo II, 4).
- Revisar las reflexiones sobre un cuestionamiento de dinámicas de objetivización, categorización y patologización en la práctica de investigación aportadas desde perspectivas trans* e intersex y analizar la contribución de la perspectiva de despatologización al debate actual sobre reflexividad y ética de la investigación (capítulo III).

Haber llegado a este punto de clarificación me produjo cierta sensación de tranquilidad, paralelamente a la conciencia de que este recorrido no resolvía todas mis dudas y contradicciones. En este sentido, permanecía la sensación de responsabilidad ética ante los espacios activistas nombrados en el texto, así como una duda continuada ante cada una de las frases escritas, repensadas y reformuladas que componen el texto. En este proceso, escribir aun sabiendo que "*categories collapse without details and details contaminate containment*" me parecía una empresa difícil, en la que la prioridad del "*I must write*" a veces parecía imposible de mantener (Pelias 2007: 193).

I must write. I must write naming and un-naming and, then, name again. Language is my most telling friend, my most fierce force. I must write knowing that categories collapse without details and details contaminate containment. I must write with promise I cannot keep. I must write with hope in my failure.
(Pelias 2007: 193)

II. PERSPECTIVAS DE DESPATOLOGIZACIÓN

Las condiciones para que surja un objeto de discurso, las condiciones históricas para que se pueda “decir de él algo”, y para que varias personas puedan decir de él cosas diferentes, las condiciones para que se inscriba en un dominio de parentesco con otros objetos, para que pueda establecer con ellos relaciones de semejanza, de vecindad, de alejamiento, de diferencia, de transformación, esas condiciones, como se ve, son numerosas y de importancia.
(Foucault 2003[1969]: 73)

Después del recorrido por los debates sobre reflexividad y ética de la investigación, centraré la atención en el proceso de surgimiento del activismo actual por la despatologización trans*, la revisión del desarrollo histórico de las categorías diagnósticas trans-específicas y estándares de cuidado, así como el análisis de los discursos sobre despatologización trans* y su lugar en un campo discursivo más amplio, para después volver a la temática central del trabajo, la pregunta por el lugar de la perspectiva de despatologización en el debate sobre reflexividad y ética en la investigación social.

En el proceso de revisión de la tesis doctoral, Carmen Gregorio Gil, mi directora de tesis, me planteó la pregunta si se trataba de ‘perspectiva de despatologización’ en singular o ‘perspectivas de despatologización’ en plural. Esta pregunta me llevó a una reflexión sobre mi propio uso del concepto y su interrelación con el momento discursivo y político. A lo largo de los últimos años, en artículos y ponencias, había hablado de “*la introducción de una perspectiva de despatologización en la práctica de investigación social*” (Suess 2011a: 11) o “*desde una perspectiva de derechos humanos y despatologización*” (Suess 2014: 133), utilizando el término en singular. A la vez, la multiplicidad interna a los discursos por la despatologización trans*, caracterizados por diferentes posiciones discursivas y estrategias, así como su diversidad cultural, invita a hablar de ‘perspectivas de despatologización’ en plural (“*Trans Depathologization Perspectives and Public Health Frameworks*”, Suess 2015b: 42).

En el ámbito de la reflexión sobre la historia de los movimientos feministas, pude identificar una reflexión análoga sobre el uso de ‘feminismo’ o ‘feminismos’, presente, entre otr*s, en el libro *Feminismo ¿unidad o conflicto?* de Jane Freedman (2004).

Este libro podría haberse titulado *Feminismos*, porque, cuando intentamos analizar todo lo que se ha dicho y se ha escrito en nombre del feminismo, vemos que no se trata de un concepto unitario, sino de un variado o polifacético conjunto de ideas, y, en la práctica, de acciones.
(Freedman 2004: 15)

Freedman (2004) relaciona el uso del concepto ‘feminismo’ o ‘feminismos’ con diferentes momentos históricos en el desarrollo de teorías y movimientos feministas. En relación al uso del concepto en el libro, indica el propósito de “*examinar la multiplicidad de feminismos*” (Freedman 2004: 23), a la vez de dar preferencia al uso del término en singular para resaltar el objetivo compartido de la lucha feminista.

De forma análoga, puedo vincular el uso del concepto ‘perspectiva de despatologización’

en singular a un momento de emergencia de los discursos por la despatologización trans*, la contraposición al modelo médico-psiquiátrico y el objetivo compartido de un ‘cambio de paradigma’ desde una conceptualización de la transexualidad como enfermedad y trastorno mental a su reconocimiento como derecho y expresión de diversidad. En cambio, su uso en plural correspondería a un momento de extensión y diversificación de los discursos por la despatologización trans*, el reconocimiento de su diversidad cultural y la observación de la emergencia de posiciones discursivas activistas y profesionales que combinan diferentes enfoques, excediendo la contraposición entre perspectiva de despatologización – modelo biomédico.

Al releer el texto, me di cuenta de un aspecto adicional por el que, de forma pre-reflexiva, había optado por el uso del concepto ‘perspectiva de despatologización’ en singular, a lo largo del texto y en el título: La conceptualización de la perspectiva de despatologización como “*campo discursivo*”, en el sentido del concepto utilizado por Foucault (2003[1969]: 45), que constituía uno de los puntos de partida del presente trabajo (capítulos I, 1.3 y I, 3.1.1.1). En la metáfora del campo resuenan ambos aspectos: La identificación como un enfoque específico y el reflejo de su pluralidad interna. Finalmente, opté por utilizar el concepto tanto en singular, desde su conceptualización como campo, como en plural, con el objetivo de enfatizar la diversidad de discursos y estrategias.

En el análisis de los discursos por la despatologización trans*, partí de los conceptos de “*campo discursivo*” (45) y “*formaciones discursivas*” (50) en Foucault (2003[1969]) y su propuesta de un análisis arqueológico y genealógico (Foucault 1994[1984], 1995[1976], 1999[1966], 2003[1969], 2006[1966], 2009[1975]), en el sentido de un análisis de procesos de emergencia, solapamiento y sustitución paulatina de discursos en interacción con procesos sociales y políticos más amplios, así como del concepto de ‘campo social’ en Bourdieu (1997[1992], 1997[1994], 1999[1997], 2003[2001]), entendido como espacio específico de emergencia, instauración y consolidación de discursos en función de la estructura de capitales de sus actores y luchas internas. La referencia a ambos conceptos se entiende como un apoyo teórico, más que un seguimiento estricto, desde la conciencia de un incumplimiento parcial de sus características, por tratarse de un proceso aún en pleno desarrollo (a diferencia de los procesos discursivos analizados por Foucault) y un análisis de diferentes campos (campo académico, campo médico, campo activista) que difieren de los campos analizados por Bourdieu (campo económico, político, científico, universitario o cultural).

Además, el enfoque de un análisis sociológico de sistemas de discursos y representación gráfica de las configuraciones narrativas a modo de mapas discursivos, desarrollado por Conde Gutiérrez de Álamo (2010), así como la propuesta de un análisis de los marcos interpretativos, estructuras de oportunidad y ciclos de protesta desarrollada por la teoría de los movimientos sociales (Benford y Snow 2000; Della Porta 2006[1996], 2014; McAdam 2006[1996]; Snow y Benford 1988) me aportaron herramientas en el proceso de análisis y construcción de

cartografías discursivas.

Desde mi propia posición teórico-activista, sentí la necesidad de situar el análisis de la perspectiva de despatologización trans* en un contexto más amplio, con el objetivo de entender el proceso de conversión desde un discurso relativamente desconocido y no reconocido hacia su difusión internacional en el ámbito activista, su discusión en el contexto profesional y entrada discursiva a la agenda de instituciones internacionales, europeas, estatales y locales, así como para analizar su interrelación con marcos teóricos y procesos activistas afines.

En el análisis de los discursos por la despatologización trans* partí, en primer lugar, de la revisión de los documentos activistas publicados a lo largo de la última década, desde el momento de emergencia del movimiento actual por la despatologización trans* a través de las primeras manifestaciones coordinadas en 2007 hasta la fecha actual (octubre de 2015), el análisis de reflexiones aportadas desde perspectivas teórico-activistas trans*, así como la revisión de precedentes teórico-activistas identificados a lo largo de las últimas décadas. La revisión incluye todos los documentos que pude localizar en una revisión online en castellano, inglés, francés, portugués, italiano y alemán, desde la conciencia del carácter incompleto de esta búsqueda, por excluir documentos publicados en otros idiomas, así como documentos que no pude identificar en esta búsqueda por fuentes electrónicas o que no estuviesen disponibles online.

Desde la observación de un proceso de recepción de la perspectiva de despatologización trans* en diferentes ámbitos, amplí mi revisión al análisis de publicaciones de miembros de los Grupos de Trabajo encargados de revisar las categorías trans-específicas, declaraciones de asociaciones profesionales, documentos estratégicos publicados por instituciones internacionales, europeas, estatales y locales, así como textos legislativos, con fecha de publicación entre enero de 2007 y octubre de 2015, completada a su vez por documentos previos. Como punto de corte elegí el 1 de enero de 2007, año en el que tuvieron lugar las primeras manifestaciones coordinadas por la despatologización trans* en el contexto europeo que constituyeron el punto de inicio del movimiento internacional actual por la despatologización trans*, y como fecha final el 31 de octubre de 2015.

Además, me di cuenta de la importancia de realizar un análisis en profundidad de los tres documentos que centran la atención del activismo actual por la despatologización trans*: El *DSM, Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* publicado por la *APA, American Psychiatric Association* (APA 2000a, 2013a), la *CIE, Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Otros Problemas de Salud*, elaborada por la *OMS, Organización Mundial de la Salud* (OMS 2015[1990], 2015a), así como los *SOC, Standards of Care*¹⁰⁴, publicados por

¹⁰⁴ El título completo de los Estándares de Cuidado es *Standards of Care, The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons* en caso de los SOC-1 – SOC-4 (HBIGDA 2005[1979], 2005[1980], 2005[1981], 2005[1990]), *The Standards for Care for Gender Identity Disorders* en caso de

WPATH, *World Professional Association for Transgender Health* (previamente HBGDA, *Henry Benjamin Gender Dysphoria Association*) (HBIGDA 2005[2001]; WPATH 2012a).

Por esta razón, emprendí un análisis narrativo diacrónico y sincrónico de diferentes ediciones del DSM y de la CIE que incluyen categorías relacionadas con sexualidades, expresiones e identidades de género, la revisión de los prefacios de ambos manuales diagnósticos desde su primera edición, así como de las diferentes versiones de los SOC, con el objetivo de analizar los cambios conceptuales y terminológicos en la clasificación diagnóstica de los procesos de tránsito en el género y los estándares de cuidado. En concreto, revisé los siguientes documentos: 1. Las ediciones del DSM, del DSM-I al DSM-5¹⁰⁵, 2. Las versiones de la CIE, desde la CIE-6 al *ICD-11 Beta Draft*¹⁰⁶ y sus precedentes, las revisiones de la *International List of Causes of Death*, desde la *Revision 1* a la *Revision 5*¹⁰⁷, así como 3. Las ediciones de los SOC, desde los SOC-1 a los SOC-7¹⁰⁸.

Este foco de análisis parte del reconocimiento de la importancia de fuentes documentales diversas en el proceso de formación discursiva y análisis arqueológico / genealógico desarrollado por Foucault¹⁰⁹, incluyendo saberes considerados ‘menores’ y no reconocidos, el reconocimiento de saberes no científicos en la “*epistemología de los conocimientos ausentes*” (de Sousa Santos 2009: 87), así como el interés por un análisis de los procesos de producción de conocimiento colectivo, como propuesto desde la teoría de los movimientos sociales (Klandersmans y Staggenborg 2002; Melucci 1996). Como una limitación en la aplicación de la metodología arqueológica y genealógica al análisis de los discursos por la despatologización trans*, puedo señalar el carácter actual del proceso, a diferencia de los procesos discursivos analizados por Foucault¹¹⁰. En mi propia trayectoria académica, constituye una continuidad respecto a un análisis análogo de documentos publicados por organizaciones de la sociedad civil y asociaciones profesionales en reacción a la limitación del acceso sanitario de personas migrantes en situación no regularizada a través del *Real Decreto-ley 16/2012* (Gobierno de España 2012) (Suess, et al. 2014b).

En el proceso de revisión de los documentos aportados desde perspectivas teórico-activistas, profesionales e institucionales, me planteé la necesidad de ampliar el foco a un análisis del lugar de la perspectiva de despatologización trans* en los discursos científicos actuales, incluyendo artículos publicados desde perspectivas clínicas, así como desde el campo de las Ciencias Sociales.

Por esta razón, amplié la revisión narrativa de documentos contribuidos desde

los SOC-5 y SOC-6 (HBIGDA (2005[1998], 2005[1905]) y *Standards of Care for the Health of Transgender, Transsexual and Gender Nonconforming People* en caso de los SOC-7 (WPATH 2012a).

¹⁰⁵ APA 1952, 1968, 1974, 1975, 1980, 1987, 2000a, 2013a.

¹⁰⁶ OMS 1948, 1955, 1965, 1975, 2015[1990], 2015a.

¹⁰⁷ International Statistical Institute y Health Organization of the League of Nations 1900, 1909, 1920, 1929 y 1938.

¹⁰⁸ HBGDA 2005[1979], 2005[1980], 2005[1981], 2005[1990], 2005[1998], 2005[2001]; WPATH 2012a.

¹⁰⁹ Foucault 1994[1984], 1995[1976], 2003[1969], 2006[1966], 2009[1975].

¹¹⁰ Foucault 1994[1984], 1995[1976], 1999[1966], 2003[1969], 2006[1966], 2009[1975].

perspectivas activistas, profesionales e institucionales, a través de una búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos *PubMed*, *ScienceDirect*, *Scielo* y *Dialnet*, en la franja temporal entre 1 de enero de 2007 y 31 de octubre de 2015. Además, incluí en la revisión sistemática todos los artículos publicados en el *International Journal for Transgenderism* entre enero de 2007 – octubre de 2015, editado por *WPATH*, *World Professional Association for Transgender Health*, por la importancia de la revista para l*s profesionales que trabajan en el ámbito de la atención sanitaria trans-específica, aunque no se tratara de una revista con factor de impacto.

En caso de *PubMed*, *ScienceDirect*, *Scielo* y *Dialnet* utilicé los siguientes términos de búsqueda, incluyendo, en la revisión de *Scielo* y *Dialnet*, la traducción al castellano de los mismos términos de búsqueda¹¹¹:

‘Transgender AND health care’, ‘transgender AND discrimination’, ‘transgender AND transphobia’, ‘transgender AND child’, ‘transgender AND youth’, ‘transgender AND standards of care’, ‘transgender AND human rights’, ‘transgender AND ethics’, ‘transgender AND legal recognition’, ‘transgender AND pathologization’, ‘transgender AND pathologisation’, ‘gender identity disorder AND DSM’, ‘gender identity disorder AND ICD’, ‘gender dysphoria AND DSM’, ‘gender dysphoria and ICD’, ‘gender incongruence AND DSM’, ‘gender incongruence AND ICD’, ‘gender incongruence’, ‘depathologization’ y ‘depathologisation’. En caso de *Scielo*, debido al bajo número de resultados con los términos de búsqueda indicados, utilicé también los ítems ‘transexual’, ‘transsexual’ y ‘transgender’.

En el marco de la revisión narrativa, analicé 1010 documentos relacionados con la temática de despatologización trans* y el proceso de revisión del DSM, la CIE y los SOC, publicados entre enero de 2007 – octubre de 2015, incluyendo 165 documentos de grupos activistas por la despatologización trans*, 391 publicaciones científicas no incluidas en las bases de datos revisadas, incluyendo artículos realizados desde perspectivas teórico-activistas y aliad*s, 42 documentos publicados por asociaciones profesionales, 55 documentos relacionados con el proceso de revisión del DSM, la CIE y los SOC (ediciones de los manuales diagnósticos y estándares de cuidado, borradores y notas de prensa), 49 publicaciones de miembros de los grupos de trabajo del DSM y de la CIE, 74 documentos estratégicos de instituciones internacionales, europeas y estatales, 43 textos de leyes, decretos o regulaciones, así como 191 documentos publicados antes de 2007 que constituyen precedentes para el debate actual sobre despatologización trans*.

La revisión bibliográfica sistemática comprende un total de 611 artículos científicos sobre temáticas trans* publicados entre enero de 2007 – octubre de 2015 (después de quitar dobles y referencias no relacionadas con la temática), entre ellos 340 artículos del ámbito clínico (209 recogidos en *Pubmed* y 133 publicados en el *International Journal of*

¹¹¹ ‘Transexual AND atención sanitaria’, ‘transexual AND discriminación’, ‘transexual AND transfobia’, ‘transexual AND infancia’, ‘transexual AND adolescencia’, ‘transexual AND estándares de cuidado’, ‘transexual AND derechos humanos’, ‘transexual AND ética’, ‘transexual AND reconocimiento legal’, ‘transexual AND patologización’, ‘trastorno de identidad de género AND DSM’, ‘trastorno de identidad de género AND Clasificación Internacional’, ‘disforia de género AND DSM’, ‘disforia de género and Clasificación Internacional’, ‘incongruencia de género AND DSM’, ‘incongruencia AND Clasificación Internacional’, ‘incongruencia’, ‘despatologización’. En caso de *Scielo*, utilicé también los términos de búsqueda ‘transexual’ y ‘transgénero’.

Transgenderism), así como 294 publicaciones de bases de datos que incluyen tanto revistas clínicas como de Ciencias Sociales (109 artículos publicados en *ScienceDirect*, 76 en *Scielo* y 108 en *Dialnet*).

En base a los resultados de la revisión bibliográfica narrativa y sistemática y con el objetivo de elaborar un análisis del campo discursivo de la perspectiva de despatologización trans*, llevé a cabo los siguientes pasos: 1. Un resumen del proceso de surgimiento del activismo actual por la despatologización trans* (capítulo II, 1), 2. Una revisión histórica del desarrollo de la clasificación diagnóstica trans-específica y de los estándares de cuidado (capítulo II, 2), 3. Un análisis de diferentes líneas temáticas presentes en los discursos teórico-activistas por la despatologización trans* y su interrelación con producciones teórico-activistas precedentes, reflexiones profesionales, documentos institucionales, así como marcos teóricos y procesos discursivos relacionados (capítulo II, 3) y 4. La construcción de cartografías de las interrelaciones identificadas (capítulo II, 4). En la siguiente figura (

Figura 1), se resumen los pasos de la revisión bibliográfica narrativa y sistemática y el proceso de análisis del campo discursivo de despatologización trans*.

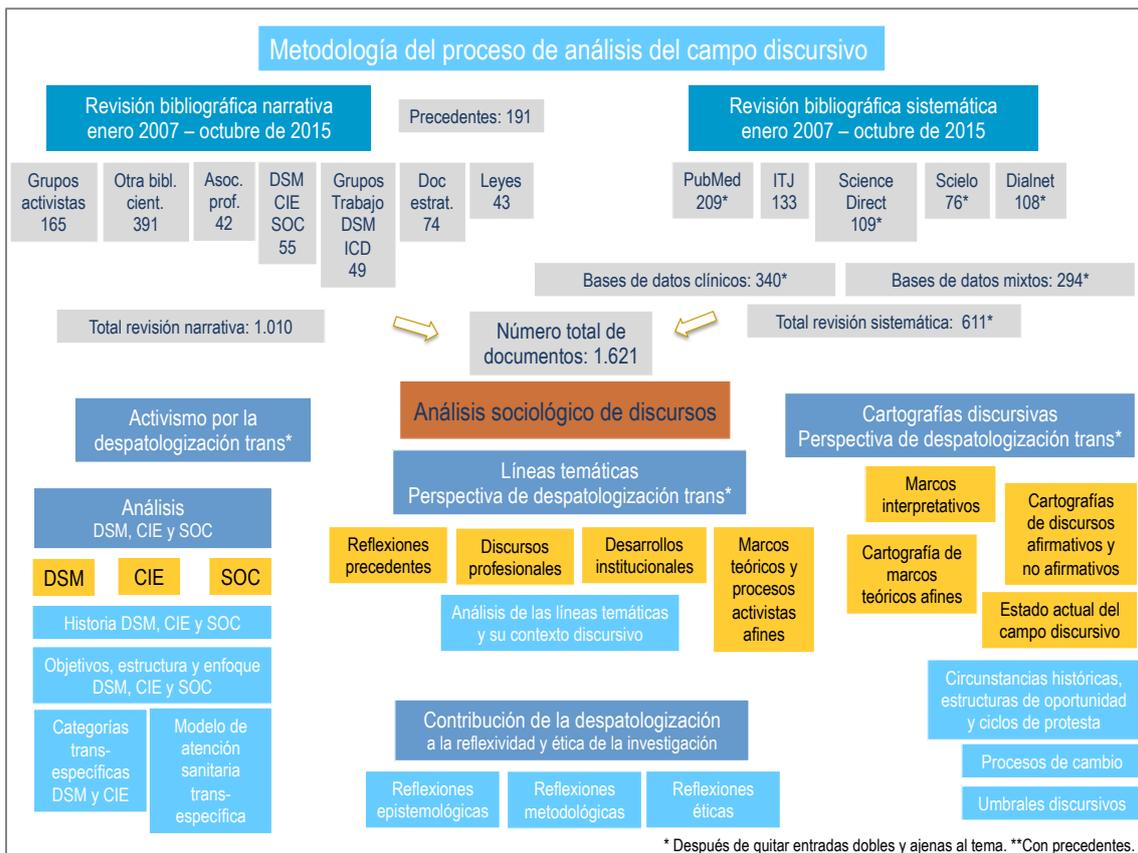


Figura 1: Metodología del proceso de análisis del campo discursivo

A la vez, tuve que renunciar a otras potenciales preguntas de investigación relacionadas con interrogantes que me surgían en la reflexión sobre las perspectivas de despatologización trans* y cuyo reflejo encontré en los debates colectivos y textos de autor*s teóric*s-activistas

trans* y aliad*s, entre ellas la pregunta por la relación entre estructura de capital y accesibilidad a los discursos por la despatologización (Crego Walters en: Martínez-Guzmán y Montenegro 2010; Missé 2010a; Vázquez 2009a) o entre el contexto geopolítico y las oportunidades de emergencia del activismo por la despatologización trans* (Proyecto TRVNSG3NERO en: Vázquez 2010[2009]).

En la elección del análisis de discursos como herramienta metodológica principal parto de una conceptualización de los discursos como inciertos y contruidos, tal como señala Stephen Whittle (2002).

To discuss discourse is to set out on a voyage of discovery, as ‘there is no analytic method’. ‘Doing’ discourse analysis and justifying it as scientific method all too often presents the researcher with the dawning realization that ‘each step rests on a bedrock of “intuition” and “presentation” (...) and it becomes important to recognize the limitations of what it is possible to accomplish. However, as a type of research, what it does enable us to do is to address a text as one type of truth, rather than as the truth. It allows us to see the subject of the text not as a ‘real’ subject, but as a constructed subject.
(Whittle 2002: 42)

Puedo identificar diferentes aspectos de dificultad en el proceso de análisis de los discursos sobre despatologización trans* y la construcción de cartografías discursivas: Por un lado, la complejidad del debate actual sobre despatologización trans*, caracterizado por la presencia de diferentes posiciones y argumentaciones, prioridades y estrategias. Por el otro lado, el carácter internacional del debate, en el que la necesidad de desarrollar estrategias compartidas se encuentra con la presencia de un alto grado de diversidad en la situación de las personas trans* en función el contexto sociopolítico y cultural. Además, su carácter como proceso en pleno desarrollo en el que constantemente surgen nuevos factores, desarrollos y posicionamientos, dificultando la visión del proceso en su conjunto. Finalmente, o quizás en primer lugar, mi propia posición subjetiva como miembro activo del movimiento por la despatologización trans* me hizo plantear qué tipo de análisis me sentía legitimad* llevar a cabo en el marco de una tesis doctoral y cuál sería tarea de un proceso de reflexión colectiva por parte de los grupos activistas.

En este proceso, me pregunté también cómo manejar una potencial tensión entre una mirada analítica y un objetivo político en la representación de los discursos por la despatologización trans* y desde qué punto de vista construir la narrativa. En este sentido, como mencionado más arriba (capítulo I, 3.6), no me sentí legitimad* de analizar aspectos en el marco del presente proyecto de tesis doctoral que, al requerir la descripción de dinámicas o información interna, podían producir un conflicto con el principio de confidencialidad con el ámbito activista y que consideré que deberían realizarse, preferentemente, por la iniciativa del propio grupo activista, en el marco de un proceso de reflexión interna. En cambio, me sentí más comod* con el objetivo de intentar contribuir a la memoria histórica colectiva del activismo internacional por la despatologización trans*, a modo de una tarea de cartografía discursiva de su proceso de emergencia y difusión, desde la interrelación con cambios en el campo

profesional, desarrollos institucionales y perspectivas teóricas y activistas afines.

En esta búsqueda de una perspectiva adecuada para el análisis de discursos activistas coincido con lo expresado por Alberto Arribas Lozano (2014) en su tesis doctoral sobre el activismo desarrollado en el marco de las Oficinas de Derechos Sociales.

Este recorrido academia/movimientos/academia marca necesariamente cada elemento de mi investigación y me sitúa en una posición ambigua, entremedias de los dos espacios, ni aquí del todo ni allí del todo, entre mundos. Escribo este trabajo desde los márgenes de la academia, y no pienso en los movimientos como objetos, sino como procesos vivos, cambiantes y complejos. Lo que me interesa no es delimitar la identidad o las dimensiones de estas experiencias, buscar su lugar en las tipologías al uso, ni ver si verifican o no la propuesta teórica que esté de moda en este campo de investigación, sino –precisamente– cartografiar lo que tienen de movimiento: los desplazamientos que operan en lo social. Por eso me centro en las asimetrías y por eso busco lo emergente. (Arribas Lozano 2014: 36)

Además, desde el carácter del análisis de los discursos de despatologización trans* como crónica de un proceso aún en construcción, me sentí cercan* a lo expresado por Miquel Missé (2010a) en el Epílogo de la antología *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización trans*, una reflexión dirigida al futuro que ya (casi) constituye un pasado.

Es un libro hecho mientras se lleva a cabo una lucha, un cuaderno de viaje que refleja el estado de la cuestión en un momento concreto, 2010. Quizás, cuando lo releamos en 5 años se hayan cumplido nuestras propuestas y ya nos encontremos inmersos en otros paradigma con sus nuevas contradicciones y conflictos; quizás no haya cambiado tanto el panorama y aún sea necesario continuar luchando contra la patologización; e incluso puede que en este tiempo ya no estemos del todo de acuerdo con lo que hemos planteado en este libro. (Missé 2010a: 265)

Viví el proceso de análisis de los discursos relacionados con la temática de despatologización trans* como una tarea ligada tanto a una sensación de responsabilidad como de placer. Responsabilidad, como descrito más arriba, por las implicaciones ético-políticas de un análisis de los discursos de un movimiento activista del que formo parte. Placer por la vivencia de un proceso de recuerdo, descubrimiento de facetas nuevas y toma de conciencia de un proceso activista en cuyo desarrollo tuve / tengo el privilegio de participar.

1. ACTIVISMO POR LA DESPATOLOGIZACIÓN TRANS*: ESBOZO DE UN PROCESO DE EMERGENCIA E INTERNACIONALIZACIÓN

La arqueología no está a la busca de las invenciones, y permanece insensible a ese momento (*emocionante, lo admito*) en que por primera vez alguien ha estado seguro de determinada verdad; la arqueología no intenta restituir la luz de esas mañanas de fiesta. (Foucault 2003[1969]: 239)

Desde la conciencia de la inexistencia de un lugar identificable y único de emergencia de un discurso (Foucault 2003[1969]), el carácter difuso de los momentos de inicio de los procesos activistas y la conciencia de la responsabilidad colectiva de su reconstrucción, intentaré esbozar el proceso de surgimiento e internacionalización del movimiento actual por la despatologización trans*.

A lo largo de los últimos años, se puede presenciar la emergencia de un activismo internacional por la despatologización trans*, entre cuyas demandas principales se puede destacar la reivindicación de la retirada de la clasificación diagnóstica de los tránsitos en el género como trastorno mental, la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica, un cambio del modelo de atención, el reconocimiento legal de género sin requisitos médicos, así como la protección de las personas trans* contra la discriminación, exclusión social y violencia transfóbica¹¹². En este proceso, el concepto de ‘despatologización’ se transformó de un término relativamente poco conocido en una perspectiva que entró a la agenda de instituciones internacionales y europeas, gobiernos, instituciones públicas, partidos políticos, asociaciones profesionales, discursos académicos y redes activistas (Suess 2015c).

El surgimiento del movimiento actual por la despatologización trans* se puede situar en el contexto histórico de la revisión periódica del DSM¹¹³, de la CIE¹¹⁴ y de los SOC¹¹⁵. A lo largo de los últimos años, se produjo la coincidencia histórica de una revisión paralela de los tres documentos¹¹⁶. La nueva versión de los SOC se presentó en septiembre 2011 en el Simposio Bidual de WPATH en Atlanta (WPATH 2012a) y la publicación del DSM-5 tuvo lugar en mayo de 2013 (APA 2013a), mientras la aprobación de la CIE-11 está prevista en mayo de 2018 (OMS 2015b)¹¹⁷.

Las primeras manifestaciones coordinadas por la despatologización trans* tuvieron lugar en octubre 2007 en Barcelona, Madrid y París, siguiendo el modelo de la marcha del *Collectif Existrans* celebrada desde 1997 en París¹¹⁸. En 2008, la convocatoria se extendió a 11 ciudades

¹¹² GATE 2012, 2013a, 2013b, 2013c, 2013d, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b; GATE y STP 2014; Gender Dynamix 2010, 2014; ILGA-Europe 2010, 2012, 2014; Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a, 2009b, 2010a, 2010b, 2010c; STP-2012 2010[2009]; 2011a, 2011b, 2011c, 2011d; 2012a, 2012b, 2012c; STP 2013a, 2013b, 2013c, 2013d, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b; TGEU 2009, 2010, 2011, 2012a, 2012b, 2013a, 2013b, 2014[2013], 2014a, 2014b, 2014c, 2015a, 2015b, 2015c, 2015d, 2015e, 2015f, 2015g, 2015h; TGEU e ILGA-Europe 2009. Los textos de *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* se publicaron inicialmente bajo el nombre *Red Internacional por la Despatologización Trans* y después como *STP-2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* y, a partir de enero de 2013, bajo el nombre de *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization*. El cambio del acrónimo STP-2012 a STP se debe a la postergación de la fecha de publicación del DSM, prevista inicialmente para 2012 y después pospuesta para 2013 (APA 2009; STP 2013a).

¹¹³ *DSM, Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*, publicado por APA, *American Psychiatric Association* (APA 2000a, 2013a).

¹¹⁴ *CIE, Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Otros Problemas de Salud*, publicada por OMS, *Organización Mundial de la Salud* (OMS 2015[1990], 2015a)

¹¹⁵ *SOC, Standards of Care*, publicados por WPATH, *World Professional Association for Transgender Health* (previamente *HBGDA, Henry Benjamin Gender Dysphoria Association*) (HBIGDA 2005[2001]; WPATH 2012a).

¹¹⁶ Para el desarrollo histórico de las categorías diagnósticas trans-específicas en el DSM y la CIE, así como los procesos de revisión de los SOC, véase capítulo II, 2, así como Anexo VI, Tabla 17 - Tabla 20.

¹¹⁷ La fecha de publicación de la CIE-11 se aplazó varias veces, anunciada inicialmente para 2011 (Üstün 2004), posteriormente postergada a 2012, 2015 y 2017 (Cochran, et al. 2014; STP 2013c) y actualmente prevista en 2018 (OMS 2007a, 2015b, 2015f; Roberts, et al. 2015). Como mencionado más arriba, la fecha de publicación del DSM-5 se cambió en 2009 de 2012 a 2013 (APA 2009).

¹¹⁸ En su [página web](#) se puede revisar la historia del *Collectif Existrans* y las convocatorias anuales de su marcha. Además, aporta la siguiente descripción de la composición del colectivo:

europeas (STP-2012 2011d). En 2009, la convocatoria de manifestaciones coordinadas por la despatologización se internacionalizó con la constitución de *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* y la convocatoria de un *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans*, bajo el lema "*Stop Trans Pathologization*" y cinco demandas compartidas (Red Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2010a; STP-2012 2010[2009]).

Exigimos:

1. La retirada del TIG de los manuales internacionales de diagnóstico (sus próximas versiones DSM-V y CIE-11).
2. La retirada de la mención de sexo de los documentos oficiales.
3. La abolición de los tratamientos de normalización binaria a personas intersex.
4. El libre acceso a los tratamientos hormonales y a las cirugías (sin la tutela psiquiátrica).
5. La lucha contra la transfobia: el trabajo para la formación educativa y la inserción social y laboral de las personas trans.

(Red Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2010a: s.p.)

En 2010, estas cinco demandas se modificaron parcialmente (STP-2012 2010[2009]), con el objetivo de dar una mayor visibilidad a la demanda de cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica, en respuesta a la crítica de que la demanda de despatologización pudiera poner en peligro el acceso sanitario (Becerra en: Becerra y Missé 2010; capítulos II, 3.1.3 y II, 3.5).

Exigimos:

1. La retirada de la categoría de "disforia de género" / "trastornos de la identidad de género" de los manuales internacionales de diagnóstico (sus próximas versiones DSM-5 y CIE-11).
2. La abolición de los tratamientos de normalización binaria a personas intersex.
3. El libre acceso a los tratamientos hormonales y a las cirugías (sin tutela psiquiátrica).
4. La cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica (acompañamiento terapéutico voluntario, seguimiento ginecológico - urológico, tratamientos hormonales, cirugías).
5. La lucha contra la transfobia: el trabajo para la formación educativa y la inserción social y laboral de las personas trans, así como la visibilización y denuncia de todo tipo de transfobia institucional o social.

(STP-2012 2010[2009]: s.p.)¹¹⁹

Con el objetivo de tener en cuenta el carácter contextualmente específico de las prioridades del activismo trans* en diferentes partes del mundo, STP invitó a los grupos activistas añadir a las cinco demandas compartidas reivindicaciones locales y a desarrollar sus propios carteles (Suess 2010).

A partir de 2009, *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* convoca cada mes de octubre el *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans*. En el marco de

"Le Collectif Existrans est un collectif inter-associatif, qui rassemblait à l'origine l'Association du Syndrome de Benjamin, le Groupe Activiste Trans, Act-Up, Sans contrefaçon, Mutatis Mutantis, Trans Act et l'Organisation Internationale des Intersexué-e-s.

Le Collectif Existrans organise la marche Existrans depuis 1997."

(Collectif Existrans 2014: s.p.)

¹¹⁹ En la página web de STP, [Objetivos](#), está visible esta segunda versión adoptada en 2010 (STP-2012 2010[2009]).

este día y a lo largo del mes de octubre, grupos y redes activistas de diferentes regiones del mundo organizan acciones por la despatologización trans*, entre ellas manifestaciones, concentraciones, conferencias, cineforos, exposiciones y performances¹²⁰. Mientras en 2009 la convocatoria del *Día Internacional por la Despatologización Trans* y constitución de *STP-2012, Campaña Stop Trans Pathologization* se realizó desde redes activistas situadas mayoritariamente en el contexto español y grupos de otros países europeos que habían participado en las manifestaciones coordinadas por la despatologización trans* en 2007 y 2008, bajo el nombre *Red Internacional por la Despatologización Trans*, a partir de 2010, en paralelo a la creciente internacionalización de STP, su coordinación es asumida por un grupo de coordinación internacional¹²¹.

A la convocatoria del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans* respondieron en 2009 grupos activistas de 41 ciudades en América Latina, Asia, Europa y Norteamérica. En 2010, la convocatoria asciende a 75 acciones en 61 ciudades y en 2011 a 89 acciones en 70 ciudades en África, América Latina, Asia, Europa y Norteamérica. A partir de 2012, el número de ciudades baja (50), mientras aumenta el número de acciones (102), paralelamente a una diversificación del formato de acciones y un aumento de convocatorias paralelas en una misma ciudad. Además, en 2012 participan por primera vez grupos de Oceanía. Estos picos de movilización coinciden con los años anteriores a la aprobación y publicación del DSM. En 2013 y 2014 se observa una extensión de la convocatoria a 104 y 92 acciones en 50 y 49 ciudades, mientras en 2015 se realizaron 102 actividades en 45 ciudades. Mientras algunos grupos mantienen su participación entre 2009 – 2015, se puede observar un relevo de grupos y organizaciones activistas, con la entrada de nuevos grupos, especialmente de Europa del Este¹²².

Además, *STP, Campaña Internacional de Acción por la Despatologización Trans* cuenta con la adhesión de 399 grupos, redes y organizaciones en África, Asia, América Latina, Europa, Norteamérica y Oceanía (octubre de 2015), así como adhesiones individuales¹²³.

En las siguientes figuras se pueden observar los ciclos de participación, la distribución geográfica de las actividades realizadas en el marco del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans*, así como las adhesiones colectivas a *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization*, mostrando la presencia destacada de grupos procedentes de América

¹²⁰ Para consultar las acciones realizadas de 2007 a 2015 en diferentes regiones del mundo, véase [página web de STP, Acciones](#).

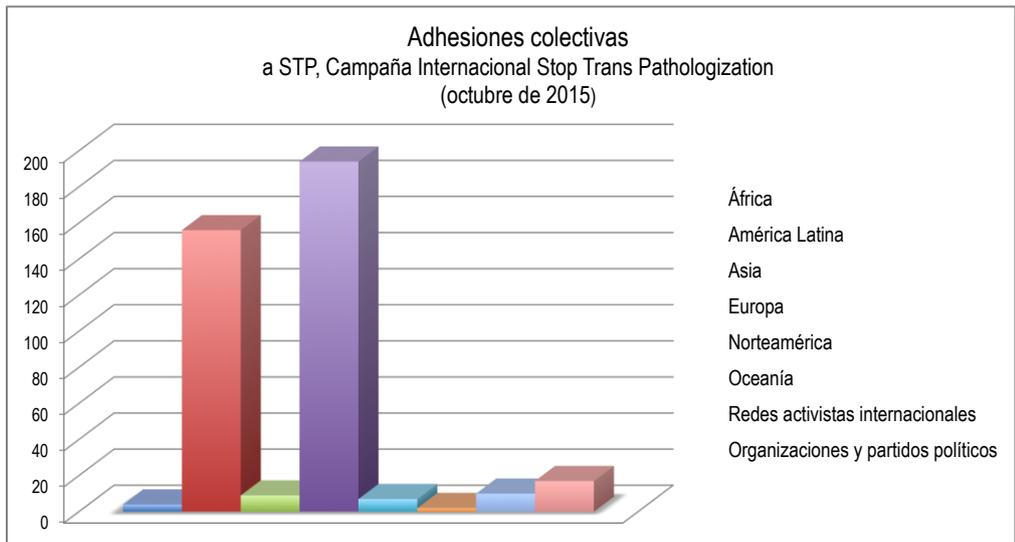
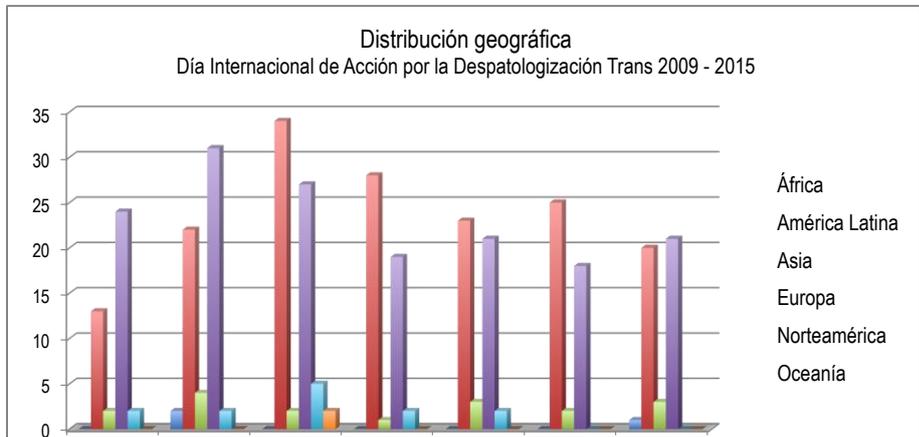
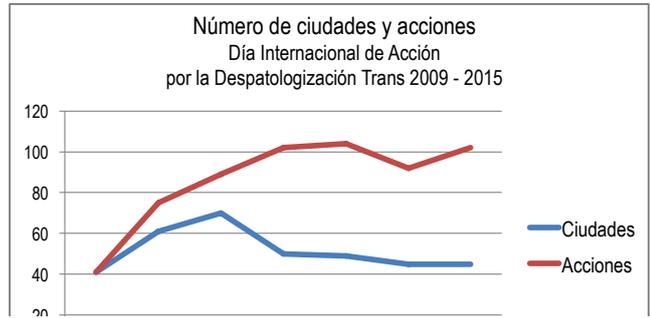
¹²¹ Para consultar la composición del equipo de coordinación, véase [página web de STP, Quiénes somos](#).

¹²² Las ciudades, nombres de los grupos participantes y acciones se pueden consultar en la página web de [STP, acciones](#), así como en las notas de prensa de STP (Red Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2009b; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español 2010e; STP-2012 2011d, 2011e, 2012c; STP 2013d, 2014b, 2015b). En relación a las acciones coordinadas realizadas en 2007 y 2008, así como la convocatoria del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans* 2009, se estima una acción por ciudad, al no existir un registro pormenorizado de las actividades en la página web de STP.

¹²³ La lista de adhesiones colectivas e individuales se puede consultar en la página web de [STP, Adhesiones](#).



Latina
Tabla



Aparte de la convocatoria del *Día Internacional por la Despatologización Trans*, a lo largo de los últimos años STP ha publicado textos de reflexión, comunicados y notas de prensa¹²⁴, además de participar en grupos internacionales de trabajo (GATE 2012, 2013a), así como en conferencias y encuentros internacionales¹²⁵.

La convocatoria actual del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans* no es la primera movilización por la despatologización trans*, sino cuenta con precedentes activistas y teórico-activistas surgidos a lo largo de las últimas décadas¹²⁶.

Mientras en los primeros años, las reflexiones del activismo por la despatologización trans* se centraron en la demanda de retirada de las categorías trans-específicas del DSM y de la CIE, así como en el cambio del modelo de atención sanitaria trans-específica¹²⁷, en los últimos años el foco de interés se dirige ante todo hacia el proceso de revisión de la CIE, incluyendo la demanda de retirada de las categorías diagnósticas del capítulo ‘Trastornos mentales y de comportamiento’, la inclusión de una referencia no patologizante, no basada en trastorno o enfermedad, el nombre y emplazamiento de este nuevo código y, específicamente, la demanda de retirada de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia, así como la demanda de un reconocimiento legal de género sin requisitos médicos¹²⁸.

El proceso de revisión del DSM suscitó un debate público extendido sobre procesos de medicalización y psiquiatrización en la sociedad actual (Pickersgill 2014; Wakefield 2013; Watters 2010; capítulo 3.1.6.1). Desde un emergente movimiento por la despatologización trans*, se publicaron declaraciones y textos de reflexión, con revisiones y propuestas relacionadas con el proceso de revisión del DSM, de la CIE y de los SOC, incluyendo textos de redes internacionales¹²⁹, así como de grupos activistas locales y regionales procedentes de diferentes partes del mundo (Anexo II, Tabla 3 - Tabla 8).

Este desarrollo discursivo activista fue acompañado por publicaciones relacionadas con la despatologización trans* aportadas desde el ámbito profesional e institucional. En este

¹²⁴ GATE y STP 2014; Red Internacional por la Despatologización Trans, 2009a, 2009b; 2010a, 2010b, 2010c; STP-2012, 2009[2010], 2011a, 2011b, 2011c, 2011d; 2012a, 2012b, 2012c; STP, 2013a, 2013b, 2013c, 2013d, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b.

¹²⁵ Véase [página web de STP, Noticias](#).

¹²⁶ Burns 2005; Collectif Existrans 2004; ICTLEP 1993a, 1993b, 1996[1993]; Spade 2003, 2006a, 2006b; Stone 2006[1987]; Wilchins 1996, 1997, 2002, 2006[1997]; Wilson 1998, 2000[1997]; Winters 2006, 2008a.

¹²⁷ GATE 2012; ILGA-Europe 2010, 2012; Red Internacional de Acción por la Despatologización 2009a, 2009b, 2010a, 2010b, 2010c; STP-2012 2010[2009], 2011a, 2011b, 2011c, 2011d, 2012a, 2012b, 2012c; STP, 2013a, 2013b; TGEU 2009, 2010, 2011, 2012a; TGEU e ILGA-Europe 2009.

¹²⁸ GATE 2013a, 2013b, 2013c, 2013d, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b; GATE y STP 2014; Gender DynamiX 2014; STP-2012 2011c, 2012a; STP 2013a, 2013a, 2013c, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b; TGEU 2012b, 2013a, 2013b, 2014[2013], 2014a, 2014b, 2014c, 2015a, 2015b, 2015c, 2015d, 2015e, 2015f, 2015g, 2015h.

¹²⁹ GATE 2012, 2013a, 2013b, 2013c, 2013d, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b; GATE y STP 2014; Gender DynamiX 2010, 2014; ILGA-Europe 2010, 2012, 2014; Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a, 2009b, 2010a, 2010b, 2010c; STP-2012 2010[2009]; 2011a, 2011b, 2011c, 2011d; 2012a, 2012b, 2012c; STP 2013a, 2013b, 2013c, 2013d, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b; TGEU 2009, 2010, 2011, 2012a, 2012b, 2013a, 2013b, 2014[2013], 2014a, 2014b, 2014c, 2015a, 2015b, 2015c, 2015d, 2015e, 2015f, 2015g, 2015h; TGEU e ILGA-Europe 2009.

sentido, miembros de los Grupos de Trabajo encargados de revisar las categorías trans-específicas en el DSM y la CIE publicaron artículos con reflexiones e información sobre los procesos de revisión (Cochran, Drescher, Kismödi, et al. 2014; Drescher 2010a; 2014; Drescher, et al. 2012; Meyer-Bahlburg 2010; Zucker 2010a). A lo largo de los últimos años, diferentes asociaciones profesionales internacionales y regionales elaboraron declaraciones por la despsicopatologización de los procesos de tránsito en el género (Anexo III, Tabla 9 - Tabla 10). *WPATH*, *World Professional Association for Transgender Health*, aportó recomendaciones sobre el proceso de revisión del DSM, de la CIE y de los SOC, elaboradas en grupos de trabajo y reuniones¹³⁰. En la bibliografía científica reciente se puede observar un amplio debate sobre los procesos de revisión del DSM, de la CIE y de los SOC, así como acerca de la perspectiva de despatologización, contribuido por autor*s individuales (capítulo II, 3).

Además, instituciones europeas, entre ellas el *Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa* (Hammarberg 2009, 2011), el *Comisario Europeo de Salud y Política de Consumidores* (Borg 2012), el *Relator sobre los Derechos de las Personas LGBT del Consejo de Europa* (Gunnarsson en: Consejo de Europa 2015b), el *Consejo de Europa* (2011, 2015a) o el *Parlamento Europeo* (2011, 2012b, 2015a, 2015b, 2015c), así como gobiernos estatales (Gobierno de España 2010; Ministère de la Santé et des Sports, et al. 2010) emitieron documentos estratégicos en los que se incluye la recomendación de un cambio de la clasificación diagnóstica trans-específica en la CIE-11. Esta entrada de la temática de despatologización trans* en la agenda de organismos europeos y gobiernos estatales se puede relacionar con una creciente inclusión de derechos trans* en documentos estratégicos publicados por instituciones internacionales y europeas (capítulo II, 3.4; Anexo IV, Tabla 11 - Tabla 14).

En el contexto español, la emergencia del activismo por la despatologización trans* se puede situar en el contexto más amplio del desarrollo del activismo trans* a lo largo de las últimas décadas.

Después de inicios de un activismo homosexual en la clandestinidad durante del franquismo y primeras movilizaciones del activismo gay y trans* contra la *Ley de Peligrosidad y Rehabilitación*¹³¹ en los años de transición, a lo largo de los años 80 el activismo trans* ganó una creciente presencia en el contexto español, a través de la fundación de grupos regionales, la agrupación en redes y la creación de áreas trans* en federaciones LGTB y partidos políticos

¹³⁰ Bouman, Bauer, Richards, et al. 2010; Coleman 2009; Corneil, Eisfeld y Botzer 2010; De Cuyper, Knudson y Bockting 2010, 2011; De Cuyper, Knudson y Green 2013; De Cuyper y Vercruyse 2009; Gijss y Carroll 2010; Green, McGowan, Levi, et al. 2011; Knudson, De Cuyper y Bockting et al., 2010a, 2010b; Lev 2009; Monstrey, Vercruyse y De Cuyper, 2009; Rachlin, Dhejne y Brown 2010; Winter 2009a; WPATH 2012a; Zucker 2010a, 2010b.

¹³¹ *Ley 16/1970, de 4 de agosto, sobre Peligrosidad y Rehabilitación Social* (Jefatura del Estado 1970), que a su vez sustituye a la *Ley de Vagos y Maleantes, de 4 de agosto de 1933* (Presidencia del Consejo de Ministros 1933), derogada a través de la *77/1978, de modificación de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social y de su Reglamento* (Gobierno de España 1978) y la *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal* (Gobierno de España 1995b; capítulo I, 3.7).

(Platero 2009, 2011; Ramos 2003). Sus objetivos se centraban en la protección contra la persecución policial de las trabajadoras sexuales trans*, la inclusión de la atención sanitaria trans-específica en el Sistema Nacional de Salud, la demanda de derechos laborales y sociales, así como la reivindicación de una Ley de Identidad de Género (Balzer y Suess 2010b; Platero 2009, 2011; Ramos 2003; Plataforma Reivindicativa Unitaria 2004).

A partir de 1999, se establecen las primeras Unidades de atención sanitaria trans-específica en Hospitales de referencia de algunas Comunidades Autónomas (*UTIGs, Unidades de Trastorno de Identidad de Género*¹³²; Esteva de Antonio, Gómez Gil, Almazán, et al. 2012; Carrasco Portiño 2012).

En la década de los 2000, se pueden nombrar dos momentos relevantes para el campo activista: La aprobación de la *Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio* (Gobierno de España 2005), conocida como '*Ley de Matrimonio Homosexual*', y la *Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas* (Gobierno de España 2007), conocida como '*Ley de Identidad de Género*'.

Después de la aprobación de la Ley 13/2005, la atención del activismo trans* y LGTB se centra en la lucha por una ley de reconocimiento de género, cuyo primer borrador se había presentado ya en 1998 (Balzer y Suess 2010b; Plataforma Reivindicativa Unitaria 2004; Platero 2009, 2011). En el proceso de negociación de la Ley de Identidad de Género, aprobada en marzo de 2007, se resalta la relevancia de la movilización activista (Pérez Fernández-Fígares 2006; Platero 2009, 2011). Paralelamente a y después de la aprobación de la Ley 3/2007, se puede observar la emergencia de voces críticas e iniciativas de modificación para demandar la abolición de los requisitos médicos exigidos en el proceso de cambio registral del nombre y género (Balzer y Suess 2010b; Galofre 2007; Platero 2009, 2011; Ramos 2003).

En este contexto surgen, a partir del 2006, nuevos grupos activistas en diferentes puntos del contexto español, caracterizados por una alta diversidad interna, una intersección entre temáticas LGTB y otras temáticas sociales como la migración, la precariedad laboral o las políticas urbanísticas, la apuesta por una política no identitaria y no asimilacionista, así como la relación con espacios de ocupación y economía alternativa. Su relación con los discursos queer es diversa, desde una mención de la palabra 'queer' en sus manifiestos hasta un distanciamiento del concepto. Algunos grupos dan preferencia al término 'transmaricabollo' frente al anglicismo 'queer' o las siglas LGTB usadas por el movimiento gay-lésbico.

Los grupos trans*¹³³ que forman parte de este espacio activista emergente centran sus

¹³² En Andalucía, lugar de la primera UTIG creada en 1999, la Consejería de Salud modificó el nombre en 2011 a *Unidad de Transexualidad e Identidad de Género*, en respuesta a peticiones del activismo trans* (véase [Diagonal, 3 de diciembre de 2012](#)).

¹³³ Entre los colectivos activos en el movimiento por la despatologización trans* en el contexto español se puede nombrar a [Guerrilla Travolaka](#) en Barcelona, [Acerá del Frente](#) en Madrid, [Stonewall Aragón](#) en Zaragoza, [Medeak](#) en Bilbao y Donostia, [Maribolheras Precárias](#) en A Coruña, [7menos20](#) en Gasteiz y

reivindicaciones en la despatologización de los procesos de tránsito en el género, demandando la retirada de la categoría de ‘Trastorno de identidad de género’ de los manuales diagnósticos internacionales, un cambio del modelo de atención sanitaria trans-específica en las *UTIG*, *Unidades de Trastorno de Identidad de Género*, y la retirada de los requisitos médicos de la Ley 3/2007 (Balzer y Suess 2010b; Platero 2009, 2011).

A partir de estas demandas, la lucha por la despatologización trans* se convierte en una de las prioridades y punto de convergencia de estos espacios activistas emergentes que organizan a partir de 2007 acciones anuales por la despatologización trans* (Missé 2010a; 2010b; 2012b; Missé y Coll-Planas 2010b; Suess 2010, 2011a, 2011b, 2011c, 2014, 2015b, 2015c, 2015d).

Desde la intersección de redes trans* y colectivos transmaricabollo comprometidos con la lucha contra la transfobia y la demanda de despatologización trans* surge en 2009 la *Red por la Despatologización de las Identidades Trans en el Estado español*, así como, conjuntamente con grupos activistas que habían participado en los años anteriores en la convocatoria de manifestaciones coordinadas en el contexto europeo, la *Red Internacional de Acción por la Despatologización Trans* y la convocatoria de *STP-2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* y del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans*.

El proceso de emergencia y difusión de la perspectiva de despatologización trans* y el proceso de su entrada discursiva al campo científico y político, incluyendo el ámbito médico, jurídico, político e institucional, suscita la pregunta en qué medida se trata de un “cambio de paradigma” (Missé 2012b: 5; Missé y Coll-Planas 2010b: 54). En relación al proceso de emergencia de un debate público sobre el proceso de revisión de los manuales diagnósticos y el establecimiento de mecanismos de participación, a través de la recepción de propuestas y recomendaciones, me planteé además la duda en qué medida se puede hablar de un proceso de “democratizing diagnoses” (Davy 2015a: 1).

Queer Flamingos en Valencia [sin blog activo]. En un momento algo posterior, surgen nuevos grupos y plataformas trans* activos en el movimiento por la despatologización trans*, entre ellos [Cultura Trans](#), [TransBlock](#) u [Octubre Trans Barcelona](#) en Barcelona, [Pandi Trans](#), [Migrantes Transgresorxs](#), [Asamblea Transmaricabollo de Sol](#) y Plataforma Octubre Trans Madrid (véase [2010](#), [2011](#), [2012](#), [2013](#), [2014](#), [2015](#)) en Madrid, [D-Genera](#) en Murcia o [Conjuntos Difusos](#) en Granada. La [lista de acciones](#) realizadas por grupos de diferentes Comunidades Autónomas en el marco de la convocatoria del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans* entre 2009 – 2015 en la página web de *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* indica la multiplicidad y diversidad de los grupos activos por la despatologización trans* en el contexto español. Los grupos procedentes del contexto español que forman parte de la [lista de adhesiones colectivas](#) a *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* muestran además el apoyo de organizaciones LGBT, grupos feministas, sindicatos, partidos políticos e instituciones públicas.

2. EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

A classification is a way of seeing the world at a point in time.
(Sartorius en OMS 1992: 3)

El significado de la enfermedad refleja las inquietudes sociales acerca de las pautas de conducta social que se estiman aceptables o diferentes con respecto al punto de vista de los grupos sociales dominantes.

(Turner 1984: 147)

El actual activismo por la despatologización trans* se articula en torno a tres fechas claves: La publicación del DSM-5, prevista para 2012 y posteriormente pospuesta a 2013 (APA 2009), la publicación de la CIE-11, anunciada inicialmente para 2011 (Üstün 2004), posteriormente postergada a 2012, 2015 y 2017 (Cochran, et al. 2014; STP 2013c) y actualmente prevista para 2018 (OMS 2007a, 2015b, 2015f; Roberts, et al. 2015), así como el lanzamiento de la nueva versión de los Estándares de Cuidado SOC-7 de WPATH en septiembre de 2011 en el marco del Simposio de WPATH en Atlanta (WPATH 2012a).

STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization expresa demandas relacionadas con los tres documentos: 1. Retirada del bloque actual de ‘Trastornos de la Identidad de Género’ del DSM y de la CIE, así como de la categoría de ‘Transvestismo Fetichista’ en el DSM y ‘Fetichismo Transvestista’ en la CIE, 2. Propuesta de una mención no patologizante de la atención sanitaria trans-específica en la CIE, como un proceso de salud no basado en una enfermedad, así como 3. Sustitución del actual modelo de evaluación presente en los SOC por un enfoque basado en la autonomía y la decisión informada¹³⁴.

Antes de profundizar en los discursos teórico-activistas de despatologización trans*, revisaré los procesos de cambio en las categorías diagnósticas trans-específicas en las diferentes ediciones del DSM y de la CIE, así como los cambios en los estándares de cuidado de atención sanitaria trans-específica en las diferentes versiones de los SOC. El interés de analizar el desarrollo del DSM, de la CIE y de los SOC surgió desde la necesidad teórico-activista de entender los procesos históricos y circunstancias sociopolíticas que acompañaron la inclusión de las categorías diagnósticas trans-específicas en el DSM y la CIE, así como el establecimiento de protocolos clínicos, con el objetivo de conocer el estado de situación del que partía la crítica del activismo por la despatologización trans*. Además, su revisión me suscitó el interés de ir un paso más atrás e indagar en los trabajos de quell*s autor*s que, entre finales del siglo XIX y mediados del siglo XX, contribuyeron a la conceptualización médica de los tránsitos en el género que constituye el punto de referencia para los criterios diagnósticos y protocolos clínicos actuales.

A continuación, aportaré un esbozo del desarrollo histórico de conceptos relacionados

¹³⁴ Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a, 2009b; STP-2012 2010[2009], 2011a, 2011b, 2011c, 2011d, 2012a, 2012b, 2012c; STP 2013a, 2013b, 2013c, 2013d, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b.

con los tránsitos en el género, así como un resumen del análisis comparativo de las categorías diagnósticas trans-específicas y estándares de cuidado en diferentes ediciones del DSM, de la CIE y de los SOC.

2.1. De "*sexual intermediaries*" a "*psychopathia transexualis*"¹³⁵: Discursos médicos desde finales del siglo XIX

La historia de la transexualidad es, sin dudas, apasionante. Y mucho de esa pasión tiene que ver con su carácter indomable de paradoja histórico-política. Durante la primera mitad del siglo XX, el gran triunfo transexual consistió en su proposición e institucionalización como diagnóstico –contra el pecado y el vicio–. Las últimas décadas del siglo XX y las primeras del siglo XXI pueden caracterizarse, en cambio, por la necesidad de revisar y revertir las consecuencias de aquel triunfo en este presente. (Cabral 2011a: s.p.)

El análisis en profundidad de las raíces conceptuales de las actuales clasificaciones diagnósticas relacionadas con las expresiones e identidades de género requeriría un estudio arqueológico / genealógico que excede el foco del presente trabajo. Sin embargo, me parecía necesario incluir algunas reflexiones sobre las conceptualizaciones de los procesos de tránsito en el género que preceden a los criterios diagnósticos y protocolos clínicos actuales. Para este fin, aparte de nombrar algunas referencias históricas claves, centraré la atención en los análisis de autor*s contemporáne*s sobre la compleja interacción entre intereses profesionales, presiones sociales y necesidades de las personas trans* en el proceso de construcción del concepto contemporáneo de 'transexualidad' y la práctica médica actual de modificación corporal, así como la recepción de su análisis en el ámbito activista y teórico-activista.

Autor*s procedentes de diferentes perspectivas teóricas llevaron a cabo una reconstrucción crítica del proceso de construcción biomédica de la 'transexualidad', así como de los procesos de categorización, visibilización y patologización desde finales del siglo XIX hasta el momento actual (Billings y Urban 1998[1982]; Bullough 1998[1975]; Drescher 2010a, 2010b, 2015; Drescher, et al. 2012; Hirschauer 1993; Macé 2011; Rubin 2006[2003]).

En estas revisiones históricas, se observa el paso de un modelo explicativo que concibe las variaciones respecto a expresiones e identidades de género, características corporales y prácticas sexuales como parte de un continuo (Krafft-Ebing 2006[1886]; Ellis 1913, 1928; Hirschfeld 2006[1910]) hacia una conceptualización de los tránsitos en el género como deseo de ser del 'otro sexo', realizado a través de la intervención quirúrgica, en autores como Benjamin (1966, 2006[1954]) o Stoller (1968, 1973). A diferencia del modelo de un continuo entre identidad de género y orientación sexual (Hirschfeld 2006[1910]), Benjamin (1966, 2006[1954]) o Stoller (1968) parten de una diferenciación nítida del transexualismo de la homosexualidad y el travestismo. A su vez, esta diferenciación ha sido cuestionada y complejizada por autor*s contemporáne*s (Coll-Planas 2010a; Valentine 2007).

¹³⁵ Fuentes de las citas: "*sexual intermediaries*" (Hirschfeld 2006[1910]: 35); "*psychopathia transexualis*" (Cauldwell 2006[1949]: 41).

En este proceso histórico de conceptualización y categorización, se puede observar la presencia de diferentes términos para describir los tránsitos en el género, desde "*psychopathia sexualis*" (Krafft-Ebing 2006[1886]: 21), "*transvestism*" (Hirschfeld 2006[1910]: 28), "*sexual intermediaries*" (Hirschfeld 2006[1910]: 35), "*sexo-aesthetic inversion*" (Ellis 1913: título) y "*eonism*" (Ellis 1928: título) a un uso de los términos "*psychopathia transexualis*", "*transexuals*" o "*trans-sexuals*" en Cauldwell (2006[1949]: 41, 44, 1950: título), así como "*transexualism*" en Benjamin (2006[1954]: 45). Mientras la primera mención del término 'transexualismo' / 'transexual' se atribuye a Cauldwell en 1950 (Bullough 1998[1975]), diferentes autor*s señalan que Hirschfeld ya había hablado de "*seelischer Transsexualismus*" ('transexualismo psíquico') en *Die intersexuelle Konstitution*, publicado en 1923, aunque con un significado diferente a su uso contemporáneo, refiriéndose a una subjetividad andrógina (Gherovici 2011; Lamas 2014; Whittle y Stryker 2006).

El concepto de "*sexual intermediaries*" en Hirschfeld (2006[1910]: 35) comprende diferentes variantes graduales ordenadas según características físicas, impulso sexual y características emocionales que en la actualidad se definirían como homosexualidad, intersexualidad, androginia, travestismo y transexualidad, sin establecer límites nítidos entre las diferentes dimensiones.

By sexual intermediaries we understand manly formed women and womanly formed men at every possible stage, or, in other words, men with womanly characteristics and women with manly ones. (...) The hypothesis of this principle of division is, according to this, an exact explanation of what is manly and womanly, and herein lies the main difficulty and controversy, particularly because there are, besides pure manly, and womanly characteristics, such that are neither manly nor womanly, or more correctly stated, not only manly, but also womanly.
(Hirschfeld 2006[1910]: 35)

Las diferentes variantes se sitúan en un círculo que no describe categorías claramente delimitadas, sino relaciones de graduación (Hirschfeld 2006[1910]: 35).

All of these sexual varieties form a complete closed circle in whose periphery the above-mentioned types of intermediaries represent only the essentially remarkable points, between which, however, there are not empty pints present but rather unbroken connecting lines. The number of actual and imaginable sexual varieties is almost unending; in each person there is a different mixture of manly and womanly substances, and as we cannot find two leaves alike on a tree, then it is highly unlikely that we will find two humans whose manly and womanly characteristics exactly match in kind and number.
(Hirschfeld 2006[1910]: 37)

En cambio, bajo el término de "*psychopathia transexualis*", "*transexuals*" o "*trans-sexuals*" en Cauldwell (2006[1949]: 41, 44, 1950: título) y "*transexualism*" en Benjamin (2006[1954]: 45), se encuentra una descripción completamente diferente de personas cuya expresión o identidad de género difiere del género asignado al nacer, que constituye el precedente de los criterios diagnósticos y protocolos clínicos actuales. Ambos autores definen la transexualidad como el deseo de pertenecer al 'sexo contrario'. Cauldwell (2006[1949]) señala el carácter patológico de este deseo, expresado en el término "*psychopathia transexualis*" (41),

partiendo de la hipótesis etiológica de una influencia del entorno familiar y la presencia de una ‘deficiencia mental’.

Among both sexes are individuals who wish to be members of the sex to which they do not properly belong. Their condition usually arises from a poor hereditary background and a highly unfavourable childhood environment. (...) When an individual fails to mature according to his (or her) proper biological and sexological status, such an individual is psychologically (mentally) deficient. The psychological condition is in reality the disease. When an individual who is unfavorably affected psychologically determines to live and appear as a member of the sex to which he or she does not belong, such an individual is what may be called a *psychopathic transsexual*. (...)

That which pertains to the psychopathic transsexual may be called *psychopathia transexualis*. (Caldwell 2006[1949]: 41)

Benjamin (1966, 2006[1954]) establece una clara diferenciación entre la figura de transvestista y la de transexual, nombrando como diferencia relevante el deseo de actuar versus el deseo de ser del otro sexo, así como la presencia de un deseo de modificación corporal en la persona trans*.

Transsexualism is a different problem and a much greater one. It indicates more than just playing a role. It denotes the intense and often obsessive desire to change the entire sexual status including the anatomical structure. While the male transvestite, *enacts* the role of a woman, the transsexualist wants to *be* one and *function* as one, wishing to assume as many of her characteristics as possible, physical, mental and sexual.

(Benjamin 2006[1954]: 46)

En su descripción de la diferenciación entre ambas categorías, introduce el término de “*true transsexuals*” (Benjamin 1966: 11), un concepto criticado por autor*s contemporáne*s (Lev 2006).

These persons can somewhat appease their unhappiness by dressing in the clothes of the opposite sex, that is to say, by cross-dressing, and they are, therefore, transvestites too. But while “dressing” would satisfy the true transvestite (who is content with his morphological sex), it is only incidental and not more than a partial or temporary help to the transsexual. True transsexuals feel that they *belong* to the other sex, they want to *be* and *function* as members of the opposite sex, not only to appear as such. For them, their sex organs, the primary (testes) as well as the secondary (penis and others) are disgusting deformities that must be changed by the surgeon’s knife. This attitude appears to be the chief differential diagnostic point between the two syndromes (sets of symptoms) - that is, those of transvestism and transsexualism.

(Benjamin 1966: 11)

Asimismo, señala la diferencia entre transexualismo y hermafroditismo (Benjamin 1966).

The transsexual (TS) male or female is deeply unhappy as a member of the sex (or gender) to which he or she was assigned by the anatomical structure of the body, particularly the genitals. To avoid misunderstanding: this has nothing to do with hermaphroditism. The transsexual is physically normal (although occasionally underdeveloped)^[referencia].

(Benjamin 1966: 11)

Su modelo taxonómico está recogido en la *Sex Orientation Scale (S.O.S)*. *Sex and Gender Disorientation and Indecision (Males)* que diferencia entre “*Type I: TRANSVESTITE Pseudo Masculine*”; “*Type II TRANSVESTITE Fetishistic Masculine*”; “*Type III TRANSVESTITE True Masculine (but with less conviction)*”; “*Type IV TRANSEXUAL Nonsurgical Undecided. Wavering between TV and TS*”; “*Type V TRUE TRANSEXUAL Moderate intensity Feminine*.”

(*Trapped in a male body*)” y “*Type VI TRUE TRANSSEXUAL High intensity Feminine. Total psychosexual inversion*” (Benjamin 1966: 19).

Ante la observación de la ineficacia de la terapia psicoanalítica en el tratamiento de la transexualidad, Benjamin (2006[1954]) recomienda la modificación corporal hormonal y quirúrgica como terapia.

Transsexualism is inaccessible to any curative methods at present at our disposal. Nevertheless the condition requires psychiatric help, reinforced by hormone treatment and, in some cases, by surgery. In this way a reasonably contented existence may be worked out for these patients.
(Benjamin 2006[1954]: 52)

De forma parecida, Stoller (1968), que desarrolla una teoría sobre la transexualidad basada en una combinación entre teoría psicoanalítica y explicación neurológica, define el ‘transexualismo’ como deseo de ser miembro del ‘sexo contrario’ y de modificar el propio cuerpo mediante procedimientos hormonales y quirúrgicos.

Transsexualism is the conviction in a biologically normal person to be the member of the opposite sex; in adults, this belief is these days accompanied by requests of surgical and endocrinological procedures that change anatomic appearance to that of the opposite sex.
(Stoller 1968: 89-90)

Stryker y Whittle (2006), en el prefacio al extracto del texto de Stoller (2006[1968]) incluido en el *Transgender Studies Reader*, nombran la influencia teórica de Stoller en la popularización de la diferenciación del concepto sexo/género que ha encontrado múltiples lecturas por parte de perspectivas feministas y la teoría queer.

Entre l*s teóric*s y clínic*s relevantes en estas décadas de desarrollo e implementación del concepto biomédico actual de ‘transexualidad’ se puede nombrar a Green y Money (1969) que contribuyeron al desarrollo del protocolo clínico de la atención sanitaria trans-específica. Además, ambos autores desarrollaron teorías sobre el desarrollo de la identidad de género en niñ*s (Green 1971; Money 1968; Money y Ehrhardt 1972). El enfoque desarrollado por John Money para el abordaje clínico de la intersexualidad (Money 1968; Money y Ehrhardt 1972) recibió amplias críticas por parte de autor*s intersex y aliad*s (capítulo I, 1.5.2.3).

Jack Drescher (2010b), psiquiatra y miembro de los Grupos de Trabajo encargados de revisar las categorías trans-específicas en el DSM y en la CIE, valora el rol de Money, Benjamin, Stoller y Green en la disminución de las reticencias ante las modificaciones corporales trans-específicas presentes en perspectivas psiquiátricas y psicológicas, el proceso de establecimiento de clínicas especializadas y la inclusión de categorías diagnósticas relacionadas con la transexualidad en el DSM-III.

En la década de los 60, se establecieron hipótesis etiológicas, criterios diagnósticos y protocolos de atención, paralelamente al comienzo de desarrollo de una práctica de intervención quirúrgica que cuenta con precedentes en las primeras décadas del siglo XX y que, después de un periodo de dificultades y resistencias sociales y legales, empezó a instalarse a

partir de los años 60 con la creación de clínicas especializadas (Balzer 2008; Billings y Urban 1998[1982]; King 1998[1981]).

Billings y Urban (1998[1982]) constatan, para el ámbito estadounidense, una expansión de la práctica de intervención quirúrgica en los años 70, caracterizada por una flexibilización de los criterios diagnósticos, la “*era posbenjaminiana*” (Billings y Urban 1998[1982]: 109), seguida por un momento de cierre de algunas de las clínicas por una falta de comprobación de resultados positivos a finales de los años 70 y disminución del número de operaciones.

En diferentes partes del mundo, los procesos de surgimiento, accesibilidad y expansión de la práctica quirúrgica trans-específica varían según la situación legal y sanitaria. En este sentido, en el ámbito español se legalizaron las operaciones quirúrgicas trans-específicas en 1983, mediante la abolición de la ley que prohibía la castración¹³⁶. Como mencionado más arriba, la primera ‘*Unidad de Trastornos de Identidad de Género*’ en un hospital público abrió en 1999 en Andalucía, seguida por otras Comunidades Autónomas (Esteva de Antonio, et al. 2012), sin que, hasta la fecha actual, se hubiera logrado una igualdad geográfica en el acceso o inclusión en el catálogo de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud (Carrasco Portiño 2012). En muchos otros países del mundo, la cirugía trans-relevante no es legal o restringida al ámbito de la medicina privada (Balzer y Hutta 2012; Balzer, et al. 2012).

Después de una prolongada reivindicación por parte de grupos activistas y profesionales, en 1974 se retiró la categoría ‘*Homosexuality*’ del DSM, sustituida por “*Egodystonic sexual orientation [Homosexuality]*” (APA 1974; capítulo II, 2.2.3.1). En 1975 se introdujeron por primera vez categorías diagnósticas relacionadas con la transexualidad en la CIE (OMS 1975) y en 1980 en el DSM (APA 1980). Algun*s autor*s interpretan la coincidencia temporal como intencionada (Bento 2010; Coll-Planas 2010a; Whittle 2002), una hipótesis rechazada por miembros del Grupo de Trabajo encargado de revisar las categorías trans-específicas en el DSM (Drescher 2010a; Meyer-Bahlburg 2010; Zucker 2010b; Zucker y Spitzer 2005; capítulo II, 2.2.3.1).

En la reconstrucción de la historia contemporánea de la transexualidad (Billings y Urban 1998[1982]; Bullough 1998[1975]; Hirschauer 1993; King 1998[1981]), se señala el carácter históricamente contingente del concepto, bajo referencia a la existencia de formas de tránsito entre los géneros en diferentes momentos históricos y culturas.

El proceso de construcción del concepto y de la práctica clínica actual de la transexualidad se analiza desde la compleja interrelación entre el deseo de las personas trans* a la modificación corporal, las posibilidades técnicas de realización de cirugías trans-específicas, los descubrimientos en el campo de la endocrinología, la cultura norteamericana de auto-realización de los años 50, una aplicación de técnicas quirúrgicas desarrolladas con veteranos

¹³⁶ Ley Orgánica 8/1983, de 25 de junio, de Reforma Urgente y Parcial del Código Penal (Gobierno de España 1983), posteriormente derogada por la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (Gobierno de España 1995), que mantiene la legalidad de las prácticas de cirugía genital.

de la guerra, los intereses de la industria farmacéutica, así como el interés de l*s profesionales en desarrollar conocimientos en un campo hasta la fecha desconocido (Billings y Urban 1998[1982]; Hirschauer 1993; Meyerowitz 2006[2002]; Rubin 2006[2003]; Preciado 2008; Stone 2006[1987]).

The transsexual history is a record of the logic that paved the way for desired treatments. This history is also a success story, but its end is the creation, rather than the removal, of a diagnosis. With this diagnostic category, transsexuals became recognizable and treatments were made available.
(Rubin 2006[2003]: 489)

En este sentido, se habla de un proceso complejo de negociación entre los intereses de profesionales y personas trans* que a su vez contribuye a la definición, legitimación y regulación de las necesidades de l*s usuari*s (Billings y Urban 1998[1982]).

Diagnosis in the post-Benjamin era remains a subtle negotiation process between patients and physicians, in which the patient's troubles are defined, legitimated, and regulated as illness.
(Billings y Urban, 1998[1982]: 275)

El cambio desde el concepto de estados intermediarios de Hirschfeld (2006[1910]) hasta el concepto de transexualismo en Benjamin (2006[1954]) se describe como un proceso hacia una creciente patologización y medicalización de las identidades trans* (Balzer 2008, 2010).

Algun*s autor*s describen la transexualidad como un producto de la práctica médica (Billings y Urban 1998[1982]) y resultado de un proceso de construcción social (Hirschauer, 1993)¹³⁷.

Probablemente no exista un ejemplo más dramático de autoridad profesional contemporánea que la cirugía llamada de cambio de sexo. (...). Demostramos que la transexualidad es una realidad socialmente construida que *sólo* existe en y a través de la práctica médica.
(Billings y Urban 1998[1982]: 91-92)

A su vez, esta visión ha sido criticada desde perspectivas trans* por considerar que refleja inadecuadamente la complejidad de su vida cotidiana, reduciendo la capacidad de agencia en la gestión del proceso de modificación corporal y desarrollo de la identidad de género, además de corresponder a intereses de l*s autor*s (Namaste 2000).

Social scientists such as Raymond, Billings, and Urban study transsexuals in order to make broader claims about medicine and psychiatry (...). Transsexuals in this kind of scholarship can only exist in medical practice, so individuals who live and identify as transsexuals are best understood as victims of sexist and capitalist ideology. (...) A restricted consideration of transsexuality distorts the complexity of the social world as it is lived and experienced by transsexual and transgendered people.
(Namaste 2000: 34-35)

Desde perspectivas teórico-activistas trans*, se señala el rol de una generación de profesionales pioner*s en la conceptualización y práctica quirúrgica de la transexualidad que respondían al deseo de las personas trans* de tener acceso a prácticas de modificación corporal (Ekins 2005; Macé 2011; Pérez Fernández-Fígares 2010). A la vez, se aportan reflexiones sobre

¹³⁷ "Die soziale Konstruktion der Transsexualität" (Hirschauer 1993: título).

las contradicciones inherentes a la aceptación de la patologización para acceder a la atención sanitaria trans-específica (Cabral 2010a; Califia 1997; Ekins 2005; Pérez Fernández-Fígares 2010).

En este sentido, Macé (2011) interpreta el surgimiento del concepto de ‘transexualismo’ en los años 50 por autores como Benjamin, Stoller y Money como una respuesta médica a las identidades de género trans* y el deseo de las personas trans* de ‘pasar’ en el género elegido.

En inventant la notion de “transsexualisme” dans les années 1950, bien qu’à partir de théories contradictoires relatives aux mécanismes de l’identifications de genre, Benjamin, Stoller et Money offraient une réponse médicale légitime aux identifications de genre trans qui voyaient dans les nouveaux traitements hormono-chirurgicaux une solution à leur désir de “passer” dans le genre souhaité.
(Macé 2011: 292)

Pérez Fernández-Fígares (2010) explica la importancia histórica que tuvo la obra de autor*s como Harry Benjamin y el momento de inclusión de la categoría de ‘Transexualismo’ en el DSM-III para la comunidad trans*, como señal del reconocimiento y vía de acceso a los procesos de modificación corporal. A la vez, destaca los efectos negativos de la limitación a un estatus como ‘enferm*s’ y la necesidad de una despatologización de las identidades trans* en el momento actual (Pérez Fernández-Fígares 2010).

El efecto de la obra de Benjamin fue hacer hincapié en que el único tratamiento conocido para tal síndrome era el quirúrgico con la consiguiente legitimación de las operaciones de cambio de sexo y la elaboración de los protocolos. Para quienes estábamos en la oscuridad total y el aislamiento, callados, incomunicados, culpabilizados, avergonzados de lo que entendíamos como pecado o vicio, es difícil que se comprenda hoy hasta qué punto esta posición representaba una apertura. Pasar del vicio a la enfermedad es subir un escalón. Pasar de ser reprobado a ser atendido es algo. Para de ser visto con repugnancia por muchos confesores a ser mirado con comprensión por los psiquiatras significa poder comprenderse a sí misma. (...)
Poco a poco, nos fuimos dando cuenta de los errores y contradicciones que incorpora la teoría de Benjamin. Y el mayor error, desde luego, es la patologización. Hoy podemos disponer de una gama de conceptos hasta hace poco inexistentes que evidencian que la transexualidad es un proceso natural.
(Pérez Fernández-Fígares 2010: 102)

Cabral (2010a) señala el carácter contradictorio de un proceso histórico en el que las mismas personas trans* apoyaron, en un momento concreto, la inclusión de las identidades trans* en los manuales diagnósticos, con el objetivo de tener acceso a los tratamientos médicos, seguido por una creciente denuncia, a lo largo de las últimas décadas, de los efectos normativos del modelo médico-psiquiátrico, culminando en el activismo actual por la despatologización trans* (Cabral 2010a).

A primera vista podría suponerse que la despatologización es un objetivo político históricamente contradictorio. Después de todo, desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX, decenas y decenas de pioner*s (que hoy llamaríamos trans) participaron de manera decidida y decisiva en su devenir de pacientes, y fueron diagnosticad*s y tratad*s a través del mismo abordaje clínico que estaban contribuyendo a crear. Sin embargo, este proceso histórico de medicalización terminó por instituir a la psiquiatría como guardiana a cargo de vigilar las fronteras que separan las mentes sanas de las enfermas en las arenas movedizas de la diferencia sexual.
Desde los años '70 se han sucedido innumerables denuncias en contra de la normatividad psiquiátrica en el campo del “cambio de sexo”. La propia categoría transgénero fue acuñada para hacer posibles aquellas experiencias ignoradas o excluidas por la lógica psiquiátrica del

diagnóstico diferencial (y la complicidad evidente de esa lógica con la reproducción reforzada de estereotipos heteronormativos de “varón” y “mujer”).

La Campaña Internacional por la Despatologización de las Identidades Trans (conocida como STP-2012) apunta directamente al desmantelamiento de este dispositivo de control psiquiátrico, así como de sus ramificaciones médicas, jurídicas y bioéticas.

(Cabral 2010a: s.p.)

Otr*s autor*s critican el fomento de un modelo binario en las categorías diagnósticas trans-específicas (Ekins 2005; Califia 1997). En este sentido, Ekins (2005) observa un cambio de orientación en los trabajos de Harry Benjamin desde una apertura relativa a la diversidad sexual y de género hacia una creciente heteronormatividad. Al mismo tiempo que valora su rol como pionero, el autor cuestiona el carácter binario de su modelo de género (Ekins 2005). Califia (1997) critica la contribución de la obra de esta generación de autor*s pioner*s a un proceso de patologización y medicalización de la transexualidad bajo un paradigma de enfermedad y dentro de un modelo binario de género (Califia 1997).

Instead of simply accepting this variation as a normal part of the spectrum of human experience, and seeing its intrinsic worth, these people inappropriately apply a medical model of health versus disease to gender identity and pleasure-seeking behavior.

(Califia 1997: 80)

En sus textos, Benjamin (2006[1954]) se describe como un defensor de los derechos de las personas trans*.

These people seem to me truly the victims of their genetic constitution, step-children of medical science, often crucified by the ignorance and indifference of society and persecuted by antiquated laws and by legal interpretations that completely lack in wisdom and realism.

(Benjamin 2006[1954]: 50)

Por el otro lado, Stoller (1968) reconoce la falta de respuestas en el modelo desarrollado.

It is frustrating but not unpleasant, having studied patients with severe problems in gender identity, to find myself unable to answer so many important questions.

(Stoller 1968: 141)

A diferencia del contexto histórico de los años 50 del pasado siglo, el momento actual se describe caracterizado por la emergencia de un cuestionamiento de la relación naturalizada entre sexo y género y el surgimiento de la perspectiva de despatologización (Cabral 2010a; Macé 2011; Pérez Fernández-Fígares 2010). En el proceso de cambio desde el término de ‘transexualismo’ y ‘trastorno de identidad de género’ hacia el reconocimiento de la complejidad y multiplicidad de las expresiones, trayectorias e identidades trans* contemporáneas, se resalta la relevancia del rol de los movimientos trans* y queer (Macé 2011).

C’est dans ce mouvement général que s’inscrivent depuis les années 1990 les mouvements *queer* et trans qui participent de la dissociation culturelle, sociale, politique et juridique entre sexe et genre, remettant en cause les fondements même des protocoles médicaux de traitement du “transsexualisme” et des “troubles de l’identité de genre”, contestant que les identifications de genre trans soient des troubles mentaux, au profit de la définition d’une expérience complexe de la “transidentité”, opposant à un “devenir transsexuel” devenu incapable de les comprendre (au sens intellectuel comme thérapeutique), les multiples “devenirs trans” contemporains, rejoignant en cela les mouvements culturels féministes et gays et les nombreuses subcultures qui contestent et

débordent les stéréotypes de genre de la masculinité et de la féminité, très largement relayés en cela par la mode et les représentations médiaculturelles.
(Macé 2011: 292)

Desde una perspectiva teórico-activista trans*, y en referencia al ‘síndrome de Harry Benjamín’¹³⁸, Mauro Cabral (2010b) evoca a otro Benjamin, con el objetivo de cuestionar la clasificación diagnóstica actual de la transexualidad y el legado histórico de Harry Benjamin en su desarrollo.

A veces me imagino que el mundo sigue tal cual es. A veces me imagino, incluso, que empeora (y que empeora el punto de forzarnos, a mis amig*s y a mí, a luchar por la supervivencia unid*s de un diagnóstico u otro, de tal o cual síndrome benjaminiano, de esta o la otra página del Libro). Sin embargo, obligad*s a elegir un nombre propio para nuestros síntomas, sé que el nuestro no sería Harry Benjamin. Nosotr*s seríamos portador*s de otro síndrome, el síndrome de Walter Benjamin; porque ahí estaríamos, como ahora, afirmando que todavía hay posiciones que defender en Europa. Y en todas partes.
(Cabral 2010b: s.p.)

2.2. El proceso de clasificación: Categorías diagnósticas y estándares de cuidado

[L]a enfermedad no tiene realidad y valor de enfermedad más que en una cultura que la reconoce como tal.
(Foucault 1984[1954]: 83)

We call people physically ill when their bodily functions violate certain norms; similarly, we call people mentally ill when their personal conduct violates certain ethical, political, and social norms.
(Szasz 1991: 23)

Desde este esbozo de los discursos médicos que constituyen uno de los puntos de partida de las clasificaciones actuales de los procesos de transición en el género, centraré ahora la atención en el proceso de introducción y codificación de las expresiones e identidades de género trans* en el DSM y la CIE, así como su influencia en la elaboración de los Estándares de Cuidado SOC.

Me acerqué a los tres documentos con el interés de un análisis comparado y diacrónico de los cambios conceptuales y terminológicos tanto en las diferentes ediciones de un mismo documento (DSM, CIE o SOC), como, a modo de comparación transversal y sincrónica, entre las categorías diagnósticas trans-específicas en el DSM y la CIE en un momento concreto.

Esta revisión me facilitó una experiencia no buscada en un inicio: La lectura comparada de las categorías diagnósticas y descripciones clínicas, y especialmente de los textos de introducción de las diferentes ediciones ofrecía un reflejo de conceptos y debates presentes en los diferentes momentos históricos de su edición. Me sorprendió en qué medida los prefacios de las diferentes ediciones, que de alguna manera constituyen la presentación ‘oficial’ de los

¹³⁸ Bajo ‘síndrome de Harry Benjamin’ se entiende la conceptualización de los procesos de tránsito en el género como resultado de una disposición neurológica y, por ende, como una forma de intersexualidad. Por esta razón, las personas con expresiones e identidades diferentes al género asignado al nacer que se definen como personas con síndrome de Harry Benjamin no se entienden como transexuales, sino como intersexuales (Gojar 2012).

manuales diagnósticos y estándares de cuidado, permiten obtener una visión sobre el estado del debate en el ámbito teórico y social relevante en el momento de su publicación, además de aportar una autovaloración de la organización que publica el documento sobre el rol y alcance del mismo, así como las posibilidades, límites e incertidumbres del proceso de clasificación diagnóstica o protocolización de la atención sanitaria trans-específica. En este sentido, la relectura de los documentos me permitía indagar en el análisis de los presupuestos epistemológicos y políticos subyacentes, los fines prioritarios de los documentos y el desarrollo histórico de la conceptualización de los trastornos mentales y procesos de tránsito en el género.

En el análisis partí de la revisión de los prefacios y categorías diagnósticas en el DSM-I hasta DSM-5, y en la CIE-6 hasta el *ICD-11 Beta Draft*¹³⁹, las versiones 1 -5 de la *International List of Causes of Death*¹⁴⁰, los Estándares de Cuidado SOC-1 a SOC-7¹⁴¹, resúmenes sobre el desarrollo histórico disponible en la página web de la *American Psychiatric Association*, la Organización Mundial de la Salud y *WPATH, World Professional Organization for Transgender Health*, así como artículos de autor*s que contribuyeron a su desarrollo.

A continuación, resumiré los resultados de esta revisión comparativa en relación a 1. La historia del DSM, de la CIE y de los SOC, 2. Cambios en sus objetivos, enfoque y estructura, así como 3. Cambios en las categorías trans-específicas y el modelo de atención. En la siguiente figura, se indican las fechas de publicación de las diferentes ediciones del DSM, de la CIE y de los SOC (Figura 5).

¹³⁹ Las versiones, años de publicación, secciones y categorías diagnósticas trans-específicas en el DSM y de la CIE se resumen en Anexo VI, Tabla 17 - Tabla 19. Los textos completos de los criterios diagnósticos están disponibles en el Anexo VII, Tabla 21 - Tabla 31. Las ediciones de los SOC se alistan en el Anexo VI, Tabla 20. Tanto en relación al DSM como a la CIE, he optado por referenciar las versiones en inglés, por las siguientes razones: 1. Para facilitar la comparabilidad, al observarse de que no existen o no me estaban accesibles todas las versiones en castellano, 2. Por ser la versión en inglés el texto original, y observarse expresiones lingüísticas en las traducciones al castellano que difieren del uso actual, como ej. en la traducción de "*Gender Identity Disorder*" (OMS 2015[2010]: s.p.) por "*Trastorno de la Identidad Sexual*" (OMS 1998[1992]: 7) en vez de "*Trastorno de identidad de género*".

¹⁴⁰ International Statistical Institute y Health Organization of the League of Nations 1900, 1909, 1920, 1929, 1938.

¹⁴¹ Los SOC-1 – SOC-6 se citarán usando la paginación del documento de compilación que comprende las seis ediciones (HBIGDA 2005). Anteriormente, los SOC-6 se publicaron en el *International Journal of Transgenderism* (Meyer, Bockting, Cohen-Kettenis, et al. 2001), con fecha de 2001, y no 2005, como indicado en el documento de compilación (HBIGDA 2005[2001]). Además, los SOC-6 se publicaron en 2002 en el *Journal of Psychology and Human Sexuality* (Meyer, Bockting, Cohen-Kettenis, et al. 2002). A lo largo de la tesis doctoral, utilizaré como fecha de publicación de los SOC-6 2005[2001] y seguiré la paginación del documento de compilación. De forma análoga, en caso de los SOC-5 (HBIGDA 2005[1998]) existe una versión publicada en el *International Journal of Transgenderism* (Levine, Brown, Coleman, et al. 1998). También en este caso citaré el documento siguiendo la paginación en el documento de compilación. En caso de los SOC-7, citaré la versión disponible en la página web de WPATH (WPATH 2012a), en vez de la publicación posterior en el *International Journal of Transgenderism* (Coleman, Bockting, Botzer, et al. 2012), con el objetivo de resaltar la autoría por parte de WPATH. En todas las versiones de los SOC, utilizaré la versión en inglés, para facilitar la comparabilidad terminológica entre las diferentes versiones (una versión en castellano solo está disponible en caso de los SOC-7, WPATH 2012b, así como en caso de los SOC-6, HBIGDA 2001a).

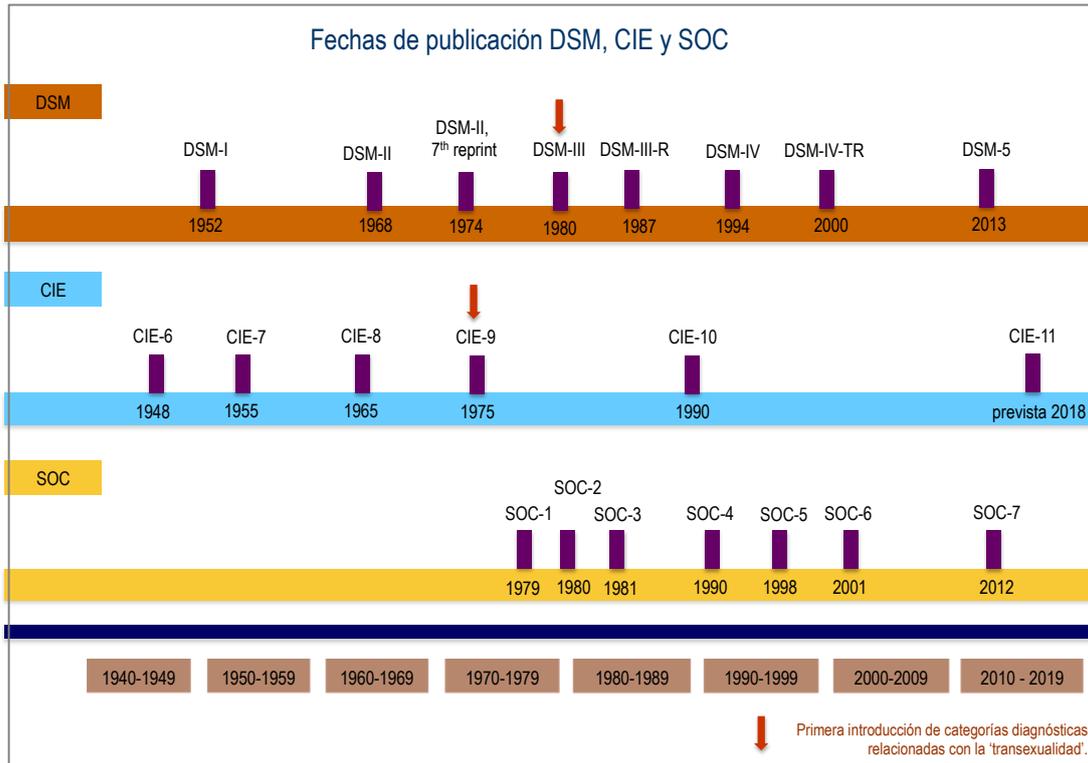


Figura 5: Fechas de publicación DSM, CIE y SOC

2.2.1. Historia del DSM, de la CIE y de los SOC

En la historia del DSM, de la CIE y de los SOC, retratada en los textos de prefacio de los manuales diagnósticos, artículos de autor*s que revisan la historia de *HBIGDA*, *Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (a partir de 2007 *WPATH*, *World Professional Association for Transgender Health*)¹⁴², así como la información disponible en su página web, se reflejan precedentes, circunstancias históricas y objetivos de su elaboración, así como cambios conceptuales en su desarrollo.

2.2.1.1. Historia del DSM

La primera versión del DSM data del año 1952 (APA 1952). Como primer intento de clasificación de problemas de salud mental en el contexto estadounidense se identifica "*the recording of the frequency of one category – 'idiotcy/insanity' in the 1840 census*" (APA 1994: xvii).

Como precedentes directos del DSM-I se nombran tres manuales: La tercera edición de la *Standard Nomenclatura of Diseases* (clasificación estadística nacional de enfermedades), la CIE-6 (OMS 1948) que, por primera vez en la historia de la Clasificación Internacional, incluye una sección específica de trastornos mentales¹⁴³, así como el manual de las fuerzas armadas estadounidenses (APA 1952).

¹⁴² El cambio del nombre de la asociación profesional a partir de 2007 se especifica en WPATH 2015b.

¹⁴³ Previamente, en la *International List of Causes of Death, Revision 5* (International Statistical Institute y Health Organization of the League of Nations 1938), se habían incluido 4 categorías relacionadas con la salud mental.

En el prefacio del DSM-1 se indican como objetivos de su elaboración homogeneizar los criterios diagnósticos utilizados en la práctica de Salud Mental en el contexto estadounidense, ofrecer una clasificación unificada para fines estadísticos a nivel nacional, así como responder a las necesidades psiquiátricas surgidas en el contexto de la Segunda Guerra Mundial (APA 1952).

The Armed Forces faced an increasing psychiatric case load as mobilization and the war went on. (...) Only about 10% of the total cases seen fell into any of the categories ordinarily seen in public mental hospitals. Military psychiatrists, induction station psychiatrists, and Veterans Administration psychiatrists, found themselves operating within the limits of a nomenclature specifically not designed for 90% of the cases handled. (APA 1952: vi)

La observación de una falta de correspondencia de un 90% de las categorías diagnósticas psiquiátricas establecidas en clasificaciones anteriores a los problemas de salud mental surgidos en la Segunda Guerra Mundial como motivo para el desarrollo del DSM (APA 1952) se podría interpretar como una metáfora del carácter cultural e históricamente específico de la conceptualización de enfermedad mental.

Según el texto de introducción del DSM-III-R (APA 1987), en el DSM-II, publicado en 1968, se refuerza la adecuación de los términos a su uso clínico en diferentes ámbitos de la Salud Mental y se intenta lograr una mayor cercanía respecto a los términos utilizados en la CIE-8. Además, se abandona el concepto de “*reaction*” (1), establecido en el DSM-I (APA 1952) para reflejar una conceptualización psicobiológica de los trastornos mentales como reacciones de la personalidad frente a factores psicológicos, sociológicos y biológicos, dando preferencia a un uso de términos diagnósticos descriptivos, sin especificar una estructura teórica subyacente (APA 1987). Desde perspectivas críticas con la clasificación diagnóstica, se analiza este cambio, introducido en el DSM-II y reforzado en el DSM-III, como una sustitución de una herencia psicoanalítica por un enfoque descriptivo-positivista, de mayor cercanía a los enfoques cognitivo-conductuales (Fernández 2010).

En el DSM-III, publicado en 1980, se resalta como novedad la introducción de un sistema multiaxial y de un sistema de ‘criterios’ para definir las categorías diagnósticas, así como la introducción de un número importante de categorías nuevas (APA 1980), mantenidas en el DSM-III-R (APA 1987).

En 1994, se publica el DSM-IV (APA 1994). Del proceso de revisión que precedió a su publicación, realizado mediante diferentes grupos de trabajo y comités asesores, se destaca el objetivo de evitar la introducción de nuevas terminologías, excepto cuando se considerase necesaria, prescindir de términos que hubieran perdido utilidad y comprobar la validez de las categorías diagnósticas a través de ensayos clínicos (APA 1994).

Por ser el intervalo entre el DSM-IV y DSM-5 más dilatado que el periodo de siete años que separa el DSM-III del DSM-III-R y éste del DSM-IV, se decidió la publicación del DSM-IV-TR en 2000, introduciendo correcciones de errores identificados en el texto del DSM-IV y

actualizaciones de información empírica (APA 2000a).

Según la introducción del DSM-5 (APA 2013a), el proceso de revisión del DSM-IV-TR comenzó con la realización de una serie de conferencias para evaluar los aspectos fuertes y puntos de mejora del DSM en 1999, organizadas entre la *American Psychiatric Association*, la Organización Mundial de la Salud, la *World Psychiatric Association* y el *National Institute of Mental Health* (APA 2013a). Sus resultados se publicaron en 2002 bajo el título *A Research Agenda for DSM-5* (Kupfer, First y Regier 2002). Entre 2003 y 2008, se llevaron a cabo conferencias de planificación, organizadas entre la *American Psychiatric Association*, la Organización de la Salud, el *National Institute of Mental Health*, el *National Institute of Drug Abuse* y el *National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse*, con el objetivo de revisar la bibliografía especializada en diferentes áreas diagnósticas para la revisión tanto del DSM como de la CIE (APA 2013a). En 2006, la *American Psychiatric Association* nombró a David J. Kupfer como presidente y Darrel A. Regier como vice-presidente del Consejo Directivo del DSM-5, cuya composición se anuncia en una nota de prensa publicada en Julio de 2007 (APA 2007).

En mayo de 2008, la *American Psychiatric Association* publicó la composición de los Grupos de Trabajo del DSM-5, nombrando como director del Grupo de Trabajo de Trastornos de la Identidad Sexual y de Género (*Sexual and Gender Identity Disorders Work Group*) a Kenneth J. Zucker (APA 2008a), así como la coordinación de los tres subgrupos 'Trastornos de la Identidad de Género' (*Gender Identity Disorders Work Group*, Peggy T. Cohen-Kettenis), 'Parafilias' (*Paraphilias Work Group*, Ray Blanchard) y 'Disfunciones Sexuales' (*Sexual Dysfunctions Work Group*, R. Taylor Segreaves) (APA 2008a). En la nota de prensa, se reconoce la presencia de aspectos controvertidos y difíciles en esta área temática (APA 2008a). La composición de los Grupos de Trabajo suscitó la crítica del activismo por la despatologización trans* (Winters 2008b; Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a; The Transgender Community 2008; Tosh 2014; capítulo II, 3.1.1).

En febrero de 2010 se publicó el primer borrador del DSM-5 en formato electrónico, con sucesivas actualizaciones de las diferentes secciones, realizadas en caso de las categorías trans-específicas entre febrero de 2010 y abril de 2012 (APA 2010a, 2010b, 2010c, 2010g, 2011a, 2011b, 2011d, 2012a). Tanto en 2010, 2011 como en 2012 se abrió un proceso de comentarios online, que, según el texto de introducción del DSM-5 (APA 2013a) recibió más de 13.000 comentarios individuales, así como miles de comentarios de organizaciones. Además, se realizaron revisiones por comités de expert*s, así como estudios de campo (APA 2010d; APA 2013a).

En un primer momento la publicación del DSM-5 estaba prevista para mayo de 2012. A finales de 2009, se publicó una nota de prensa anunciando como nueva fecha de publicación mayo de 2013 (APA 2009). Como razones del cambio de fecha se nombra, entre otras, la necesidad de un mayor tiempo para la finalización de los estudios de campo, la espera del inicio de aplicación de la ICD-10-CM en Estados Unidos, prevista para octubre de 2013, así como la

armonización del DSM-5 con el capítulo de ‘Trastornos mentales y de comportamiento’ de la CIE-11 (APA 2009). En marzo de 2010, se anuncia el cambio de enumeración de números romanos (DSM-IV) a números arábigos (DSM-5), indicando como razón la mayor adecuación en la distribución electrónica (APA 2010e).

En una nota de prensa publicada en 2011 (APA 2011c), así como en la introducción del DSM-5 (APA 2013a), se describe un cambio en la estructura general del DSM, desde una estructuración de los capítulos según características sintomatológicas hacia su agrupación en dimensiones más amplias, realizado en consecuencia del reconocimiento de las dificultades de aplicación de categorías demasiado estrechas, así como la intencionalidad de una mayor concordancia con la estructura del capítulo ‘*Trastornos mentales y de comportamiento*’ de la CIE (APA 2013a).

En diciembre de 2012, el Consejo Directivo de la *American Psychiatric Association* aprobó el borrador final del DSM-5 (APA 2012e). Su publicación se lanzó en mayo de 2013 (APA 2013a), durante el encuentro anual de la *American Psychiatric Association* en San Francisco (APA 2013a, 2013b).

2.2.1.2. Historia de la CIE

En el texto *History of the development of the ICD*, publicado por la OMS, *Organización Mundial de la Salud*, se esboza el desarrollo histórico de la clasificación diagnóstica de causas de muerte y enfermedades desde el siglo XVII (OMS s.a.).

En el texto (OMS s.a.), se identifica el siglo XVIII como momento del desarrollo de los primeros sistemas clasificatorios, con precedentes en el siglo XVII. En el siglo XIX, se nombran como estadístic*s destacad*s a Farr y d’Espine, cuya clasificación, aprobada en 1855, fue el precedente directo de la *Bertillon Classification of Causes of Death*, desarrollada a finales del siglo XIX, cuyo uso se extendió a varios países (OMS s.a.). Según el resumen histórico aportado por la OMS (s.a.), l*s científic*s que llevaron a cabo los primeros intentos de clasificación de las causas infantiles de muerte en el siglo XVII tomaron conciencia de la dificultad de clasificación exacta, una dificultad también observada en la actualidad (APA 1980, 1987, 1994, 2000a, 2014a; OMS 1992).

En 1900, se convoca una Conferencia Internacional en París en la que se revisa la *Bertillon Classification of Causes of Death*, adoptando una clasificación internacional bajo su modelo, la *International List of Causes of Death* (OMS s.a.). Desde el reconocimiento de la necesidad de revisión periódica, se acuerda una periodicidad decenal, con revisiones llevadas a cabo en 1909, 1920, 1929 y 1938 (OMS s.a.).

En la quinta revisión de la clasificación en 1938, se propone la extensión de su uso como registro de la mortalidad hacia una clasificación de enfermedades para el uso clínico, con el objetivo de homogeneizar nomenclaturas existentes y crear una clasificación que pudiera servir para las necesidades estadísticas más amplias de las organizaciones sanitarias modernas

(OMS s.a.). Según el resumen histórico aportado por la OMS (s.a.), ya desde mediados del siglo XIX se habían desarrollado listas de enfermedades que no necesariamente constituían causas de muerte, entre otras la lista de enfermedades adoptada en la Conferencia de París en 1900, denominada a partir de su segunda revisión en 1909 *International Classification of Causes of Sickness and Death* (OMS s.a.: 4). Esta lista y sus ediciones revisadas sin embargo no adquirieron una aceptación internacional, llevando al desarrollo de clasificaciones nacionales en los años 30 y 40 del siglo XX en países como Canadá, Estados Unidos y Gran Bretaña.

En la *Conferencia Internacional de Salud* celebrada en 1946, se encargó a un Comité de la OMS la elaboración de una lista que pudiera servir tanto para la clasificación estadística de la mortalidad como de la morbilidad. El borrador, bajo el título de *International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death*, fue revisado por los gobiernos nacionales (OMS s.a.). En la *International Conference for the Sixth Revision of the International Lists of Diseases and Causes of Death*, celebrada en 1948 en París, se adoptó la versión preparada por el Comité de Expert*s como la sexta versión de la lista internacional y se encargó a la OMS desarrollar regulaciones para su implementación (OMS s.a.). En la primera *Asamblea Mundial de la Salud* de la OMS celebrada de 1948, se aprobó el *Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death*, compuesto por el texto de la clasificación y recomendaciones para su implementación (OMS s.a.). En ediciones posteriores, se cambia el título a *International Classification of Diseases* (OMS 1955, 1965, 1975) e *International Classification of Diseases and Related Health Problems* (OMS 2015[1990], 2015a).

En la novena edición de la CIE, se introducen cambios más extensos en consecuencia de la difusión internacional de la clasificación y la demanda de una descripción más detallada de las categorías diagnósticas (OMS 1975). En su versión final, se mantiene la estructura de las ediciones anteriores, añadiendo un cuarto, y en algunos casos, un quinto dígito, así como un sistema adicional de clasificación para usos diagnósticos (OMS 1975). A partir de la preparación de la décima edición, se decide prolongar los periodos de revisión entre cada una de las ediciones (OMS s.a.). En consecuencia del mayor periodo de tiempo entre la CIE-10 y la CIE-11, se realizan actualizaciones mediante reediciones anuales entre 1996 – 2015 (OMS 2015c, 2015[2010]).

En diferentes países existen adaptaciones estatales de la CIE, como en caso de Estados Unidos, en el que el *National Center for Health Statistics* publicó en 1996 una adaptación de la CIE-9 (*ICD-9-CM, International Classification of Diseases, Clinical Modification*, OMS 1996a). La implementación de la ICD-10-CM, cuyo *FY 2016 release* está disponible online, está prevista a partir de 1 de octubre de 2015 (OMS y CDC 2015a, 2015b). A lo largo de los últimos años, en diferentes países escandinavos que cuentan con versiones estatales de la CIE se han producido procesos propios de retirada de categorías diagnósticas, entre ellas de las categorías de *Transvestic Fetishism*, *Sadomasochism* y, en algunos casos, *Gender Identity Disorder in Childhood* (ReviseF65 1995, 2009, 2010, 2011; capítulos II, 3.1 y II, 3.9).

En la quinta versión de la *International List of Causes of Death*, publicada en 1938, se incluye una sección de ‘Trastornos mentales’ en la CIE, que consta de solo cuatro categorías: “*Mental deficiency*”, “*Schizophrenia (dementia praecox)*”, “*Manic-depressive psychosis*”, “*Other mental disorders*” (International Statistical Institute y Health Organization of the League of Nations 1938: s.p.), ampliada en la CIE-6 a 23 categorías (OMS 1948) y en la CIE-7 a 26 categorías que a su vez incluyen subcategorías (OMS 1955). En la CIE-8, se mantiene el número de 26 categorías diagnósticas relacionadas con problemas de salud mental, incrementando significativamente el número y la especificidad de las subcategorías (OMS 1965). En la CIE-10, en el capítulo ‘Trastornos mentales y de comportamiento’ se incluyen bloques diagnósticos codificados desde F00 – F99, ordenados en 10 secciones. Los bloques diagnósticos a su vez incluyen categorías y subcategorías (OMS 2015[1990])¹⁴⁴.

Según la información ofrecida en el libro *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Bluebook* (OMS 1992)¹⁴⁵, a partir de los años 60 el programa de Salud Mental de la OMS organizó diferentes reuniones y seminarios internacionales, con el objetivo de la revisión y mejora de la sección de ‘Trastornos mentales y de comportamiento’, cuyos resultados influyeron en la elaboración de la sección de trastornos mentales en la CIE-8 (OMS 1965). Paralelamente a estas actividades, se elaboró un glosario de términos relacionados con el ámbito de Salud Mental que se incluyó en la CIE-8, siendo la sección de ‘Trastornos mentales y de comportamiento’ la única que dispone de un glosario (OMS 1992).

Según el texto de prólogo del *Bluebook* (OMS 1992), durante los años 70 continuó el interés internacional por una mejora de las clasificaciones psiquiátricas. En 1978, la OMS participó en un proyecto de colaboración con la *Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (ADAMHA)* en los EE.UU., con el objetivo de revisar y mejorar las clasificaciones psiquiátricas. En 1982, se celebró un congreso internacional sobre clasificación y diagnóstico en el que se revisó el trabajo de revisión realizado por los grupos de trabajo de la ADAMHA / OMS. En los siguientes años, se desarrollaron varios instrumentos de evaluación en el ámbito de Salud Mental (OMS 1992). En la elaboración del borrador de la CIE-10 se partió de las aportaciones de estas diferentes iniciativas internacionales, así como de un estudio de campo realizado en 40 países (OMS 1992).

La CIE no incluye solo enfermedades o trastornos, sino también otros procesos de salud, tal como se explicita en la introducción al Volumen 2, *Instruction Manual*, de la CIE-10 (OMS 2011).

It is important to note that, although the ICD is primarily designed for the classification of diseases and injuries with a formal diagnosis, not every problem or reason for coming into contact with health services can be categorized in this way. Consequently, the ICD provides

¹⁴⁴ El uso terminológico de capítulos, bloques, categorías y subcategorías (o códigos) se explica en el Volumen 2, *Instruction Manual*, de la CIE-10 (OMS 2011).

¹⁴⁵ A continuación, nombrado como “*Bluebook*”.

for a wide variety of signs, symptoms, abnormal findings, complaints, and social circumstances that may stand in place of a diagnosis on health-related records. (OMS 2011: 3)

La revisión comparada de las diferentes ediciones de la CIE y sus precedentes muestra que a partir de la segunda revisión de la *International List of Causes of Death* (1909) se incluyen algunas categorías relacionadas con la falta de atención sanitaria o efectos iatrogénicos. A partir de la CIE-6 (OMS 1948) se establece una sección específica dirigida a procesos de salud no basados en enfermedad¹⁴⁶.

El activismo por la despatologización trans* centra su atención tanto en el desarrollo del capítulo ‘Trastornos mentales y de comportamiento’, lugar de las categorías diagnósticas entre la CIE-9 (OMS 1975) y la CIE-10 (OMS 2015[1990]), así como en capítulos que podrían ofrecer emplazamientos alternativos para una mención no patologizante de la atención sanitaria trans-específica y cobertura de la atención psicológica para quell*s niñ*s divers*s en el género y padres y madres que lo requirieran (capítulos II, 3.5 y II, 3.9). En este sentido, la presencia de códigos diagnósticos no relacionados con enfermedad o trastorno en el capítulo ‘Factores que influyen el estado de salud y la relación con los servicios sanitarios’ en la CIE-10 adquiere una relevancia específica para el movimiento por la despatologización trans* (capítulos II, 3.5 y II, 3.9).

Además de la lista de códigos CIE-10, existen dos otras listas publicadas por la OMS, la ICF, *Classification of Functioning, Disability and Health* y la ICHI, *Classification of Health Intervention*, aún en estado de elaboración (OMS 2011, 2015d).

Actualmente, está en marcha el proceso de revisión de la CIE-10 por Grupos de Trabajo de la OMS, acompañado por pruebas de campo de las categorías diagnósticas revisadas, disponibles online en el *ICD-11 Beta Draft* (OMS 2015a). Como mencionado más arriba (capítulo II, 2), la aprobación de la CIE-11 por la *Asamblea Mundial de Salud*, inicialmente prevista para 2011 (Üstün 2004), y posteriormente postergada a 2012, 2015 y 2017 (Cochran, et al. 2014; OMS 2007a; STP 2013c), está ahora anunciada para 2018 (OMS 2015b, 2015f; Roberts, et al. 2015).

En el proceso de revisión de la CIE se establecieron varias posibilidades de participación. En la página web del *ICD-11 Beta Draft* (OMS 2015a), se incluye la opción de envío de comentarios y propuestas. La OMS (2015g) publicó información sobre expectativas, preocupaciones y problemas ya conocidos, con el objetivo de orientar el envío de propuestas hacia aspectos nuevos. En relación a las categorías relacionadas con la dimensión de orientación sexual e identidad de género, lanzó una convocatoria para el envío de propuestas en 2011, a la que respondieron varios grupos y organizaciones activistas (Drescher, et al. 2012;

¹⁴⁶ En la CIE-6 y CIE-7 bajo el título “*Special conditions and examinations without sickness*” (OMS 1948, 1955), en la CIE-8 como “*Other examination without reported diagnosis*” (OMS 1965), en la CIE-9 bajo el título “*Persons encountering health services in other circumstances*” (OMS 1975), y en la CIE-10 y en el ICD-11 Beta Draft en el capítulo “*Factors influencing health status and contact with health services*” (OMS 2015[1990], 2015a).

capítulo II, 3.5).

Las categorías trans-específicas propuestas por el *WHO Working Group on the Classification of Sexual Disorders and Sexual Health, WGSDSH* (Drescher, et al. 2012: 568) se publicaron en agosto de 2014 en el *ICD-11 Beta Draft* (OMS 2015a)¹⁴⁷. Miembros del Grupo de Trabajo adelantaron información sobre las propuestas de cambio en las categorías trans-específicas en relación a terminología y emplazamiento en dos artículos publicados con anterioridad a la inclusión de la versión propuesta de las categorías diagnósticas en el *ICD-11 Beta Draft* (Drescher 2014[2013]; Drescher, et al. 2012). En otro artículo publicado por miembros del Grupo de Trabajo y colaborador*s de la OMS, se ofrece una argumentación para fundamentar la propuesta de retirada de las categorías F66 “*Psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation*” (Cochran, et al. 2014; capítulos II, 3.1.4.1.2 y II, 3.5).

2.2.1.3. Historia de los SOC

La *HBIGDA, Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*, se fundó en 1977, en continuación del *5th International Gender Dysphoria Symposium* realizado en Norfolk, Virginia (Devor 2013; Devor y Matte 2006[2004]; WPATH 2015b). La secuencia de conferencias se había realizado desde 1969 con financiación, entre otras, de la *Erickson Educational Foundation (EEF)* (Devor 2013; WPATH 2015b). Devor y Matte (2006[2004]) retratan la influencia de la *Erickson Educational Foundation* y su fundador, Eric Erickson, él mismo una persona trans* y activista del movimiento homosexual, en el proceso de expansión de la atención sanitaria para personas trans*, investigación y difusión de temáticas trans* en los Estados Unidos de los años 60.

Según la descripción histórica aportada por Devor (2013) y WPATH (2015b), el cese de la financiación de los simposios, anunciado por EEF en su quinta edición en 1977, motivó la fundación de HBIGDA que se propuso, igual que la primera edición de los Estándares de Cuidado, en la *5th International Gender Dysphoria Symposium* en Norfolk. La aprobación de su fundación, así como de la primera edición de los Estándares de Cuidado SOC-1, se produjo en 1979 en el *6th International Gender Dysphoria Symposium* en San Diego, California (Devor 2013; WPATH 2015b). En 1983, se reestablece la ayuda económica de EEF por un año, mediante la financiación de la publicación del boletín informativo de HBIGDA (Devor 2013). A partir de 1981, HBIGDA / WPATH organizan simposios bianuales (WPATH 2015b).

La composición de los Comités Directivos de HBIGDA / WPATH, encargados de la revisión de los SOC, Estándares de Cuidado de HBIGDA / WPATH, refleja el proceso de reconocimiento e inclusión de personas trans* con experiencia académica, profesional y

¹⁴⁷ La fecha de publicación queda reflejada en notas de prensa publicadas por organizaciones activistas trans* en las que se realiza una primera valoración de las categorías diagnósticas trans-específicas propuestas (GATE y STP 2014; TGEU 2014c).

activista en la asociación profesional. En este sentido, en el Comité Fundador de la HBIQDA, compuesto por siete miembros, participó una única personas trans*, Jude Patton, especialista en terapia sexual y representante de la organización trans* *Renaissance* (Devor 2013; Matte, et al. 2009). La primera versión de los Estándares de Cuidado SOC-1 se publicó en febrero de 1979 (HBIQDA 1979), coincidiendo con el simposio preparado por el Comité Fundador de HBIQDA. La participación de Jude Patton en este primer simposio se rechazó por un voto de mayoría (Matte, et al. 2009). Posteriormente, según el testimonio de Patton (1979, en Matte, et al. 2009), se aceptaría su participación en la segunda edición. Sin embargo, en el texto de la 2ª versión de los SOC (y de las ediciones siguientes), hasta la cuarta edición a cargo de los miembros del Comité Fundador, no constata la participación de Jude Patton (HBIQDA 2005[1980], 2005[1981], 2005[1990]). En los SOC-5, publicado en 1998, cambia la composición de los miembros del Comité encargado de la actualización de los SOC (HBIQDA 2005[1998]). Además, se nombran diferentes expert*s a modo de consultor*s, entre ell*s personas con doble trayectoria profesional-académica y vinculación con el activismo trans*. En la sexta versión, vigente entre 2001 y 2011, se incluyen por primera vez en la historia de los SOC a personas trans* en el Comité encargado de revisar los SOC, entre ell*s a Jude Patton (HBIQDA 2005[2001]).

Matte, Devor y Vladicka (2009) señalan que una mayor información sobre los procesos de participación de activistas trans* en HBIQDA y el proceso de revisión de los SOC hubiese evitado conflictos entre la asociación y la comunidad trans*.

In retrospect, it would seem that some dissatisfaction with the *SOC* might have been avoided had the original document and subsequent revisions included more information about its origins and the contexts and disputes among which it was produced, particularly in relation into the involvement of service users or trans community members. As it is, this history of trans involvement with the development of the *SOC* seems to have largely disappeared from community memory.
(Matte, et al. 2009: 48)

A lo largo de los últimos años, la participación de personas trans* en la WPATH ha aumentado, con dos de los últimos presidentes (Stephen Whittle y Jamison Green) siendo personas trans* con una doble trayectoria académico-profesional y activista (WPATH 2015c, 2015d).

El proceso de elaboración de los SOC-7, presentados en septiembre de 2011 en el Simposio BIANUAL de WPATH en Atlanta y publicados en 2012 (WPATH 2012a), comenzó, siguiendo la descripción del proceso aportado en los SOC-7 (WPATH 2012a) en 2006 con la puesta en marcha de un Grupo de Trabajo encargado de revisar diferentes secciones de los SOC-6 y bibliografía relacionada. Para los diferentes aspectos relevantes en el proceso de revisión, se elaboraron artículos que se publicaron en el *International Journal of Transgenderism (IJT)* (capítulo II, 3.7.4.1.1). En 2010, se estableció un *SOC Revision Committee*, compuesto por 34 miembros de WPATH (WPATH 2015f). El borrador fue revisado por el *SOC Revision Committee* y el *International Advisory Group*, aprobado por el WPATH

Board of Directors el 14 de septiembre de 2011 y presentado en el Simposio Bianual de WPATH en Atlanta (WPATH 2012a).

En el momento actual, se han publicado siete ediciones de los Estándares de Cuidado (HBIKDA 2005[1979], 2005[1980], 2005[1981], 2005[1990], 2005[1998], 2005[2001]; WPATH 2012a) y una edición de las *Ethical Guidelines* (WPATH 2001).

Según la descripción actual disponible en la página web, la misión de WPATH es “to promote evidence based care, education, research, advocacy, public policy, and respect in transgender health” (WPATH 2015e: s.p.). Como las actividades prioritarias de WPATH, se nombra la organización de simposios bianuales para facilitar el intercambio de profesionales, así como la actualización periódica de los Estándares de Cuidado y *Ethical Guidelines*.

2.2.1.4. Interrelaciones entre los procesos de revisión del DSM, de la CIE y de los SOC

Se puede constatar una estrecha interrelación entre el desarrollo del DSM y de la sección de Trastornos Mentales en la CIE a lo largo de las diferentes reediciones de ambos manuales, así como el desarrollo de las diferentes versiones de los SOC.

Según la descripción de la historia del DSM en la página web de la *American Psychiatric Association* (APA 2012d), el DSM-I, publicado en 1952 (APA 1952), toma como referencia la CIE-6, publicada en 1948 (OMS 1948). A partir del proceso de revisión de la octava edición de la CIE, adoptada en 1965 (OMS 1965), miembros de la *American Psychiatric Association* colaboraron de forma activa en el proceso de revisión de la sección de trastornos mentales en la CIE. Según el capítulo *The Historical Background of ICD-8* que forma parte de la introducción del DSM-II, la participación de psiquiatras norteamericanos en el proceso de revisión de la CIE estaba motivada por su insatisfacción con la clasificación de los trastornos mentales en la CIE-6 y CIE-7 (APA 1968). A su vez, se especifica que el DSM-III retoma la nomenclatura de la sección de trastornos mentales de la CIE-8, adoptándola a su uso en el contexto estadounidense (APA 1968). Además, en el DSM-II (APA 1968), se incluye por primera vez un glosario de términos, un aspecto que también se desarrolla a partir de la octava edición de la CIE (OMS 1965). En sucesivas reediciones de ambos manuales, se nombra la intención de aumentar la correspondencia recíproca, dificultada por las diferencias en la secuencia cronológica de reedición (APA 1980, 1987, 1994, 2000a; OMS 1975, 2015[1990]).

A la vez, se señala la diferencia en la función de ambos manuales: Mientras la CIE se describe como una clasificación estadística que recoge todo tipo de procesos sanitarios, no solo enfermedades, a escala internacional (OMS s.a.), en el caso del DSM se identifica como objetivo prioritario, aparte de la función estadística, el rol como nomenclador nosológico y diagnóstico, desarrollado específicamente para el contexto norteamericano, aunque su uso se hubiera extendido posteriormente en el ámbito internacional (APA 1987).

La influencia recíproca en los procesos de revisión de ambos manuales se puede extender al tercer texto, los Estándares de Cuidado SOC. Matte, Devor y Vladicka (2009)

describen la interrelación entre los tres textos, en el sentido de una influencia de las ediciones del DSM y de la CIE en las sucesivas versiones de los SOC, así como el rol de miembros de la entonces HBIGDA en la inclusión de la categoría de ‘transexualismo’ en el DSM-III.

All three documents attempt to set uniform standards for medicine that interact with legal, medical, social, and state concerns about how medicine is and should be practiced. All three sets of standards are also “living” documents in that they have been produced and revised over time to reflect changes in medicine and society. The story of the relationship between the three (and the history of the development of each) helps bring into relief what we think may have been some of the motivations behind important changes in the *SOC*, because many versions of the *SOC* have referred to both the *DSM* and the *ICD*. (...) HBIGDA played an important role in having “gender identity disorder” added to the *DSM-III* in 1980 (Hall, 2005), thereby bringing what had previously been less widely accepted thinking about transsexuals into mainstream psychiatry and opening up new legal and social possibilities for transsexuals in the United States. (Matte, et al. 2009: 43).

Las listas de miembros del *Sexual and Gender Identity Disorders Work Group*, encargado de revisar las categorías trans-específicas en el DSM (APA 2008a: 17) y del *WHO Working Group on the Classification of Sexual Disorders and Sexual Health* (Cochran, et al. 2014: 676)¹⁴⁸, así como la composición del Grupo de Trabajo para la elaboración de los SOC-7 (WPATH 2015f: s.p.), permiten observar afiliaciones reiteradas en los procesos de revisión de los tres documentos.

En la quinta revisión de los SOC (HBIGDA 2005[1998]), se expresa la expectativa de que las diferencias entre los sistemas de nomenclatura se eliminaran hasta el cambio de milenio, una expectativa mantenida en los SOC-6, sin referencia temporal (HGIGDA 2005[2001]).

2.2.2. Cambios en los objetivos, enfoque y estructura

Una lectura comparada de las introducciones de las diferentes ediciones del DSM, de la CIE y de los SOC permite la observación de cambios respecto a objetivos, enfoque y estructura en el desarrollo de los manuales diagnósticos y estándares de cuidado. Estos cambios se pueden leer desde su interrelación con momentos sociopolíticos y fases en el desarrollo del campo de la Salud Mental.

2.2.2.1. Objetivos

A lo largo de las diferentes ediciones del DSM, se puede constatar una ampliación de los objetivos, desde un doble objetivo clínico-estadístico en el DSM-I (APA 1952), una mayor priorización de la aplicabilidad clínica en el DSM-II (APA 1968), la inclusión de un objetivo de formación en el DSM-III (APA 1980) y DSM-III-R (APA 1987), así como de objetivos de investigación, educación y comunicación entre clínic*s en el DSM-IV (APA 1994) y DSM-IV-TR (APA 2000a). En la introducción del DSM-5 se resalta “[t]he use of DSM criteria has the clear

¹⁴⁸ Los nombres de los miembros del Grupo de Trabajo se indican en los agradecimientos del artículo (Cochran, et al. 2014: 676).

virtue of creating a common language for communication between clinicians about the diagnosis of disorders” (APA 2013a: 10). A la vez, se mantiene abierta la posibilidad de modificación en consecuencia de nuevas investigaciones (APA 2013a). En ninguna de las ediciones se nombra explícitamente el objetivo de servir como justificación para la cobertura sanitaria, aunque en la práctica se puede constatar este uso, de importancia dentro del debate sobre la despatologización trans* (capítulo II, 3.5).

En relación a la CIE, se puede observar una amplificación de los objetivos desde un registro estadístico de la mortalidad en la *International Classification of Death* hacia una clasificación de causas de morbilidad y mortalidad a partir de la CIE-6 (OMS s.a.).

En el texto de introducción al Volumen 2, *Instruction Manual* de la CIE-10 se nombra como fin su uso como herramienta diagnóstica para objetivos epidemiológicos, clínicos y de gestión sanitaria, a la vez de señalar las limitaciones de un uso como instrumento para la revisión de aspectos económicos o el reparto de recursos (OMS 2011).

In practice, the ICD has become the international standard diagnostic classification for all general epidemiological and many health management purposes. These include the analysis of the general health situation of population groups and the monitoring of the incidence and prevalence of diseases of the individuals affected. The ICD is neither intended nor suitable for indexing of distinct clinical entities. There are also some constraints on the use of the ICD for studies of financial aspects, such as billing or resource allocation. (OMS 2011: 3)

En cambio, en la descripción de la CIE en la página web de la OMS (2015e), aparte de reiterar el objetivo de servir como herramienta diagnóstica para la epidemiología, la gestión sanitaria y la clínica y base para la compilación de estadísticas de mortalidad y morbilidad, se hace referencia a su uso para el reembolso y la asignación de recursos.

The International Classification of Diseases (ICD) is the standard diagnostic tool for epidemiology, health management and clinical purposes. This includes the analysis of the general health situation of population groups. It is used to monitor the incidence and prevalence of diseases and other health problems, providing a picture of the general health situation of countries and populations.

ICD is used by physicians, nurses, other providers, researchers, health information managers and coders, health information technology workers, policy-makers, insurers and patient organizations to classify diseases and other health problems recorded on many types of health and vital records, including death certificates and health records. In addition to enabling the storage and retrieval of diagnostic information for clinical, epidemiological and quality purposes, these records also provide the basis for the compilation of national mortality and morbidity statistics by WHO Member States. Finally, ICD is used for reimbursement and resource allocation decision-making by countries. (OMS 2015e: s.p.)

Como otros objetivos de la CIE se nombra 1. Vigilar epidemias, 2. Identificar grupos de población en situación de vulnerabilidad, 3. Definir las obligaciones de los estados miembros de la OMS a proveer cobertura pública de la atención sanitaria, 4. Facilitar el acceso a servicios apropiados de atención sanitaria, 5. Servir como base para protocolos y estándares de cuidado y 6. Facilitar la investigación (Reed y Kismödi 2014).

En este sentido, se puede observar una ampliación de los objetivos de la CIE a lo largo de las últimas ediciones.

Además, diferentes autor*s con afiliación profesional en la OMS aportan reflexiones sobre los objetivos del proceso de revisión de la CIE (Cochran, et al. 2014; Reed 2010; Reed y Kismödi 2014; Roberts, et al. 2015; Üstün 2004).

En una ponencia sobre el proceso de revisión de la CIE, presentada en el *WHOFIC Meeting* in Reykjavic, celebrado en octubre 2004, Tevfik Bedirhan Üstün, coordinador del equipo *Classification, Terminologies and Standards* del *Department of Health Statistics and Information* de la OMS, compara el concepto de “*UP-dating*”, en el sentido de correcciones, ampliación de detalles, introducción de nuevos términos y armonización con otras clasificaciones, con el concepto de “*RE.vision*”, en el sentido de la revisión de condiciones difíciles de actualizar, cambios conceptuales e introducción de nuevos conceptos, proponiendo una “*RE.vision*” en caso de la CIE-11 (Üstün 2004: 7, 9).

Geoffrey M. Reed, coordinador del *Department of Mental Disorders and Drug Abuse*, Organización Mundial de la Salud, parte en un artículo publicado en 2010 de la observación de una falta de utilidad clínica y validez de la clasificación de ‘trastornos mentales’ utilizada en la actualidad en el DSM y la CIE, así como una sobre-especificación de los códigos, identificando la utilidad clínica como “*a global public health issue*” (460). Reed (2010) esboza el enfoque adoptado por la OMS para la revisión de la CIE, resaltando la importancia de 1. Su carácter global, adaptable a la realidad de cada país, bajo participación de profesionales de diferentes países en el proceso de revisión, especialmente de países de bajos ingresos, 2. El carácter multilingüe tanto del proceso como de los productos, 3. La adopción de un enfoque multidisciplinario, así como 4. La producción de múltiples productos para acompañar a los criterios diagnósticos, entre ellos descripciones clínicas y guías diagnósticas (Reed 2010). En una presentación sobre el proceso de revisión, Reed y Kismödi (2014) añaden a estos principios la importancia de una independencia del proceso de la industria farmacéutica.

En el artículo publicado en 2014 por miembros del Grupo de Trabajo encargado de revisar las categorías diagnósticas trans-específicas en la CIE y colaborador*s de la OMS sobre la propuesta de declasificación del bloque F66, se nombran los siguientes principios en el proceso de revisión de la CIE: “(i) *optimizing clinical utility (e.g. identifying individuals who need mental health treatment and the services they require)*; (ii) *meeting the needs of public health surveillance*; and (iii) *facilitating research*” (Cochran, et al. 2014: 673).

En el *Report of ICD-11 Revision Review*, publicado en 2015, el proceso de revisión se evalúa como “*a balancing act between conservatism and innovation*” (Roberts, et al. 2015: 4). L*s autor*s resaltan la complejidad del proceso de revisión, desde la necesidad de que la actualización reflejara el conocimiento científico y la práctica clínica actual, al mismo tiempo que garantizara la comparabilidad de los datos (Roberts, et al. 2015). Además, Roberts, et al. (2015) nombran la importancia de dar respuesta a una creciente diversificación del uso para fines estadísticos, incluyendo estadísticas sobre morbilidad y mortalidad, tendencias en el desarrollo de enfermedades, la utilización de los servicios sanitarios, así como procesos de

reembolso. Como otros aspectos que aumentan la complejidad del proceso de revisión, l*s autor*s resaltan el desarrollo de modificaciones clínicas de la CIE en diferentes países, la necesidad de alineación con otras clasificaciones de la *International Family of Health Classifications*, así como el número elevado de agentes claves implicad*s en el proceso (Roberts, et al. 2015).

En relación a los Estándares de Cuidado publicados por HBIGDA / WPATH, en los SOC-1 – SOC-4, el foco se sitúa en la creación de estándares de cuidado para la atención sanitaria trans-específica (HBIGDA 2005[1979], 2005[1980], 2005[1981], 2005[1990]).

The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association presents the following as its explicit statement on the appropriate standards of care to be offered to applicants for hormonal and surgical sex- reassignment.

(HBIGDA 2005[1979]: 1, 2005[1980]: 11, 2005[1981]: 24, 2005[1990]: 35)

En cambio, en los SOC-5 y SOC-6 se nombra como objetivo principal el establecimiento de un consenso profesional, así como la facilitación de una guía de entendimiento para l*s profesionales, las personas trans*, sus familias e instituciones sociales, con el objetivo de facilitar el bienestar y la salud de las personas trans* (HBIGDA 2005[1998], 2005[2001]).

The major purpose of the Standards of Care (SOC) is to articulate this international organization’s professional consensus about the psychiatric, psychologic, medical, and surgical management of gender identity disorders. Professionals may use this document to understand the parameters within which they may offer assistance to those with these problems, Persons with gender identity disorders, their families, and social institutions may use the SOC as a means to understand the current thinking of professionals. (...)

The general goal of the specific psychotherapeutic, endocrine, or surgical therapies for people with gender identity disorders is lasting personal comfort with the gendered self in order to maximize overall psychological well-being and self-fulfillment.

(HBIGDA 2005[1998]: 48, 2005[2001]: 82)

En los SOC-7, se reitera el objetivo de proveer una guía clínica para l*s profesionales del ámbito de la salud, con el objetivo de facilitar el bienestar y la salud de las personas trans* (WPATH 2013a).

The overall goal of the SOC is to provide clinical guidance for health professionals to assist transsexual, transgender, and gender-nonconforming people with safe and effective pathways to achieving lasting personal comfort with their gendered selves, in order to maximize their overall health, psychological well-being, and self-fulfillment.

(WPATH 2013a: 1)

Además, se hace referencia al compromiso de l*s profesionales que trabajan con personas trans* de contribuir a un cambio social más amplio y a la defensa de los derechos de l*s usuari*s (WPATH 2012a).

Los cambios en los objetivos de los SOC parecen reflejar diferentes momentos y enfoques de la atención sanitaria trans-específica, desde un momento de establecimiento del campo profesional en los SOC-1 a SOC-4, enfocado a la creación de oportunidades para el tratamiento hormonal o la cirugía trans-específica, la priorización del objetivo de bienestar de la persona atendida a partir de los SOC-5, cercano a enfoques de atención centrada en la persona (Barry y Edgman-Levitan 2012; Costa Alcaraz y Almendro Padilla 2009; Ruiz Azarola y Perestolo

Pérez 2010; WHO 2007), así como la incorporación de un rol de defensor*s de los derechos de l*s usuari*s en los SOC-7 que parece retomar recomendaciones aportadas desde el ámbito activista (capítulo II, 3.6) y reflejar enfoques actuales de atención basada en los derechos (Cohen y Ezer 2013; Nygren-Krug 2002; capítulo II, 3.9.6).

2.2.2.2. Enfoque

En todas las ediciones del DSM, se hace referencia al carácter provisional de cualquier sistema de clasificación, abierto al cambio en consecuencia de nuevos conocimientos.

No list of diagnostic terms could be completely adequate for use in all those situations and in every country and for all time. Nor can it incorporate all the accumulated new knowledge of psychiatry at any one point in time.
(APA 1968: viii)

Al mismo tiempo, a partir del DSM-IV el manual se presente como "*official nomenclature*" (APA 1994: xv), una descripción mantenida en el DSM-IV-TR (APA 2000a) y DSM-5, que habla de "*official criteria and disorders*", a la vez que resalta su carácter provisional (APA 2013a: 10-11).

The official criteria and disorders that were determined to have accepted clinical applicability are located in Section II of the manual. However, it should be noted that these diagnostic criteria and their relationships within the classification are based on current research and may need to be modified as new evidence is gathered by future research both within and across the domains of proposed disorders.
(APA 2013a: 10-11)

A diferencia del DSM-I, caracterizado por una orientación psicobiológica (APA 1948), en la introducción al DSM-III (APA 1980) y DSM-III-R (APA 1987) se señala el carácter descriptivo, provisional y ateórico de los criterios diagnósticos.

Because DSM-III is generally atheoretical with regard to etiology, it attempts to describe comprehensively what the manifestations of the mental disorders are, and only rarely attempts to account for how the disturbances come about, unless the mechanism is included in the definition of the disorder. This approach can be said to be "descriptive" in that the definitions of the disorders generally consist of descriptions of the clinical features of the disorders.
(APA 1980: 7)

Como razones para este enfoque se nombra la falta de evidencia respecto al origen etiológico de la mayoría de trastornos mentales (APA 1980), así como el objetivo de facilitar el uso de las categorías diagnósticas por parte de clínic*s de diferentes perspectivas teóricas (APA 1987), una orientación mantenida en ediciones posteriores del DSM (APA 1994, 2000a, 2013a).

DSM-III-R with regard to etiology is that the inclusion of etiologic theories would be an obstacle to use of the manual by clinicians of varying theoretical orientations, since it would not be possible to present all reasonable etiologic theories for each disorder.
(APA 1987: xviii)

En relación a la CIE, Norman Sartorius, Director de la División de Salud Mental de la OMS, resalta en el prefacio del *Bluebook* (OMS 1992) el carácter contextual y modificable de la clasificación diagnóstica.

A classification is a way of seeing the world at a point in time. There is no doubt that scientific progress and experience with the use of these guidelines will ultimately require their revision and updating.
(Sartorius en: OMS 1992: 3)

En caso de los Estándares de Cuidado, todas las ediciones de los SOC hacen referencia a su carácter como requisitos mínimos o indicaciones flexibles para la práctica clínica¹⁴⁹.

Mientras en los SOC-1 a SOC-4 se señala que los SOC *"are not to be construed as optimal standards of care"* (HBIGDA 2005[1979]: 1, 2005[1980]: 11, 2005[1981]: 24, 2005[1990]: 35), en los SOC-7 se especifica que ofrecen *"standards for promoting optimal health care and guiding the treatment of people experiencing gender dysphoria"* (WPATH 2012a: 2). A la vez, los SOC-7 reconocen la existencia de expresiones de género que no requieren tratamientos psicológicos, hormonales o quirúrgicos, así como la presencia de usuari*s que realizan *"significant self-directed progress towards gender role changes, transition, or other resolutions regarding their gender identity or gender dysphoria"*, recomendando una adaptación de los estándares de cuidado a las necesidades de l*s usuari*s (WPATH 2012a: 2).

Paralelamente a un reconocimiento de los enfoques de Consentimiento Informado y reducción del daño, los SOC-7 señalan diferencias respecto al enfoque seguido en los SOC-7, resaltando el mayor rol de l*s profesionales de Salud Mental en caso de los SOC-7 (WPATH 2012a). La falta de inclusión de los enfoques de Consentimiento Informado y reducción del daño en los Estándares de Cuidado constituye un aspecto criticado por parte del activismo por la despatologización trans* que demanda una sustitución del actual modelo de evaluación (STP-2012 2012b; capítulo II, 3.7.1.3.1).

2.2.2.3. Extensión y estructura

Desde el DSM-I (APA 1952) al DSM-5 (APA 2013a), se puede observar un aumento tanto respecto al volumen total del manual, el número de categorías diagnósticas, la especificación de subcategorías y la extensión de las descripciones diagnósticas. En algunos casos, se produce un cambio de denominación de la categoría o su retirada, como en caso de la categoría de 'Homosexualidad' en la 7ª edición del DSM-II (APA 1994).

En los *Guidelines for Making Changes to DSM* (Kendler, Kupfer, Narrow, et al. 2009), se especifican como criterios para la inclusión de una nueva categoría 1. La existencia de un consenso profesional, 2. El cumplimiento de diferentes indicadores, 3. La existencia de una bibliografía de alta calidad metodológica, 4. La necesidad clínica para la introducción de la categoría y diferenciación clara de otras categorías ya existentes, 5. La ausencia de un daño potencial, 6. La existencia de tratamientos, así como 7. El cumplimiento de los criterios para un diagnóstico psiquiátrico. Entre estos criterios, se nombra: 1. La presencia de un síndrome psicológico o de comportamiento, 2. Un malestar clínicamente significativo o discapacidad, 3.

¹⁴⁹ HBIGDA 2005[1979], 2005[1980], 2005[1981], 2005[1990], HBIGDA 2005[1998], 2005[2001], WPATH 2012a.

Reflejar un trastorno psicobiológico subyacente, 4. No tratarse solo del resultado de una ‘desviación social’ o conflicto con la sociedad, 5. Validez diagnóstica y 6. Utilidad clínica (Kendler, et al. 2009). Como criterios para la retirada de una categoría se nombra la falta de utilidad clínica, así como la escasez de evidencia para la validez del diagnóstico en consecuencia de una ausencia de estudios clínicos de calidad (Kendler, et al. 2009).

En relación a la estructura de la CIE, la versión actual, ICD-10, contiene 17 capítulos (OMS 2015[1990]). Mientras en los capítulos I – XIV se describen enfermedades, incluyendo el capítulo V dedicado a enfermedades mentales, el capítulo XV a procesos asistenciales relacionados con el embarazo y parto, los capítulos XVI – XVII a condiciones prenatales y cromosómicas, el capítulo XVIII a otros síntomas o resultados, el capítulo XIX y XX a causas externas, el capítulo XXI está dedicado a “*Factors influencing health status and contact with health services*” y el capítulo XXII a códigos para propósitos concretos (OMS 2015[1990]). La lista de categorías diagnósticas del capítulo de ‘Trastornos Mentales y de Comportamiento’ de la ICD-10 es acompañada por diferentes publicaciones que contienen guías clínicas (OMS 1992, 1993, 1996b).

En la Figura 6 resumo la estructura de la CIE-10, resaltando el Capítulo V, ‘*Mental and behavioural disorders*’, lugar de clasificación de las categorías diagnósticas trans-específicas, así como otros capítulos nombrados en la discusión actual sobre posibles emplazamientos de una

l,

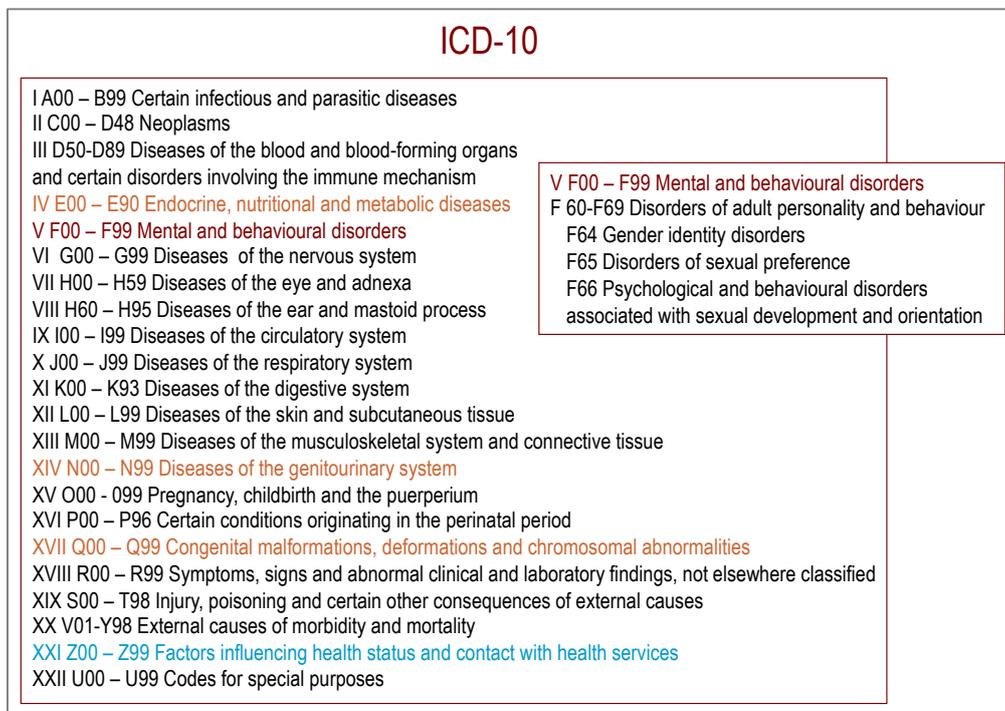


Figura 6. Estructura de la CIE-10 (OMS 2015[1990])

En el *ICD-11 Beta Draft*, se incluyen 27 capítulos (número sujeto a cambios; OMS 2015a). Aparte de los capítulos incluidos en la CIE-11, se añade un capítulo 5 '*Conditions related to sexual health*'; en el que se incluyen las categorías diagnósticas trans-específicas, así como un capítulo 27 "*Traditional Medicine conditions – Module 1*"; en el último caso con la indicación que se trata de un título provisional (OMS 2015a: s.p.).

En la Figura 7, se alistan los capítulos incluidos en el *ICD-11 Beta Draft* (OMS 2015a), sujetos a cambios, y se especifican las categorías incluidas en el capítulo de nueva creación '*Conditions related to sexual health*'; entre ellas las categorías '*Gender incongruence in adolescence and adulthood*' y '*Gender incongruence in childhood*', así como la inclusión del concepto '*sexual orientation, gender identity and expression*' en los códigos '*Social exclusion and rejection*' y '*Target of perceived adverse discrimination and persecution*' que forman parte del bloque '*Factors associated with social or cultural environment*' en el capítulo 24 '*Factors influencing health status and contact with health services*'. Desde el activismo por la despatologización trans* se aporta una valoración de los códigos trans-específicos introducidos en

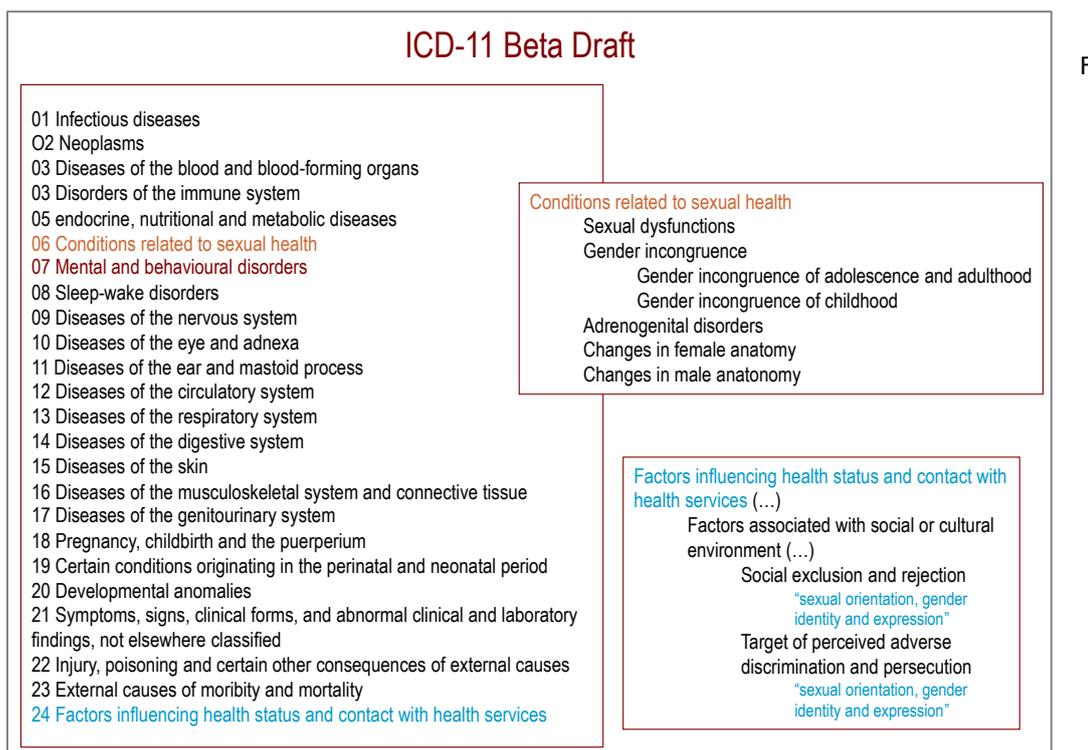


Figura 7: Estructura del *ICD-11 Beta Draft* (OMS 2015a)

En relación a la estructura de los SOC, se pueden observar tres etapas, 1. Los SOC-1 – SOC-4, compuestos por un apartado de introducción, un apartado de definiciones, así como una lista de 32 principios (a partir de los SOC-2 33) y 16 estándares relacionados con

procedimientos y aspectos relevantes para la atención sanitaria trans-específica¹⁵⁰, 2. Los SOC-5 y SOC-6, con una estructura modificada, compuesta por un apartado de introducción y capítulos que hacen referencia a temas centrales en la atención sanitaria trans-específica, incluyendo reflexiones epidemiológicas, roles profesionales, así como diferentes fases de la atención sanitaria trans-específica¹⁵¹, acompañados, en caso de los SOC-5, por un resumen ejecutivo, así como 3. Los SOC-7, con una estructura renovada compuesta por 15 capítulos y 5 apéndices, incluyendo reflexiones sobre la aplicabilidad global, la diferencia entre inconformidad de género y disforia de género, cuestiones epidemiológicas, así como una descripción no solo de la terapia hormonal y cirugía trans-específica, sino de otros procesos de atención, entre ellos la salud reproductiva, la terapia de voz, los cuidados postoperatorios y el ámbito de Atención Primaria (WPATH 2013a)¹⁵².

Los cambios en la estructura de las diferentes ediciones de los SOC parecen reflejar el desarrollo histórico de la atención sanitaria trans-específica, los roles profesionales en su ejercicio y los procedimientos a seguir. Mientras los SOC-1 a SOC-4 parecen describir un momento de definición y establecimiento de estándares en un momento de surgimiento y consolidación del campo profesional, los SOC-5 y SOC-6 se podrían interpretar como el reflejo de un momento de diferenciación de roles profesionales y regulación de procedimientos, visible en la introducción de conceptos como la ‘experiencia de la vida real’, así como el establecimiento de criterios de acceso. Finalmente, los SOC-7 se pueden leer como indicio de un proceso de ampliación de los itinerarios y modalidades de atención, así como una respuesta a críticas expresadas desde perspectivas activistas y teórico-activistas, presente en las reflexiones sobre la aplicabilidad global y la diferencia entre inconformidad de género y disforia de género. Desde los SOC-5, se puede observar además una creciente relevancia de la atención a la diversidad de género en la infancia y adolescencia, desarrollada en capítulos propios.

¹⁵⁰ HBIGDA 2005[1979], 2005[1980], 2005[1981] y 2005[1990].

¹⁵¹ Los capítulos de los SOC-5 y SOC-6 hacen referencia a los siguientes temas: 1. Consideraciones epidemiológicas, 2. Nomenclaturas diagnósticas, 3. Profesional de Salud Mental, 4. El tratamiento de niños*, 5. El tratamiento de adolescentes, 6. Psicoterapia con personas adultas, 7. La experiencia de vida real, 8. Requisitos de la terapia hormonal para personas adultas, 9. Terapia hormonal para personas adultas, 10. Requisitos de la reconstrucción genital y cirugía de mamas, 11. Cirugía (HBIGDA 2005[1998], 2005[2001]).

¹⁵² En concreto, los SOC-7 incluyen los siguientes capítulos: 1. Objetivo y uso de los Estándares de Cuidado, 2. Aplicabilidad global, 3. Diferencia entre "*Gender Nonconformity*" y "*Gender Dysphoria*", 4. Consideraciones epidemiológicas, 5. Resumen de enfoques terapéuticos para disforia de género, 6. Evaluación y tratamiento de niños* y adolescentes "*with Gender Dysphoria*", 7. Salud mental, 8. Terapia hormonal, 9. Salud reproductiva, 10. Terapia de voz y comunicación, 11. Cirugía, 12. Cuidados postoperatorio y seguimiento, 13. Atención preventiva y primaria permanente, 14. Aplicabilidad de los Estándares de Cuidado a personas que viven en entornos institucionales, 15. Aplicabilidad de los Estándares de Cuidado a personas con "*Disorders of Sex Development*", así como los apéndices A. Glosario, B. Resumen de los riesgos médicos de la terapia hormonal, C. Resumen de los criterios de la terapia hormonal y cirugías, D. Evidencia para los resultados clínicos de enfoques terapéuticos y E. Procesos de desarrollo de los SOC-7 (WPATH 2012a: i).

2.2.2.4. Concepto de trastorno mental

En las diferentes ediciones del DSM, se pueden encontrar definiciones del término de ‘trastorno mental’ en las que se refleja un reconocimiento del carácter intrínsecamente difuso del término. En el DSM-I, se destaca la preferencia del término “*disorder*” frente a los conceptos de “*mental deficiency*” o “*insanity*” (APA 1952: 10). En el DSM-III (APA 1980) y DSM-III-R (APA 1987), se encuentra una reflexión más extendida sobre la conceptualización del término ‘trastorno mental’ que parte del reconocimiento de su carácter impreciso y la falta de límites claros entre diferentes categorías diagnósticas, destacando, a partir del DSM-III, el lugar central del malestar en el diagnóstico de un trastorno mental (APA 1980, 1987, 1994, 2000a, 2013a).

Although this manual provides a classification of mental disorders, there is no satisfactory definition that specifies precise boundaries for the concept “mental disorder” (also true for such concepts as physical disorder and mental and physical health).
(APA 1980: 5-6)

Además, en el DSM-IV se cuestiona la diferenciación entre trastornos ‘físicos’ o ‘mentales’, que se considera reflejo de un “*reductionistic anachronism of mind/body dualism*” (APA 1994: xxi). Asimismo, se señala que el síndrome o patrón de comportamiento no debería ser “*merely an expectable and culturally sanctioned response to a particular event (...) [n]either deviant behavior (e.g., political, religious, or sexual) nor conflicts that are primarily between the individual and society*” (APA 1994: xxi-xxii), una descripción mantenida en el DSM-IV-TR (APA 2000a). Esta especificación adquiere especial importancia para el activismo por la despatologización trans* (capítulos II, 3.2 y II, 3.9).

A pesar de que el DSM se entiende como un manual diagnóstico de trastornos mentales, en el DSM-III (APA 1980) se nombra explícitamente la posibilidad de una atención en Salud Mental sin atribución de un trastorno mental, por lo que se añade una lista de códigos no basados en un diagnóstico de trastorno mental, un aspecto que tiene relevancia para la demanda de retirada de la clasificación diagnóstica de los procesos de tránsito en el género como trastorno mental (capítulo II, 3).

En relación a la CIE, en el *Bluebook* (OMS 1992) se añade una reflexión sobre el concepto de “*disorder*”, cuyo uso preferente en la CIE-10 se explica con el objetivo de “*avoid even greater problems inherent in the use of terms such as ‘disease’ and ‘illness’*” (11). Al mismo tiempo, se señala su falta de exactitud (OMS 1992). Se indica el uso del término para describir “*the existence of a clinically recognizable set of symptoms or behaviours associated in most cases with distress and with interference with personal functions*”, resaltando que “[s]ocial deviance or conflict alone, without personal dysfunction, should not be included in mental disorder as defined here” (OMS 1992: 11). En la versión en castellano del *Bluebook* (OMS 1998[1992]), se añade un prólogo con reflexiones respecto a la dificultad de mantener la precisión terminológica en la traducción, especialmente en relación a algunos términos específicos, entre los que se incluye el concepto de ‘trastorno’.

En la versión española el vocablo **trastorno** se utiliza con mayor amplitud que en la inglesa, ya que por un lado define el ámbito de la nosología y por otro conserva la ambigüedad indispensable para incorporar los avances del conocimiento.
(OMS 1998[1992]: 11)

El carácter culturalmente específico de la conceptualización de salud / enfermedad, así como los cambios en la traducción transcultural de los términos constituye otro tema relevante para el activismo por la despatologización trans* (capítulo II, 3.2).

2.2.2.5. Alcance y aspectos transculturales

El DSM, según se constata en la introducción de su primera edición, se define como un manual desarrollado desde y para el contexto clínico y administrativo estadounidense (APA 1952). Sin embargo, en consecuencia de la difusión del DSM-I en el ámbito internacional cambió el modo de presentación del alcance del manual en las siguientes ediciones. En este sentido, en la segunda edición, publicada en 1968, se señala que el DSM-II *"reflects the growth of the concept that the people of all nations live in one world"* y se resalta la contribución del DSM-I *"to U.S. and, indeed, world psychiatry"* (APA 1968: vii).

Este foco internacional plantea la pregunta por la posibilidad de exportación de un sistema de criterios diagnósticos creado en un contexto sociocultural concreto a otras regiones del mundo, así como su aplicabilidad en la práctica clínica con personas procedentes de diferentes contextos culturales. Desde perspectivas críticas, se señalan los riesgos de este proceso de globalización de un modelo occidental de clasificación psiquiátrica (capítulo II, 3.2).

En el DSM-IV (APA 1994), y de forma análoga en el DSM-IV-TR (APA 2000a), se incluye una reflexión sobre aspectos transculturales. En esta reflexión, se evalúa la aceptación internacional del DSM como indicio de su carácter como herramienta útil para la descripción de trastornos mentales en todo el mundo, paralelamente a un reconocimiento de la influencia de factores culturales y étnicos en el desarrollo de las sintomatologías.

The wide international acceptance of DSM suggests that this classification is useful in describing mental disorders as they are experienced by individuals throughout the world. Nonetheless, evidence also suggests that the symptoms and course of a number of DSM-IV disorders are influenced by cultural and ethnic factors. To facilitate its application to individuals from diverse cultural and ethnic settings, DSM-IV includes a new section in the text to cover culture-related features.
(APA 1994: xxiv)

En la introducción del DSM-5, se prescinde de la presuposición de universalidad de las categorías diagnósticas, resaltando su carácter cultural y socialmente específico, así como la necesidad de una adaptación cultural del proceso de evaluación diagnóstica (APA 2013a).

Mental disorder are defined in relation to cultural, social, and familial norms and values, Culture provides interpretative frameworks that shape the experience and expression of the symptoms, signs, and behaviors that are criteria for diagnosis. Culture is transmitted, revised, and recreated within the family and other social systems and institutions. Diagnostic assessment must therefore consider whether an individual's experiences, symptoms, and behaviors differ from sociocultural norms and lead to difficulties in adaptation in the cultures of origin and in specific social or familial contexts.
(APA 2013a: 14)

En relación a la CIE, en el *Bluebook* se nombran aspectos culturalmente específicos en varias de las categorías diagnósticas descritas, como ej. en relación al diagnóstico de ‘esquizofrenia’, ‘trastornos psicóticos agudos y transitorios’, pero no en caso de la categoría de ‘trastornos de la identidad de género’ (OMS 1992). Además, se incluye un apartado sobre “*Culture-specific disorders*”, en el que se hace referencia a la falta de estudios descriptivos que aportaran razones para la inclusión de “*disorders such as latah, amok, koro, and a variety of other possibly culture-specific disorders*” como “*disorders clinically distinguishable from others already in the classification*”(19).

En relación a la diversidad cultural y necesidad de adaptación intercultural de los estándares de cuidado, se puede observar una creciente atención a partir de los SOC-5 (HBIGDA 2005[1998], 2005[2001]; WPATH 2012a), con matices diferenciados según la edición. Mientras en los SOC-5 y SOC-6 se mantiene la presuposición del carácter universal de los ‘trastornos de la identidad de género’, reconociendo diferencias culturales en su expresión, los SOC-7 parten de la presencia de una amplia diversidad cultural y necesidad de adaptación de los estándares de cuidado. Las tres ediciones de los SOC hacen referencia a las diferencias en relación a la accesibilidad a tratamientos, incluyendo, en caso de los SOC-7, recomendaciones específicas para contextos de bajos recursos (WPATH 2012a).

La consideración de la diversidad cultural de las expresiones, trayectorias e identidades de género en los SOC-7, así como el reconocimiento de la necesidad de adaptación cultural de los estándares de cuidado da respuesta a una de las demandas del activismo por la despatologización trans*, que critica los sesgos occidentales y la pretensión de universalidad inherente a los manuales diagnósticos y estándares de cuidado (STP-2012 2011b; capítulo 3.2).

2.2.3. Cambios en las categorías diagnósticas trans-específicas en el DSM y la CIE

A lo largo de las ediciones del DSM y de la CIE que contienen categorías relacionadas con sexualidades, expresiones e identidades de género¹⁵³, su clasificación ha experimentado diferentes cambios.

Diferentes autor*s relacionan los cambios en la nomenclatura, la terminología y las categorías diagnósticas relacionadas con sexualidades, expresiones e identidades de género con procesos socioculturales más amplios (Bryant 2006; Bullough 1998[1975]; Hirschauer 1993; Langer y Martin 2004). A continuación, resumiré diferentes aspectos en el proceso de desarrollo de las categorías relacionadas con los procesos de tránsito en el DSM (DSM-III a DSM-5) y la CIE (CIE-9 a *ICD-11 Beta Draft*), incluyendo referencias a relecturas y críticas contemporáneas.

¹⁵³ Una lista de las categorías relacionadas con sexualidades, expresiones e identidades de género y su emplazamiento en diferentes ediciones del DSM y de la CIE se puede consultar en Anexo VI, Tabla 17 - Tabla 19. El texto completo de los criterios diagnósticos se encuentra en Anexo VII, Tabla 21 - Tabla 31.

2.2.3.1. Procesos de inclusión y retirada

En el Anexo VI, Tabla 17 - Tabla 19 se pueden observar los procesos de inclusión, retirada y modificación de las categorías diagnósticas relacionadas con prácticas de *cross-dressing*, orientaciones sexuales e identidades de género a lo largo de diferentes ediciones del DSM y la CIE.

Mientras los conceptos relacionados con el *cross-dressing* y las prácticas homosexuales estaban presentes ya desde el DSM-I (APA 1952) y la CIE-6 (1948), a partir del DSM-II y la CIE-8 como categorías y subcategorías propias, las categorías diagnósticas trans-específicas se introducen a partir del DSM-III (APA 1980) y la CIE-9 (OMS 1975).

Como el proceso de cambio más conocido públicamente, se puede nombrar la retirada de la categoría diagnóstica "*Homosexuality*" del DSM-II (APA 1968). En 1973, el Comité de Referencia, el Consejo Directivo y la Asamblea de la *American Psychiatric Association (APA)* aprobaron la sustitución de la categoría "*Homosexuality*" por la de "*Egodystonic sexual orientation [Homosexuality]*"; introducida en el DSM-II, 7th edition, publicado en 1974 (APA 1974).

Un documento interno publicado en 1973 incluye el texto de la nueva categoría, así como la justificación de la propuesta de sustitución formulada por Rober Spitzer, miembro de *APA Task Force on Nomenclature and Statistics* (APA 1973).

En el texto, Spitzer (en: APA 1973) desarrolla un resumen de los argumentos a favor y en contra de la retirada de la categoría 'Homosexualidad' presentes en el debate.

Según Spitzer (en: APA 1973), en el centro de la discusión se sitúa la controversia si la homosexualidad debería ser considerada como "*a pathological deviation of normal sexual development or as a normal variant of the human potential for sexual response*" (1). Como argumentos a favor de la retirada nombra la consideración de la homosexualidad como una variante de la sexualidad humana, el carácter científicamente incorrecto de la categoría, el riesgo de un empeoramiento de la relación entre psiquiatría y comunidad homosexual, así como la observación de un uso de la categoría para cuestionar los derechos civiles de las personas homosexuales (Spitzer en: APA 1973). En cambio, como argumentos en contra de la retirada de la categoría 'Homosexualidad' del DSM, Spitzer (en: APA 1973) señala el miedo de que la retirada se pudiera entender como sanción oficial de la conducta homosexual o como cesión a la presión del activismo homosexual. Asimismo, hace referencia al riesgo de que la retirada de la categoría desanimara a las personas homosexuales que desean cambiar su orientación sexual a buscar tratamiento (Spitzer en: APA 1973).

Ante la presencia de diferentes opiniones en la comunidad científica, Spitzer (en: APA 1973) propone la retirada de la categoría '*Homosexuality*' del DSM, alegando como argumentación que el objetivo del DSM constituye la categorización y definición de trastornos mentales, no de todo tipo de funcionamiento psicológico humano. Como condiciones necesarias

para la inclusión en la lista de trastornos mentales nombra la presencia de un malestar subjetivo e impedimento del funcionamiento social, aspectos que considera no cumplidos en caso de la homosexualidad (Spitzer en: APA 1973). Según Spitzer (en: APA 1973), el carácter como un comportamiento no deseado socialmente no constituye en sí una justificación para su inclusión como trastorno mental, al igual que otros fenómenos sociales que trasgreden ciertas normas sociales, entre los que nombra el celibato, el comportamiento revolucionario, el fanatismo religioso, el racismo, el vegetarianismo o el chauvinismo masculino.

Con el objetivo de facilitar el tratamiento para aquellas personas que sienten un conflicto con su orientación sexual y desean ayuda para cambiarla o aceptarla, y para evitar conflictos con psiquiatras o psicoterapeutas especializad*s en el tema, Spitzer (en: APA 1973) propone la sustitución de la categoría "*Homosexuality*" por la de "*Sexual orientation disturbance, in brackets [Homosexuality]*" (3), limitando de esta forma el diagnóstico a personas que tienen conflicto con su orientación homosexual, propuesta que finalmente fue aprobada tanto por el Comité de Referencia, el Consejo Directivo como por la Asamblea de la *American Psychiatric Association* (APA 1973).

La coincidencia cronológica entre una retirada de la categoría "*Homosexuality*" del DSM-II en 1974 (APA 1974) y la introducción de categorías trans-específicas en la CIE-8 en 1975 (OMS 1975) y en el DSM-III en 1980 (APA 1980) suscitó la hipótesis de una interrelación intencionada entre ambos procesos, con la intención de la 'prevención' de una homosexualidad futura en niños* y adolescentes divers*s en el género (Bento 2010; Coll-Planas 2010a; Whittle 2002).

Embora se afirme que a homossexualidade não seja considerada mais uma "doença", pode-se desconfiar que ainda se continue "curando" a homossexualidade, só que agora com o nome de "transtorno de gênero". A patologização da sexualidade continua operando com grande força, não mais como "perversões sexuais" ou "homossexualismo", mas como "transtornos de gênero". Se o gênero só consegue sua inteligibilidade quando referido à diferença sexual e a complementaridade dos sexos, quando se produz no menino a masculinidade e na menina a feminilidade, a heterossexualidade está inserida aí como condição para dar vida e sentido aos gêneros. (Bento 2010: 10)

Ironically, the removal of homosexuality from DSM III's psychosexual disorder category in 1975 coincided with the inclusion in the revised edition of transsexualism under a subcategory of 'Gender Identity Disorders'. (Whittle 2002: 21)

Miembros del Grupo de Trabajo encargado de revisar las categorías trans-específicas en el DSM rechazan esta hipótesis, interpretando la decisión de retirada de la categoría '*Homosexualidad*' como logro del movimiento homosexual y trazando una paralela respecto a la actual lucha por la despatologización trans*, bajo reconocimiento de las diferencias que presentan ambas demandas (Drescher 2010a; Meyer-Bahlburg 2010; capítulo II, 3.1.4).

Una referencia a prácticas homosexuales sigue apareciendo en el DSM-III como "*Ego-dystonic homosexuality*" (APA 1980). A partir del DSM-III-R, se retira esta categoría, mientras se mantiene el concepto de "*distress about one's sexual orientation*" en la categoría "*Sexual*

Disorder Not Otherwise Specified” en el DSM-III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR (APA 1987, 1994, 2000), una categoría abolida completamente en el DSM-5 (APA 2013a).

En la CIE, la sustitución de la categoría *"Homosexuality"* por *"Ego-dystonic homosexuality"* se produce en la CIE-9 (OMS 1975) y en la CIE-10 como *"Egodystonic sexual orientation"* (OMS 2015[1990]). En el *ICD-11 Beta Draft*, se propone su retirada completa (Cochran, et al. 2014; OMS 2015a).

En este sentido, en vez de una retirada completa de la categoría 'Homosexualidad' de los manuales diagnósticos en los años 70 se puede hablar de un proceso de cambio de su clasificación diagnóstica y retirada paulatina, completada solo recientemente (APA 2013a; OMS 2015a).

Como otro cambio significativo se puede valorar la propuesta de retirada de la clasificación diagnóstica *"Gender identity disorders"* del capítulo *"Mental and behavioural disorders"* en el *ICD-11 Beta Draft* e introducción de una categoría trans-específica en el capítulo nuevo *"Conditions related to sexual health"*, bajo el concepto de *"Gender incongruence"*, pendiente de la aprobación de la CIE-11 por la *Asamblea Mundial de la Salud* (OMS 2015a, 2015b). A diferencia del DSM, que mantiene en el DSM-5 una clasificación diagnóstica de los procesos de tránsitos en el género como trastorno mental, bajo el concepto de *"Gender dysphoria"* (APA 2013a), en el *ICD-11 Beta Draft* (OMS 2015a) se lleva a cabo una retirada de las categorías diagnósticas relacionadas con sexualidades, expresiones e identidades de género del capítulo 'Trastornos mentales y de comportamiento', en coincidencia con las demandas del activismo por la despatologización trans*, que a su vez expresa algunos puntos de crítica respecto a la categoría nueva propuesta *"Gender incongruence"* (capítulos II, 3.1.1, II, 3.6.1 y II, 3.9.1).

En relación a la inclusión de una clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia, ésta se produce paralelamente a la inclusión de las categorías diagnósticas trans-específicas dirigidas a adolescentes y adult*s en la CIE mediante la categoría *"Disorders of Psychosexual Development"* (OMS 1975) y cinco años más tarde en el DSM, a través de la categoría *"Gender identity disorder of childhood"* (APA 1980), aunque solo a partir de la CIE-10 se incluye una referencia explícita a la infancia en el título, bajo el nombre *"Gender identity of childhood"* (OMS 2015[1990]). Tanto el DSM-5 (APA 2013a) como el *ICD-11 Beta Draft* (2015a) mantienen una clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia.

2.2.3.2. Procesos de diferenciación y emplazamiento

A lo largo de las diferentes ediciones del DSM y de la CIE, se puede observar un proceso de creciente diferenciación entre las categorías diagnósticas *"Transvestism"*, *"Homosexuality"* y *"Transsexualism"*, así como cambios respecto a su emplazamiento.

En el DSM-I, las categorías *"Transvestism"* y *"Homosexuality"* se nombran dentro de una misma categoría de *"Sexual deviations"* (APA 1952: 39). En la descripción diagnóstica se indica que comprende los casos anteriormente clasificados como *"psychopathic personality with*

pathologic sexuality”, incluyendo diferentes comportamientos considerados como patológicos, entre ellos *“homosexuality, transvestism, pedophilia, fetishism and sexual sadism (including rape, sexual assault, mutilation)”* (APA 1952: 39).

A partir de la inclusión de categorías trans-específicas en el DSM-III (APA 1980), las categorías *“Transvestism”, “Transvestic fetishism”, “Transvestic disorder”* y *“Egodystonic homosexuality”* o *“Egodystonic sexual orientation”* constituyen categorías diagnósticas diferenciadas, listadas bajo de *“Paraphilias”* y *“Other psychosexual disorders”*, respectivamente.

Además, en las sucesivas ediciones del DSM, se pueden observar cambios en la posición de las categorías dentro de la estructura general del manual (II, 2.2, Anexo III, Tabla 9 y Tabla 10). En este sentido, las categorías diagnósticas *“Transsexualism” / “Gender Identity Disorder” / “Gender Dysphoria”* cambian del lugar, desde su inclusión en *“Gender identity disorders”* dentro de la sección *“Psychosexual Disorders”* en el DSM-III (APA 1980) a su ubicación en la sección *“Disorders usually y first evident in infancy, childhood, or adolescence”* en el DSM-III-TR (APA 1987). Mientras en el DSM-III *“Paraphilias”, “Egodystonic homosexuality”* y *“Gender identity disorders”* forman parte de la misma sección *“Psychosexual Disorders”* (APA 1980), en el DSM-III-R pertenecen a secciones diferenciadas (APA 1987)¹⁵⁴.

Este cambio se abandona de nuevo en el DSM-IV, en el que las categorías de *“Gender Identity Disorders”* se sitúan dentro de la sección *“Sexual and Gender Identity Disorders”*, al igual que *“Paraphilias”* (APA 1994), lugar mantenido en el DSM-IV-TR (APA 2000a). La categoría residual relacionada con la orientación sexual (*“Sexual Disorder NOS”*) se alista bajo *“Gender Identity Disorders”* (APA 1994, 2000a).

En el DSM-5, se crean secciones diferenciadas *“Gender Dysphoria”* y *“Paraphilic Disorders”*, separadas dentro de la estructura general del manual diagnóstico (APA 2013a), paralelamente a la retirada completa de las categorías relacionadas con la orientación sexual (APA 2013a).

En caso de la CIE, entre la CIE-6 y la CIE-10, se puede constatar una creciente diferenciación y separación de las categorías y subcategorías diagnósticas relacionadas con las prácticas de *cross-dressing*, la orientación sexual y la identidad de género, así como un aumento de subcategorías diferenciadas en caso de las dos últimas (OMS 1948, 1955, 1965, 1975, 2015[1990]). En el *ICD-11 Beta Draft*, se retiran las categorías relacionadas con el *cross-dressing* y las prácticas homosexuales, y se reduce el número de categorías relacionadas con la identidad de género a dos (*“Gender incongruence in adolescence and adulthood”* y *“Gender incongruence in childhood”*, OMS 2013a).

¹⁵⁴ En el DSM-III-R, la categoría de *“Transvestic Fetishism”* se incluye en el bloque *“Paraphilias”* y *“Egodystonic homosexuality”* en el bloque *“Other sexual disorders”*. Ambos a su vez pertenecen a la sección *“Sexual disorders”*. En cambio, el bloque *“Gender Identity Disorders”* se incluye en la sección *“Disorders usually y first evident in infancy, childhood, or adolescence”* en caso de *“Gender Identity Disorder”* (APA 1987).

A diferencia del DSM, en el que se produce un cambio respecto a la sección en la que se incluyen las categorías trans-específicas entre el DSM-III y el DSM-IV-TR¹⁵⁵, en la CIE el lugar de las subcategorías trans-específicas se mantiene relativamente estable entre la CIE-9 y la CIE-10, con cambios únicamente a nivel de categoría¹⁵⁶, mientras en el bloque¹⁵⁷ y capítulo¹⁵⁸ únicamente cambia el nombre, pero no sus características (OMS 1975, 2015[1990]). En el *ICD-11 Beta Draft* (OMS 2015a) se produce el cambio de emplazamiento más significativo, mediante la retirada de las categorías relacionadas con prácticas de *cross-dressing* y orientación sexual, así como el cambio del lugar de la categoría relacionada con los procesos de modificación corporal trans-específica del capítulo '*Trastornos mentales y de comportamiento*' a '*Condiciones relacionadas con la salud sexual*', descrito más arriba.

La creciente diferenciación entre prácticas de *cross-dressing*, orientación sexual e identidad de género se puede analizar como consecuencia del cambio histórico en la conceptualización de las expresiones de género y sexualidades no normativas como parte de un continuo, expresado en el concepto de "*sexual intermediaries*" en Hirschfeld (2006[1910]: 35), hacia su conceptualización como fenómenos claramente diferenciables, presente en autor*s como Benjamin (1966, 2006[1954]).

Además, los procesos de diferenciación y las modificaciones en relación al emplazamiento parecen reflejar la inseguridad ontológica respecto a la clasificación de problemas de salud mental y posibilidad de cambio según el conocimiento científico disponible, nombrada en los textos de introducción de las diferentes ediciones del DSM (APA 1980, 1987, 1994, 2000a, 2014a), así como en la introducción del *Bluebook* de la CIE-10 (OMS 1992).

2.2.3.3. Cambios terminológicos

Desde su inclusión en el DM-III, los tránsitos en el género han sido clasificados bajo diferentes nombres: "*Transsexualism*", "*Gender identity disorder in childhood*" y "*Atypical gender identity disorder*" en el DSM-III (APA 1980), "*Gender Identity Disorder of Childhood*", "*Transsexualism*", "*Gender Identity Disorder of Adolescence of Adulthood, Nontranssexual Type*" y "*Gender Identity Disorder NOS*" en el DSM-III-R (APA: 1887: 4, 73-78), "*Gender Identity Disorder*", con las subcategorías "*Gender Identity Disorder in Children*" y "*Gender Identity Disorder in Adolescents or Adults*", así como "*Gender Identity Disorder NOS*" en el DSM-IV y DSM-IV-TR (APA 1994, 2000a) y "*Gender Dysphoria in Children*" y "*Gender Dysphoria in Adolescents and*

¹⁵⁵ En el DSM-III, las categorías trans-específicas se incluyen en la sección "*Psychosexual disorders*" (APA 1980), en el DSM-III-R en la sección de "*Disorders usually first evident in infancy, childhood, or adolescence*" y en el DSM-IV y DSM-IV-TR en la sección de "*Sexual and Gender Identity Disorders*" en el DSM-IV y DSM-IV-TR (APA 1994, 2000).

¹⁵⁶ De "*Sexual deviations and disorders*" en la CIE-9 (OMS 1975) a "*Gender identity disorders*" en la CIE-10 (OMS 2015[1990]).

¹⁵⁷ De "*Neurotic disorders, personality disorders and other nonpsychotic mental disorders*" en la CIE-9 (OMS 1975) a "*Disorders of adult personality and behavior*" en la CIE-10 (OMS 2015[1990]).

¹⁵⁸ De "*Mental disorders*" en la CIE-9 (OMS 1975) a "*Mental and behavioural disorders*" en la CIE-10 (OMS 2015[1990]).

Adults”, así como *“Other Specified Gender Dysphoria”* y *“Unspecified Gender Dysphoria”* en el DSM-5 (APA 2013a). Además, en el primer borrador de las categorías trans-específicas para el DSM-5 en febrero de 2010, se indicó el nombre *“Gender Incongruence”* (APA 2010a, 2010b), término desechado en la próxima versión de los borradores que introduce el término *“Gender Dysphoria”* (APA 2011a, 2011b).

En el texto explicativo incluido en el primer borrador, se justifica la elección del término *“Gender Incongruence”* por considerarse *“a descriptive term that better reflects the core of the problem: an incongruence between, on the one hand, what identity one experiences and/or expresses and, on the other hand, how one is expected to live based on one’s assigned gender (usually at birth)”* (APA 2010a: s.p.). Además, se señala que el concepto se adoptó teniendo en cuenta la crítica por parte del movimiento trans* respecto al carácter estigmatizante del término *“Gender Identity Disorder”*, así como un debate interno al grupo de trabajo respecto al lugar del malestar en los criterios diagnósticos (APA 2010a: s.p.).

En el texto explicativo publicado en mayo de 2011, los miembros del Grupo de Trabajo indican haber recibido respuestas positivas respecto a la retirada del término ‘trastorno’ del nombre de la categoría, pero también críticas hacia la propuesta terminológica de *“Gender Incongruence”* por *“concerns that the new descriptive term could easily be misread as applying to individuals with gender-atypical behaviors who had no gender-identity problems”*, razón por la que se opta por dar preferencia al término *“Gender Dysphoria”* (APA 2011a: s.p.).

El término *“gender dysphoria”* aparece ya en los criterios diagnósticos de la categoría *“Transvestic Fetishism”* en el DSM-IV, a modo de subtipo (APA 1994), así como en la introducción al capítulo de *“Sexual and Gender Identity Disorders”* y en las descripciones diagnósticas del DSM-IV-TR (APA 2000a).

Además, en el texto explicativo que acompaña los borradores publicados en febrero de 2010, se explica las razones por las que se da preferencia al término *“assigned ‘gender’”* en vez de *“sex”* en los criterios diagnósticos de las categorías trans-específicas, con el objetivo de *“make the criteria applicable to individuals with a DSD [disorder of sex development]”* (APA 2010a: s.p.).

En caso de las prácticas de *cross-dressing*, la denominación cambia de *“Transvestism”* en el DSM-I, DSM-II, DSM-II 7th edition y DSM-III (APA 1952, 1968, 1974, 1980), a *“Transvestic fetishism”* en el DSM-III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR (APA 1987, 1994, 2000a), reforzando de esta manera el criterio de excitación sexual. En el DSM-5, se opta por el término *“Transvestic Disorder”* en las diferentes versiones del borrador y en la versión final (APA 2010c, 2010g, 2011d, 2012a, 2013a). En los borradores de la categoría *“Transvestic Disorder”* se justifica el cambio de nombre del capítulo de *“Paraphilias”* a *“Paraphilic Disorders”* bajo el argumento que solo se clasifican aquellas parafilias que causan malestar o impedimento a la persona o daña a otras personas. La misma diferenciación se indica en relación a la elección del término

"*Transvestic Disorder*" (APA 2010c, 2010g, 2011d, 2012a).

En caso de la CIE, se pueden observar cambios entre las diferentes ediciones de la CIE que a su vez se pueden relacionar con cambios en la conceptualización de los tránsitos en el género, demandas del ámbito activista, así como modificaciones paralelas en el DSM.

En relación a las categorías diagnósticas relacionadas con la identidad de género, en la CIE-9 se introduce el término "*Trans-sexualism*", así como el concepto de "*Disorders of psychosexual identity*", dirigido a pre-adolescentes (OMS 1975). En la CIE-10, se introducen cinco conceptos diferentes "*Gender identity disorder in childhood*", "*Transsexualism*", "*Dual transvestism*", "*Other gender identity disorders*" y "*Gender identity disorder, unspecified*" (OMS 2015[1990]).

Mientras la categoría "*Transsexualism*"¹⁵⁹ se centra en el deseo de vivir y ser aceptad* como miembro del 'sexo opuesto', habitualmente acompañado por una sensación de malestar con el propio 'sexo anatómico' y deseo de modificación corporal, la categoría "*Dual-role transvestism*"¹⁶⁰ se describe caracterizada por el acto de llevar ropa del 'sexo opuesto' para disfrutar de la experiencia temporal de pertenecer al 'otro sexo', sin deseo de un cambio de 'sexo' más permanente o modificación corporal quirúrgica, así como sin excitación sexual asociada a la práctica de *cross-dressing*.

Esta diferenciación parece reflejar la separación conceptual entre personas 'transexuales' y 'transgénero' en función del deseo de modificación corporal, presente tanto en las comunidades trans* como en el ámbito clínico (capítulos I, 1.1.1.2 y II, 2.1). En el contexto clínico, esta diferenciación se puede leer como una herencia del modelo teórico establecido por Benjamin (1966, 2006[1954]), que parte de una clara diferenciación entre transexualidad y transvestismo, un enfoque que ha sido criticado por autor*s contemporáneos que consideran que no corresponde a la diversidad de las expresiones, trayectorias e identidades de género presentes en la sociedad actual (Balzer 2008; Valentine 2007).

Finalmente, el *ICD-11 Beta Draft* opta por el término "*Gender incongruence in adolescence and adulthood*" y "*Gender incongruence in childhood*" (OMS 2015a), término a su vez criticado por el activismo por la despatologización trans* (capítulos II, 3.1 y II, 3.5).

En relación al concepto de "*Transvestism*" nombrado en la CIE-8 y CIE-9 (OMS 1965, 1975), se sustituye por "*Fetishistic transvestism*" en la CIE-10 (OMS 2015[1990]). Este cambio se puede relacionar con el cambio correspondiente entre el DSM-II y DSM-III, que usa

¹⁵⁹ "**F64.0 Transsexualism.** A desire to live and be accepted as a member of the opposite sex, usually accompanied by a sense of discomfort with, or inappropriateness of, one's anatomic sex, and a wish to have surgery and hormonal treatment to make one's body as congruent as possible with one's preferred sex" (OMS 2015[1990]: s.p.)

¹⁶⁰ "**F64.1 Dual-role transvestism.** The wearing of clothes of the opposite sex for part of the individual's existence in order to enjoy the temporary experience of membership of the opposite sex, but without any desire for a more permanent sex change or associated surgical reassignment, and without sexual excitement accompanying the cross-dressing" (OMS 2015[1990]: s.p.).

"*Transvestism*" (APA 1968, 1980) y el DSM-III-R, que introduce el término "*Transvestic fetishism*" (APA 1987), tres años antes que la publicación de la CIE-10 (OMS 2015[1990]).

De forma análoga a los cambios respecto al lugar de emplazamiento, las modificaciones terminológicas se podrían leer como indicio del carácter cambiante y ontológicamente incierto de las clasificaciones diagnósticas, pendientes del consenso profesional y de su recepción por parte de la opinión pública y del activismo trans*.

Además, en ambos manuales diagnósticos se hace referencia a la intencionalidad de cuidar el lenguaje.

En el DSM-III (APA 1980), se señala explícitamente el objetivo de evitar un lenguaje discriminatorio, en el sentido de no clasificar a la persona, sino sus síntomas.

A common misconception is that a classification of mental disorders classifies individuals, when actually what are being classified are disorders that individuals have. For this reason, the text of DSM-III avoids the use of such phrases as "a schizophrenic" or "an alcoholic," and instead uses the more accurate, but admittedly more wordy "an individual with Schizophrenia" or "an individual with Alcohol Dependence."
(APA 1980: 6)

En el DSM-III-TR, DSM-IV y DSM-IV-TR se mantiene el mismo párrafo (APA 1987, 1994, 2000a). En la introducción del DSM-5, no se hace referencia a este aspecto (APA 2013a).

Desde la perspectiva del activismo por la despatologización trans*¹⁶¹, se critica la presencia de usos terminológicos discriminatorios en el DSM y la CIE en relación a términos como '*Gender identity disorder*', '*Gender incongruence*' o '*Gender dysphoria*', el carácter binario de los criterios diagnósticos, así como el hábito de nombrar a las personas trans* según el género asignado al nacer en los criterios diagnósticos y descripciones clínicas, considerando que este uso no respeta el género vivido, elegido o deseado de la persona trans*, además de dificultar la comprensión para lector*s contemporáneos (capítulos II, 3.1.1, II, 3.3.1, III, 1.1.1).

En el DSM-5, se mantiene la terminología "*boys (assigned gender)*", "*girls (assigned gender)*" o "*natal males*", "*natal females*" (APA 2013a: 452, 455).

En el proceso de revisión de la CIE-10, se expresa la intención de buscar un término de carácter menos discriminatorio y patologizante, en respuesta a las críticas expresadas por parte del movimiento por la despatologización trans* y desde perspectivas profesionales ante el término "*Gender identity disorder*" (Drescher 2014[2013]; Drescher, et al. 2012). El Grupo de Trabajo de la OMS encargado de revisar las categorías trans-específicas opta por "*Gender incongruence*" (Drescher 2014[2013]: 10; Drescher, et al. 2012: 569; OMS 2015a: s.p.), retomando de esta forma el primer término propuesto en el proceso de revisión del DSM (APA 2010a, 2010b), un concepto criticado desde el activismo por la despatologización trans* (capítulo II, 3.5.1.2).

¹⁶¹ Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a, 2010b; STP-2012 2011b, 2011c, 2012a; STP 2013a, 2013c, 2014b, 2015b).

2.2.3.4. Criterios diagnósticos relacionados con los procesos de tránsito en el género

En la comparación de los criterios diagnósticos de las categorías trans-específicas desde el DSM-III hasta el DSM-5 (APA 1980, 1987, 1994, 2000a, 2013a) y la CIE-9 hasta el *ICD-11 Beta Draft* (OMS 1975, 2015[1990], 2015a)¹⁶² se pueden observar diferentes cambios, entre ellos en relación a 1. El lugar de la modificación corporal, 2. El rol del malestar clínicamente significativo y 3. El binarismo de género y la diferenciación según la orientación sexual. Además, se hace referencia a otros aspectos, entre ellos la edad de inicio, la duración del malestar, la diferenciación del deseo de transitar de la ‘ventaja cultural de ser de otro género’, la inclusión de una ‘*exit clause*’, así como los criterios de diagnósticos diferenciales. Asimismo, se observan modificaciones en las categorías diagnósticas relacionadas con el *cross-dressing*.

A diferencia del DSM, que establece criterios diagnósticos acompañados por descripciones clínicas de cada categoría en relación a edad de comienzo, curso y diagnóstico diferencial, así como textos descriptivos al inicio de cada sección, en la CIE los códigos diagnósticos se acompañan por un texto descriptivo, tanto a nivel de bloque, categoría (en algunos casos) y subcategoría (código). Este formato diferenciado se puede relacionar con el objetivo prioritariamente clínico en el momento de desarrollo de la primera versión del DSM (APA 1952), frente a un objetivo estadístico en los inicios de la CIE y sus precursores (OMS s.a.), aunque en la actualidad se hubieran diversificado los objetivos y aplicaciones de ambas clasificaciones (DSM 2013a; OMS 2015e; Reed y Kismödi 2014).

2.2.3.4.1. Lugar de la modificación corporal

En relación a la modificación corporal, se observan cambios respecto a su lugar en los criterios diagnósticos de las categorías “*Transsexualism*” / “*Gender Identity Disorder*” / “*Gender Dysphoria*” / “*Gender incongruence*” en las ediciones del DSM y de la CIE que contienen categorías trans-específicas.

En el DSM-III y DSM-III-R (APA 1980, 1987), la incomodidad (*‘discomfort’*) con el sexo anatómico toma un lugar destacado en los criterios diagnósticos (criterio A y B)^{163, 164}. Además, en el DSM-III-R (APA 1987) se incluye una categoría diagnóstica no relacionada con el deseo de modificación corporal (“*Gender Identity Disorder of Adolescence or Adulthood, Nontranssexual Type*”), desechada en posteriores ediciones, que en el momento de su introducción parece

¹⁶² Para consultar el texto completo de las categorías y subcategorías trans-específicas en el DSM y la CIE, véase Anexo VII, Tabla 21 - Tabla 31.

¹⁶³ “**302.5x Diagnostic criteria for Transsexualism**

A. *Sense of discomfort and inappropriateness about one’s anatomic sex.*

B. *Wish to be rid of one’s own genitals and to live as a member of the other sex. (...)*”

(APA 1980: 263-264)

¹⁶⁴ “**302.50 Diagnostic criteria for Transsexualism**

A. *Persistent discomfort and sense of inappropriateness about one’s assigned sex.*

B. *Persistent preoccupation for at least two years with getting rid of one’s primary and secondary sex characteristics and acquiring the sex characteristics of the other sex. (...)*”

(APA 1987: 75-76)

reflejar la observación de la emergencia de una creciente comunidad de transvestistas y personas transgénero que exceden el concepto de ‘transexualismo’ (Feinberg 1992; Stryker 2006; Valentine 2007; capítulo 1.5.2.2).

En el DSM-IV y DSM-IV-TR, la modificación corporal adquiere un lugar menos destacado, relegado a un subaspecto en el criterio B (APA 1994, 2000a)¹⁶⁵. La descripción del malestar incluye la mención de la creencia *"that he or she was born the wrong sex"* (APA 1994: 537-538; APA 2000a: 581). El concepto *"born in the wrong sex"* había sido utilizado previamente por autores del ámbito clínico, bajo la expresión de *"trapped in the wrong bodies"* (Benjamin 1966: 8-9) o *"trapped in the wrong body"* (Stoller 1968: 89), motivando múltiples recitaciones críticas por parte de autor*s trans* y aliad*s (Cromwell 1999; Erik en: Martínez Guzman y Montenegro 2010; Feinberg 1993; Mackenzie 1994; Missé 2013b; Stone 2006[2987]; capítulo II, 3.3).

En el DSM-5, el criterio A, que hace referencia a *"[a] marked incongruence between one's experienced/expressed gender and assigned gender, of at least 6 months' duration"* (452) incluye seis subcriterios, de los que al menos dos se tienen que cumplir, con los criterios 2 y 3 haciendo referencia a la modificación corporal, mientras los otros cuatro criterios se relacionan con la experiencia de incongruencia y el deseo de ser y ser tratad* como *"the other gender (or some alternative gender different from one's assigned gender)"* (APA 2013a: 452).

En este sentido, en todas las ediciones del DSM que incluyen categorías trans-específicas se hace referencia a los procesos de modificación corporal (tratamientos hormonales e intervenciones quirúrgicas). A la vez, se puede observar que, a partir del DSM-IV (APA 1994), el lugar prioritario otorgado a la modificación corporal se matiza, cobrando más importancia el deseo de ser de otro género o ser tratado de otro género, así como la experiencia de malestar. Como un aspecto nuevo, se puede resaltar la introducción de la expresión *"anticipated secondary sex characteristics"* en la categoría *"Gender Dysphoria in Adolescents and Adults"* en el DSM-5 (APA 2013a: 452), incluida con el objetivo de facilitar el acceso a bloqueadores hormonales en adolescentes.

En los textos explicativos que acompañan los borradores del DSM-5 (APA 2010a, 2011a), se expresa la necesidad de abolir la diferenciación diagnóstica entre personas que desean modificar su cuerpo y aquellas que no lo desean, presente en las categorías *"Gender Identity Disorder"* (GID) y *"Gender Identity Disorder Not Otherwise Specified"* (GIDNOS) en el DSM-IV y DSM-IV-TR (APA 1994, 2000a), con el objetivo de evitar confusión y superar una conceptualización de la transexualidad basada en *"the search for the 'true transsexual'"* (APA

¹⁶⁵ **"Diagnostic criteria for Gender Identity Disorder**

A. A strong and persistent cross-gender identification (not merely a desire for any perceived cultural advantages of being the other sex). (...)

B. Persistent discomfort with his or her sex or sense of inappropriateness in the gender role of that sex. (...)"

(APA 1994: 537-538)

En el DSM-IV-TR (APA 2000a: 581), se mantiene el mismo texto.

2010a: s.p), un concepto criticado por autor*s contemporáneos (Lev 2006; capítulo II, 3.9.4.1.4.2).

En la CIE, se hace referencia a la modificación corporal tanto en la CIE-9, CIE-10 como en el *ICD-11 Beta Draft*, con modificaciones respecto a la relevancia otorgada a la misma.

En caso de la subcategoría “*Trans-sexualism*” en la CIE-9 (OMS 1975), la modificación corporal adquiere un lugar central, a la vez de mencionarse la posibilidad de un tránsito en el género a través del cambio de vestimenta y comportamiento¹⁶⁶. En la CIE-10, se crean dos subcategorías diferenciadas, “*Transsexualism*” haciendo referencia a las personas trans* que desean modificar su cuerpo a través del tratamiento hormonal y la cirugía y “*Dual-role transvestism*” respecto a las personas trans* que llevan ropa ‘del sexo opuesto’ para disfrutar temporalmente de la experiencia de pertenecer al mismo, sin deseo de un cambio de género más permanente o de una modificación corporal quirúrgica (OMS 2015[1990]).

En el *ICD-11 Beta Draft*, se abandona la idea de dos formas diferenciadas (con y sin modificación corporal), volviendo a una única categoría para adolescentes y adult*s, bajo el nombre de “*Gender incongruence*”. La categoría “*Gender incongruence of adolescence and adulthood*” pone el foco en la vivencia de un incongruencia ‘marcada y persistente’, incluyendo una referencia al deseo de modificación corporal, sin establecer su presencia como obligatoria (OMS 2015a)¹⁶⁷.

En este sentido, se puede observar una presencia de la modificación corporal tanto en la CIE-9, la CIE-10, como en el *ICD-11 Beta Draft*, con una diferenciación entre personas con o sin deseo de modificación corporal en la CIE-10 mediante el establecimiento de dos categorías diagnósticas separadas, así como el énfasis en su opcionalidad en el *ICD-11 Beta Draft* (OMS 1975, 2015[1990], 2015a).

En las categorías diagnósticas relacionadas con la diversidad de género en la infancia, se incluyen referencias a la vivencia de un rechazo de las estructuras anatómicas o características sexuales en casi todas las ediciones del DSM y de la CIE que contienen categorías trans-específicas. A la vez, la forma de mención de este rechazo y el lugar que adquiere cambia a lo largo de las diferentes ediciones.

En el sentido, en el DSM-III y DSM-III-R (APA 1980, 1987) se hace referencia a un rechazo persistente de las estructuras anatómicas, con descripciones cambiantes respecto a los aspectos corporales que se rechazan¹⁶⁸. En el DSM-IV y DSM-IV-TR, las referencias al rechazo

¹⁶⁶ “*Sexual deviation centered around fixed beliefs that the overt bodily sex is wrong. The resulting behavior is directed towards either changing the sexual organs by operation or completely concealing the bodily sex by adopting both the dress and behavior of the opposite sex*” (OMS 1975: 197).

¹⁶⁷ “*Gender Incongruence of Adolescence and Adulthood is characterized by a marked and persistent incongruence between an individual’s experienced gender and the assigned sex, generally including dislike or discomfort with primary and secondary sex characteristics of the assigned sex and a strong desire to have the primary or secondary sex characteristics of the experienced gender*” (OMS 2015a: s.p., texto completo en Anexo VII, Tabla 31).

¹⁶⁸ En el DSM-III, se mencionan como aspectos de rechazo “*that she is biologically unable to become pregnant*”, “*that she will not develop breasts*”, “*that his penis or testes are disgusting or will disappear*”,

al propio cuerpo desaparecen. Los criterios diagnósticos dirigidos a niñ*s hacen referencia a 1. El deseo de ser y la insistencia de que un* es del 'otro sexo', 2. La preferencia por el "cross-dressing", 3. La preferencia por "cross gender roles" en juegos y fantasías de ser "of the other sex", 4. El deseo de participar en juegos "of the other sex", 5. La preferencia por jugar con niñ*s "of the other sex" (APA 1994: 537-538; APA 2000a: 581).

En la categoría "Gender dysphoria in children" en el DSM-5, en el criterio A se incluyen ocho subcriterios bajo el criterio principal "A marked incongruence between one's experienced/expressed gender and assigned gender, of at least 6 months' duration, as manifested by at least six of the following (one of which must be Criterion A1)" (APA 2013a: 452), los últimos dos relacionados con el rechazo a la anatomía sexual y deseo de modificación corporal¹⁶⁹.

En la CIE-9 y CIE-10, el aspecto de modificación no se nombra en las categorías diagnósticas relacionadas con la diversidad de género en la infancia (OMS 1975, 2015[1990]), mientras en el *ICD-11 Beta Draft* la categoría "Gender incongruence of childhood" se describe como caracterizada "by a marked incongruence between an individual's experienced/expressed gender and the assigned sex in pre-pubertal children", incluyendo, entre otros criterios, el rechazo de la anatomía sexual o de las características sexuales secundarias anticipadas y/o un deseo fuerte por características sexuales primarias y secundarias que coincidieran con el género vivido (OMS 2015a: s.p.).

Comparando las tres versiones de clasificación de la diversidad de género en la infancia, se observan diferencias respecto al lugar de la modificación corporal. En caso de la CIE-9, se hace referencia al carácter intermitente y fluido de las prácticas de *cross-dressing* e identificación con 'el sexo opuesto', sin mencionar una vivencia e malestar con el propio cuerpo. En la CIE-10, el foco se dirige a la vivencia de malestar con el 'sexo' asignado y deseo de ser del 'otro sexo', sin nombrar explícitamente un malestar con las características secundarias (OMS 2015[1990]). Este aspecto se introduce en el *ICD-11 Beta Draft* a través de la indicación de la vivencia de rechazo hacia la anatomía sexual o las características sexuales secundarias anticipadas y el deseo de tener características primarias o secundarias que coincidieran con el género vivido (OMS 2015a).

En este sentido, mientras en el DSM la mención de la modificación corporal en caso de las categorías dirigidas a niñ*s se reducen entre el DSM-III-R y el DSM-IV (APA 1987, 1994), para aumentar después de nuevo en el DSM-5 (APA 2013a), en caso de la CIE se introducen de forma explícita en el *ICD-11 Beta Draft* (OMS 2015a).

"that it would be better not to have a penis or testes" (APA 1980: 265-266), mientras en el DSM-III-R se resalta "an assertion that she has, or will grow, a penis", "rejection of urinating in a sitting position", "assertion that she does not want to grow breasts or menstruate", "that his penis or testes are disgusting or will disappear", "that it would be better not to have a penis or testes" (APA 1987: 73-74).

¹⁶⁹ Los criterios hacen referencia a "7. a strong dislike of one's sexual anatomy; 8. a strong desire for the primary and/or secondary sex characteristics that match one's experienced gender" (APA 2013a: 452).

Ante el consenso profesional (y activista) del rechazo de la modificación corporal hormonal o quirúrgica en caso de niñ*s pre-adolescentes, recogido en los SOC-7 (WPATH 2012a) y mencionado en diferentes textos activistas (GATE 2013a; GATE y STP 2014; STP 2013c; STP 2013d; STP 2014b), sorprende el creciente foco en el deseo de modificar el cuerpo en niñ*s (l*s adolescentes están incluid*s en la categoría "*Gender Dysphoria in Adolescents and Adults*"; APA 2013a). Desde la perspectiva de despatologización trans*, se expresa la preocupación por una creciente medicalización de la diversidad de género en la infancia (STP 2013c, 2013d; capítulo II, 3.9).

2.2.3.4.2. Rol del malestar clínicamente significativo

En las diferentes ediciones del DSM y de la CIE, se puede observar una mención diferenciada del rol de un malestar clínicamente significativo en los criterios diagnósticos trans-específicos.

En el DSM-III se habla de "*[s]ense of discomfort and inappropriateness about one's anatomic sex*" y "*disturbance*" (APA 1980: 263-264), así como, en referencia a l*s niñ*s divers*s en el género "*[p]ersistent repudiation of female anatomic structures*" o "*[p]ersistent repudiation of male anatomic structures*" y "*disturbance*" (APA 1980: 265-266). En el DSM-III-R, aparte de reiterarse el concepto de "*discomfort*", aparece por primera vez el término "*distress*" ('malestar'), en referencia al "*Gender Identity Disorder of Childhood*" (APA 1987: 73). En relación a las estructuras anatómicas, se mantiene el uso del término "*repudiation*" (APA 1987: 73).

En el DSM-IV y DSM-IV-TR, que incluyen criterios diagnósticos compartidos para niñ*s y adolescentes/adult*s, aparece de nuevo el término de "*disturbance*" en caso de niñ*s (APA 1994: 537, 2000a: 581). El criterio B hace referencia a "*Persistent discomfort with his or her sex or sense of inappropriateness in the gender role of that sex*" (APA 1994: 537, 2000a: 581), con aspectos diferenciados según si se trata de niñ*s o adolescentes/adult*s. Además, el criterio D hace referencia a los conceptos de 'malestar clínicamente significativo' e 'impedimento' ("*The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning*", APA 1994: 538, 2000a: 581).

En el primer borrador del DSM-5 publicado en febrero de 2010, se opta por no incluir el concepto de 'malestar clínicamente significativo'. Se establece un único criterio principal que hace referencia a "*[a] marked incongruence between one's experienced/expressed gender and assigned gender*", con varios subcriterios que no nombran el término de 'malestar' (APA 2010a: s.p.). En el texto explicativo que acompaña la publicación del borrador en febrero de 2010, se da preferencia a una evaluación independiente del criterio de malestar (APA 2010a). A la vez, se menciona que este aspecto se encuentra en un proceso de debate respecto a diferentes categorías diagnósticas en el DSM (APA 2010a).

En la segunda versión del borrador publicado en mayo de 2011, se vuelve a incluir una

dimensión B que hace referencia al malestar o al riesgo de padecerlo¹⁷⁰.

En la versión definitiva del DSM-5 (APA 2013a), se mantiene el criterio B, con referencia a un “*clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning*”, tanto en relación a la categoría dirigida a adolescentes y adult*s, como la categoría dirigida a niñ*s (APA 2013a: 452-453).

En la CIE-9, en las definiciones de las categorías diagnósticas “*Transsexualism*” y “*Disorders of psychosexual identity*” no se nombra el criterio de malestar. La CIE-10 menciona “*a sense of discomfort with, or inappropriateness of, one’s anatomic sex*” (OMS 2015[1990]: s.p.). En el *ICD-11 Beta Draft*, se usa el concepto “*dislike or discomfort with primary and secondary sex characteristics of the assigned sex*” (OMS 2015a: s.p.). En ninguna de las ediciones de la CIE que incluyen categorías trans-específicas, se habla de ‘malestar clínicamente significativo’.

En el debate actual sobre el proceso de revisión de los manuales diagnósticos, el concepto de ‘malestar clínicamente significativo’ suscita la crítica desde perspectivas activistas por considerarse que reproduce una narrativa de sufrimiento utilizada estratégicamente para obtener acceso sanitario, mientras *WPATH*, *World Professional Association for Transgender Health* y profesionales individuales recomiendan su inclusión (capítulos II, 3.1, II, 3.2 y II, 3.6).

2.2.3.4.3. Binarismo de género y diferenciación según la orientación sexual

El binarismo de género inherente a los criterios diagnósticos en el DSM y la CIE, así como la hipótesis de trayectorias diferentes según la orientación sexual constituyen aspectos criticados desde perspectivas activistas y teórico-activistas trans* (capítulo II, 3.3).

A diferencia de versiones anteriores del DSM en los que se suponía un cambio de un género binario al otro (APA 1980, 1987, 1994, 2000a), en el DSM-5 se incluye en los criterios diagnósticos la expresión “*or some alternative gender different from one’s assigned gender*” (APA 2013a: 452-453). En el texto explicativo que acompaña los borradores del DSM-5 (APA 2010a, 2011a), se da preferencia a un concepto multicategorico de género, citando como referencias, entre autor*s del ámbito clínico, a contribuciones desde perspectivas teórico-activistas trans*, entre ellas Kelley Winters, autora del libro *Gender Madness in the American Psychiatry*, en el que critica la categorización psiquiátrica actual, demandando una reforma de la actual categoría diagnóstica en el DSM (Winters 2008) y Kate Bornstein, autora de *Gender Outlaw*, en el que cuestiona el modelo binario de género (Bornstein 1994). Como objetivos para este cambio se nombra el reconocimiento de una diversidad de expresiones e identidades de género y la facilitación de su acceso a los tratamientos trans-específicos, mediante el foco en la vivencia de una ‘discrepancia’ entre el género vivido / expresado, incluyendo opciones no

¹⁷⁰ “*The condition is associated with clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning, or with a significantly increased risk of suffering, such as distress or disability*”(APA 2011a: s.p.).

binarias, y el género asignado al nacer, en vez de una *"cross-gender identification"* (APA 2010a: s.p.).

Desde posturas críticas, se advierte el riesgo de que una mayor inclusividad de las categorías diagnósticas se tradujeran en la patologización y categorización de una gama de expresiones e identidades trans* más amplia (Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a, capítulo II, 3.3).

Mientras en los criterios diagnósticos de *"Gender Dysphoria in Adolescents or Adults"* la expresión *"or some alternative gender different from one's assigned gender"* (APA 2013a: 452-453) se mantiene de forma consecuente en los diferentes subcriterios (aparte de los que hacen referencia al deseo de modificar las características sexuales primarias o secundarias), en la categoría *"Gender Dysphoria in Children"* su mención se limita al criterio A, combinando la misma con la referencia a la preferencia por llevar *"typical masculine clothing"*, *"cross-gender roles"* en el juego, *"toys, games, or activities stereotypically used or engaged in by the other gender"*, *"playmates of the other gender"* y una *"rejection of typically masculine toys, games and activities"* y viceversa (APA 2013a: 452). Además, mientras en los criterios diagnósticos dirigidos a adolescentes y adult*s se evita un lenguaje generizado (a través del uso de *"one"*), en la categoría diagnóstica dirigida a niñ*s se mantiene la diferenciación *"[i]n boys (assigned gender)"* e *"in girls (assigned gender)"* (APA 2013a: 452).

En la CIE-9, la descripción de la categoría *"Transsexualism"* usa un lenguaje no generizado (OMS 1975), a diferencia de la CIE-10 que introduce el término *"the opposite sex"* (OMS 2015[1990]: s.p.). En el *ICD-11 Beta Draft*, se utiliza de nuevo un lenguaje no generizado, a través del término *"the experienced gender"* (OMS 2015a: s.p.).

En caso de las categorías diagnósticas dirigidas a niñ*s, la CIE-9 habla de *"the opposite sex"* (OMS 1975: 197), la CIE-10 utiliza el término *"a desire to be (or insistence that one is) of the other sex"* y *"repudiation of the individual's own sex"* (OMS 2015[1990]: s.p.). En el *ICD-11 Beta Draft*, se utiliza la expresión no generizada *"experienced/expressed gender"*. Al mismo tiempo, se hace referencia a *"make-believe or fantasy play, toys, games, or activities and playmates that are typical of the experienced gender rather than the assigned sex"* (OMS 2015a: s.p.).

En este sentido, se puede observar un mayor grado de binarismo de género en los criterios diagnósticos o definiciones de las subcategorías diagnósticas dirigidas a niñ*s, un aspecto criticado desde el activismo por la despatologización trans* (STP 2013c; capítulos II, 3.6.1 y II, 3.9.1.1).

En relación a la diferenciación de trayectorias trans* según la orientación sexual, a partir del DSM-III y hasta el DSM-IV-TR se incluye una especificación en los criterios

diagnósticos de la categoría “*Transsexualism*” en el DSM-III¹⁷¹, “*Transsexualism*” y “*Gender Identity Disorder of Adolescence and Adulthood, Nontranssexual Type*” en el DSM-III-R (APA 1987)¹⁷², así como de la categoría “*Gender Identity Disorder*” en el DSM-IV y DSM-IV-TR (APA 1994, 2000a)¹⁷³. En el DSM-5 (APA 2013a), se abandona esta diferenciación en los criterios diagnósticos. A partir del DSM-IV, incluyendo el DSM-5, se añaden a esta diferenciación en los criterios diagnósticos referencias en el texto descriptivo que acompaña a los mismos, incluyendo diferentes hipótesis respecto a la orientación sexual de la persona trans* según el género asignado al nacer, la edad de comienzo y el desarrollo de la trayectoria trans* (APA 1994, 2000a, 2013a).

En las diferentes ediciones del DSM se habla de ‘orientación sexual’ haciendo referencia al género asignado al nacer (ej. una persona asignada al nacer como hombre que tiene relaciones con hombres tendría, según la terminología usada en el DSM, una relación homosexual, aunque ahora viviera como mujer, y definiera su relación como heterosexual).

In adult males, there are two different courses for the development of Gender Identity Disorder. The first is a continuation of Gender Identity Disorder that had an onset in childhood or early adolescence. These individuals typically present in late adolescence or adulthood. In the other course, the more overt signs of cross-gender identification appear later and more gradually, with a clinical presentation in early to mid-adulthood usually following, but sometimes concurrent with, Transvestic Fetishism. The later-onset group may be more fluctuating in the degree of cross-gender identification more ambivalent about sex-reassignment surgery, more likely to be sexually attracted to women, and less likely to be satisfied after sex-reassignment surgery. Males with Gender Identity Disorder who are sexually attracted to males tend to present in adolescence or early adulthood with a lifelong history of gender dysphoria.
(APA 1994: 536)

Paralelamente al uso de una denominación según el género asignado al nacer, el DSM-5 introduce una referencia a la auto-identificación (APA 2013a).

Adolescent and adult natal males with early-onset gender dysphoria are almost always sexually attracted to men (androphilic). Adolescents and adults with late-onset gender dysphoria frequently engage in transvestic behavior with sexual excitement. The majority of these individuals are gynephilic or sexually attracted to other posttransition natal males with late-onset gender dysphoria. A substantial percentage of adult males with late-onset gender dysphoria cohabit with or are married to natal females. After gender transition, many self-identify as lesbians. (...)

Adolescent and adult natal females with early-onset gender dysphoria are almost always gynephilic. Adolescents and adults with the late-onset form of gender dysphoria are usually androphilic and after gender transition self-identity as gay men. Natal females with the late-onset form do not have co-occurring transvestic behavior with sexual excitement.
(APA 2013a: 456)

En las descripciones que acompañan las subcategorías trans-específicas incluidas en la CIE-9, la CIE-10 y el *ICD-11 Beta Draft* (OMS 1975, 2015[1990] y 2015a), no se nombra la orientación sexual. En las guías clínicas incluidas en el *Bluebook* (OMS 1992), se hace referencia

¹⁷¹ “Indicate sexual history in the fifth digit of Transsexualism code: 1 = asexual, 2 = homosexual, 3 = heterosexual, 0 — unspecified” (APA 1980: 270).

¹⁷² “Specify history of sexual orientation: asexual, homosexual, heterosexual, or unspecified” (APA 1987: 76, 77).

¹⁷³ “Specify if (for sexually mature individuals): Sexually Attracted to Males, Sexually Attracted to Females, Sexually Attracted to Both, Sexually Attracted to Neither” (APA 1994: 538, 2000a: 582).

a la futura orientación sexual presupuesta en chicos (“[g]irls with a gender identity disorder”, en relación al género asignado al nacer, 169), indicando que “[m]ost give up an exaggerated insistence on male activities and attire as they approach adolescence, but some retain a male identification and go on to show a homosexual orientation” (169-170).

2.2.3.4.4. Otros aspectos

Como otros aspectos presentes en las categorías trans-específicas a lo largo de diferentes ediciones del DSM y de la CIE se puede nombrar la edad de inicio, la duración del malestar, la diferenciación del deseo de transitar de la ‘ventaja cultural de ser de otro género’, la inclusión de una ‘exit clause’, así como los criterios de diagnósticos diferenciales.

En relación a la edad de inicio, se pueden encontrar diferencias en las diferentes ediciones del DSM y de la CIE que contienen categorías trans-específicas.

En el DSM-III, el momento de inicio del deseo de cambio en el género se sitúa en la primera infancia, incluyendo la mención de algunos casos con un comienzo más tardío (APA 1980). En el DSM-III-R, la presuposición de un inicio en la infancia motiva un emplazamiento de las categorías trans-específicas en el capítulo “Disorders usually first evident in infancy, childhood, or adolescence” (APA 1987). Además, en esta edición del DSM se añade información sobre el curso previsto en relación a la expresión e identidad de género y orientación sexual durante la infancia y adolescencia, con matices diferenciados según el género asignado al nacer.

En el DSM-IV y DSM-IV-TR, en caso de “adult males” (en referencia al género asignado al nacer) se identifican dos diferentes puntos de inicio y trayectorias, una trayectoria con un comienzo en la infancia o adolescencia temprana, y un segundo grupo con un comienzo durante la adolescencia tardía o adultez, en cuyo caso se considera más probable que sea “more fluctuating in the degree of cross-gender identification, more ambivalent about sex-reassignment surgery, more likely to be sexually attracted to women, and less likely to be satisfied after sex-reassignment surgery” (APA 1994: 536, 2000a: 580). No se hace referencia a “adult females”. En relación a niñ*s, se menciona un “onset of cross-gender interests and activities” “between ages 2 and 4”, indicando porcentajes en relación a una trayectoria hacia la homosexualidad o continuidad de la “cross-gender identification” como adult*s (APA 1994: 536, 2000a: 579).

En el DSM-5, se señala que niñ*s más jóvenes presentan con menos frecuencia un rechazo de la estructura anatómica (“anatomic dysphoria”) que niñ*s más mayores, adolescentes y adult*s (APA 2013a: 455). Se mantiene la presuposición de un inicio habitual de “cross-gender behaviors” entre los 2-4 años y se aportan porcentajes de estimación para la persistencia de la “gender dysphoria” en la adolescencia y edad adulta (APA 2013a: 455). Se señala que no hay evidencia clara respecto al efecto de diferentes enfoques terapéuticos, desde terapias reparativas al apoyo a la transición social en la “persistence of gender dysphoria from

childhood into adolescence or adulthood” (APA 2013a: 455). Asimismo, se reafirma la hipótesis de dos tipos de trayectorias según un “*early onset*” o “*late onset*” (APA 2013a: 455).

Mientras en la CIE-9 no se hace referencia a la edad de inicio (OMS 1975), en la CIE-10 se indica en la categoría “*Gender identity disorder of childhood*” como edad de inicio “*usually first manifest during early childhood (and always well before puberty)*” (OMS 2015[1990]: s.p.). En el *ICD-11 Beta Draft* se indica en la categoría dirigida a niñ*s por primera vez una edad concreta de inicio (“*[t]he incongruence (...) cannot be diagnosed before age 5*”, OMS 2015a: s.p.).

Aparte de la descripción del momento de inicio, en las diferentes ediciones del DSM que incluyen categorías trans-específicas se añaden indicaciones acerca del tiempo que tiene que perdurar el deseo de transitar para el cumplimiento de los criterios diagnósticos, con modificaciones respecto a su duración. Mientras en el DSM-III, para el caso de adolescentes y adult*s, se especifica una duración de al menos dos años para la vivencia de “*disturbance*” (APA 1980: 263-264), en el DSM-III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR, se prescinde de una indicación concreta de tiempo, añadiendo el adjetivo “*persistent*” al criterio diagnóstico de “*discomfort and sense of inappropriateness about one’s assigned sex*” (APA 1987: 75) o “*strong and persistent*” en relación a la “*cross-gender identification*” (APA 1994: 537, 2000a: 581). El DSM-5, se vuelve a introducir la mención de una franja de tiempo concreta, indicando que la “*marked incongruence between one’s experienced / expressed gender and assigned gender*” es “*of at least 6 months’ duration*” (APA 2013a: 452).

En caso del diagnóstico dirigido a niñ*s, entre el DSM-III y el DSM-IV-TR se prescinde de una regulación temporal concreta, a la vez de resaltar la necesidad de intensidad y persistencia de la identificación cruzada en el género. En el DSM-5 se introduce por primera vez una indicación temporal (al menos seis meses), con el mismo texto que en los criterios diagnósticos dirigidos a adolescentes y adult*s (APA 2013a). En los textos explicativos que acompañan los borradores del DSM-5, tanto en relación a la categoría dirigida a adolescentes y adult*s, como a la enfocada en niñ*s, se añade una explicación de esta introducción, al mismo tiempo que se reconoce que no existe consenso acerca de la extensión de esta franja de tiempo (APA 2010a, 2010b, 2011a, 2011b).

En la categoría diagnóstica “*Transsexualism*” en la CIE-9 y CIE-10 y la categoría “*Gender incongruence in adolescence and adulthood*”, no se hace referencia a la duración del deseo de transitar en el género (OMS 1975, 2015[1990], 2015a). En caso de la categoría “*Disorders of psychosexual identity*” en la CIE-9, se señala el carácter intermitente, aunque a menudo frecuente del *cross-dressing* en niñ*s (OMS 1975). En la categoría “*Gender identity disorder in childhood*” en la CIE-10 se habla de “*persistent and intense distress*” y la necesidad de que hubiera “*a profound disturbance of the normal gender identity*” y no solo “*mere tomboyishness in girls or girlish behaviour in boys*”, sin indicar una duración específica (OMS

2015[1990]: s.p.). En la categoría "*Gender incongruence of childhood*" en el *ICD-11 Beta Draft* se especifica que "[t]he incongruence must have persisted for about 2 years", señalando que "[g]ender variant behaviour and preferences alone are not sufficient for making the diagnosis" (OMS 2015a: s.p.).

Como otro aspecto que se modifica a lo largo de diferentes ediciones del DSM que contienen categorías trans-específicas, se puede nombrar la indicación de que el deseo de transitar no debe confundirse con el deseo de una ventaja cultural de ser de otro género, incluida a partir del DSM-III (APA 1980). En el DSM-III y DSM-III-TR, solo se nombra en caso de chicos ("*For female*", en relación al género asignado al nacer, APA 1980: 265, 1987: 73). En el DSM-IV y DSM-IV-TR su mención forma parte del criterio A en los criterios diagnósticos compartidos para adult*s, adolescentes y niñ*s (APA 1994, 2000a)¹⁷⁴. En los textos explicativos que acompañan los borradores del DSM-5, tanto en relación a niñ*s como adolescentes y adult*s, se recomienda retirar esta expresión, por considerarse que carece de una explicación causal (APA 2010a, 2010b, 2011a, 2011b). En el DSM-5, se prescinde de la indicación de una 'ventaja cultural' en los criterios diagnósticos. Al mismo tiempo se especifica en los criterios de diagnóstico diferencial la diferenciación entre el diagnóstico de "*Gender dysphoria*" y una "*nonconformity to stereotypical gender role behavior*" (APA 2013a: 458).

En las diferentes ediciones de la CIE que contienen categorías trans-específicas, no se hace referencia al concepto de 'ventaja cultural' (OMS 1975, 2015[1990], 2015a).

Otro aspecto relacionado con los criterios diagnósticos, discutido tanto desde perspectivas activistas como profesionales en el proceso actual de revisión del DSM y de la CIE (capítulo II, 3.6), es la mención de una '*exit clause*'.

A diferencia de ediciones anteriores, en el DSM-5 se añade la indicación de una salida del diagnóstico cuando se ha realizado o se está preparando "*at least one cross-sex medical procedure or treatment regimen*", independientemente o no de haber realizado el cambio registral de nombre y género (APA 2013a: 453). En el texto explicativo que acompaña el borrador de las categorías diagnósticas publicadas en mayo de 2011, se incluye una justificación de esta indicación (APA 2011a).

The addition of this specifier is prompted by the observation that many individuals, after transition, do not meet any more the criteria set for gender dysphoria as defined above; however, they continue to undergo chronic hormone treatment, further gender-confirming surgery, or intermittent psychotherapy/counseling to facilitate the adaptation to life in the desired gender and the social consequences of the transition.
(APA 2011a: s.p.)

En las diferentes ediciones de la CIE, no se hace referencia a este aspecto.

¹⁷⁴ "**Diagnostic criteria for Gender Identity Disorder**

A. A strong and persistent cross-gender identification (not merely a desire for any perceived cultural advantages of being the other sex). (...)"

(APA 1994: 537)

El mismo texto se mantiene en el DSM-IV-TR (APA 2000a: 581)

En relación a los criterios de diagnóstico diferencial, éstos cambian a lo largo de las diferentes ediciones del DSM y de la CIE.

En caso del DSM, los criterios de diagnóstico diferencial incluyen 1. La diferenciación entre "*effeminate homosexuality*" y "*transsexualism*" (APA 1980: 263), 2. La presencia de un problema de salud mental, a modo de una alucinación de ser de otro género ej. en la esquizofrenia, paralelamente a la mención de su baja frecuencia (APA 1980, 1987, 1994, 2000a, 2013a), 3. La diferenciación entre "*Transsexualism*" y "*Transvestism*" (APA 1980, 1987, 1994, 2000a, 2013a), 4. La diferenciación entre el diagnóstico de "*Gender Identity Disorder in Adolescence and Adults, Non Transsexual Type*" y "*Transsexualism*" (APA 1987: 77), 5. La diferenciación entre "*Gender Identity Disorder*" / "*Gender Dysphoria*" y "*nonconformity*" (APA 1994: 536, 2000a: 580, 2013a: 458), 6. La exclusión de personas con un diagnóstico paralelo relacionado con la intersexualidad (APA 1980, 1994, 2000a), abolida en el DSM-5 (APA 2013a), así como 7. La diferenciación de la categoría "*Gender Dysphoria*" de "*Body dysmorphic disorder*", "*body integrity identity disorder*" o "*an alternative nonmale/nonfemale gender identity*" (APA 2013a: 458).

En las definiciones de las categorías diagnósticas de la CIE (OMS 1975, 2015[1990], 2015a) o las descripciones clínicas de la CIE-10 (OMS 1992), no se hace referencia a criterios de diagnóstico diferencial.

Desde una perspectiva de despatologización trans*, se critican los criterios de diagnóstico diferencial en el DSM por cuestionarse la posibilidad ontológica de una diferenciación clara entre diferentes motivaciones internas o externas en la decisión de tránsito en el género, en el sentido de una posibilidad de diferenciar entre una 'non-conformidad' con normas de género y un 'malestar' interno (capítulos II, 3.2 y 3.6). Además, se critica la necesidad de comprobación de una ausencia de 'otros' trastornos mentales en el proceso diagnóstico del 'Trastorno de identidad de género', por considerar que crea un cortocircuito lógico, en el sentido del acceso a un diagnóstico de 'trastorno mental' mediante la comprobación de que no se sufre ningún otro, y por dificultar el acceso a los tratamientos a aquellas personas trans* que recibieron un diagnóstico psiquiátrico en anterioridad a y/o en consecuencia de un no reconocimiento de su deseo de tránsito en el género (capítulos II, 3.7).

2.2.3.5. Criterios diagnósticos relacionados con el *cross-dressing*

De forma análoga, en caso de las categorías "*Transvestism*" / "*Transvestic Fetishism*" / "*Transvestic Disorder*" se pueden observar cambios entre las diferentes ediciones del DSM y de la CIE que otorgan un lugar diferenciado al malestar clínicamente significativo, así como al criterio de excitación sexual.

En relación al criterio de malestar (*'distress'*), en el DSM-III, se habla de "*frustration*" en caso de una interrupción externa de la práctica de *cross-dressing*, pero no de 'malestar' (APA 1980: 270). Una primera referencia al 'malestar' se introduce en el DSM-III-TR, en el criterio B

(“*The person has acted on these urges, or is markedly distressed by them*”, APA 1987: 289). A partir del DSM-IV, se introduce el concepto de ‘malestar clínicamente significativo’ en el criterio B, manteniéndose la misma redacción en el DSM-IV-TR. En el DSM-5, se añade además una salida del diagnóstico cuando remite el malestar (APA 2013a).

En la CIE-9 y CIE-10, no se hace referencia al criterio de malestar (OMS 1975, 2015[1990]). En el *ICD-11 Beta Draft*, se retira la categoría diagnóstica relacionada con el *cross-dressing* (APA 2013a).

Respecto al criterio de excitación sexual, en las diferentes ediciones del DSM se otorga un lugar creciente a este aspecto. En este sentido, mientras en el DSM-III la categoría está enfocada en la práctica del *cross-dressing*, relegando el aspecto de excitación sexual al criterio B (APA 1980), a partir del DSM-III-R ocupa el lugar de criterio A (APA 1987, 1994, 2000a, 2015a). Además, en el DSM-5, se incluye por primer vez las especificaciones “[w]ith fetishism”, “[w]ith autogynephilia” o “[w]ith autoandrophilia”, así como “in a controlled environment” (APA 2013a: 702). En el DSM-IV-TR, el concepto de “autogynephilia” ya aparece en las descripciones clínicas de la categoría “Transvestic Fetishism” (APA 2000a: 574). No se hace referencia al término de “autoandrophilia” en el DSM-IV-TR, ni en el primer borrador de la categoría “Transvestic Disorder” publicado en febrero de 2010 (APA 2010c). Su mención se introduce en el segundo borrador emitido en octubre de 2010 (APA 2010g). En el texto explicativo que acompaña los criterios diagnósticos, se identifica como primer autor que acuña el término a Blanchard (1989) (APA 2010g). Además, se resalta el interés para la práctica clínica y la investigación diferenciar entre diferentes tipos de transvestismo según el foco del interés erótico (interés erótico en materiales o interés erótico en “the thought or image of themselves as women”, APA 2010g: s.p.). En el segundo tipo, se observa “a higher risk of developing gender dysphoria” (APA 2010g: s.p.). En los siguientes borradores del DSM-5, se mantiene la inclusión de ambos conceptos (“Autoandrogynia” y “Autoandrophilia”, APA 2011d, 2012a).

El concepto de ‘autoandrogynia’ y ‘autoandrophilia’ ha suscitado amplias críticas por considerarse que refuerza la patologización de personas con prácticas de *cross-dressing*, ampliando la gama de personas expuestas a recibir el diagnóstico (IFGE 2010; Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a, STP-2012 2011c). Además, se critica la limitación de la categoría ‘Trastorno Transvestista’ en el primer borrador de la categoría diagnóstica publicada en febrero 2010 (APA 2010c) a hombres, destacando “la ideología de género machista que impera detrás de su razonamiento” (Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a: s.p.). A la vez, desde perspectivas de despatologización no se demanda la inclusión de todos los géneros, sino la abolición completa de la categoría (Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a; STP-2012 2011c; capítulo II, 3).

En las diferentes ediciones de la CIE que contienen categorías trans-específicas, el criterio de excitación sexual adquiere una creciente relevancia. Mientras en la CIE-9, se define “Transvestism” como una “[s]exual deviation in which sexual pleasure is derived from dressing

in clothes of the opposite sex. There is no consistent attempt to take on the identity or behavior of the opposite sex” (OMS 1975: 197), en la CIE-10 se indica que *“wearing the clothes of the opposite sex”* se realiza *“principally to obtain sexual excitement and to create the appearance of a person of the opposite sex”* (OMS 2015[1990]: s.p.). En el *ICD-11 Beta Draft*, se retira la categoría *“Fetishistic transvestism”* (OMS 2015a).

La comparación entre la clasificación de *“Transvestism”* / *“Fetishistic transvestism”* en la CIE-9 y CIE-10, permite identificar un continuado foco en la asociación entre *cross-dressing* y excitación sexual. No se hace referencia a una experiencia de malestar, como presente en la categoría correspondiente en el DSM, incluida a partir del DSM-III-R (APA 1987) y con referencia a la vivencia de un *‘malestar clínicamente significativo’* e *‘impedimento en áreas importantes de funcionamiento’* a partir del DSM-IV (APA 1994, 2000a, 2013a; capítulo II, 2.2.3.4).

2.2.4. Cambios en el modelo de atención sanitaria trans-específica en los SOC

De forma análoga a los cambios observados en las categorías diagnósticas trans-específicas incluidas en las diferentes ediciones del DSM y de la CIE, en el desarrollo de los SOC desde 1979 hasta la fecha actual se pueden identificar modificaciones respecto al modelo de atención sanitaria trans-específica. A continuación, haré referencia a algunos aspectos que tienen relevancia para el activismo por la despatologización trans*, en concreto 1. El uso terminológico, 2. La adherencia a las categorías diagnósticas, 3. El proceso de evaluación, 4. El concepto de *‘experiencia de la vida real’*, 5. El modelo de terapia triádica, 6. La perspectiva transcultural y 7. Aspectos éticos.

2.2.4.1. Terminologías

En las diferentes ediciones de los SOC, se pueden observar modificaciones en los usos terminológicos. En este sentido, el título de los SOC cambia de *“Standards of Care, The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons”* en los SOC-1 a SOC-4 (HBIGDA 2005[1979], 2005[1980], 2005[1981], 2005[1990]) a *“The Standards of Care for Gender Identity Disorders”* en los SOC-5 y SOC-6 (HBIDGA 2005[1994], 2005[2001]) y *“Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People”* en los SOC-7 (WPATH 2012a). Además, a partir de 2007 se produce un cambio en el nombre de la asociación, de *HBIGDA, Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association* a *WPATH, World Professional Association for Transgender Health* (WPATH 2015b).

Además, se puede observar un cambio en relación a la terminología usada para describir a las personas trans*. Los SOC-1 a SOC-4 hablan de *“gender dysphoric persons”*, *“gender dysphoric patients”*, *“hormonally and surgically-reassigned”*, *“applicants for hormonal and surgical sex-reassignment”*, *“genotypic and phenotypic females”* y *“genotypic and phenotypic males”* (HBIGDA 2005[1979]: 1-2, 2005[1980]: 10-11, 2005[1981]: 23-24,

2005[1990]: 34-35). Además, se hace referencia a *"intersexed or non-transsexual psychiatrically/psychologically diagnosed patients"*, para referirse a personas intersex o personas con problemas de salud mental que buscan acceso a la atención sanitaria trans-específica, así como a *"transvestites and transgenderists"*, en relación a personas sin deseo de modificación corporal (HBIDGA 2005[1979]: 2-5, 2005[1980]: 11-14, 2005[1981]: 23-28, 2005[1990]: 34-39).

En cambio, los SOC-5 y SOC-6 usan los términos *"persons with gender identity disorders"*, *"patient with gender identity disorders"*, *"individuals with gender identity disorders"* y *"Gender Patient"* (HBIDGA 2005[1994]: 48-51, 2005[2001]: 82-93). Además, se hace referencia al término *"true transsexual"*, en el marco de una relectura crítica de su uso (HBIDGA 2005[1994]: 57, 2005[2001]: 84). En los SOC-5, se utiliza además el término *"transgendered"*, en referencia a personas con *"unusual gender identities"* (HBIDGA 2005[1994]: 58), mientras en los SOC-6 se menciona a *"transgender people"* como una parte no diagnosticada y no reconocida del *"gender identity disorder spectrum"* (HBIDGA 2005[1994]: 83). En relación a niños, en los SOC-5 hacen referencia a *"Children with Gender Identity Disorders"* o *"gender-disturbed children"* (HBIDGA 2005[1994]:51), mientras los SOC-6 hablan de *"children"*, sin especificación (HBIDGA 2005[2001]: 82-91).

En los SOC-7, se produce otro cambio en relación a la terminología, dando preferencia a la utilización de términos como *"transsexual, transgender and gender-nonconforming people"*, *"people experiencing gender dysphoria"* y *"patients with nonconforming gender identities"* (WPATH 2012a: 2-3). En relación a menores de edad, los SOC-7 utilizan el término *"Children and Adolescents with Gender Dysphoria"* y *"gender dysphoric children and adolescents"* (WPATH 2012a: 11).

Los cambios terminológicos se puede poner en relación con cambios en los usos terminológicos en el DSM y la CIE (de *'gender identity disorder'* a *'gender dysphoria'*), cambios en la conceptualización de los tránsitos en el género (de *'applicants for hormonal and surgical sex-reassignment'* a *'people experiencing gender dysphoria'*) y de la diversidad de género en la infancia (de *'gender-disturbed children'* a *'gender dysphoric children and adolescents'*), así como con la demanda del activismo por la despatologización trans* de un lenguaje menos patologizante y más inclusivo de la diversidad de expresiones e identidades de género (de *'gender dysphoric patients'*, *'patients with gender identity disorders'* a *'transsexual, transgender and gender nonconforming people'*).

En relación al término *'transgender'*, se puede observar un cambio desde su uso como criterio diferencial en los SOC-1 a SOC-4 (HBIDGA 2005[1979], 2005[1980], 2005[1987], 2005[1990]) e inclusión como margen no diagnosticado del *'gender identity disorder spectrum'* en los SOC-5 y SOC-6 (2005[1998], 2005[2001]) a su reconocimiento pleno en los SOC-7 (WPATH 2012a). Desde el activismo por la despatologización trans*, se expresa la demanda de un reconocimiento de una amplia diversidad de expresiones e identidades de género en la

atención sanitaria trans-específica, paralelamente a una crítica de su inclusión dentro de un modelo considerado patologizante (capítulo II, 3.7).

2.2.4.2. Adherencia a la clasificación diagnóstica

En las diferentes ediciones de los SOC, se hace referencia a los criterios diagnósticos trans-específicos incluidos en el DSM y la CIE como marco referencial de los Estándares de Cuidado. En los SOC-1 a SOC-4, se menciona únicamente el DSM (HBIGDA 2005[1979], 2005[1980], 2005[1981], 2005[1990]).

En los SOC-5, se nombran tanto los criterios diagnósticos del DSM-IV como de la ICD-10, especificando que en ambos casos se trata de nomenclaturas creadas *"at different times and driven by different professional groups through a consensus process"* (HBIGDA 2005[1998]: 59-60).

Además, en los SOC-5 se incluye una justificación de la clasificación de las trayectorias e identidades trans* como 'trastorno mental' bajo el título *"The Gender Identity Disorders are Mental Disorders"*, haciendo hincapié en el aspecto de malestar. Al mismo tiempo se señala que el uso del diagnóstico no es justificación para la estigmatización o la privación de los derechos civiles de l*s usuari*s (HBIGDA 2005[1998]: 60). La disponibilidad de un diagnóstico formal se considera un *"important step in offering relief, providing health insurance coverage, and generating research to provide more effective future treatment"* (HBIGDA 2005[1998]: 60).

En los SOC-6, se mantiene el mismo texto, poniendo el título en forma de pregunta (*"Are Gender Identity Disorders Mental Disorder?"*), aparte de modificaciones menores en la redacción del texto (HBIGDA 2005[2001]: 87).

La introducción de este párrafo en los SOC-5 y SOC-6, así como el cambio de la afirmación a la pregunta en los SOC-6 (*"Are Gender Identity Disorders Mental Disorder?"*, HBIGDA 2005[2001]: 87), puede leerse como reflejo de un cuestionamiento de la clasificación de las trayectorias e identidades trans* como 'trastorno mental', presente en el ámbito activista ya a principios de los años 90 (capítulo II, 3.1.2).

En los SOC-7, se resalta que *"Being Transsexual, Transgender, or Gender-Nonconforming Is a Matter of Diversity, Not Pathology"* (WPATH 2012a: 4), con referencia a una declaración anterior publicada por WPATH en mayo de 2010 (WPATH 2010b). A la vez, en los SOC-7 se señala que *"stigma attached to gender nonconformity in many societies around the world"* puede llevar a *"prejudice and discrimination"*, con el resultado de una vivencia de *"minority stress"*, con el riesgo de desarrollar problemas de salud mental como depresión o ansiedad (WPATH 2012a: 4). Al mismo tiempo se señala que *"these symptoms are socially induced and are not inherent to being transsexual, transgender, or gender-nonconforming"* (WPATH 2012a: 4). Los SOC-7 diferencian entre *"[g]ender nonconformity"*, entendida como *"the extent to which a person's gender identity, role, or expression differs from the cultural norms prescribed for people of a particular sex"* y *"[G]ender dysphoria"*, en el sentido de *"discomfort or distress*

that is caused by a discrepancy between a person's gender identity and that person's sex assigned at birth (and the associated gender role and/or primary and secondary sex characteristics)”(WPATH 2012a: 5). Desde esta diferenciación, se señala que algunas personas experimentan disforia de género hasta el nivel de que *"the distress meets criteria for a formal diagnosis that might be classified as a mental disorder"*, indicando que este diagnóstico no es licencia para la estigmatización o privación de derechos civiles y humanos (WPATH 2012a: 5). Asimismo, se resalta que *"[a] disorder is a description of something with which a person might struggle, not a description of the person or the person's identity"*(WPATH 2012a: 5).

Desde el activismo por la despatologización trans*, se valora positivamente la referencia explícita en los SOC-7 a que la diversidad de género no es un trastorno mental. Al mismo tiempo, se identifica una contradicción entre esta afirmación y la adherencia a un modelo diagnóstico que clasifica los procesos de tránsito en el género como trastorno mental (STP-2012 2012b; capítulo II, 3.7).

2.2.4.3. Proceso de evaluación

En todas las ediciones de los SOC, se resalta el rol de la evaluación psicológico-psiquiátrica como requisito de acceso a los tratamientos hormonales y quirúrgicos (HBIGDA 2005[1979], 2005[1980], 2005[1981], 2005[1990], 2005[1998], 2005[2001]; WPATH 2012a).

En los SOC-1, los primeros dos estándares hacen referencia a la importancia de realizar un proceso de evaluación antes de dar acceso a los tratamientos hormonales y quirúrgicos, desde la consideración de que la provisión de la atención sanitaria trans-específica a demanda es contraindicada, resaltando la necesidad de su realización por profesionales de Salud Mental (HBIGDA 2005[1979]). En los SOC-2 – SOC-4, se mantiene el mismo texto, con modificaciones menores en la redacción (HBIGDA 2005[1980], 2005[1981], 2005[1990]).

4.1.4. Standard 1. Hormonal and/or surgical sex- reassignment on demand (i.e. justified simply because the patient has requested such procedures) is contraindicated. It is herein declared to be professionally improper to conduct, offer, administer or perform hormonal sex- reassignment and/or surgical sex- reassignment without careful evaluation of the patient's reasons for requesting such services and evaluation or the beliefs and attitudes upon which such reasons are based. (...)

4.2.4. Standard 2. Hormonal and surgical (genital and non- genital) sex- reassignment must be preceded by a firm recommendation for such procedures made by a certified and licensed psychiatrist or psychologist who can justify making such a recommendation by appeal to training or professional experience in dealing with sexual disorders, especially in the disorders or gender identity and role.

(HBIGDA 2005[1979]: 3)

Además, en los SOC-1 se establece el requisito de un cumplimiento de los criterios diagnósticos establecidos en el DSM, a ser comprobado a través del proceso de evaluación, la realización de un diagnóstico diferencial (en caso de un problema de salud mental, se establece la necesidad de su tratamiento antes de acceder a los tratamientos trans-específicos), el requisito de una segunda evaluación independiente en caso de las intervenciones quirúrgicas, así como la obligación de vivir durante 3 meses antes del tratamiento hormonal y 6 meses

antes de la intervención quirúrgica *"full-time in the social role of the genetically other sex"* (HBIGDA 2005[1979]: 4). En las siguientes ediciones de los SOC se mantienen estos requisitos, con modificaciones menores en relación al perfil profesional de l*s profesionales que realizan el proceso de evaluación, las características de las cartas de recomendación, la presencia del requisito de vida en el rol social del 'otro sexo' solo para la cirugía genital o para los tratamientos hormonales e intervenciones quirúrgicas, así como su duración (HBIGDA 2005[1980], 2005[1981], 2005[1990], 2005[1998], 2005[2001]; WPATH 2012a).

En los SOC-5, el periodo de vida en el rol social del 'otro sexo' se describe bajo el término *"real-life experience"*, incluyendo como parámetros el funcionamiento en el rol nuevo de género en el ámbito laboral, académico, comunitario, el cambio registral del nombre, así como la provisión del testimonio de terceras personas (HBIGDA 2005[1998]). Su realización se requiere desde la consideración de la importancia de tomar conciencia de las consecuencias familiares, vocacionales, interpersonales, educacionales, económicas y legales del cambio del rol de género (HBIGDA 2005[1998]).

The act of fully adopting a new or evolving gender role for the events and processes of everyday life is known as the real- life experience. The real- life experience is essential to the transition process to the gender role that confirms with personal gender identity. Since changing one's gender role has immediate profound personal and social consequences, the decision to do so should be preceded by an awareness of what the familial, vocational, interpersonal, educational, economic, and legal consequences are likely to be. Professionals have a responsibility to discuss these predictable consequences. These represent external reality issues that must be confronted for success in the new gender role. This may be quite different from the personal happiness in the new gender role that was imagined prior to the real life experience.
(HBIGDA 2005[1998]: 68)

Bajo el apartado *"Real-Life Experience versus Real Life Test"* (HBIGDA 2005[1998]: 68), se hace referencia a la responsabilidad de la persona interesada de decidir cuándo y cómo empezar la puesta en práctica de la 'experiencia de la vida real', desaconsejando su uso como 'test' para comprobar si la persona es 'transexual'. En cambio, se recomienda su utilización como apoyo tanto para la persona trans* como para l*s profesionales de Salud Mental en el proceso de toma de decisión sobre intervenciones irreversibles (HBIGDA 2005[2001]). En los SOC-6, se mantiene el mismo texto, añadiendo una frase que hace referencia a experiencias potenciales de discriminación relacionadas con el cambio en el género (HBIGDA 2005[2001]).

En los SOC-7, se prescinde del término 'real life experience' o 'real life test', mientras se mantiene el requisito de *"12 continuous month of living in a gender role that is congruent with their gender identity"* en caso de las cirugías genitales (WPATH 2012a: 60).

En los SOC-5 y SOC-6, se establecen además la diferenciación entre requisitos de elegibilidad (*"eligibility requirements"*, HBIGDA 2005[1998]: 62), entendidos como cumplimiento de los criterios establecidos, incluyendo la vida en el 'género preferido' durante el tiempo establecido, y criterios de idoneidad (*"readiness criteria"*, HBIGDA 2005[1998]: 62), que miden el grado de preparación de la persona interesada para empezar un tratamiento hormonal

o cirugía trans-específica, a ser evaluado por profesionales de Salud Mental. Como ejemplo de una falta de preparación, se hace referencia a que “[t]he clinician might think that the person is not yet ready because his behavior frequently contradicts his stated needs and goals” (HBIGDA 2005[1998]: 62). La diferencia entre criterios de elegibilidad e idoneidad se mantiene en los SOC-6 (HBIGDA 2005[2001]).

En los SOC-7 se abandona esta diferenciación (WPATH 2012a). Se mantiene únicamente el concepto de elegibilidad, nombrando el concepto de “*readiness*” en caso de personas trans* con problemas graves de salud mental, para las que se establece la necesidad de una re-evaluación por parte de un* profesional de Salud Mental para comprobar “*the patient’s mental status and readiness for surgery*” (WPATH 2012a: 61).

A partir de los SOC-5, se hace referencia al proceso de evaluación con niñ*s y adolescentes, identificando como tarea inicial de l*s profesionales de Salud Mental especializad*s en niñ*s “*to provide careful diagnostic assessments of gender disturbed children*”, incluyendo un análisis de su identidad de género, comportamiento respecto a roles de género, dinámicas familiares, experiencias traumáticas y salud psicológica (HBIGDA 2005[1998]: 63). En los SOC-5, se recomienda el seguimiento continuado de l*s niñ*s y sus familias, así como la realización de terapias familiares, asesoramiento para padres y madres, así como terapia individual para l*s niñ*s, sin especificar si bajo “[t]reatment” se entiende la aplicación de un enfoque afirmativo o una técnica de modificación conductual (HBIGDA 2005[1998]: 63). En los SOC-6, se modifica la redacción y estructuración del capítulo sobre niñ*s y adolescentes, bajo mantenimiento de la relevancia otorgada al proceso de evaluación, recomendando la realización de un “*complete psychodiagnostic and psychiatric assessment*”, una intervención terapéutica enfocada en disminuir la vivencia de malestar o dificultades en la vida cotidiana, así como un asesoramiento sobre el grado de transición social (HBIGDA 2005[2001]: 91).

En los SOC-7, se mantiene la relevancia otorgada a las tareas de evaluación, mencionada como primer aspecto en la lista de roles de l*s profesionales de Salud Mental que trabajan con “*gender dysphoric children and adolescents*”, aparte de funciones de asesoramiento y apoyo dirigido a l*s niñ*s y sus familias, con el objetivo de reducir experiencias de malestar y aconsejar sobre el grado de transición social recomendado (WPATH 2012a: 14). Además, se incluye una mención explícita de que “[m]ental health professionals should not dismiss or express a negative attitude towards nonconforming gender identities or indications of gender dysphoria” (WPATH 2012a: 15), sino reconocer las preocupaciones de l*s niñ*s, adolescentes y sus familias. Además, se incluye una afirmación del carácter no ético de terapias de modificación conductual (WPATH 2012a).

En caso de adolescentes, a partir de los SOC-5 se incluye una descripción del proceso de evaluación en el acceso a bloqueadores hormonales y tratamientos hormonales, con requisitos diferentes respecto a la edad mínima y empleo de los bloqueadores hormonales como

excepción o como opción habitual de tratamiento (HBIGDA 2005[1998], 2005[2001]; WPATH 2012a). En los SOC-6 y SOC-7, se diferencia entre intervenciones reversibles (con referencia a los bloqueadores hormonales), parcialmente reversibles (tratamientos hormonales) e intervenciones irreversibles (cirugías), desaconsejando su uso en menores de edad (HBIGDA 2005[2001]; WPATH 2012a). En los SOC-7, se permite además la realización de cirugías de pecho en caso de adolescentes, preferentemente después de un periodo de vida en el 'rol de género deseado' (WPATH 2012a). Asimismo, se hace referencia al riesgo relacionado con "[r]efusing timely medical interventions for adolescents", en el sentido de una prolongación de la 'disforia de género' y riesgo aumentado de una exposición a abusos y dinámicas de estigmatización (WPATH 2012a: 21).

A partir de los SOC-1, se incluye una referencia al proceso de evaluación de personas con un diagnóstico relacionado con la intersexualidad que desean transitar en el género, abriendo la posibilidad de su acceso a la atención trans-específica, bajo la consideración de características corporales específicas, una posición que se mantiene a lo largo de las diferentes ediciones de los SOC (HBIGDA 2005[1980], 2005[1981], 2005[1990], 2005[1998], 2005[2001]; WPATH 2012a). En los SOC-5 y SOC-6, se recomienda la aplicación de un diagnóstico de "Other Gender Identity Disorders" o "Gender Identity Disorder, Unspecified", en referencia al DSM-IV y DSM-IV-TR, en caso de personas con un diagnóstico paralelo relacionado con la intersexualidad (HBIGDA 2005[1998], 2005[2001]). En los SOC-7, se incluye un capítulo propio sobre la temática, bajo uso del término "disorders of sex development (DSD)" (WPATH 2012a: 68), en el que se afirma la inclusión de las personas con un diagnóstico relacionado con la intersexualidad que desean transitar en el género en la atención sanitaria trans-específica, teniendo en cuenta necesidades clínicas específicas. El lenguaje y los conceptos utilizados en el capítulo suscitaron la crítica del movimiento intersex, que además denuncia la falta de posibilidades de participación en el proceso de revisión, coincidiendo en estas críticas con el activismo por la despatologización trans* (OII Australia 2011a, 2011b; OII Australia y OII Aotearoa 2012; STP-2012 2012b; capítulo II, 3.7).

La revisión de las diferentes ediciones de los SOC muestra la continuada presencia de un modelo de evaluación, incluyendo el requisito de un tiempo de vida en el 'rol de género del otro sexo' o 'género preferido'. El requisito de 'experiencia de la vida real' o 'test de la vida real' ha sido criticado desde perspectivas activistas y teórico-activistas trans* que señalan la falta de consideración de limitaciones familiares, sociales y laborales en su puesta en práctica (Asamblea del Octubre Trans, et al. 2011; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010c; STP-2012 2011b, 2012a, 2012b; capítulo II, 3.6). La inclusión de un apartado que hace referencia a la diferencia entre el concepto de 'test de la vida real' y 'experiencia de la vida real' en los SOC-5 y SOC-6 parece hacer eco de las críticas expresadas desde perspectivas activistas, teórico-activistas y profesionales (capítulo 3.6). En la revisión de

los SOC-7 realizada desde el activismo por la despatologización trans*, se critica el mantenimiento del requisito de ‘12 meses en un rol de género congruente con la identidad de género’ (STP-2012 2012b; capítulo II, 3.6).

La priorización de roles de evaluación sobre tareas de asesoramiento, apoyo y acompañamiento ha recibido críticas por parte del activismo por la despatologización trans* y profesionales aliad*s, desde la consideración de que impide el establecimiento de una relación de confianza y el planteamiento de dudas y preguntas durante el proceso (capítulo II, 3.6).

En relación al acceso de las personas intersex a la atención sanitaria trans-específica, reconocido en todas las ediciones de los SOC, Matte, et al. (2008) señalan la existencia de una contradicción entre esta inclusión y la adherencia a los criterios diagnósticos del DSM-III, DSM-III-TR, DSM-IV o DSM-IV-TR (APA 1980, 1987, 1994, 2000a) que excluyen a personas con un diagnóstico paralelo relacionado con la intersexualidad de la categoría de “*Transsexualism*” o “*Gender Identity Disorder*”.

2.2.4.4. Terapia triádica

En los SOC-5, se introduce el concepto de “*triadic therapeutic sequence*”, entendida como secuencia de “*cross-gender living, administration of cross-sex hormones, and genital (and other surgeries)*”, señalando que la asunción de esta secuencia no corresponde a la realidad clínica, caracterizada por “*an array of complex options*”, una de ellas la terapia triádica (HBIGDA 2005[1998]: 56). A la vez, a lo largo del texto se nombra el concepto de “*triadic therapeutic sequence*” de forma reiterada dentro de la descripción de los estándares de cuidado (HBIGDA 2005[1998]: 64, 65).

En los SOC-6, se indica que “[*a*]fter the diagnosis of GID is made the therapeutic approach usually includes three elements of phases (sometimes labeled triadic therapy): a real-life experience in the desired role, hormones of the desired gender, and surgery to change the genitalia and other sex characteristics” (HBIGDA 2005[2001]: 83). Al mismo tiempo, se señala que no todas las personas “*with GID*” desean todos los elementos de la terapia triádica. Además, se observan modificaciones en el orden, incluyendo la posibilidad de una secuencia de terapia hormonal – cirugía de pecho – experiencia de la vida real (HBIGDA 2005[2001]: 84).

En los SOC-7 se abandona el modelo de terapia triádica (WPATH 2012a). Desde el reconocimiento de una amplia diversidad de expresiones, roles e identidades de género, se establece una gama de opciones terapéuticas, señalando que el número y orden de las intervenciones puede variar, incluyendo cambios en la expresión y el rol de género, terapia hormonal, cirugía, psicoterapia, apoyo por iguales online o en formato presencial, terapia de voz y comunicación, técnicas de depilación, técnicas de “[*b*]reast binding or padding, genital tucking or penile prostheses”, así como apoyo en el proceso de cambio legal del nombre y género en documentos oficiales (WPATH 2012a: 10). Al mismo tiempo, se mantienen algunas

limitaciones en la combinación libre de las intervenciones, como el requisitos de 12 meses de tratamiento hormonal previo a la cirugía genital (WPATH 2012a).

Desde perspectivas activistas, teórico-activistas y profesionales, se critica el modelo de terapia triádica por considerar que no corresponde a la diversidad de expresiones, trayectorias e identidades de género, evaluando positivamente el abandono de este modelo y reconocimiento de la diversidad de trayectorias de género y necesidades de atención sanitaria en los SOC-7, paralelamente a la revisión crítica de las limitaciones continuadas en la secuencia de los procesos de modificación corporal (STP-2012 2012b; capítulo II, 3.6).

2.2.4.5. Aspectos éticos

En las diferentes ediciones de los SOC, se hace referencia a aspectos éticos, con matizaciones según la edición.

En este sentido, en los SOC-1 – SOC-4, se menciona la responsabilidad compartida entre psiquiatras, psicólog*s y cirujan*s respecto a la decisión sobre la intervención quirúrgica (HBIGDA 2005[1979], 2005[1980], 2005[1981], 2005[1990]). Además, señala el carácter no ético de un cobro de tarifas desmesuradas por la atención sanitaria trans-específicas por parte de l*s profesionales sanitari*s. Asimismo, se hace referencia al carácter obligatorio de un proceso de Consentimiento Informado antes de los tratamientos hormonales y quirúrgicos (HBIGDA 2005[1979]: 7, 2005[1980]: 18, 2005[1981]: 32, 2005[1990]: 43).

En los SOC-5 y SOC-6, se reitera el principio de responsabilidad compartida entre profesionales de Salud Mental y l*s médic*s y psiquiatras que llevan a cabo el tratamiento (HBIGDA 2005[1998], 2005[2001]). Además, se señala el carácter ético de una interrupción de la responsabilidad médica y legal en caso de usuari*s que se ponen en una situación de riesgo por una falta de adherencia al tratamiento hormonal (HBIGDA 2005[1998], 2005[2001]). Asimismo, se hace referencia a la posibilidad de objeción de conciencia por parte de médic*s que no quieren realizar cirugías trans-específicas por no alterar "*anatomically normal structures*" (HBIGDA 2005[1998]: 76, 2005[2001]: 102). Se considera importante respetar la resistencia a realizar intervenciones quirúrgicas trans-específicas partiendo del principio de "*above all do not harm*", bajo la recomendación de ofrecer a profesionales que solicitan la objeción de conciencia la oportunidad de conocer las historias de vida de personas trans* (HBIGDA 2005[1998]: 76, 2005[2001]: 102). En los SOC-6, se añade además una referencia al carácter no ético de denegar el acceso o la elegibilidad a la terapia hormonal o cirugía trans-específica solo en base a un estatus seropositivo relacionado con el VIH o la Hepatitis B o C (HBIGDA 2005(2001).

En los SOC-7 (WPATH 2012a), se añaden aspectos éticos relacionados con los diferentes ámbitos o fases del proceso de atención.

En relación a la atención de Salud Mental, se señala el carácter no ético de la aplicación de tratamientos que intentaran cambiar la identidad o expresión de género de la persona para hacerla más 'congruente' con el 'sexo' asignado al nacer, desde el reconocimiento de su uso en

el pasado (*"Such treatment is no longer considered ethical"*, WPATH 2012a: 16, 32). Además, se hace referencia a la importancia de que l*s profesionales de Salud Mental siguieran los códigos éticos de sus organizaciones profesionales locales y regionales (WPATH 2012a).

En referencia a la terapia hormonal, se destaca el carácter no ético de denegar el acceso o la elegibilidad a la terapia hormonal solo en base a un estatus seropositivo relacionado con el VIH o la Hepatitis B o C. En caso de una contraindicación de la terapia hormonal por razones relacionadas con el estado de salud, se indica que l*s profesionales sanitari*s deben orientar a l*s usuari*s a valorar la posibilidad de intervenciones no hormonales (WPATH 2012a).

Respecto a la cirugía genital, se añade un capítulo propio sobre aspectos éticos, incluyendo el abordaje de la resistencia de profesionales que deciden hacer una objeción de conciencia, reiterando las recomendaciones aportadas en los SOC-5 y SOC-6 (HBIGDA 2005[1998], 2005[2001], WPATH 2012a). Además, se vuelve a hacer referencia a la responsabilidad ética y legal compartida entre profesionales de Salud Mental y cirujan*s, incluyendo también a l*s usuari*s en esta responsabilidad (WPATH 2012a), así como el carácter no ético de denegar el acceso o la elegibilidad a la cirugía solo en base a un estatus seropositivo relacionado con el VIH o la Hepatitis B o C.

Además, tanto en relación a la terapia hormonal como a la intervención quirúrgica, se hace referencia a la importancia de un Consentimiento Informado para personas legalmente capaces para proveerlo, incluyendo a menores emancipad*s, personas en prisión y *"cognitively impaired people who are considered competent to participate in their medical decisions"*, después de un proceso de información exhaustivo sobre riesgos y efectos secundarios de la terapia hormonal o intervención quirúrgica, destacando su carácter como requisito ético y legal (WPATH 2012a: 35).

En 2001, HBIGDA (2001a) publica las *"Ethical Guidelines for Members of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, INC."*. Entre sus principios, nombra el reconocimiento de los límites de la competencia profesional, la recomendación de consultar a otr*s profesionales relacionad*s con la atención sanitaria trans-específica, así como con profesionales de otras especialidades cuando se trata de aspectos ajenos a la temática de la identidad de género, la prohibición de roles duales, incluyendo relaciones sexuales con l*s usuari*s, el principio de no discriminación por razones de *"race, religion, sexual orientation (including non-stereotypical or non cultural gender role presentations), nationality, or age"* o estatus de VIH (HBIGDA 2005: 1), así como el principio de mantenimiento de la confidencialidad (HBIGDA 2005).

En la comparación de los aspectos éticos en las diferentes ediciones de los SOC, se pueden identificar tantos aspectos relacionados con los derechos de l*s profesionales (responsabilidad compartida, Consentimiento Informado como salvaconducto legal, retirada de responsabilidad en caso de una falta de adherencia al tratamiento, objeción de conciencia),

como con los derechos de l*s usuari*s (evitación del cobro desmesurado, Consentimiento Informado como derecho de l*s usuari*s, carácter no ético de la negación de acceso a tratamientos hormonales y cirugías por un estatus seropositivo, carácter no ético de las terapias reparativas), con una priorización creciente de la perspectiva de derechos de l*s usuari*s y una conceptualización de la ética como una dimensión fundamental de la práctica clínica, frente a su entendimiento como protección legal. Los principios éticos establecidos en las *Ethical Guidelines*, publicadas en 2005, apuntan hacia esta segunda línea enfocada en los derechos de l*s usuari*s (HBIGDA 2005).

La priorización de aspectos relacionados con la seguridad de l*s profesionales ante posibles litigios o presiones se podría relacionar con el momento inicial de establecimiento del campo de la atención sanitaria trans-específica en los años 60 y 70, como descrito en el capítulo II, 2.1, mientras la priorización de los derechos de las personas trans* en los SOC-7 parece reflejar un creciente reconocimiento de una perspectiva de Derechos Humanos en el ámbito de la atención sanitaria (capítulo II, 3.5.6), en concordancia con los desarrollos institucionales en materia de reconocimiento de los derechos trans* en documentos estratégicos internacionales y regionales a lo largo de la última década (capítulo II, 3.4).

2.3. Reflexiones sobre los procesos de construcción de la clasificación diagnóstica

La revisión del desarrollo histórico de la clasificación diagnóstica y los estándares de cuidado relacionados con los procesos de tránsito en el género me aportó reflexiones relevantes para el proceso de elaboración de la cartografía de discursos sobre despatologización trans* desarrollado en los próximos capítulos (II, 3), así como para mi propia experiencia teórico-activista.

En primer lugar, la revisión de los precedentes y puntos de partida de la actual conceptualización y clasificación diagnóstica de la transexualidad a partir de finales del siglo XIX me permitió una reflexión sobre el carácter históricamente contingente del modelo biomédico de la transexualidad y el proceso histórico desde una conceptualización de las expresiones e identidades de género como parte de un continuo entre sexualidades, expresiones e identidades de género (como presente en el concepto de "*sexual intermediaries*" en Hirschfeld 2006[1910]: 35), pasando por su entendimiento como una transición binaria y única entre dos géneros binarios y diferenciación clara entre transexualismo, transgenerismo y transvestismo en autor*s a mediados del siglo XX, entre ell*s Benjamin (1966, 2006[1954]) y Stoller (1968), hacia el reconocimiento de una amplia diversidad de expresiones, trayectorias e identidades de género y preferencias e itinerarios respecto a la modificación corporal en el momento actual. A su vez, abre la posibilidad de una reflexión sobre la interrelación entre las diferentes conceptualizaciones de los procesos de tránsito en el género y circunstancias sociopolíticas más

amplias, en el sentido de un paso desde una situación de criminalización en la época de Hirschfeld, un proceso de legalización acompañado por dinámicas de patologización y medicalización en el contexto norteamericano y varios países europeos a mediados del siglo XX (de forma más tardía en caso del contexto español), hacia su despatologización y reconocimiento como Derecho Humano en el momento actual, con la paralela presencia de situaciones de persecución, criminalización y patologización de las personas trans* en diferentes partes del mundo.

En segundo lugar, en la revisión del desarrollo de la clasificación diagnóstica de las categorías relacionadas con la orientación sexual e identidad de género en el DSM y la CIE, me llamaron la atención varios aspectos. Por un lado, me sorprendió el reconocimiento de la inseguridad ontológica, la falta de etiología clara y el carácter culturalmente específico de una clasificación diagnóstica de los problemas de salud mental presente en los prefacios del DSM y de la CIE, que difiere de un imaginario social como categorías fijas, ahistóricas y aculturales, revelando su carácter socialmente construido (Billings y Urban 1998[1982]; Hirschauer 1993; Martínez-Guzmán y Montenegro-Martínez 2011).

Por el otro lado, me sorprendió la presencia de categorías relacionadas con la orientación sexual, incluyendo el término "*homosexuality*", hasta el DSM-IV-TR (APA 2000a) y la CIE-10 (OMS 2015[1990]), al contrario de un recuerdo colectivo de la retirada de la categoría 'Homosexualidad' del DSM y de la CIE en los años 70 como un acto único (Nieto 2008). Se podría trazar un paralelismo entre el proceso de retirada paulatina de las categorías diagnósticas relacionadas con la orientación sexual de los manuales diagnósticos y los procesos de cambio de las categorías trans-específicas en el DSM-5 (APA 2013a) y el *ICD-11 Beta Draft* (OMS 2015[1990]), teniendo en cuenta la especificidad del proceso actual, debido a la necesidad de acceso de una parte de las personas trans* a la atención sanitaria trans-específica (Drescher 2010a; Meyer-Bahlburg 2010, capítulo II, 3.5).

Además, cabe destacar la inclusión de una clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia paralelamente a la inclusión de las categorías diagnósticas trans-específicas dirigidas a adolescentes y adult*s, a pesar de la percepción de una entrada más tardía de la temática al debate público, profesional y activista. Además, me llamó la atención la presuposición de vestimentas, juegos y juguetes 'típicos' de cada uno de los géneros socialmente reconocidos, así como la persistencia de un sesgo binario en la categoría dirigida a niño*s, paralelamente al cuidado de un lenguaje no generizado y binario en la categoría de adolescentes y adult*s, tanto en el DSM-5 como en el *ICD-11 Beta Draft*.

En relación a los SOC, se puede destacar la tendencia hacia una mayor regulación y establecimiento de un modelo binario (a través de la introducción del modelo de terapia triádica y 'experiencia de la vida real') en los SOC-5 y SOC-6, modificada de nuevo en los SOC-7 que admite una mayor diversidad de expresiones, trayectorias e identidades de género e invita a una adaptación culturalmente específica de los Estándares de Cuidado. Como otro aspecto se

puede destacar la presencia paralela de aspectos de cambio en los SOC-7 que parecen responder parcialmente a reflexiones y demandas expresadas desde perspectivas activistas, teórico-activistas y profesionales (capítulo II, 3.6), frente a la permanencia de otros aspectos criticados, ante todo el modelo de evaluación.

De esta forma, la revisión detallada y comparativa de las diferentes ediciones del DSM, de la CIE y de los SOC me ayudó a situar los discursos por la despatologización trans*, en cuyo desarrollo he participado / participo desde perspectivas activistas y teórico-activistas, en el contexto histórico más amplio del desarrollo de las categorías diagnósticas y estándares de cuidado trans-específicos.

3. DESPATOLOGIZACIÓN TRANS*: LÍNEAS TEMÁTICAS

Después del análisis de los tres documentos relevantes para el activismo por la despatologización trans*, el DSM, la CIE y los SOC, centraré ahora la atención en el análisis de los discursos activistas y teórico-activistas por la despatologización trans*, a través de la identificación de diferentes líneas temáticas y el análisis de su interrelación con un campo discursivo más amplio.

Para este fin, revisé los documentos publicados por grupos y redes activistas locales, regionales e internacionales entre enero de 2007, año de las primeras manifestaciones coordinadas por la despatologización trans* hasta el momento de finalización de la tesis doctoral (octubre de 2015), así como aportaciones de perspectivas teórico-activistas trans* y aliad*s, para identificar temáticas principales, estrategias y propuestas surgidas en su desarrollo. En cada una de las líneas temáticas, relacioné los discursos activistas y teórico-activistas actuales con discursos activistas y teórico-activistas precedentes, voces críticas, discursos procedentes del ámbito clínico, incluyendo reflexiones por parte de miembros de los Grupos de Trabajo encargados de la revisión de las categorías trans-específicas en el DSM y de la CIE, asociaciones profesionales y autor*s individuales, así como desarrollos institucionales. Asimismo, revisé la interrelación de las diferentes líneas temáticas con marcos teóricos y procesos activistas afines.

En las líneas temáticas, se retratan aspectos fundamentales para la perspectiva de despatologización, debates surgidos durante el proceso de revisión del DSM, de la CIE y de los SOC, análisis de los borradores y versiones aprobadas, así como propuestas, estrategias y reflexiones autocríticas (Figura 8).

Las primeras cuatro líneas temáticas resumen fundamentos de la perspectiva de despatologización trans*: 1. El cuestionamiento de la clasificación diagnóstica de los procesos de tránsito en el género como trastorno mental, 2. El análisis de la interrelación entre patologización y dinámicas de discriminación, exclusión social y violencia transfóbica, 3. La crítica del binarismo de género y 4. Perspectivas de Derechos Humanos. La línea temática

‘Despatologización y derechos sanitarios’ hace referencia a un aspecto prioritario de preocupación surgido durante la movilización activista: El miedo a una pérdida del acceso a una atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta en caso de que se retiraran las categorías diagnósticas trans-específicas del DSM y de la CIE. El siguiente capítulo resume el desarrollo de recomendaciones y propuestas relacionadas con las categorías trans-específicas durante el proceso de revisión del DSM y de la CIE. La séptima y octava línea recoge dos otros temas relevantes para el activismo por la despatologización trans*: El cambio del modelo de atención sanitaria trans-específica y el reconocimiento legal de género sin requisitos médicos. El noveno capítulo hace referencia a un tema que adquirió una creciente importancia a lo largo de los últimos años: El acceso sanitario trans-específico. Este capítulo refleja la importancia de la despatologización trans* en el ámbito activista, profesional e institucional. A continuación, profundizaré en cada una de las líneas temáticas nombradas.



en dife
en el ámbito activista, profesional e institucional. A continuación, profundizaré en cada una de las líneas temáticas nombradas.

3.1. “Las identidades trans no son una enfermedad”¹⁷⁵. Cuestionamiento de la clasificación diagnóstica actual de los tránsitos en el género



Carteles de la convocatoria del Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans
Imagen 25: Barcelona ATC, Guerrilla Travolaka i activistes independents, 2007
Imagen 26: Barcelona, Xarxa Internacional per la Despatologització Trans, 2009
Imagen 27, Imagen 28, Imagen 29: Convocatoria 2010 (en-es-fr),
STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization

3.1.1. Discursos activistas y teórico-activistas

“Las identidades trans no son una enfermedad”¹⁷⁶, “No a la patologización de las identidades trans”¹⁷⁷, “La Transsexualitat no és cap malaltia”¹⁷⁸, “Stop à la pathologisation des personnes trans”¹⁷⁹ o “Prou disfòria de gènere”¹⁸⁰, fueron algunos de los lemas que encabezaron las primeras manifestaciones por la despatologización trans*, expresando la demanda central en torno a la que se articula el activismo por la despatologización trans*: La retirada de las categorías relacionadas con los tránsitos en el género de los manuales diagnósticos DSM y CIE.

El lema: **Prou disfòria de gènere!** és un crit contra el diagnòstic psiquiàtric de disfòria de gènere. Perquè no som malalts mentals pel fet de ser trans; no som trastornats pel fet de construir el gènere fora de les normes establertes per la medicina i els governs.
(Guerrilla Travolaka i activistes independents 2007c: s.p.)

En el manifiesto de *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization*, publicado

¹⁷⁵ Fuente de la cita: Imagen 27, Imagen 28, Imagen 29, Carteles de convocatoria del Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2010, STP, Campaña Stop Trans Pathologization.

¹⁷⁶ Fuente del lema: Imagen 27, Imagen 28, Imagen 29, Carteles de convocatoria del Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2010, STP, Campaña Stop Trans Pathologization.

¹⁷⁷ Fuente del lema: Imagen 1, Cartel de convocatoria de acciones por la despatologización trans, Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans, Lima, Instituto de Desarrollo y Estudios sobre Género, 2010.

¹⁷⁸ Fuente del lema: Imagen 26, Cartel de convocatoria de acciones por la despatologización trans, Barcelona, Xarxa Internacional per la Despatologització Trans, 2008.

¹⁷⁹ Fuente del lema: Imagen 4, Cartel de convocatoria de acciones por la despatologización trans, Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans, Bruselas, Genres Pluriels, 2009.

¹⁸⁰ Fuente del lema: Imagen 25, Cartel de convocatoria de acciones por la despatologización trans, Barcelona, ATC, Guerrilla Travolaka i activistes independents, 2007.

en 2009, la demanda de retirada de las categorías diagnósticas trans-específicas actuales ocupa un lugar central (Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a)¹⁸¹.

Nuestra demanda es clara:

Exigimos la **retirada de la transexualidad** de los manuales de enfermedades mentales (DSM-TR-IV y CIE-10).

(Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a)

En textos más recientes publicados por STP, sigue presente la demanda de retirada de la clasificación diagnóstica de la transexualidad como trastorno mental del DSM y de la CIE (Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a, 2010b, 2010c; STP-2012 2010[2009], 2011a, 2011b, 2011c, 2011d, 2012a, 2012b, 2012c; STP 2013a, 2013b, 2013c, 2013d, 2014b, 2015b).

[C]onsideramos que la demanda principal de la Campaña STP 2012, la retirada de criterios diagnósticos patologizantes relacionadas con las expresiones, trayectorias e identidades trans (en sus diferentes aceptaciones terminológicas) de los manuales diagnósticos DSM y CIE, no ha perdido de actualidad.

(STP-2012 2011b: 2)

Ante las noticias recientes, volvemos a expresar nuestras demandas:

La retirada completa de las categorías ‘Disforia de Género’ y ‘Trastorno Transvestista’ del DSM-5. Consideramos que las expresiones, trayectorias e identidades de género no deberían estar presentes en el DSM, *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. (...)*

En el momento actual, demandamos a la OMS:

- La retirada completa de los bloques / categorías F64, F65.1. y F66 del capítulo V de la CIE.
- La inclusión de una referencia no patologizante de la atención sanitaria trans-específica, como un proceso de salud no basado en enfermedad o trastorno.

(STP 2013c: 2, 5)

La demanda de retirada de las clasificaciones existentes no se limita a la categoría de ‘Trastornos de la identidad de género’, sino incluye también la reivindicación de retirar la categoría de ‘Transvestismo fetichista’ o ‘Fetichismo transvestista’ del DSM y de la CIE (Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a, 2010b; STP-2012 2011c, 2012b).

Aparte de la categoría de “disforia de género”, observamos una continuación e incluso expansión de las dinámicas de patologización de expresiones de género presentes en la anterior categoría de “fetichismo transvestista”, mediante la categoría de “trastorno transvestista” (con los subtipos de “fetichismo”, “autoginefilia” y “autoandrofilia”), propuesta en el borrador del DSM-5. (...) Por las razones nombradas, desde la Campaña Internacional STP 2012 pedimos a la *American Psychiatric Association* la retirada de las categorías de “disforia de género” y “trastorno transvestista” (o términos equivalentes) del DSM-5.

(STP-2012 2011c: s.p.)

Además, se demanda la retirada del bloque F66 ‘Trastornos psicológicos y de comportamiento asociados con el desarrollo y la orientación sexual’ de la CIE (STP-2012 2012a; STP 2013c).

Además, demandamos la retirada del bloque F66 “Trastornos psicológicos y de comportamiento asociados con el desarrollo y la orientación sexual”, por considerar que está

¹⁸¹ Como mencionado más arriba, STP, *Campaña Internacional Stop Trans Pathologization*, firma sus textos como *Red Internacional por la Despatologización Trans*, *STP-2012*, *Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* o *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization*.

basado en preconceptos y normas sociales sobre la estabilidad de las preferencias y prácticas sexuales.
(STP-2012 2012a: 4-5)

Aparte de dirigirse directamente a la *APA, American Psychiatric Association* y la *OMS, Organización Mundial de la Salud*, iniciativas en diferentes partes del mundo piden a las autoridades locales, regionales y estatales apoyar la demanda de despatologización trans* mediante peticiones dirigidas a la OMS y la adopción de medidas políticas a favor de la despatologización y los derechos trans* en el propio contexto, tanto en relación al ámbito sanitario como legal (Frente Ciudadano Pro Derechos de Transexuales y Transgénero 2010; OTD 2010; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010b).

En México, específicamente, activistas, organizaciones y organismos de la población trans, LGB y de defensa de los derechos humanos, profesionales e instituciones de la salud y el derecho demandamos y proponemos:

Que el gobierno de la Ciudad de México, que ha apoyado importantes iniciativas a favor de los derechos humanos (...) se pronuncie, en el marco de sus competencias, para que la OMS/OPS eliminen de su catálogo internacional de enfermedades los llamados “trastornos de identidad de género”, tal y como lo ha hecho el gobierno español en mayo de este año (o su despsiquiatrización interna como lo ha hecho el Ministerio de Sanidad francés el pasado febrero).

(Frente Ciudadano Pro Derechos de Transexuales y Transgénero 2010: s.p.)

Somos seres humanos, requerimos igualdad de derechos y el alto a la violencia contra nuestros cuerpos e identidades trans e intersex. Por todo esto, y en conjunto a la Campaña Internacional Stop Trans Patologización, que este mes de octubre movilizará a más de 40 ciudades en todo el mundo, exigimos:

- Que la Asociación Psiquiátrica Americana y la Organización Mundial de la Salud, dejen de considerarnos trastornados mentales en sus Manuales DSM y CIE.
- Que el Ministerio de Salud, el Colegio Médico y los Colegios de Psiquiatras y Psicólogos chilenos, se posicionen públicamente frente al tema, remediando su pasividad histórica frente a este.
- La abolición de los tratamientos quirúrgicos de normalización binaria a menores intersex, mutilantes de sus genitales y que les niegan toda posibilidad de elección sobre su cuerpos, géneros y sexos.
- Acceso libre y garantizado por el Ministerio de Salud chileno a los tratamientos hormonales de masculinización y feminización y a las cirugías de readecuación corporal, sin la exigencia de un certificado psiquiátrico, ni de test de vida real que nos obligue a vivir como estereotipos de hombre o de mujer para reconocer nuestras identidades de género.
- El reconocimiento en FONASA e Isapres de las cirugías de readecuación corporal y tratamiento hormonal para personas trans, según corresponda a la previsión de Salud de cada persona.

(OTD 2010: 1-2)

Demandamos:

1. La puesta en práctica del compromiso adquirido por el Gobierno español de solicitar a la OMS la desclasificación de la transexualidad de la CIE, incluyendo una información transparente y públicamente accesible sobre el proceso de solicitud y las respuestas de la OMS.
2. La realización de una solicitud equivalente del Gobierno español dirigida a la APA (American Psychiatric Association), con el objetivo de demandar la descatalogización de la transexualidad de la próxima edición del DSM.
3. La modificación de la Ley 3/2007, a través de la supresión del requisito de diagnóstico de disforia de género y del requisito de tratamiento médico de al menos dos años (artículo 4), así como la abolición de la prohibición de nombres que “induzcan al error en cuanto al sexo”, establecida en la Disposición Final Segunda de la Ley 3/2007 que reafirma, en este punto, el requisito establecido en la Ley de Registro Civil, de 8 de junio de 1957.

4. La inclusión del proceso de reasignación de género en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud.
5. El establecimiento de un protocolo de atención no patologizante del proceso de reasignación de género, sustituyendo el requisito de diagnóstico psiquiátrico que actualmente regula el acceso a la hormonación y cirugía de reasignación de género por un proceso de asesoramiento, decisión compartida y consentimiento informado.
6. La participación del movimiento trans en la elaboración de la propuesta de modificación de la Ley y de un protocolo sanitario del proceso de reasignación del género.
(Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010b: s.p.)

Diferentes redes activistas trans* y LGTB internacionales¹⁸² incluyeron la demanda de despatologización de las identidades trans* en declaraciones recientes. En estos documentos, la reivindicación de despsicopatologización, en el sentido de la retirada de la clasificación diagnóstica de la transexualidad como trastorno mental del DSM y de la CIE, se puede identificar como un denominador mínimo común. En cambio, se observa a una mayor variedad de posiciones respecto a la demanda de una retirada completa de las categorías diagnósticas o introducción de una clasificación alternativa, propuesta con el objetivo de facilitar la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica, respondiendo de esta forma a una de las mayores preocupaciones relacionadas con la demanda de despatologización, la pérdida de derechos sanitarios (capítulo II, 3.5).

En este sentido, en algunas de las declaraciones, la demanda de retirada de la categoría de ‘Trastornos de identidad de género’ es acompañada por la propuesta de inclusión de una categoría no-patologizante en la CIE-11 (ILGA-Europe 2010; TGEU y ILGA-Europe 2009; TGEU 2009), una demanda también compartida por *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* (Red Internacional por la Despatologización Trans 2009b; STP-2012 2011a, 2011b, 2011c, 2011d, 2012a, 2012c; STP 2013a, 2013c, 2013d, 2014b, 2015b).

We observe with great concern that trans identities are still pathologized and considered a mental health condition. Given its strong implications on the living of trans people in Europe we therefore demand the removal of gender identity disorder from the International Classification of Diseases (ICD) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

We call upon the World Health Organisation to safeguarded the human rights of trans people in the current revisions of the ICD 10 and DSM IV.

We call for an alternative non-pathologizing category in the ICD 11, which establishes quality standards for medical treatments ample to support the gender expression of trans people. No national or international health institution shall render transgender identities as mental health disorders. They should nonetheless enable access to hormonal, surgical and or psychological medical assistance to be provided to those trans-people who seek such assistance.

(TGEU y ILGA-Europe 2009: s.p.)

The Society of Transsexual Women of the Philippines (STRAP), in adopting this declaration, hereby:

Rejects the pathologization of gender identities and expressions and supports the call to Stop Trans Pathologization by the year 2012

¹⁸² Amnesty International 2012; APTN 2010; GATE 2013a, 2013b, 2013c, 2013d, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b; GATE y STP 2014; ILGA-Europe 2010, 2012, 2014; MSM-GF 2010; Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a, 2009b; 2010a, 2010b, 2010c; STP-2012 2009[2010], 2011a, 2011b, 2011c, 2011d; 2012a, 2012b, 2012c; STP 2013a, 2013b, 2013c, 2013d, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b; TGEU 2009, 2010, 2012a, 2014[2013], 2014a, 2014b, 2014c, 2015f, 2015g, 2015h; TGEU e ILGA-Europe 2009.

Affirms that the development of gender identity and expression is part of the right to the free development of personality;
Affirms that gender identity and expression is a matter of self-determination and as sacred as the right to life itself;
Affirms that the role of the psychiatric and medical communities over the lives of transgender people is not to pathologize and stigmatize them but to provide patient-centred care that upholds that highest possible standards of health; and
Calls for rights-based legislation in the Philippines that would protect transgender people from discrimination and allow them to change their legal sex into their gender identity.
(STRAP 2010: s.p.)

A la vez, se resalta la importancia de que la introducción de una nueva categoría diagnóstica no se tradujera en una reclasificación de la transexualidad como enfermedad mental, orgánica o neurológica (Red Internacional por la Despatologización Trans 2009b).

Para garantizar estos derechos sanitarios, la Red Internacional por la Despatologización apoya una mención no patologizante en el CIE, siempre que esta mención no signifique una reclasificación de la transexualidad como enfermedad mental, orgánica o neurológica. La justificación de los derechos sanitarios de las personas trans no debería basarse en una definición patologizante de las identidades trans, sino partir de las características de una sociedad profundamente binaria en la que la transfobia y presión social vivida pueden llevar a la necesidad de modificación corporal.
(Red Internacional por la Despatologización Trans 2009b: s.p.)

Aparte del debate sobre estrategias para garantizar la consecución paralela del derecho a la despatologización y el derecho al acceso sanitario (capítulo II, 3.53.5), a lo largo de los últimos años, la demanda de retirada de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia adquiere un creciente protagonismo en el activismo por la despatologización trans* (capítulo II, 3.9).

Paralelamente a la convocatoria del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans* coordinada por STP, *Campaña Internacional Stop Trans Pathologization*, se pueden observar otras iniciativas activistas por la despatologización trans* no relacionadas directamente con STP que plantean demandas análogas (Antonelli y FELGTB 2014; Gender Reform Advocates 2009; IFGE 2010; Tosh 2014; The Transgender Community).

In 2009 transgender individual and advocates demonstrated at the APA Conference in San Francisco to 'protest how the American Psychiatric Association (APA) is handling revisions to "gender identity disorder" and related diagnoses in their fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (Winters, 2009) (...)
In 2010 several subsections of the British Psychological Society worked with activists and academics to specifically challenge the psychiatric intervention of gender nonconforming children and several *DSM-5* proposals (...). I co-organized a protest at the Division of Clinical Psychology Annual Conference in Manchester, UK, due to the invitation of Zucker as a keynote speaker, which provided an opportunity to present objections to the *DSM-5* and the treatment of gender nonconforming children to someone directly involved in both (...).
(Tosh 2014: s.p.)¹⁸³

En la invitación a la protesta convocada por *GID Reform Advocates* en 2009 ante la *APA Conference* en San Francisco, se especifica como motivo del acto "*to protest how the American Psychiatric Association (APA) is handling revisions to 'gender identity disorder' and related*

¹⁸³ Sin indicación de paginación por tratarse de una versión electrónica.

diagnoses in their fifth edition of the 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (DSM-V) (GID Reform Advocates 2009).

Como otros ejemplos de iniciativas paralelas se pueden nombrar la campaña *Objection to DSM-V Committee to DSM-V Committee Members on Gender Identity Disorders*, iniciada por *The Transgender Community* (2008), la campaña *Stop Gender Madness. Drop 302.3 from the DSM* de la *International Foundation for Gender Education (IFGE)*, lanzada en 2010 para pedir la retirada del 'Trastorno Fetichista' del borrador del DSM-5 (IFGE 2010), así como la campaña *Organización Mundial de la Salud (OMS): La transexualidad no es una enfermedad mental*, coordinada por Carla Antonelli y la *FELGTB, Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales* (Antonelli y FELGTB 2014).

Las campañas no tienen interrelación con *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization*. A la vez, STP menciona la campaña *Stop Gender Madness. Drop 302.3 from the DSM* en un comunicado publicado en abril de 2010 (Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a).

A través de la campaña *Objection to DSM-V Committee to DSM-V Committee Members on Gender Identity Disorders*, *The Transgender Community* (2008) critica el nombramiento de Dr. Kenneth Zucker como coordinador del *Gender Identity Disorders Work Group*, encargado de revisar las categorías trans-específicas en el DSM, así como la participación de Dr. Ray Blanchard en el mismo grupo.

La campaña *Stop Gender Madness. Drop 302.3 from the DSM* demanda la retirada de la categoría diagnóstica '*Transvestic Fetishism*' del DSM. Desde la observación de una frecuente criminalización de las prácticas de *cross-dressing* en el pasado, abolida en los años 80 en el contexto norteamericano, se denuncia su mantenimiento como trastorno mental, resaltando su carácter no ofensivo (IFGE 2010).

We, the undersigned, call for the complete removal of Transvestic Fetishism (302.3) as a diagnostic category from the future DSM-5 that is in the process of development.
(IFGE 2010: s.p.)

La Campaña *Organización Mundial de la Salud (OMS): La transexualidad no es una enfermedad mental*, iniciada por Carla Antonelli y la *FELGTB, Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales* en el contexto español, se extendió a través de campañas homónimas a Alemania, Canadá, Francia, Italia y Reino Unido.

Yo no estoy enferma. De hecho estoy estupenda.

Pero la Organización Mundial de la Salud (OMS) está empeñada en que sí. **La transexualidad sigue formando parte de la lista de enfermedades mentales de la OMS.**

Esta petición que llevo a cabo por iniciativa de la FELGTB es un grano de arena más en el trabajo en pro de la despatologización trans que desde hace tiempo llevan a cabo muchas organizaciones a nivel internacional. (...)

Firma esta petición y pídele a la Organización Mundial de la Salud que deje de considerarnos a las personas transexuales como enfermas mentales.

(Antonelli y FELGTB 2014: s.p.)

Aparte de grupos activistas, autor*s trans* y aliad*s procedentes de diferentes regiones del mundo, a menudo desde una doble perspectiva teórico-activista, aportan reflexiones en apoyo a la demanda de retirada de las categorías diagnósticas.

Mauro Cabral, en un texto publicado en 2009 en la revista *El Teje, Primer Periódico Travesti Latinoamericano*, esboza, a modo de pesadilla, las consecuencias de la categorización de las identidades trans* como trastorno mental.

Una de mis escenas más temidas empieza así: tuve un accidente o estoy muy enfermo. Como sea, despierto en un hospital. Me rodean cables, tubos, gente de guardapolvo blanco. Me preguntan si sé dónde estoy. Me preguntan si sé por qué estoy ahí. Me preguntan qué día es ése. Me preguntan cómo me llamo. Mauro, digo yo, y alguien anota, en mi historia clínica, que además de accidentado estoy loco. Soy trans, agrego, creyendo que esa aclaración le cerrará el paso a la locura. No hay caso. En ese hospital, en esa ciudad o en ese mundo en el que vine a despertar ser trans *es* estar loco —y yo no lo supe o no logré recordarlo a tiempo.
(Cabral 2009c: 4)

Desde el contexto francés, Maude-Yeuse Thomas (2011) señala las normas y representaciones socioculturales inherentes a la clasificación de los tránsitos en el género como ‘trastorno’, ‘inversión’, ‘desorden’ o ‘disforia’ en el DSM y la CIE.

A cet égard, le transsexualisme fonctionne comme un franchissement manifeste des normes et représentations socioculturelles et le classement du DSM et CIM en contient tous les échos dans l'énoncé même : trouble du comportement, de la sexualité, de la conduite, inversion(s), dysphorie... D'où cette proximité culturelle du « trouble » (affection, maladie, désordre, dysphorie, dysharmonie...), de la transgression (des normes, du comportement, conventions, mœurs...) ou relevant d'un développement inattendu et inentendu.
(Thomas 2011: 301)

Judith Butler (2010), en el prólogo de la antología *El género desordenado* (Missé y Coll-Planas 2010 eds.), aporta una revisión del proceso de revisión del DSM.

Tenemos hoy una oportunidad histórica de intervenir críticamente en aquellos discursos médicos que regulan las vidas de las personas transgénero y transexuales. El DSM está siendo revisado y esto implica que lo que está en juego ahora son los términos mismos con los cuales las personas trans se presentan frente a las autoridades médicas y legales y a través de los cuales son interpretadas. En esta situación, las palabras importan de verdad. Más aún, estos son los discursos a través de los que son interpretadas y ‘tratadas’ aquellas personas que son diagnosticadas dis-conformes con respecto a las normas de género. Esto es un momento en el que todos, todas y todxs^[nota a pie de página] tenemos que pensar cuidadosamente cómo queremos ser tratados.
(Butler 2010: 9)

Desde la observación del rol de las clasificaciones diagnósticas en el acceso al tratamiento y reconocimiento legal de las personas trans* y sus consecuencias estigmatizantes en el momento actual, Butler (2010) invita a la reflexión sobre las posibilidades de un diagnóstico sin riesgo de patologización.

El primero es el dilema que mencioné más arriba: pedir un diagnóstico es siempre convertirse en objeto de patologización. Y, por tanto, la pregunta es (a) si algo semejante al diagnóstico puede ser formulado sin necesidad de patologización y (b) si se debe soportar y resistir, con apoyo colectivo, la fuerza de patologización de cualquier diagnóstico con el objetivo de acceder al proceso de transición y conseguir la transformación que se busca y se desea o (c) vivir sin mediaciones institucionales de este tipo y aceptar una falta de reconocimiento y de apoyo institucionales para llevar a cabo los cambios deseados.
(Butler 2010: 12)

El proceso de retirada de la categoría ‘Homosexualidad’ del DSM y de la CIE se nombra como un punto de referencia para el debate actual sobre la retirada de la clasificación diagnóstica de los procesos de tránsito en el género como trastorno mental tanto por parte de grupos activistas (Guerrilla Travolaka, et al. 2009; MSM-GF 2010) como perspectivas teórico-activistas (Adrián 2013; Baldiz 2010; Missé y Coll-Planas 2010b; Nieto 2008), paralelamente a la descripción de las diferencias entre ambos procesos.

En este sentido, Guerrilla Travolaka, et al. (2009) establecen una relación entre la demanda actual de despatologización trans*, la reivindicación de retirada de la categoría ‘Homosexualidad’ del DSM y de la CIE, la demanda de un cese de las intervenciones quirúrgicas a recién nacid*s intersex y la reivindicación de un aborto libre y públicamente cubierto por parte del movimiento feminista, en el sentido de una defensa compartida del derecho al propio cuerpo.

Nuestra demanda es clara. Es la misma que defendían nuestras compañeras trans en los años ‘80, la misma que la del movimiento gay y lésbico cuando pedían la retirada de la homosexualidad de los catálogos de enfermedades, la misma que la del movimiento feminista al pedir el derecho al aborto libre y gratuito. La misma que la del movimiento intersex al reclamar que cesen las operaciones a los bebés. No es una cuestión de minorías, es una cuestión de derechos humanos, del derecho al propio cuerpo más allá de los paternalismos que nos quieren hacer creer que no existen las presiones, los roles, los cánones de belleza, los cuerpos fuera del sistema.
(Guerrilla Travolaka, et al. 2009: s.p.)

En una declaración en apoyo a la despatologización trans*, *MSM-GF, The Global Forum on MSM & HIV* (2010) resalta el efecto positivo de la retirada de la categoría diagnóstica ‘Homosexualidad’ del DSM y de la CIE, en el sentido de una disminución de la discriminación.

As a global advocacy organization working for the health and human rights of men who have sex with men (MSM), the MSMGF is familiar with stigma within health system structures and its negative impact on individuals and communities. For instance, the classification of homosexuality as a mental disorder by institutions such as the APA until 1973 and the WHO until 1993 helped endorse discrimination against gay men and other MSM at multiple levels. Stigma and discrimination impact health by heightening HIV risk factors, including social isolation, and compromising access to HIV prevention, care and treatment services. Transgender persons are also the targets of stigma and discrimination that can be exacerbated by a mental diagnosis, ultimately resulting in compromised health and wellness.
(MSM-GF 2010: 1).

Desde una perspectiva teórico-activista, Missé y Coll-Planas (2010b) hacen referencia a la lucha del movimiento homosexual por la retirada de la categoría ‘Homosexualidad’ del DSM y de la CIE, señalando las diferencias entre este proceso y las demandas actuales, en el sentido de la necesidad de una parte de las personas trans* de acceder a la atención sanitaria trans*-específica y relevancia de compaginar ambos derechos, una diferencia nombrada también por otr*s autor*s (Adrián 2013; Baldiz 2010).

A menudo se ha comparado la lucha por la despatologización trans con la que inició en los ‘70 el colectivo homosexual. Y aunque es cierto que tienen una gran similitud (reivindicar que una determinada orientación sexual o identidad de género no son patológicas) tienen también una importante diferencia: el colectivo gay y lésbico no necesita una atención médica específica mientras que buena parte del colectivo trans sí quiere acceder al sistema sanitario para conseguir tratamientos hormonales y/o quirúrgicos. Por ello, cuando

hablamos de despatologización trans no tiene sólo que ver con desclasificar de los manuales de enfermedades internacionales el TIG sino que consiste al mismo tiempo en establecer una nueva fórmula para que las personas trans no pierdan el derecho a una atención sanitaria, algo que se interpreta que es más factible si se apela a un supuesto carácter patológico de la transexualidad, aunque sólo sea de forma estratégica. (Missé y Coll-Planas 2010b: 51)

Manuel Baldiz (2010), psiquiatra, psicoanalista, firmante del "*Documento de los 24*" a favor de la despatologización de la homosexualidad, elaborado por profesionales de la Psiquiatría y Salud Mental en el contexto catalán en 1976, y autor colaborador de la antología *El género desordenado* (Missé y Coll-Planas 2010 eds.), expresa optimismo respecto a la posibilidad de una "*deslegitimación del diagnóstico del trastorno de identidad de género*" (142), teniendo en cuenta el paralelismo entre ambos procesos históricos. A la vez, identifica diferencias entre ambas demandas, en el sentido de que "[l]o que ahora se reivindica tiene – como veremos enseguida– más complejidad y más consecuencias, e incide en ámbitos (farmacológico, jurídico, quirúrgico incluso) a los que, en caso de la homosexualidad, no concernía" (Baldiz 2010: 142).

Desde una perspectiva antropológica, José Antonio Nieto Piñeroba (2008) aporta reflexiones a favor de la desclasificación de los procesos de tránsito en el género de los manuales diagnósticos mediante una revisión del proceso histórico de inclusión de los procesos de tránsito en el género al DSM y el rol de las voces de personas trans* a favor de la despatologización. En su análisis, identifica el proceso de retirada de la categoría 'Homosexualidad' del DSM como un precedente histórico que, según su perspectiva (Nieto 2008), muestra el carácter imparable del cambio hacia un paradigma de despsiquiatrización de la transexualidad.

El objetivo final de despsiquiatrización de la transexualidad, de sacar la disforia de género de los DSM, a pesar de las resistencias que encuentra en su camino, tiene más y más presencia en las sociedades occidentales. Sin ánimo de ser vocero del futuro, entiendo que la psiquiatrización trans será erradicada y consecuentemente la despsiquiatrización de la transexualidad, por la que desde este escrito se aboga, terminará siendo, en un principio, progresiva y, finalmente, imparable, como en su momento lo fue la homosexualidad al desprenderse de la clasificación de enfermedades mentales de los DSM. (Nieto 2008: 279)

3.1.2. Procesos activistas y reflexiones teórico-activistas precedentes

Grupos activistas que participan en la convocatoria del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans* señalan que demanda de desclasificación de las categorías trans-específicas surge en un momento histórico para la despatologización trans*: El momento de proceso de revisión del DSM y de la CIE (Acera del Frente 2009).

Nos movilizamos con carácter de urgencia, ya que el año 2012 aparecerá la quinta versión revisada del DSM, y ya que estos manuales se revisan por décadas, es nuestra oportunidad de modificar la realidad de las personas trans. (Acera del Frente 2009: s.p.)

A la vez, se pueden encontrar precedentes teórico-activistas procedentes del contexto norteamericano y europeo para esta demanda, incluyendo acciones (Tosh 2014; Wilchins 1996), declaraciones de colectivos activistas (Collectif Existrans 2004; ICTLEP 1996[1993]; ICTLEP y NCLR 1996; GID Reform Advocates 2008[2004]; 2010[2000]; ReviseF65 2015[1996]; TGNB 2006[2001]), así como reflexiones individuales (O'Hartigan 1997; Wilchins 1997; Wilson 1998, 2000[1997]).

En la *International Bill of Gender Rights*, desarrollada y adoptada por la *International Conference on Transgender Law and Employment Policy (ICTLEP)* en Texas, EE.UU. en 1993 y revisada en subsiguientes ediciones de la conferencia, no se expresa explícitamente la demanda de retirada de la clasificación diagnóstica actual, pero se establecen principios afines, entre ellos "The Right to Define Gender Identity", "The Right To Free Expression of Gender Identity" y "The Right to Freedom from Psychiatric Diagnosis or Treatment" (ICTLEP 1996[1993]: s.p.).

En una declaración aprobada en 1996 por la *International Conference on Transgender Law and Employment Policy* y *National Center for Lesbian Rights* (ICTLEP y NCLR 1996) sobre la categoría diagnóstica '*Gender Identity Disorder (GID)*', se hace referencia al debate surgido alrededor de la clasificación diagnóstica de GID como trastorno mental en el DSM. L*s autor*s de la declaración denuncian el uso de la categoría diagnóstica para justificar la aplicación de terapias reparativas en niñ*s y adolescentes, así como su utilización como argumento contra la demanda de un reconocimiento de los derechos de niñ*s y adolescentes divers*s en el género en el ámbito educativo (ICTLEP y NCLR 1996). En caso de personas adultas, en el documento se señala el uso de la categoría diagnóstica GID en el acceso a la atención sanitaria trans-específica y en la lucha por medidas de protección contra la discriminación transfóbica (ICTLEP y NCLR 1996).

En la declaración, se nombran varias razones por las que la clasificación diagnóstica de la transexualidad como trastorno mental no se considera adecuada para proteger los derechos de las personas trans*, entre ellas la conceptualización como personas trastornadas e inestables, las limitaciones en el derecho a adoptar y en el acceso al empleo, la otorgación de autoridad a l*s profesionales de Salud Mental para definir el tratamiento apropiado para las personas trans*, así como las consecuencias negativas para la protección de los derechos de personas trans* en prisión (ICTLEP y NCLR 1996). L*s autor*s de la declaración no demandan una eliminación completa de la categoría diagnóstica, sino la transformación hacia una categoría médica, con el objetivo de mantener el acceso a la atención sanitaria trans-específica (ICTLEP y NCLR 1996).

We strongly believe that transsexualism should become a medical rather than a psychiatric status. The existing system of access to and reimbursement for transition-related health care is grossly inadequate, because it vests psychiatrists with far too much power over access to hormones and all corrective surgeries, because that power is far too often abused, and because the vast majority of transsexuals are excluded from any hope of reimbursement for transition-related care. We believe that shifting transsexualism from a psychiatric to a medical status will help to alleviate these problems. We also recognize that achieving this goal will be a difficult task. In the meantime, we believe that it is not only

appropriate but essential for transgendered people to demand more accountability from the psychiatric professionals who wield so much power over our lives. We also believe that transgendered people need and deserve explicit civil rights protections. For a number of reasons, we do not believe that the disability rights model is either the only or the most effective way to win civil rights protections for transgendered people. (ICTLEP y NCLR 1996: s.p.)

En 1996, se realizó una protesta contra la psiquiatrización de las identidades trans* delante de la sede de la APA, documentada por diferentes autor*s (Tosh 2014; Wilchins 1996).

IN WHAT MAY prove to be an historic meeting, four dozen demonstrators held a hour-long meeting with representatives of the American Psychiatric Association (APA) today during their national conference for hospital administrators and managers.

The demonstrators, a remarkably diverse group including members of Transexual Menace (NYC, Chicago, Los Angeles, Tampa), It's Time America (Illinois, Wisconsin), Queer Nation, the Lesbian Avengers, TOPS, various leatherboys and at least one intersex person, spent the morning outside this conference at the downtown Marriot vigorously protesting the APA's use of Gender Identity Disorder or GID.

(Wilchins 1996: s.p.)

L*s activistas que protestaron delante de la sede de APA, *American Psychiatric Association* denunciaron tanto el carácter patologizante de la categoría GID en la vida de personas trans* adultas, como en "queer teens" (Wilchins 1996: s.p.).

Demonstrators carried signs saying "Hey APA! How Many GAY KIDS Did You Treat TODAY?", "Get Your Laws OFF Our Bodies," and handed out a thousand fliers headed "FLASH! APA Discovers Members Have New Disorder: GenderPatho-Philia -- an unnatural need to pathologize any gender behavior which makes you feel uncomfortable." In a bit of guerrilla theater, some protesters managed to insert the flier in hundreds of the APA program guides so they were the first thing attendees saw when registering.

GID has drawn increasing fire from genderqueers for its use in pathologizing transpeople who simply want sex-reassignment surgery (SRS) as well as in diagnosing and "treating" queer teens whose sole symptom is their parents discomfort over gender- variance. While demonstrators expressed anger over GID, many stressed the need to maintain some basis for insurance reimbursement for individuals seeking SRS, but as a physical condition, like pregnancy, rather than a mental disorder, like schizophrenia.

(Wilchins 1996: s.p.)

En dos artículos publicados en la revista *Transgender Tapestry* en 1997 (O'Hartigan 1997; Wilchins 1997), se discuten los pros y contra de una retirada de la categoría de 'Trastorno de identidad de género'. Wilchins (1997), desde una postura crítica con la conceptualización de los tránsitos en el género como trastorno mental, propone su sustitución por una categoría de minusvalía física (Wilchins 1997). En cambio, O'Hartigan (1997) aboga por el mantenimiento de su categorización como trastorno mental, con el objetivo de garantizar la cobertura sanitaria.

Kelley Winters, bajo el pseudónimo Katherine K. Wilson¹⁸⁴, analiza en un artículo publicado en 1997 contradicciones y ambigüedades inherentes a las categorías trans-específicas en el DSM-IV, incluyendo tanto la categoría de 'Trastornos de la Identidad de Género' como la categoría de 'Transvestismo Fetichista', señalando el uso de un lenguaje sexista y prejuicioso. A la vez, especifica que "[t]his paper does not attempt to address the broader question of the

¹⁸⁴ El uso del pseudónimo se nombra en Winters (2006).

appropriateness of classification of any gender role diversity as mental disorder” (Wilson 2000[1997]: s.p.). Posteriormente, Kelley Winters inicia la iniciativa activista *GID Reform Advocates*, que aboga por una reforma de las categorías trans-específicas en el DSM (GID Reform Advocates 2010[2000]).

It is time for the medical professions to affirm that difference is not disease, nonconformity is not pathology, and uniqueness is not illness. It is time for culturally competent psychiatric policies that recognize the legitimacy of cross-gender identity and yet distinguish gender dysphoria as a serious condition, treatable with medical procedures. It is time for diagnostic criteria that serve a clear therapeutic purpose, are appropriately inclusive, and define disorder on the basis of distress or impairment and not upon social nonconformity.

It is time for medical policies which, above all, do no harm to those they are intended to help.

(GID Reform Advocates 2010[2000]: s.p.)

En otro texto, *GID Reform Advocates* (2008[2004]) aporta una lista de diez puntos de crítica de las categorías trans-relevantes actualmente vigentes en el DSM-IV, entre ellos 1. La focalización en el carácter patológico de la no-conformidad hacia el género asignado al nacer, sin tener en cuenta la definición de trastorno mental, basada en la vivencia de malestar e impedimento, 2. El efecto estigmatizante de la categorización de trastorno mental, 3. Una falta de claridad sobre la ‘disforia de género’, 4. La limitación del acceso a tratamientos trans-específicos, 5. El fomento de las terapias de conversión de género, 6. El carácter equívoco del título, sugiriendo que la identidad de género constituye un trastorno, 7. El uso de una terminología patologizante, como ej. ‘autoginefilia’, 8. La presencia de falsos positivos, 9. La falta de diferenciación entre un impedimento causado por procesos de estigmatización social y el malestar intrínseco a la disforia de género, así como 10. La ubicación dentro del bloque de trastornos sexuales. Además, se critica la categoría de ‘Fetichismo Transvestista’ por patologizar a personas con prácticas de *cross-dressing* sin vivencia de malestar (GID Reform Advocates (2008[2004])).

En el contexto europeo, se pueden señalar diferentes precedentes activistas, entre ellos la iniciativa noruega *ReviseF65*, surgida en 1996 como grupo de trabajo de *LLH, Landsforeningen for lesbiske, homofile, bifile og transpersoner*, para demandar la retirada de las categorías diagnósticas incluidas en F65, entre ellas la categoría de ‘Fetichismo’, ‘Transvestismo’ y ‘Sadomasoquismo’ (ReviseF65 2015[1996]).

The purpose of Revise F65 is to delete Fetishism, Transvestism and Sadomasochism as psychiatric diagnoses from the International Classification of Diseases published by the World Health Organization, WHO.

(ReviseF65 2015[1996]: s.p.)

La *TGNB, Transgender Netzwerk Berlín (Red Transgénero de Berlín)*, fundada en 2001, nombra la reducción de “los prejuicios, la discriminación, la patologización y el exotismo” dirigidos contra personas trans* entre sus objetivos prioritarios (TGNB 2006[2001]: s.p.).

La marcha *Existrans*, que se realiza desde 1997 de forma anual cada mes de octubre en París, y que desde 2007 participa en las convocatorias anuales de acciones coordinadas por la despatologización trans y desde 2009 en el *Día Internacional de Acción por la Despatologización*

Trans, incluye ya en 2004 la demanda de despsiquiatrización de la transexualidad en su manifiesto, bajo el lema “*Psychiatisation des trans = transphobie*” (Collectif Existrans 2004: s.p.; PASTT y ASB 2004: s.p.).

PASTT, *Prévention, Action, Santé, Travail pour les Transgenres*, y ASB, *Association du Syndrome de Benjamin*, co-organizadoras de Existrans 2004, resumen en el manifiesto de la marcha demandas relacionadas con la despatologización trans*.

Pour sa huitième édition, l’Exis Trans, marche des trans et de ceux et celles qui la soutiennent appelle à manifester le 2 octobre 2004 à 14h00 : de la place de l’Opéra jusqu’à la place de la République.

Cette année, l’Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé (ANAES) a été chargée de travailler sur la prise en charge des trans. C’est pour nous l’occasion de rappeler que les trans exigent :

- Leur dépsychiatisation.
- L’abolition des protocoles officiels normatifs, mais le maintien d’un accompagnement adapté pour celles et ceux qui le désirent.
- Le libre choix de son ou ses médecin(s).
- Le remboursement sécurité sociale dans l’union européenne.
- Le changement d’état civil et des papiers usuels pour celles et ceux qui le souhaitent, indépendamment de leur sexe biologique. (...)

L’Etat fait de nous des citoyens de seconde zone, à la limite de l’illégalité.

Nous demandons à l’état de rompre enfin le cercle infernal et de garantir à tous ses citoyens les mêmes droits.

PSYCHIATRISATION DES TRANS = TRANSPHOBIE

(PASTT y ASB 2004: s.p.)

3.1.3. Críticas

Como la duda central hacia la propuesta de despatologización expresada desde dentro de las comunidades trans* se puede identificar el miedo a una pérdida de derechos sanitarios, en el sentido de un riesgo de perder o no conseguir el acceso a una atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta (Andía Pérez, et al. 2009; Araneta Zinkunegi 2012; Cabral 2009c, 2011a, 2014; García Becerra y Missé 2010; Missé 2010a, 2010b; Missé y Coll-Planas 2010b).

En este sentido, se identifica una potencial contradicción entre el derecho a la despatologización y el derecho de acceso a la atención sanitaria trans-específica (Andía Pérez, et al. 2009; Araneta Zinkunegi 2012; Cabral 2009c, 2014; García Becerra y Missé 2010; Missé 2010a, 2010b; Missé y Coll-Planas 2010b). La tensión entre ambos derechos ha sido descrito como “*falso dilema*” (Andía Pérez, et al. 2009: s.p.), “*presente de riesgo*” (Cabral 2011a: s.p.) o “*cinta de Moebius*” (Cabral 2014: s.p.).

[E] tiempo de la lucha por la despatologización es un presente de riesgo. O, más bien, de riesgos. Por un lado, la codificación de las identidades y experiencias trans en los términos del diagnóstico las confina, inevitablemente, a una ontología psiquiátrica cuyos efectos negativos están a la vista –efectos que no sólo constituyen a las personas trans como sujetos disminuidos, sino que además contribuyen decisivamente a la reproducción institucionalizada y normativa de estereotipos de género–. Por otro lado, esa misma codificación se presenta –y, en muchos casos, es incluso defendida por las propias personas trans– como una vía de acceso a derechos. En particular, al derecho a modificar

quirúrgicamente el cuerpo sexuado y al derecho al reconocimiento legal de la identidad de género.

(Cabral 2011a: s.p.)

Desde el activismo por la despatologización trans, se intenta dar respuesta a esta preocupación a través de 1. La inclusión la demanda de cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica entre las cinco demandas principales (STP-2012 2010[2009]), 2. La propuesta de inclusión de una mención no patologizante de la atención sanitaria trans-específica en la CIE, fuera del capítulo ‘Trastornos mentales y de comportamiento’¹⁸⁵ y 3. El desarrollo de un marco de conceptualización del acceso sanitario como Derecho Humano (STP-2012 2012a; capítulo II, 3.5). Desde perspectivas teóricas, se aportan argumentos para contrarrestar una contraposición entre ambos derechos (Theilen 2014; capítulo II, 3.5).

Partiendo de una postura de apoyo hacia la demanda de retirada de la clasificación diagnóstica trans-específica actual, se expresa otra crítica: La preocupación de que el eslogan ‘La transexualidad no es una enfermedad’ contribuyera a una re-estigmatización y re-patologización de personas con un diagnóstico de enfermedad mental (Cabral 2009c, 2011a).

Adhiero a la campaña internacional en favor de la despatologización de la transexualidad, por supuesto. Y con embargo. (...)

Algo ha pasado a lo largo de los últimos años. Aunque transexual, me he convertido en uno de es*s que día y noche concuerdan consigo mism*s. Uno de es*s que sabe, a ciencia cierta, por dónde pasa a cada momento la línea que lo distingue de l*s loc*s. Uno de es*s que afirma su cordura a rajatabla. Al precio que sea —aunque se trate de arrancarse del cuerpo y de la lengua el último atisbo de locura. Yo, que me enfrento todos los días a la racionalidad que me impone la norma psiquiátrica he terminado por creerme la encarnación de la Razón y de la Ley. Yo, que me creía felizmente un impuro he terminado por convertirme en un adalid convencido de la pureza.

Esa, mis amig*s, es la locura. Y también es mi desvelo.

(Cabral 2009c: 3)

En otro texto, Mauro Cabral (2010a) señala las contradicciones de la reivindicación del movimiento por la despatologización trans de ‘estar san*s’ específicamente para personas intersex cuya trayectoria ha sido marcada por la presencia de diagnósticos e intervenciones médicas, advirtiendo el riesgo de una demonización de la enfermedad e idealización del estado de salud (Cabral 2010a).

Para los que trabajamos en el movimiento intersex, la campaña por la despatologización de la transexualidad tiene un rasgo muy llamativo que es el rechazo, la repulsión, la aversión por todo lo que tiene que ver con el diagnóstico. Y las personas intersex hemos sido diagnosticadas, vivimos con eso. El diagnóstico es algo que manejamos, de lo cual hablamos, con lo cual convivimos. Como le puede pasar una persona con VIH, como le puede pasar a una persona con algún tipo de discapacidad. Entonces nos resulta muy llamativa esta aversión al diagnóstico.

Creo que no hay un prejuicio a quien haya sido diagnosticado. Pero a mí me resulta muy interesante eso, porque me da la impresión de que vamos hacer como movimiento trans un movimiento que idealiza la salud. Nosotros no somos enfermos, no sufrimos de ningún trastorno físico ni mental. Pero, ¿qué significa eso en relación a quienes sí lo sufren? ¿Qué es ese asco al diagnóstico? Para mí es muy extraño como el movimiento trans se está transformando en un movimiento puro. Puro en el sentido de “yo no sufro de nada, soy una persona perfectamente sana, quiero ser reconocida como una alguien que es sano”. Ahora,

¹⁸⁵ ILGA-Europe 2010; GATE 2011, 2013a; Red Internacional por la Despatologización Trans 2009b; STP-2012 2011a, 2011b, 2011c, 2011d, 2012a, 2012c; STP 2013a, 2013c, 2013d, 2014b; TGEU 2009, 2012a, 2013d; TGEU y ILGA-Europe 2009.

¿qué es lo que eso proyecta sobre las personas que no están sanas? ¿Qué quiere decir eso? Porque yo no creo que la transexualidad sea una enfermedad. Pero creo que el modo de lograr la despatologización no es demonizar las enfermedades. Porque sino terminamos por demonizar las personas que sufren de enfermedades. La transexualidad no es como la diabetes. Ahora, ¿qué significa eso si es que soy diabético? Que ocurre ahí, esa tensión entre salud y enfermedad cuando uno dice “yo estoy al lado de los sanos”. Yo de verdad no sé si quiero estar en uno de esos lados...

(Cabral 2010a: s.p.)

Desde perspectivas teórico-activistas, se comparte la importancia de vincular la demanda por la desclasificación de los tránsitos en el género en el DSM y la CIE con una crítica más amplia de procesos de psiquiatrización, patologización y estigmatización de la enfermedad mental presentes en la sociedad actual (Gorton en: Ehrbar, et al. 2010; Missé 2012b; Reucher 2013[2011]; Suess, et al. 2014; capítulo II, 3.2).

Aunque creamos que las personas trans no tienen una enfermedad mental, o de hecho cualquier enfermedad, es importante que no nos quedemos al margen mientras otras personas son sujetos de la misma discriminación que creemos aplicada erróneamente sobre la comunidad transgénero.

(Gorton en: Ehrbahr, et al. 2010: 161)

Depuis qu'elle existe, la psychiatrie a été utilisée par les états pour définir ce qui est “normal” ou pathologique, ce qui acceptable ou inacceptable. On a donc pathologisé ce qui ne convient pas à la morale, à la majorité, ce qu'on ne comprend pas et qui dérange, afin maintenir un certain ordre.

(Reucher 2013[2011]: 42)

Finally, it is important to note that trans depathologization discourses do not conceive depathologization as only a trans-specific issue. The questioning of cis/heteronormativity and gender binarism, as well as the demand of a broader social recognition of gender/body diversity, is considered an important issue for all people. The current pathologization of gender transition processes is perceived as part of the structural violence inherent to the social gender order. It is also relevant to highlight the link between the demand of trans depathologization and a broader questioning of Western psychiatric classification systems and practices. Therefore, the depathologization perspective opens up potential alliances with other critical theoretical reflections and social movements, among them intersex, body diversity, and antipsychiatry discourses and activisms.

(Suess, et al. 2014: 75-76)

Partiendo de la importancia de evitar el fomento de la estigmatización de las personas con un diagnóstico de enfermedad mental, el movimiento antipsiquiátrico se identifica como un referente importante y potencial aliado de la lucha por la despatologización trans* (Missé 2012b).

La lucha contra la psiquiatrización de la transexualidad es un activismo muy reciente. Ha tomado muchas ideas del movimiento anti psiquiátrico que en su momento replanteó el concepto de enfermo mental y luchó por la eliminación de los establecimientos psiquiátricos. Cuando se defiende la despatologización de la identidad trans no se persigue únicamente la desclasificación del trastorno de los manuales de enfermedades. Se trata sobre todo de reivindicar que l@s trans no somos pacientes sino que somos también sujetos activos con capacidad para decidir por nosotros mismos, se trata de reivindicar una autonomía sobre nuestros cuerpos, de tomar la palabra para hablar de nuestras vidas, algo que hasta ahora habían hecho exclusivamente los médicos.

(Missé 2012b: 6)

Desde el ámbito teórico, se propone ampliar esta mirada hacia una desestigmatización de la enfermedad en general (Theilen 2014).

Two caveats are in order on what accepting a right to trans depathologisation does not mean. First, it does not imply acceptance of the stigmatisation of illnesses in general. Transgenderism is a special (though not necessarily unique) case in that there is no justification for considering it an illness in the first place; one can therefore tackle the problem at the meta-level, as it were. Where an actual illness is concerned (for example, HIV/AIDS), the general destigmatisation of illnesses remain important.^[reference] And secondly, advocating depathologisation of transgenderism does not preclude (though nor does it entail) seeing transgenderism as a disability, in the critical disability studies sense that disabilities are caused by the social environment;^[reference] in fact, the stigma that follows in part from trans pathologisation is the main reason why some scholars consider transgenderism to be a disability in that sense. (Theilen 2014: 11)

Otra crítica se dirige al lugar de surgimiento de *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* en el ámbito europeo, con un peso relevante de los grupos en el contexto español (Araneta Zinkunegi 2012; Missé 2010a). Ante la crítica de un carácter eurocéntrico de las demandas, se resalta el apoyo destacado de STP en otros continentes, ante todo en Latinoamérica, así como en África y Asia (Araneta Zinkunegi 2012; Missé 2010a).

La crítica del elitismo presume que la propuesta de la despatologización parta de privilegiados del norte y de lo que conviene a las personas trans de este contexto. Para responder a este argumento, basta con observar dos cosas: quién formula la crítica y cuál es la geografía política de la lucha. Quizás pueda ilustrar esta cuestión con un ejemplo real. Cuando se inició la campaña Stop Trans Pathologization-2012, la reacción de muchos activistas trans de países del norte de Europa fue decir que este movimiento era absolutamente elitista y que es muy fácil decir lo que decimos desde nuestros territorios, pero que la vulnerabilidad de las personas trans en los países del sur no deja espacio para despatologizar, que es más urgente protegerlas de la violencia que viven y que, de hecho, la despatologización aumentaría su vulnerabilidad. En contraste, curiosamente, las adhesiones a la campaña de personas y grupos de Asia, África, pero, sobre todo, de América Latina fueron y siguen siendo la mayoría. De hecho, hoy en día, el movimiento por la despatologización tiene más referentes en los países del sur que en los del norte. (Missé 2010a: 268)

Como otro argumento contra la crítica de sesgos etnocéntricos se señala que la clasificación diagnóstica de los procesos de tránsito en el género es producto de Occidente, por lo que se considera también una responsabilidad de Occidente cuestionarla y abolirla (Missé 2010a).

Si embargo, la crítica del elitismo ha seguido y, en estos momentos, creo que otra respuesta que podemos dar es que efectivamente la despatologización es una propuesta occidental como también lo es la patologización. El trastorno de identidad de género parte de Occidente y, por ello, los sistemas más avanzados de tratamiento del trastorno y las instituciones que lo regulan están en EE.UU. y en Europa. En este sentido, es lógico que esta lucha esté teñida de occidentalismo. De aquí parte la idea de la enfermedad y desde aquí debemos responsabilizarnos especialmente para combatirla. (Missé 2010a: 269)

En contraposición a los sesgos etnocéntricos observados en los manuales diagnósticos y estándares de cuidado, el reconocimiento de la diversidad cultural de trayectorias, expresiones e identidades de género trans* se resalta como prioridad del activismo por la despatologización trans* (STP-2012 2012a, 2012b; capítulo II, 3.2).

3.1.4. Discursos desde la perspectiva de profesionales de la salud

En la bibliografía especializada se observa una amplia discusión sobre la conveniencia de un mantenimiento, reforma o retirada de las categorías diagnósticas trans-específicas, aportada desde la perspectiva de miembros de los Grupos de Trabajo encargados de revisar las categorías trans-específicas en el DSM y la CIE, miembros de *WPATH, World Professional Association for Transgender Health*, así como autor*s individuales, reflejando la presencia de aspectos de consenso y puntos de controversia, así como propuestas de modificación de las categorías diagnósticas trans-específicas. Además, se pueden identificar varias declaraciones de asociaciones profesionales en apoyo a una despsicopatologización de los procesos de tránsito en el género.

3.1.4.1. Grupos de Trabajo DSM y CIE

Tanto en el proceso de revisión el DSM como de la CIE, miembros de los Grupos de Trabajo encargados de revisar las categorías trans-específicas en el DSM y la CIE aportan reflexiones sobre el proceso y la conveniencia de un mantenimiento, reforma o retirada de las categorías diagnósticas trans-específicas.

3.1.4.1.1. DSM Sexual and Gender Identity Disorders Work Group

En la lista de publicaciones ofrecidas en la página web de desarrollo del DSM-5¹⁸⁶ se incluyen artículos aportados por miembros del "*Sexual and Gender Identity Disorders Work Group*" (Zucker 2010a: 218) sobre la categoría de 'Trastorno de identidad de género' y 'Fetichismo transvestista', publicados en la edición de abril de 2010 de la revista *Archives of Sexual Behavior*, así como en otras revistas especializadas (Blanchard 2010; Cohen-Kettenis y Pfäfflin 2010; Drescher 2010a; Meyer-Bahlburg 2010; Vance, Stanley, Cohen-Kettenis, et al. 2010; Zucker 2010a, 2010b). Desde su función como director del Grupo de Trabajo y editor de la revista *Archives of Sexual Behavior*, Zucker (2010a) explica en el editorial el proceso de revisión del DSM y la composición del Grupo de Trabajo, indicando que "[p]ublishing these reviews in the Archives is part of the transparency process that is of critical importance to the DSM-V Task Force" e invitando al envío de comentarios (Zucker 2010a: 219).

En varios de los artículos (Cohen-Kettenis y Pfäfflin 2010; Drescher 2010a; Zucker 2010a), se realiza una revisión del desarrollo histórico de la categoría de 'Transexualismo' / 'Trastorno de identidad de género' desde su introducción en el DSM-III hasta el DSM-IV-TR, relacionando la introducción de la categoría de 'Transexualismo' con el cambio conceptual de un modelo psicoanalítico hacia un enfoque descriptivo (Drescher 2010a; Zucker 2010a). Paralelamente a la observación de cambios respecto a la ubicación en la estructura general y organización interna, se identifican como aspectos de continuidad la clasificación como

¹⁸⁶ Véase [página de desarrollo del DSM-5](#).

trastorno mental, la conceptualización de la categoría como una divergencia entre ‘sexo asignado’ y ‘género psicosocial’, así como la centralidad del criterio de ‘malestar clínicamente significativo’ (Cohen-Kettenis y Pfäfflin 2010).

Además, en los artículos revisados, se puede observar un reflejo del debate actual sobre la conveniencia de retirada o mantenimiento de la categoría diagnóstica (Cohen-Kettenis y Pfäfflin 2010; Drescher 2010a, 2010b; Meyer-Bahlburg 2010; Vance, et al. 2010).

En varios trabajos, se hace referencia a los paralelismos y diferencias entre el proceso de retirada de la categoría de ‘Homosexualidad’ en los años 70 y la demanda actual de retirada de la categoría de ‘Trastornos de identidad de género’ (Drescher 2010a, 2010b; Meyer-Bahlburg 2010). Como aspectos compartidos se nombra el cambio histórico desde una conceptualización de la homosexualidad o transexualidad como pecado (o, en caso de la transexualidad, como rasgo psicótico), hacia su entendimiento como enfermedad, cuestionado a su vez por una conceptualización actual como variación y expresión de diversidad (Drescher 2010a; Meyer-Bahlburg 2010). La emergencia y consolidación de un movimiento activista que demanda la retirada de la categoría diagnóstica se nombra como otro paralelismo entre ambos procesos históricos (Drescher 2010a; Meyer-Bahlburg 2010). Además, se observa como aspecto compartido la ausencia frecuente de un malestar clínicamente significativo (Meyer Bahlburg 2010) y la crítica del efecto de estigmatización de la clasificación diagnóstica (Drescher 2010a).

Como aspecto principal de diferenciación entre ambos procesos, Drescher (2010a) destaca la necesidad de cobertura sanitaria pública de las intervenciones médicas en caso de los procesos de tránsito en el género, complejizando el debate sobre la conveniencia de la retirada de la categoría diagnóstica. Según su perspectiva, la clasificación diagnóstica de la transexualidad contó en un primer momento con el apoyo de las comunidades trans* que, con el tiempo, cambiaron su postura en vista de los costes sociales de su conceptualización como enfermedad mental (Drescher 2010a, 2010b). A la vez, señala que el diagnóstico dirigido a niños* tuvo una recepción más controvertida desde el momento de su primera inclusión, debida a la crítica de un uso para la ‘prevención’ de la transexualidad (Drescher 2010a, 2010b; capítulo II, 3.9). A diferencia de la hipótesis de una interrelación entre la retirada de la categoría ‘Homosexualidad’ y la clasificación diagnóstica de la transexualidad, Drescher (2010b) explica la inclusión de categorías trans-específicas desde el objetivo de fundamentar la necesidad de la modificación corporal trans-específica, cuestionando conceptualizaciones anteriores de la transexualidad como forma de psicosis. Según Drescher (2010b), la legitimación inherente a un reconocimiento de la transexualidad como condición médica contribuyó a un cambio cultural posterior respecto a la conceptualización del género no previsto por la generación de “*medical pioneers*” (117) que establecieron los fundamentos de la clasificación diagnóstica actual.

En relación al debate actual acerca de la conveniencia de retirada o reforma de la categoría de ‘trastornos de identidad de género’, Meyer-Bahlburg (2010) aporta una revisión de diferentes perspectivas y líneas de argumentación, incluyendo una referencia a iniciativas

activistas por la despatologización procedentes del ámbito norteamericano. Como claves del debate identifica la pregunta si la existencia de "*gender identity variants*" (Meyer-Bahlburg 2010: 461) se puede considerar una psicopatología o una variación 'natural', el debate sobre la definición de los conceptos de 'malestar' e 'impedimento' en los criterios diagnósticos, así como el efecto de estigmatización de la categoría de 'trastorno mental' y su influencia en la emergencia de psicopatologías. Además, señala la contradicción inherente entre la clasificación psiquiátrica y el tratamiento médico-quirúrgico asociado, así como las potenciales consecuencias de una retirada de la categoría para la cobertura sanitaria (Meyer-Bahlburg 2010). Dentro de las diferentes opciones propuestas en el debate (mantenimiento de la categoría, cambio de su emplazamiento, reducción de su alcance a situaciones de 'disforia' y cambio del nombre, categorización de los tránsitos en el género como un trastorno neurológico o médico, retirada del DSM y de la CIE o creación de una categoría específica en el DSM), el autor se inclina hacia la última opción, la creación de una categoría en el DSM dentro del apartado de 'Otras condiciones que pueden ser foco de atención clínica', bajo el nombre de 'Incongruencia de género' (Meyer-Bahlburg 2010).

Vance, et al. (2010) revisan los resultados de un estudio cuantitativo encargado por el "APA Gender Identity Disorders sub-work group" (2) con grupos activistas trans* / LGBT y profesionales procedentes de diferentes regiones del mundo sobre las opiniones respecto al mantenimiento o retirada de la categoría diagnóstica, así como las características de los criterios diagnósticos en caso de su mantenimiento. Según los resultados del estudio, una mayoría de un 55,8% de las organizaciones entrevistadas apoya la retirada de la categoría de 'Trastornos de Identidad de Género', frente a un 20,9% que da preferencia al mantenimiento y un 23,3% de 'incierto'. Como razón más nombrada para el mantenimiento se nombra la justificación de la cobertura sanitaria pública. La estigmatización asociada a la categorización psiquiátrica, el carácter problemático de su aplicación en niñ*s, así como la posibilidad de una exclusión de prestaciones sociales y sanitarias en consecuencia del diagnóstico psiquiátrico se nombran como argumentos principales a favor de la retirada. En caso de un mantenimiento de la categoría, se observa un consenso amplio respecto a la necesidad de un cambio del nombre, de los criterios y del lenguaje utilizado, con el objetivo de reducir el carácter estigmatizante.

Además, los miembros del '*Sexual and Gender Identity Disorders Work Group*' aportan justificaciones de los cambios propuestos para las diferentes categorías diagnósticas (Blanchard 2010; Cohen-Kettenis y Pfäfflin 2010; Zucker 2010b). Las sugerencias y líneas de argumentación coinciden con los criterios diagnósticos y el texto de fundamentación del primer borrador del DSM-5 (APA 2010a, 2010b, 2010c)¹⁸⁷.

¹⁸⁷ La fecha de publicación de la edición de la revista (abril de 2010) es posterior a la publicación del primer borrador del DSM-5 (febrero de 2010, APA 2010a, 2010b, 2010c). A la vez, en los textos se especifica como fecha de la edición electrónica septiembre de 2009.

Cohen-Kettenis y Pfäfflin (2010) revisan el desarrollo de las categorías de *'Transsexualism' / 'Gender Identity Disorder in adolescents and adults'* desde el DSM-III hasta el DSM-IV-TR. Desde una identificación de los puntos de mejora de los criterios diagnósticos en el DSM-IV-TR, aportan argumentos para fundamentar las sugerencias de cambio elaboradas por el Grupo de Trabajo. Como mayores puntos de crítica de la categoría actual, identifican la continuación de una práctica clínica centrada en la búsqueda de la figura de *"true transsexual"* y falta de adecuación de los criterios diagnósticos a la diversidad de trayectorias e identidades de género que atribuyen a su carácter dicotómico en vez de dimensional (Cohen-Kettenis y Pfäfflin 2010: 501). Además, revisan críticamente la realización de exámenes invasivos para comprobar la ausencia de estados intersexuales, el carácter obligatorio de un cumplimiento del criterio D (malestar o impedimento) para el diagnóstico, excluyendo a aquellas personas trans* que no sienten malestar, así como la falta de posibilidad de salirse del diagnóstico después de haber realizado la cirugía genital. Con el objetivo de captar más adecuadamente la amplia gama de trayectorias, expresiones e identidades de género, Cohen-Kettenis y Pfäfflin (2010) proponen la introducción de un modelo dimensional en los criterios diagnósticos. Asimismo, recomiendan el cambio del título de la categoría hacia *"gender dysphoria"* (Cohen-Kettenis y Pfäfflin 2010: 506), abolir los subtipos por orientación sexual y considerar, en su lugar, una especificación por edad.

Blanchard (2010) aporta una revisión del desarrollo de la categoría de *'Fetichismo transvestista'* a lo largo de la historia del DSM, analizando el lugar de la excitación sexual en el diagnóstico. Como propuestas para el DSM-5, nombra el cambio a *'Trastorno Transvestista'*, en concordancia de una diferenciación entre *'Parafilia'* y *'Trastorno Parafilico'* para resaltar la presencia de una sensación de malestar, así como la introducción de un indicador de *'autoginefilia'* y *'autoandrofilia'*. Asimismo, recomienda la revisión de su relación con la categoría de *'Disforia de Género'*, desde la consideración de los resultados de los estudios de campo (Blanchard 2010).

Además, varios de los miembros del Grupo de Trabajo aportan reflexiones sobre la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia (Drescher 2010a; Meyer-Bahlburg 2010; Zucker 2010b, capítulo II, 3.9).

3.1.4.1.2. WHO Working Group on the Classification of Sexual Disorders and Sexual Health

En 2012, Drescher, Cohen-Kettenis y Winter, miembros del Grupo de Trabajo de la OMS encargado de revisar las categorías trans-específicas en la CIE (*"WHO Working Group on the Classification of Sexual Disorders and Sexual Health, WGSDSH"*, Drescher, et al. 2012: 568), publican un artículo en el que aportan información sobre el proceso de elaboración de un borrador de categorías diagnósticas trans-específicas para la CIE-11, en concreto en relación a la conceptualización, la terminología y posibles emplazamientos fuera del capítulo de *'Trastornos mentales y de comportamiento'*.

Desde una revisión histórica de la clasificación diagnóstica trans-específica en el DSM y la CIE, l*s autor*s analizan diferentes aspectos de debate en el proceso de revisión de las categorías trans-específicas en la CIE, entre otros su clasificación como trastorno mental, el uso de la categoría diagnóstica dirigida a niñ*s para justificar la aplicación de terapias reparativas, así como el riesgo de una pérdida de un acceso públicamente cubierto a la atención sanitaria trans-específica en caso de una retirada de las categorías diagnósticas trans-específicas (Drescher, et al. 2012). L*s autor*s sitúan el actual debate en el contexto histórico de la retirada de la categoría diagnóstica ‘Homosexualidad’ del DSM en los años 70, el desarrollo del movimiento por los derechos civiles trans* a lo largo de las últimas décadas y las recomendaciones del *Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa* y del *Parlamento Europeo* acerca de una retirada de la clasificación de la transexualidad como trastorno mental en la CIE. Además, hacen referencia a las propuestas enviadas a la OMS por grupos y organizaciones activistas sobre el proceso de revisión de las categorías diagnósticas trans-específicas (Drescher, et al. 2012).

Desde la consideración de que el argumento del carácter estigmatizante no es en sí un argumento para la retirada de la categoría diagnóstica, por tratarse de una característica compartida en el ámbito de la Salud Mental, Drescher, et al. (2012) observan una estigmatización combinada entre ser trans* y tener un diagnóstico de salud mental, con impacto potencialmente negativo en el acceso a la atención sanitaria general y trans-específica y, en consecuencia, en la salud de las personas trans*, así como en el reconocimiento de su capacidad jurídica. En consecuencia, el Grupo de Trabajo expresa la intención de abandonar el modelo psicopatológico de transexualidad, basado en su conceptualización como desviación sexual, hacia un modelo más reflexivo respecto a la evidencia científica, caracterizado por una mayor capacidad de respuesta a las necesidades, experiencias y Derechos Humanos de las personas trans*, así como un mayor apoyo en la provisión de servicios sanitarios accesibles y de alta calidad (Drescher, et al. 2012).

The ICD-11 Working Group on the Classification of Sexual Disorders and Sexual Health believes it is now appropriate to abandon the psychopathological model of transgender people based on 1940s conceptualizations of sexual deviance and to move towards a model that is (1) more reflective of current scientific evidence and best practices; (2) more responsive to the needs, experience, and human rights of this vulnerable population; and (3) more supportive of the provision of accessible and high-quality healthcare services. (Drescher, et al. 2012: 575)

En relación a posibles emplazamientos fuera del capítulo ‘Trastornos mentales y de comportamiento’ de la CIE, el Grupo de Trabajo nombra, en orden descendiente de preferencia, 1. Un capítulo separado, 2. Su inclusión en un capítulo nuevo ‘Salud sexual y trastornos sexuales’, 3. Un diagnóstico médico, 4. El uso de códigos Z (capítulo de la CIE ‘Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios sanitarios’) y 5. La retirada completa (Drescher, et al. 2012). Además, l*s autor*s del artículo anticipan la decisión del Grupo de Trabajo en relación al nombre de las nuevas categorías diagnósticas, “*Gender*

incongruence of adolescents and adults” y *“Gender incongruence of children”*, la última señalada con un signo de interrogación (Drescher, et al. 2012: 570).

En otro artículo publicado por Drescher (2014[2013]), el autor expone su experiencia como miembro del *‘Sexual and Gender Identity Disorders Work Group’* durante la revisión del DSM, así como del *‘Working Group on the Classification of Sexual Disorders and Sexual Health’* en el proceso de revisión de la CIE (Drescher 2014[2013]: 10). Drescher (2014[2013]) identifica diferentes controversias presentes en ambos procesos de revisión, entre ellos 1. El debate sobre el mantenimiento o la retirada de la clasificación diagnóstica trans-específica, desde el desafío de compaginar el objetivo de reducción de estigma con el objetivo de garantía del acceso sanitario, 2. El mantenimiento de una clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia, así como 3. El tratamiento de niñ*s divers*s en el género.

En relación al primer aspecto, el debate sobre el mantenimiento versus la retirada de la clasificación diagnóstica, según Drescher (2014[2013]) en ambos procesos de revisión se llegó a la decisión de la necesidad de mantener una categoría diagnóstica dirigida a personas adultas y adolescentes para facilitar el acceso sanitario. Drescher (2014[2013]) indica que en caso del DSM se optó por el mantenimiento de una categoría diagnóstica tanto para adult*s / adolescentes como para niñ*s, bajo el nombre de ‘Disforia de género’ y el emplazamiento en un capítulo separado, así como la publicación de declaraciones en apoyo a la cobertura sanitaria y la protección contra la discriminación por parte de *APA, American Psychiatric Association*.

En caso del Grupo de Trabajo de la OMS, Drescher (2014[2013]) señala que las recomendaciones aún no se han decidido definitivamente (a fecha de publicación del artículo, previa a la publicación de las categorías trans-específicas en el *ICD-11 Beta Draft* en agosto de 2014), haciendo referencia a la información publicada en el artículo *Minding the Body* (Drescher, et al. 2012). Drescher (2014[2013]) reafirma la decisión del Grupo de Trabajo de cambiar el emplazamiento del diagnóstico, indicando como preferencias para la nueva ubicación 1. Un capítulo propio fuera de la sección ‘Trastornos mentales y de comportamiento’, 2. La inclusión en un capítulo nuevo sobre ‘trastornos sexuales y salud sexual’, o 3. Un diagnóstico médico o quirúrgico. Además, resalta la propuesta de un cambio terminológico a *“Gender Incongruence (GI of Adolescence and Adulthood and GI of Childhood”*, con el objetivo de reducir el estigma y evitar una focalización en la vivencia de ‘disforia’ (Drescher 2014[2013]: 12).

Además, Drescher (2014[2013]) resume el debate interno al proceso de revisión del DSM y de la CIE sobre el mantenimiento o la retirada de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia, así como diferentes enfoques en la atención sanitaria dirigida a niñ*s divers*s en el género (capítulo II, 3.9).

Como otra publicación que hace referencia al proceso del *‘Working Group on the Classification of Sexual Disorders and Sexual Health’* se puede nombrar un artículo publicado por miembros del Grupo de Trabajo, colaborador*s de la OMS y el Director del *Department of*

Mental Health and Substance Abuse de la OMS, Geoffrey Reeds en el Boletín de la OMS sobre la propuesta de desclasificación de los códigos F66 '*Psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation*' de la CIE-10 (Cochran, Drescher, Kismödi, et al. 2014). Desde una revisión del proceso histórico de la retirada gradual de la categoría diagnóstica 'Homosexualidad' de la CIE, que, según l*s autor*s, refleja una coherencia con estándares de Derechos Humanos y la falta de evidencia empírica en apoyo a la patologización y medicalización de variaciones en la orientación sexual, el Grupo de Trabajo cuestiona la continuada presencia de una referencia a la orientación sexual en las categorías F66. Según su perspectiva, su mantenimiento crea una contradicción con la afirmación en la CIE-10 de que la orientación sexual en sí no es un trastorno (Cochran, et al. 2014).

En su proceso de decisión, el Grupo de Trabajo hace referencia a los cuatro principios relevantes en la revisión de las categorías diagnósticas (utilidad clínica, supervisión de la Salud Pública, fomento de la investigación y conciencia de los estándares de Derechos Humanos), así como la revisión crítica del concepto de 'trastorno mental' establecido en la CIE, basado en la experiencia de malestar e interferencia con el funcionamiento personal (Cochran, et al. 2014). Desde la conciencia de los riesgos inherentes a una aplicación demasiado amplia de esta conceptualización, el Grupo de Trabajo señala el rol de los códigos Z (códigos en el capítulo 'Factores que influyen el estado de salud y la relación con los servicios sanitarios') para facilitar el acceso a la atención en Salud Mental sin un diagnóstico específico, así como la indicación incluida en la CIE-10 de que la 'desviación' o el conflicto social en sí no es criterio suficiente para el diagnóstico de un trastorno mental (Cochran, et al. 2014).

En relación a las subcategorías incluidas en la categoría F66¹⁸⁸, el Grupo de Trabajo identifica una contradicción en su aplicación con el principio establecido en la CIE-10 de exclusión de la 'desviación social' como razón para un diagnóstico como trastorno mental (Cochran, et al. 2014). Además, en caso de las categorías F66.8 y F66.9, hacen hincapié en el riesgo asociado a su falta de concreción, en el sentido de una aplicación indiferenciada a orientaciones sexuales o identidades de género no normativas (Cochran, et al. 2014).

Revisando los cuatro principios establecidos por la OMS para la revisión de las categorías diagnósticas, Cochran, et al. (2014) señalan, en primer lugar, una falta de utilidad clínica de las categorías diagnósticas F66. En este sentido, observan una falta de uso de las categorías en la atención a personas homosexuales y lesbianas con problemas de salud mental, en cuyo caso habitualmente se utilizan diagnósticos comunes de salud mental, entre ellas las categorías relacionadas con la depresión, la ansiedad o los problemas de abuso de sustancias. Además, constatan una falta de utilidad de las categorías F66 para mejorar la precisión diagnóstica, demostrada por una falta de referencia a la categoría en la bibliografía científica

¹⁸⁸ "F66. *Psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation*", incluyendo "F66.0 *Sexual maturation disorder*", "F66.1 *Ego-dystonic sexual orientation*", "F66.2. *Sexual relationship disorder*", "F66.8 *Other disorders*" y "F66.9 *Unspecified disorders*" (OMS 2015[1990]: s.p.).

publicada en las últimas dos décadas, así como la ausencia de un tratamiento basado en la evidencia relacionado con las categorías F66. De forma adicional, el Grupo de Trabajo revisó si las categorías diagnósticas F66 podrían servir como causa de excepción de la pena de muerte en caso de países que criminalizan y penalizan la homosexualidad, sin encontrar pruebas para este uso. En relación al segundo principio, la supervisión de la Salud Pública, I*s autor*s observan una falta de aplicabilidad de las categorías F66 para este fin (Cochran, et al. 2014). Además, el Grupo de Trabajo señala el riesgo de un daño potencial inherente a las categorías F66, por crear una barrera en el acceso sanitario y fomentar la aplicación de tratamientos ineficaces y no éticos (‘terapias reparativas’). En el momento actual, se observa una frecuente vulneración de los Derechos Humanos de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género no normativas (Cochran, et al. 2014).

En consecuencia, el Grupo de Trabajo recomienda la retirada completa de las categorías diagnósticas F66 de la CIE-11, así como el uso de diagnósticos existentes de salud mental o códigos Z para dar acceso a personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas que buscan atención en los servicios de Salud Mental (Cochran, et al. 2014).

3.1.4.2. Asociaciones profesionales

Asociaciones profesionales relacionadas con la atención sanitaria trans-específica aportaron declaraciones y recomendaciones sobre el proceso de revisión del DSM y la CIE y la propuesta de retirada de la clasificación diagnóstica de los tránsitos en el género como trastorno mental.

En este sentido, *WPATH, World Professional Association for Transgender Health*, llevó a cabo procesos de reflexión, debate y toma de consenso sobre el proceso de revisión del DSM y de la CIE, con el objetivo de desarrollar recomendaciones dirigidas a los Grupos de Trabajo encargados de la revisión de las categorías diagnósticas trans-específicas en el DSM y en la CIE.

Además, diferentes asociaciones profesionales publicaron declaraciones en apoyo a la despsicopatologización de las expresiones e identidades de género trans*.

3.1.4.2.1. Recomendaciones de WPATH sobre el proceso de revisión del DSM

Paralelamente al proceso de elaboración del DSM-5, miembros de la *WPATH, World Professional Association of Transgender Health*, realizaron, a petición del ‘*Sexual and Gender Identity Disorders Work Group*’ de la *American Psychiatric Association*, un proceso de revisión de las categorías diagnósticas trans-específicas, mediante diferentes Grupos de Trabajo, con el objetivo de llegar a un consenso sobre recomendaciones respecto a la retirada de las respectivas categorías o su modificación en el DSM-5 (Knudson, De Cuypere y Bockting 2010a). Se llevaron a cabo Grupos de Trabajo sobre las categorías diagnósticas 1. ‘Trastorno de identidad de género en adult*s’, 2. ‘Trastorno de identidad de género en niñ*s’, 3. ‘Trastorno de identidad de género en adolescentes’, 4. ‘Trastorno de identidad de género no especificado’, 5. ‘Fetichismo transvestista con disforia de género’, 6. ‘Trastornos del desarrollo sexual’, así

como acerca de las temáticas 7. Malestar versus estigma, 8. Derechos Humanos y 9. Acceso a la atención sanitaria (Knudson, et al. 2010a). El desarrollo del proceso de debate en los Grupos de Trabajo y las reflexiones resultantes dieron lugar a una serie de artículos, publicados en 2010 en una edición especial *International Journal of Transgenderism*, así como en otras ediciones de la misma revista.

Uno de los Grupos de Trabajo centró su interés en la pertenencia o no del mantenimiento de una categoría diagnóstica de ‘Trastorno de Identidad de Género’ en el DSM, así como el lugar del criterio diagnóstico de ‘malestar’ (Bouman, et al. 2010). El Grupo de Trabajo propone retirar la clasificación diagnóstica de GID del DSM e incluir una categoría diagnóstica trans-específica en la CIE, fuera del capítulo ‘Trastornos mentales y de comportamiento’, utilizando el término menos estigmatizante “*Gender Dysphoria*” (Bouman, et al. 2010: 100). Fundamenta su decisión en la observación de una falta de evidencia científica clara respecto a una etiología biológica o sociocultural de la transexualidad, la influencia de factores sociales e históricos en su clasificación, la observación de una prevalencia de problemas de salud mental similar a la población general y la preocupación por el estigma inherente a la clasificación diagnóstica (Bouman, et al. 2010). Como segunda opción, se propone el mantenimiento de la categoría diagnóstica en el DSM, reduciendo su alcance mediante la inclusión del ‘malestar’ como criterio A y la utilización del nombre “*Gender Dysphoria*”, resaltando la necesidad de que el malestar fuera fuerte y persistente, para diferenciarlo de la experiencia de inconformidad de género (Bouman, et al. 2010: 100).

We feel that this move would help to enlighten thinking about gender variance, shifting it from a disease-based model (something went wrong during the individual's development that needs to be corrected) toward an identity-based model of transgender health (not the individual, but stigma associated with gender variance and the associated health disparities are the problem) is to take place^[referencia].
(Bouman, et al. 2010: 105)

Los Grupos de Trabajo sobre la categoría de ‘Trastornos de la identidad de género en adolescentes y adultos’ (Fraser, Karasic, Meyer, et al. 2010; Richter-Appelt y Sandberg 2010), la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia¹⁸⁹ y adolescencia (Haraldsen, Ehrbar, Gorton, et al. 2010), así como la categoría de ‘Fetichismo transvestista’ (Gijs y Carroll 2010) no recomiendan su retirada completa, sino una modificación de los criterios diagnósticos.

En este sentido, en relación a las propuestas de modificación de las categorías trans-específicas, el Grupo de Trabajo ‘Trastorno de identidad de género en adult*s’ recomienda un cambio del foco en la identidad hacia un foco en el malestar, partiendo de la idea de que las personas trans* no son “*inherently disordered*” y proponiendo como terminología “*Gender Dysphoria*” (Fraser, Karasic, Meyer, et al. 2010: 80).

¹⁸⁹ No pude encontrar ningún artículo del Grupo de Trabajo encargado de revisar la categoría diagnóstica ‘*Gender identity disorder in children*’. Sus reflexiones se nombran en el *Consensus Statement* (Knudson, De Cuypere y Bockting 2010a), así como en el artículo de reflexión de Ehrbar (2010) (capítulo II, 3.9).

El Grupo de Trabajo a cargo de revisar el criterio de exclusión de '*Disorder of Sex Development*' (DSD) de la categoría GID recomienda incluir a personas con un diagnóstico de DSD bajo el diagnóstico de GID, con la especificación de DSD, para facilitar el acceso, al mismo tiempo que permitir el abordaje de características específicas, en caso de ser clínicamente relevantes (Richter-Appelt y Sandberg 2010).

Desde la identificación de una falta de diferenciación clara entre prácticas de *cross-dressing* y un malestar clínicamente significativo relacionado con el transvestismo, así como su limitación a hombres heterosexuales, el Grupo de Trabajo sobre la categoría de 'Fetichismo Transvestista' propone la introducción de una categoría "*Transvestic Disorder*" en el DSM-5, definida por la presencia de fantasías sexuales intensas relacionadas con el *cross-dressing* y un malestar clínicamente significativo e impedimento en áreas importantes de funcionamiento psicológico, especificando que el malestar no debería estar relacionado solo con experiencias de prejuicio, estigma u opresión (Gijs y Carroll 2010: 189).

El Grupo de Trabajo encargado de revisar la categoría 'Trastorno de identidad de género no especificado' recomienda retirar la categoría del capítulo de trastornos sexuales o establecer criterios diagnósticos más específicos, poniendo el foco en el criterio de malestar clínicamente específico (Rachlin, Dhejne y Brown 2010).

Otros Grupos de Trabajo enfocaron su debate en el análisis del impacto de los cambios en la clasificación diagnóstica de la transexualidad en el DSM en el acceso y la cobertura o reembolso de la atención sanitaria trans-específica (Corneil, Eisfeld, Botzer, et al. 2010, capítulo II, 3.5.4.1), así como en la revisión de la perspectiva de Derechos Humanos en el proceso de revisión de la categoría GID en el DSM (Green, McGowan, Levi, et al. 2010; capítulo II, 3.4).

El proceso de debate y toma de consenso concluyó con diferentes sesiones presenciales en el Simposio Bianual de WPATH en junio de 2009 en Oslo (Knudson, et al. 2010a). Mientras la toma de consenso y realización de recomendaciones es cronológicamente anterior a la publicación del primer borrador del DSM-5, la publicación de los artículos se produce después de esta fecha. Meyer-Bahlburg (2010), miembro del *Sexual and Gender Identity Disorders Work Group* hace referencia en su artículo sobre el proceso de revisión del DSM al proceso de toma de consenso en Oslo y las reflexiones de miembros de WPATH, mostrando el contacto e interrelación entre ambas organizaciones.

En el *Consensus Statement* publicado por Knudson, De Cuypere y Bockting (2010b) se resumen los principales acuerdos adquiridos por los miembros de WPATH que participaron en los Grupos de Trabajo, entre ellos el apoyo, por parte de una mayoría, al mantenimiento de una categoría diagnóstica relacionada con el 'Trastorno de Identidad de Género' en el DSM, sin que se llegara a un consenso. Para el caso de que se mantuvieran categorías diagnósticas trans-específicas en el DSM, se aportan propuestas de cambio respecto a nombre, criterios diagnósticos y lugar en el DSM, en el sentido de una categoría diagnóstica basada en el malestar e impedimento en el funcionamiento cotidiano, situada en un capítulo diferente al

capítulo de ‘Trastornos Sexuales’ en el DSM, por ejemplo en el capítulo *“Psychiatric Disorders Related to a Medical Condition”* (Knudson, et al. 2010b: 118). Además, se recomienda incluir a personas con un diagnóstico relacionado con la intersexualidad en la categoría diagnóstica y abolir la diferenciación por orientación sexual (Knudson, et al. 2010b).

No se llega a un consenso respecto a la conveniencia de una retirada o mantenimiento de una categoría diagnóstica relacionada con la diversidad de género en la infancia (Knudson, et al. 2010b). En caso de mantenerse, se recomienda establecer categorías diagnósticas separadas para adult*s, adolescentes y niño*s (Knudson, et al. 2010b).

Bajo el título *“Consensus from Difference: Lack of Professional Consensus on the Retention of the Gender Identity Disorder Diagnosis”*, Ehrbar (2010) retrata los diferentes puntos de vista presentes en el debate mantenido entre los miembros de WPATH sobre el proceso de revisión del DSM. El autor destaca la falta de consenso sobre la retirada o reforma de la categoría de GID (Ehrbar 2010). Al mismo tiempo señala que los miembros de WPATH que participaron en los Grupos de Trabajo coincidían en diferentes principios, entre ellos la priorización de un confort duradero con la propia identidad de género, el bienestar psicosocial y autorrealización, el acceso a una atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta, el reconocimiento de los Derechos Humanos de las personas trans*, así como la eliminación de estigma y discriminación que afrontan las personas trans* en la actualidad (Ehrbar 2010).

Ehrbar (2010) resume los argumentos a favor y contra de una retirada de la clasificación diagnóstica actual de la transexualidad nombrados en el proceso de consenso de WPATH. Entre los argumentos a favor de una retirada identificados en el proceso de consenso de WPATH, Ehrbar (2010) señala los efectos de estigma y transfobia, el sexismo inherente a los criterios diagnósticos, el argumento de que la transexualidad no es una enfermedad, las consecuencias de un estigma internalizado, la limitación del acceso sanitario en un modelo de evaluación basado en el diagnóstico de GID y la perspectiva de Derechos Humanos.

Como argumentos a favor del mantenimiento de la categoría diagnóstica identificados en el proceso de consenso, Ehrbar (2010) nombra el acceso a la atención sanitaria trans-específica y a un estatus de discapacidad, la presencia del requisito de diagnóstico en leyes de identidad de género, así como el fomento de la formación e investigación.

Asimismo, Ehrbahr (2010) revisa las respuestas a la pregunta ‘si se mantiene, qué tipo de diagnóstico’, incluyendo la opción de un diagnóstico médico no-psiquiátrico, un diagnóstico de salud mental, así como un diagnóstico basado en el concepto de ‘disforia de género’. En cualquiera de las opciones, los miembros de WPATH que defienden el mantenimiento de la categoría proponen, según Ehrbar (2010), restringir el diagnóstico a aquellas personas que sufren un malestar clínicamente significativo.

3.1.4.2.2. Recomendaciones de WPATH sobre el proceso de revisión de la CIE

En relación al proceso de revisión de la CIE, WPATH realizó un *ICD-11 Consensus Meeting*, celebrado en mayo de 2013 en San Francisco, dando de esta forma respuesta a la petición de la OMS de aportar recomendaciones para el proceso de revisión de las categorías trans-específicas (De Cuypere, Knudson y Green 2013). En la reunión participaron, aparte de los 11 miembros del Comité, otros miembros de WPATH procedentes de países del Sur y Este Global, activistas y expert*s en salud trans* con experiencia clínica o procedencia de otros campos de conocimiento, con un total de 30 participantes (De Cuypere, et al. 2013).

Las personas asistentes votaron de forma unánime a favor de la retirada de todas las categorías F66, así como a favor de la retirada de la categoría ‘Transvestismo fetichista’, con 23 votos a favor de la retirada, 4 a favor del mantenimiento y 2 abstenciones (De Cuypere, et al. 2013: 7).

En relación a la categoría “*Transsexualism*” en la CIE-10 y la categoría propuesta “*Gender Incongruence in Adolescence and Adulthood*” para la CIE-11, 27 votan a favor de una retirada del capítulo de ‘Trastornos mentales y de comportamiento’, 1 a favor y 1 abstención (De Cuypere, et al. 2013: 9). En relación al nuevo capítulo en que se propone incluir la categoría, después de un debate sobre las ventajas e inconvenientes de una referencia a los términos de ‘sexo’ y ‘género’, 9 personas votan a favor de llamar el capítulo “*Gender Chapter*”, 19 “*Sex and Gender Chapter*” y 1 persona se abstiene (De Cuypere, et al. 2013: 9). En relación al nombre “*Gender incongruence*”, se expresa la preocupación de la patologización inherente al concepto de ‘incongruencia’ (De Cuypere, et al. 2013). En la votación, 5 personas expresan su acuerdo con el término “*Gender incongruence*”, 7 personas su desacuerdo y 15 personas indican una posición neutral al respecto (De Cuypere, et al. 2013: 9). En referencia a una terminología alternativa, se proponen y votan diferentes propuestas, entre ellas “*Gender / Body Divergence*”, “*Self-defined Gender Incongruence*” o “*Gender Non-conformity*” (De Cuypere, et al. 2013: 9). “*Gender / Body Divergence*” recibe el mayor número de votos (De Cuypere, et al. 2013: 9).

En relación a la retirada o el mantenimiento de la categoría “*Gender Incongruence in Childhood*”, la votación, realizada después de un debate en el que se revisan los argumentos pro y contra, refleja un resultado de 14:14 y un voto ausente (De Cuypere, et al. 2013: 10) (capítulo II, 3.9).

3.1.4.2.3. Declaraciones de asociaciones profesionales

A lo largo de los últimos años, diferentes asociaciones profesionales publicaron declaraciones a favor de una despsicopatologización de las identidades trans* (Conselhos Federal e Regionais de Psicologia 2011; SOCUMES 2011[2010]; WPATH 2010b).

Las declaraciones indican una apertura paulatina de los gremios profesionales hacia la propuesta de despsicopatologización. A la vez, se pueden constatar grados diferentes de apoyo a la demanda de retirada de las categorías diagnósticas trans-específicas en las declaraciones.

SOCUMES, Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (2011[2010]) y los *Conselhos Federal e Regionais de Psicologia de Brasil* (2011[2010]) demandan una retirada de la clasificación diagnóstica de la transexualidad como trastorno mental del DSM y de la CIE.

EXPRESAMOS nuestro apoyo a la retirada de la transexualidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, especialmente en la actualización que será publicada en el 2012 en el DSM-V y en la CIE-10.
(SOCUMES 2011[2010]: 2)

Os Conselhos Federal e Regionais de Psicologia apoiam a Campanha Internacional *Stop Trans Pathologization-2012*, pela despatologização das identidades trans (travestis, transexuais e transgêneros) e a sua retirada dos catálogos de doenças, o DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria, cuja versão revista surgirá em 2012, e a CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, da Organização Mundial de Saúde, que sairá em 2014.
(Conselhos Federal e Regionais de Psicologia de Brasil 2011: s.p.)

En cambio, una declaración publicada en 2010 por WPATH (2010b), posterior al proceso de consenso del Simposio de Oslo (Knudson, et al. 2010b), se centra en la reivindicación de una despsicopatologización y reducción del estigma contra las personas trans*, sin demandar explícitamente la retirada de las categorías diagnósticas.

The WPATH Board of Directors strongly urges the depsychopathologisation of gender variance worldwide. The expression of gender characteristics, including identities, that are not stereotypically associated with one's assigned sex at birth is a common and culturally-diverse human phenomenon which should not be judged as inherently pathological or negative. The psychopathologisation of gender characteristics and identities reinforces or can prompt stigma, making prejudice and discrimination more likely, rendering transgender and transsexual people more vulnerable to social and legal marginalisation and exclusion, and increasing risks to mental and physical well-being. WPATH urges governmental and medical professional organizations to review their policies and practices to eliminate stigma toward gender-variant people.
(WPATH 2010b: 1)

3.1.4.3. La perspectiva de autor*s individuales

Aparte de las perspectivas de miembros de los Grupos de Trabajo de la APA y la OMS, así como los procesos de consenso y declaraciones publicadas por asociaciones profesionales, se pueden identificar publicaciones de profesionales individuales procedentes del contexto clínico que aportan reflexiones acerca del proceso de revisión del DSM y de la CIE, expresando diferentes posiciones respecto a la propuesta de mantenimiento, reforma o retirada de las categorías diagnósticas trans-específicas.

A continuación, me centraré en estas perspectivas críticas con el modelo actual de clasificación diagnóstica trans-específica, por su carácter como discursos emergentes.

Los artículos revisados proceden de diferentes regiones del mundo, entre ellas el ámbito español (Bergero Miguel, Asiain Vierge y Cano-Caballero 2010; Garaizabal 2010; Polo

Usaola y Olivares Zarco 2011; Tena Díaz 2013), latinoamericano (Soto Rodríguez 2014), norteamericano (Giordano 2011; Kamens 2011; Langer y Martin 2004; Lev 2006) y asiático (UNDP y Winter 2012; Winter, Chalungstooth, Teh, et al. 2009). La afiliación profesional de l*s autor*s revisad*s es del ámbito clínico, incluyendo la psicología (Bergero Miguel, et al. 2010; Garaizabal 2010; Kamens 2011; Soto Rodríguez 2014; UNDP y Winter 2012; Winter, et al 2009; Winter 2014, 2015), la psiquiatría (Polo Usaola y Olivares Zarco 2011), la psicoterapia (Langer y Martin 2004; Lev 2006), la obstetricia (Tena Díaz 2013) y la bioética (Giordano 2011), en algunos casos con actividad profesional en la atención sanitaria trans-específica (Bergero Miguel, et al. 2010; Lev 2006) y colaboración con académic*s del ámbito de la antropología (Bergero Miguel, et al. 2010).

Diferentes autor*s hacen referencia a las movilizaciones actuales por la despatologización trans* (Garaizabal 2010; Polo Usaola y Olivares Zarco 2011; Soto Rodríguez 2014; Tena 2013), resaltando el rol del activismo en el proceso de cuestionamiento de la clasificación diagnóstica y la reflexión sobre la diversidad de expresiones e identidades de género (Garaizabal 2010).

En España, el movimiento reivindicativo por la despatologización de la transexualidad comienza a tomar vigencia en 2007, en relación con la aprobación de la Ley 3/2007 del 15 de marzo. (...)

Este movimiento se ha unido a otra campaña de ámbito internacional (“Stop Trans Pathologization”) mediante la cual se manifiestan colectivos de más de 40 ciudades de todo el mundo.

(Polo Usaola y Olivares Zarco 2011: 286)

En el desarrollo histórico del movimiento trans*, se observa un cambio en el enfoque desde una demanda del acceso a la atención sanitaria trans-específica hacia posturas críticas con el modelo médico y reivindicación de la despatologización (Tena 2013). En los últimos años, se constata un creciente apoyo por parte de profesionales de la salud a la perspectiva de despatologización (Polo Usaola y Olivares Zarco 2011).

Kamens (2011) retrata el proceso de debate sobre las categorías trans-específicas en el DSM tanto desde la perspectiva de los Grupos de Trabajo establecidos para el proceso de revisión del DSM, como desde perspectivas activistas y profesionales. Desde la observación de un debate sobre las categorías relacionadas con la identidad de género, la orientación sexual y las parafilias (“*Sexual and Gender Identity (SGI) diagnoses*”, 39) a partir de la “*2003 APA Roundtable on Sex and Gender*” (41), con diferentes posturas entre los miembros de APA en relación al mantenimiento o retirada de las categorías nombradas, Kamens (2010) habla de un “*Dissent from Within*” (41). Además, a partir del nombramiento del “*SGI Workgroup*” (43) en 2008, Kamens (2011) constata la emergencia de una movilización activista que, según la autora alcanza un “*Boiling Point*” (44) en el contexto norteamericano con la protesta ante la “*APA Convention*” (44) en 2009, así como después de la publicación de los borradores de las categorías trans-específicas en febrero 2010, paralelamente a un continuado debate desde dentro de la comunidad psiquiátrica.

Diferentes autor*s aportan una revisión de las ventajas e inconvenientes de una clasificación diagnóstica de los procesos de tránsito en el género como trastorno mental.

Como ‘beneficios’ de la clasificación diagnóstica nombran el acceso sanitario (Giordano 2011; Kamens 2011; Lev 2006; Polo Usaola y Olivares Zarco 2011), el efecto de legitimación de la *“gender dysphoria as a valid mental health concern”* (Lev 2006: 52-53), aportando *“some benefit and recognition to an underserved and disenfranchised community”* (Lev 2006: 53), así como la posibilidad de *“comprenderse, aunque jamás en una totalidad”* y contribuir a *“que ciertas subjetividades salgan de la ‘oscuridad’, dejando de ser consideradas como algo pecaminoso y amoral”* (Soto Rodríguez 2014: 161). Como otra razón nombrada en el debate actual se señala el fomento de la investigación (Giordano 2011; Kamens 2011) y la facilitación de la comunicación entre clínic*s (Kamens 2011). A la vez, se aportan argumentos en contra de la justificación de la clasificación psiquiátrica por razones de acceso sanitario o fomento de la investigación (Giordano 2011).

Cristina Garaizabal (2010) señala el rol de la medicina, la sexología, la psiquiatría o la psicología en el proceso de constitución de identidades, como la identidad homosexual o trans*, con *“la virtualidad de proporcionar el germen para la reivindicación de una identidad propia, alejada de las definiciones médicas”* (128). En el contexto español, Garaizabal (2010) identifica los principios de los 80 como el momento en el que se empezó a *“nombrar lo innombrable, la transexualidad”*, con el efecto positivo de que *“estas variables del desarrollo de género –hasta entonces silenciadas- pudieran salir a la luz y afirmar su existencia”* (129).

Entre los inconvenientes de la clasificación diagnóstica de los tránsitos en el género como trastorno mental se identifica la patologización de identidades no normativas (Polo Usaola y Olivares Zarco 2011), el fomento de la estigmatización de las personas trans* (Kamens 2011, Winter, et al. 2009) y efecto de control social (Kamens 2011; Lev 2006; Soto Rodríguez 2014). Además, se observa una limitación de oportunidades de participación en procesos de decisión sobre tratamientos médicos (Polo Usaola y Olivares Zarco 2011), un impacto negativo del proceso diagnóstico y rol de *“gatekeeper”* de l*s profesionales de Salud Mental en la relación terapéutica con las personas trans* (Lev 2006: 54), dificultades con el reembolso en consecuencia de la clasificación como trastorno mental (Kamens 2011), así como la exportación de una conceptualización patologizante a otras culturas (Kamens 2011).

Vari*s de l*s autor*s revisad*s resaltan el carácter complejo de la lucha por la despatologización trans*, haciendo referencia al debate interno al movimiento por la despatologización trans*, en el sentido de la pregunta sobre cómo compaginar el derecho a la atención sanitaria trans-específica con el derecho a la despatologización (Lev 2006; Polo Usaola y Olivares Zarco 2011; Tena Díaz 2013). Este desafío adquiere especial relevancia en el contexto norteamericano, por el requisito de un código diagnóstico para la cobertura sanitaria (Lev 2006). Lev (2006) identifica un dilema ético inherente al requisito de un diagnóstico

psiquiátrico en el acceso a un tratamiento médico considerado necesario. La autora propone el uso de categorías diagnósticas existentes en el DSM para justificar el acceso a la atención sanitaria trans-específica, así como la introducción de una categoría diagnóstica no psiquiátrica en la CIE, trazando una comparación con otros grupos de población que pueden tener problemas de salud en consecuencia de procesos de estigmatización social (Lev 2006).

A black person with an anxiety disorder does not receive a racially identifying diagnosis, nor does a gay man with alcoholism receive a diagnosis highlighting his sexual orientation. This is not to say that race or sexual orientation do not impact anxiety or alcoholism, or even in some cases explain or justify these symptoms; it is not, however, part of the diagnostic label.

(Lev 2006: 59)

Desde el contexto español, Polo Usaola y Olivares Zarco (2011) hacen referencia a los marcos argumentativos desarrollados desde perspectivas de despatologización para defender el derecho a la atención sanitaria trans-específica, nombrando entre otros el concepto de salud de la OMS, así como la propuesta de inclusión de una categoría diagnóstica no basada en un trastorno mental o enfermedad en el DSM (en la sección 'Otros problemas que son objeto de atención clínica') o en la CIE (capítulo II, 3.5).

Soto Rodríguez (2014) observa una menor presencia de la lucha contra la patologización trans* en el contexto de Costa Rica donde, ante la ausencia de legislación o protocolos, *"el acceso a ciertos servicios de salud no está mediado por un control psiquiátrico, sino por la sensibilidad que puedan o no tener algunos profesionales en salud"* (147).

Además, algun*s de l*s autor*s revisad*s aportan una revisión crítica de las categorías diagnósticas trans-específicas actualmente vigentes (Langer y Martin 2004; Lev 2006; Winter 2014, 2015).

En relación al DSM, Lev (2006) observa la presencia de un modelo diagnóstico basado en la identificación de la figura de *'true transsexual'*, estereotipos sexistas y un modelo binario de géneros, sin tener en cuenta la diversidad de expresiones e identidad de género, así como una confusión entre identidades de género, estrés emocional e inconformidad social. Además, señala la contradicción inherente al establecimiento de un diagnóstico de Salud Mental para tener acceso a tratamientos médicos, resaltando la importancia de una buena salud mental para la toma de decisiones en el ámbito clínico (Lev 2006).

Approval for medical treatment should not depend on being mentally ill, but on being mentally sound enough to make empowered and healthy decisions regarding one's body and life.

(Lev 2006: 59)

Diferentes autor*s aportan una revisión crítica de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia, recomendando su retirada (Langer y Martin 2004; Lev 2006; Winter 2014, 2015, capítulo II, 3.9).

Desde la revisión crítica de la clasificación diagnóstica trans-específica actual, diferentes autor*s desarrollan reflexiones más amplias sobre la definición del concepto de 'trastorno

mental’ y el rol social del proceso diagnóstico (Bergero Miguel, et al. 2010; Lev 2006; Polo Usaola y Olivares Zarco 2011; Tena Díaz 2013).

En este sentido, hacen referencia al carácter culturalmente y socialmente específico de la clasificación diagnóstica, nombrando como ejemplo el proceso de retirada de la categoría ‘Homosexualidad’ del DSM y de la CIE (Bergero Miguel, et al. 2010; Polo Usaola y Olivares Zarco 2011), así como procesos de inclusión de comportamientos considerados anteriormente “*productos de maldad humana (piromanía, cleptomanía, pedofilia)*”, “*vicios (juego patológico, exhibicionismo)*” o “*normales (duelo prolongado, trastornos del deseo sexual, disfunción orgásmica femenina)*” en los manuales diagnósticos (Polo Usaola y Olivares Zarco 2011: 288).

Desde la revisión de estos procesos de inclusión y retirada de categorías diagnósticas, se plantea la pregunta por la definición de ‘trastorno mental’, en el sentido de “*¿[d]ónde está el límite entre lo normal y lo patológico en gran parte de los problemas psiquiátricos?*” (Polo Usaola y Olivares Zarco 2011: 288). Polo y Olivares (2011) señalan que “*frecuentemente lo anormal no es patológico y viene delimitado por la desviación media de la norma correspondiente al grupo de referencia*” (288). Además, resaltan que “*en muchas ocasiones, lo normal se define desde el ámbito sociocultural y únicamente indica una adaptación adecuada a un contexto social*” (Polo Usaola y Olivares Zarco 2011: 288).

Desde un análisis foucaultiano del carácter biopolítico de la construcción médica de la ‘transexualidad’, Tena (2013) analiza las contradicciones de una reivindicación activista de despatologización en un contexto biomédico de adaptación del cuerpo a la norma social, limitando el derecho a la decisión sobre el propio cuerpo.

Más allá de la importancia de saber el resultado de la reivindicación planteada en la Campaña STP 2012 –y no minusvaloro su logro–, el movimiento por la despatologización de las transidentidades visibiliza las limitaciones que impone nuestro mundo social para que consigamos tomar las riendas de nuestras vidas; nos recuerda que seguimos luchando por decidir sobre nuestros cuerpos reconociendo un histórico objetivo del movimiento feminista; nos permite contemplar la estructura y dinámicas sociales como generadoras de sufrimiento, un proceso de construcción cultural de la enfermedad oculto bajo la perversa explicación biologicista del “trastorno identitario” y del logro terapéutico basado en la acomodación del sujeto “enfermo” a la norma social “sana.” En este sentido, expresado en términos foucaultianos (1977: 5), entendemos que la CRS –y la hormonación y la policirugía que acompaña a muchas experiencias trans– es una técnica que revela el carácter biopolítico de la medicina.

(Tena 2013: 61)

Además, diferentes autor*s hacen referencia a la diversidad de expresiones e identidades de género existentes en el momento actual, cuestionando el rol del diagnóstico en la regulación y el reforzamiento de un modelo binario de géneros (Bergero Miguel, et al. 2010; Giordano 2013; Lev 2006; Polo Usaola y Olivares Zarco 2011; capítulo II, 3.9).

En este sentido, Lev (2006) critica el uso de la clasificación diagnóstica como herramienta de control social y reificación del modelo binario de géneros. De forma análoga, Bergero Miguel, et al. (2010) revisan críticamente las ideologías sociales inherentes al modelo médico de la transexualidad y su clasificación como trastorno mental en el DSM y la CIE,

identificando como creencias subyacentes *"el determinismo biológico, el modelo de identidad sexual dicotómica única y estable a lo largo de la vida y la sexualidad heterosexual y coitocéntrica dirigida a la reproducción"* (58). Soto Rodríguez (2014) resalta el rol del campo de estudios sobre sexualidad y del *"afán clasificatorio médico"* para *"la construcción de ciertas posiciones subjetivas como anormales y enfermas"* (161).

Desde una perspectiva bioética, Giordano (2011) señala que la clasificación de la diversidad de género como un trastorno mental refuerza la idea de que solo existen dos géneros, una idea que considera problemática desde un punto de vista científico, conceptual y ético, contradiciendo el imperativo moral *"to have equal concern and respect for all members of the human family, [referencia al final del texto] regardless of arbitrary features, and private aspects of personal identity, such as age, race, sexual orientation or gender"* (14).

Desde la revisión de diferentes posiciones en el debate actual, l*s autor*s revisad*s¹⁹⁰ llegan a la conclusión de recomendar la retirada de la clasificación diagnóstica actual como trastorno mental en el DSM y la CIE, proponiendo la introducción de una categoría no patologizante en la CIE para facilitar el acceso sanitario (Lev 2006). Además, reivindican la retirada completa de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia (Langer y Martin 2004; Lev 2006; Winter 2014, 2015; capítulo II, 3.9), así como la participación de las personas trans* en la elaboración de políticas trans-específicas (Soto Rodríguez 2014).

Con respecto a la propuesta de salida del trastorno de identidad de género de las clasificaciones psiquiátricas, aunque encontramos numerosas dificultades para posicionarnos en esta cuestión, después de la revisión bibliográfica realizada encontramos argumentos que justifican la salida de las clasificaciones psiquiátricas del trastorno de identidad de género y transexualidad tal y como está definido en la DSM y CIE. Los argumentos usados en la despatologización de la homosexualidad pueden servir de referencia. Pensamos que las personas transexuales que soliciten tratamiento de reasignación podrían incluirse en las clasificaciones dentro de otras entidades como, por ejemplo, "otros problemas que son objeto de atención clínica".

(Polo Usaola y Olivares Zarco 2011: 299)

Ojalá dentro de algunos años, cuando se haga la asociación entre transexualidad y psicopatología, esto suene extraño, fuera de lugar, por haber logrado, socialmente, pasar a otra cosa, a otras preocupaciones que no se enfoquen tanto en la necesidad de forzar a cada quien a entrar en determinadas categorías identitarias, que traen consigo un peso simbólico que va más allá del lenguaje utilizado entre los profesionales de salud.

(Soto Rodríguez 2014: 161)

Kamens (2011) plantea la pregunta por las consecuencias sociopolíticas de una continuada clasificación diagnóstica de formas no-patológicas de diversidad sexual y de género en el DSM-5.

The contemporary sociopolitical and psychosocial effects of including new, nonpathological forms of sexual and gender variance in a psychiatric manual can be known only when the DSM-5 is published. Until then, one might wonder whether it is sexual- and gender-variant individuals who will be destigmatized, or the SGI diagnoses themselves.

(Kamens 2011: 54-55)

¹⁹⁰ Bergero Miguel, et al. 2010; Garaizabal 2010; Giordano 2011; Kamens 2011; Langer y Martin 2004; Lev 2006; Polo Usaola y Olivares Zarco 2011; Soto Rodríguez 2014; Tena Díaz 2013; UNDP y Winter 2012; Winter, et al. 2009.

3.1.5. Desarrollos en el contexto institucional

A lo largo de los últimos años, se pueden observar algunos avances relacionados con la demanda de retirada de la clasificación diagnóstica actual en contextos institucionales internacionales, europeos y estatales.

Como una referencia relevante, se pueden nombrar los *Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género* (2007), elaborados entre 2006 y 2007 por un grupo de expert*s internacionales a petición del *Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas*, y presentados el 26 de marzo de 2007 en una sesión del *Consejo de Derechos Humanos de la ONU* en Ginebra (O’Flaherty y Fischer 2008). El documento se convirtió en una referencia relevante tanto para el ámbito activista, como para futuros desarrollos estratégicos en instituciones internacionales y regionales (capítulo II, 3.4).

En el “*Principio 18. Protección contra abusos médicos*”, se establece que “[c]on independencia de cualquier clasificación que afirme lo contrario, la orientación sexual y la identidad de género de una persona no constituyen, en sí mismas, trastornos de la salud y no deben ser sometidas a tratamiento o atención médicas, ni suprimidas” (Principios de Yogyakarta 2007: 25).

Varias instituciones europeas, entre ellas el *Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa* (Hammarberg 2009, 2011), el *Comisario Europeo de Salud y Política de Consumidores* (Borg 2012), el *Relator sobre los Derechos de las Personas LGBT del Consejo de Europa* (Gunnarsson en: Consejo de Europa 2015b), el Consejo de Europa (2011, 2015a), el Parlamento Europeo (2011, 2012b, 2015a, 2015b, 2015c), el *European Parliament’s Intergroup on LGBT Rights* (2010, 2011) y el *Comisario Europeo de Salud y Protección de los Consumidores* de la Comisión Europea (Dalli en: European Parliament’s Intergroup on LGBT Rights 2011), expresan en informes, declaraciones y resoluciones recientes la recomendación dirigida a la OMS de retirar la categoría de ‘Trastornos de identidad de género’ de la CIE-11, incluyendo la recomendación de una retirada de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia (Parlamento Europeo 2015b, 2015c).

Con respecto a la atención sanitaria para las personas transgénero, el primer aspecto que se debe tratar es la existencia de clasificaciones médicas internacionales y nacionales que definen la transexualidad como un trastorno mental. (...) Deberían analizarse clasificaciones alternativas con el asesoramiento de personas transgénero y sus organizaciones^[referencias al final del texto]. Desde una perspectiva de derechos humanos y de la asistencia sanitaria, no es necesario que se realice ningún diagnóstico de trastorno mental para dar acceso al tratamiento de una situación que requiere asistencia médica. (Hammarberg 2009: 11-12)

The European Parliament, (...)

94. Deplores that transgender people are still considered mentally ill in a number of Member States; calls on Member States to introduce or review legal gender recognition procedures, on the model of Argentina, and review conditions (including forced sterilisation) set for legal gender recognition; calls on the Commission and the World Health Organisation to withdraw gender identity disorders from the list of mental and behavioural disorders and to ensure a

non-pathologising reclassification in the negotiations on the 11th version of the International Classification of Diseases (ICD-11);
(Parlamento Europeo 2012b: 3; 18-19)

6. In the light of these considerations, the Assembly calls on member States to: (...)

6.3. as concerns gender reassignment treatment and health care: (...)

6.3.3. amend classifications of diseases used at national level and advocate the modification of international classifications, making sure that transgender people, including children, are not labelled as mentally ill, while ensuring stigma-free access to necessary medical treatment;

(Consejo de Europa 2015a: 1-2)

90. Welcomes the initiative shown by the Commission in pushing for depathologisation of transgender identities in the review of the World Health Organisation's International Classification of Diseases (ICD); calls on the Commission to intensify efforts to prevent gender variance in childhood from becoming a new ICD diagnosis;
(Parlamento Europeo 2015b: 31; 2015c: 28)

El *European Parliament's Intergroup on LGBT Rights* (2010) dirige en octubre 2010 una pregunta parlamentaria a la Comisión Europea sobre su posición acerca de la demanda de despatologización trans*, respondida de forma favorable por John Dalli, *Comisario Europeo de Salud y Protección de los Consumidores* (Dalli en: *European Parliament's Intergroup on LGBT Rights* 2011).

Does the Commission agree with the Council of Europe's Commissioner for Human Rights that 'forced divorce' and 'forced sterilisation' run counter to the principles of human rights and human dignity?

Does the Commission consider that transgender people must be able to access hormonal treatments and gender reassignment surgery without psychiatric monitoring?

Will the European Union advocate the depathologisation of transgender people in the ICD 11 consultations? If not, why not?

(European Parliament's Intergroup on LGBT Rights 2010: s.p.)

The Commission is contributing to the revision of the 10th version of the ICD, and the 11th version of the ICD is scheduled to be adopted by the World Health Assembly in 2014. In the context of this revision, the Commission will take into account the issues raised by the Honourable Members.

(John Dalli, European Commissioner for Health and Consumer Protection en: *European Parliament's Intergroup on LGBT Rights* 2010: s.p.)

Los documentos estratégicos nombrados, que en algunas ocasiones se elaboraron en consulta con movimientos activistas, como en caso del Informe temático *Derechos Humanos e Identidad de Género'* (Hammarberg 2009), se pueden situar en el contexto más amplio de una creciente inclusión de derechos trans* en documentos estratégicos internacionales y regionales (capítulos II, 3.2 y II, 3.4).

El activismo por la despatologización trans* utiliza las recomendaciones emitidas por instituciones europeas como herramientas de apoyo en la demanda de retirada de las categorías diagnósticas trans-específicas actuales (GATE 2015b; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010b; STP-2012 2011b, 2012a, 2011c; STP 2013a, 2015b; TGEU 2015f, 2015g).

Además, se pueden nombrar diferentes declaraciones publicadas por Gobiernos estatales y Parlamentos regionales en las que se pide a la OMS la retirada de la categoría

diagnóstica de ‘Trastorno de identidad de género’ (Gobierno de España 2010; Ministère des affaires étrangères et européennes et du ministère de la santé et des sports 2010; Parlamento de Andalucía 2010).

3.1.6. Marcos teóricos y procesos activistas relacionados

La demanda de retirada de la clasificación diagnóstica trans-específica actual del DSM y de la CIE desde perspectivas teórico-activistas y profesionales se puede relacionar con diferentes marcos teóricos y procesos activistas afines, entre ellos 1. Críticas a los sistemas de clasificación diagnóstica establecidos en el DSM y la CIE, 2. El análisis del proceso de surgimiento de la mirada médica y de los sistemas de clasificación en Foucault y 3. Reflexiones aportadas por la sociología del diagnóstico.

3.1.6.1. Críticas de los sistemas de clasificación diagnóstica establecidos en el DSM y la CIE

El cuestionamiento de la clasificación diagnóstica de los procesos de tránsito en el género como trastorno mental se puede situar en el contexto de una crítica más amplia de los sistemas de clasificación diagnóstica establecidos en el DSM y la CIE y los procesos de su revisión, aportada desde diferentes perspectivas teóricas y áreas temáticas (Alarcón 2009; Armstrong 2011; Callard 2014; Frances 2010a, 2010b; Manning 2006; Pickersgill 2014; Timimi 2011; Wakefield 1999, 2013; Watters 2010; Wykes y Callard 2010).

Vari*s autor*s hacen referencia a ediciones y procesos previos de revisión del DSM y de la CIE (Alarcón 2009; Armstrong 2011; Frances 2010a; Manning 2006; Pickersgill 2014; Wakefield 1999; Watters 2007; Wykes y Callard 2010). En este sentido, se describen voces críticas hacia el sistema de clasificación diagnóstica presentes a lo largo del siglo XX, al mismo tiempo que se constata un debate especialmente vivo en la presente revisión del DSM y de la CIE (Alarcón 2009).

En referencia a procesos de revisión de versiones anteriores del DSM, Manning (2006) nombra como punto de crítica la falta de evidencia clara para el proceso de establecimiento de las categorías diagnósticas en el ámbito de Salud Mental, la inclusión de categorías por motivos de cobertura sanitaria, así como el objetivo de control social. Como diagnósticos que provocaron un amplio debate indica la homosexualidad, el consumo de drogas, la hiperactividad en niñ*s, así como el trastorno de estrés postraumático. En el marco de esta “*area of uncertainty*” (Manning 2006: 1961), la clasificación diagnóstica de los trastornos de la personalidad se señala como especialmente problemática. Con referencia a Hacking, Manning (2006) advierte de las consecuencias sociales del proceso de diagnóstico. Wakefield (1999) señala que el concepto de ‘trastorno mental’ en el DSM tiene carácter de un concepto de valor, además de estar basado en etiologías biológicas, contradiciendo la presuposición de una nosología ateórica en el DSM.

En relación al proceso actual de revisión del DSM y de la CIE, Pickersgill (2014), desde una perspectiva sociológica, identifica la *"so-called medicalisation of normality"* (522) como uno de los principales puntos de crítica del DSM, un aspecto señalado también desde perspectivas médicas (Frances 2010a; Wykes y Callard 2010). En este sentido, Wykes y Callard (2010) detectan la tendencia hacia una reducción del umbral diagnóstico, creando un sistema diagnóstico más inclusivo *"where the pool of 'normality' shrinks to a mere puddle"* (302). Allan Frances, anterior presidente del *DSM-IV Task Force*, critica en un artículo publicado en 2010 en el *British Medical Journal* que *"the working groups could expand the territory of mental disorder and thin the rank of the normal"* (Francis 2010a: s.p.). Pickersgill (2014) sitúa la crítica hacia la medicalización de la vida contemporánea, y específicamente la *"pharmaceuticalisation"* (522) en el marco más amplio de una crítica hacia la psiquiatría y biomedicina.

Diagnostic entities are powerful things, shaping society and individual subjectivities; it is, then, precisely for this reason that we should concern ourselves with what they are and with what they do.
(Pickersgill 2014: 523)

Como otros puntos de crítica, se nombra la estigmatización inherente al proceso de diagnóstico (Wykes y Callard 2010), los riesgos de falsos positivos en las nuevas categorías diagnósticas (Wykes y Callard 2010), los intereses de la industria farmacéutica (Wykes y Callard 2010), así como la observación de una falta de validez y fiabilidad (Pickersgill 2014).

Además, se cuestiona el proceso de expansión del modelo de clasificación diagnóstica inherente al DSM a contextos no occidentales, en el sentido de una *"Americanization of Mental Illness"* (Watters 2010: título). En consecuencia, se demanda una mayor inclusión de la dimensión cultural en la nosología y práctica psiquiátrica (Alarcón 2009).

Según Pickersgill (2014), la crítica hacia una falta de transparencia en los anteriores procesos de revisión del DSM contribuyó a un *"attempt to democratise processes of diagnostic innovation"* (522) en el proceso de revisión del DSM-IV mediante la publicación de versiones de borrador de las nuevas categorías diagnósticas y la invitación a enviar comentarios. Pickersgill (2014) señala que este intento de democratización se produjo solo *"after broad and serious concerns were advanced by a number of psychiatrists that key decisions were made 'behind closed doors' [referencias al final del texto]"* (522).

Aparte de las críticas generales sobre un aumento de la medicalización y expansión del modelo diagnóstico occidental a lo largo de las últimas ediciones del DSM (Alarcón 2009; Callard 2014; Frances 2010a; Pickersgill 2014; Watters 2007; Wykes y Callard 2010), se detectan preocupaciones relacionadas con categorías específicas propuestas en el proceso actual de revisión del DSM, como la inclusión del síndrome de Asperger en la categoría de *'Autism Spectrum Disorder'* o el rol del duelo en el *'Major Depressive Disorder'* (Pickersgill 2014; Wakefield 2013).

En relación a la categoría diagnóstica *'Gender Incongruence'*, propuesta en el primer borrador del DSM-5 (APA 2010a, 2010b), Allen Francis (2010b) critica la retirada del criterio

diagnóstico de un malestar clínicamente significativo que, según su visión, extiende el diagnóstico a una amplia gama de personas que transitan en el género, en vez de restringirlo solo a aquellas personas que sufren con el proceso.

Desde una perspectiva bioética, Callard (2014) revisa los debates sobre clasificaciones diagnósticas que precedían la publicación del DSM-5, observando una polarización de la discusión en los medios de comunicación, tanto por parte de crític*s como defensor*s del DSM. En el proceso, la autora observa la reactivación de debates previos sobre el rol de la psiquiatría en la sociedad, presentes a lo largo del siglo XX (Callard 2014). Desde su propia práctica profesional, Callard (2014) señala los problemas éticos derivados de la polarización del debate actual, criticando una conceptualización del diagnóstico como clasificación en vez de como proceso. Invita a una revisión crítica sobre el rol del diagnóstico psiquiátrico y su carácter como *"a highly mediated set of practices"* (Callard 2014: 5), destacando los beneficios éticos inherentes a una consideración de la ambigüedad del diagnóstico en vez de su certeza.

Armstrong (2011) aporta una revisión del CIE, señalando el foco de esta clasificación en diagnósticos basados en la patología, de mayor aplicabilidad en el ámbito hospitalaria. A la vez, observa una falta de adaptación al contexto de Atención Primaria en el que las sintomatologías difusas que presentan l*s usuari*s no siempre corresponden a la nosología de la CIE (Armstrong 2011).

The ICD has proved particularly applicable in hospital practice where a selected patient population and access to comprehensive diagnostic aids enables a pathology-based diagnosis. When it came to be applied to primary care in the middle of the 20th century, however, it encountered major problems as general practice struggled to marry a classification of disease to the rawness of undifferentiated human illness and distress. Eventually a classification based on the reason the patient consulted emerged to replace that based on pathology defined disease.
(Armstrong 2011: 801)

En este sentido, describe el proceso de construcción de una clasificación para el ámbito de la Atención Primaria a finales del siglo XX, creando un marco conceptual diferente que parte de un reconocimiento de l*s usuari*s como seres reflexivos y la valoración de las razones por las que l*s usuari*s acuden a la consulta (Armstrong 2011).

The late 20th century construction of a classification for primary care, however, placed symptoms in a different conceptual framework based on the fact that they were formed from words spoken by the patient e not the patient as interlocutor for the pathology but the patient as reflective being. (...) Patients might or might not present with pathology, diseases or illnesses but they always had reasons (for consulting or not consulting).
(Armstrong 2011: 806)

Desde la revisión de la utilidad de los actuales de sistemas de clasificación diagnóstica en Salud Mental en relación a etiología, validez y fiabilidad, tratamientos, resultados y pronósticos, así como el análisis de dinámicas colonialistas y consecuencias culturales y políticas, la campaña *No More Psychiatric Labels. Campaign to Abolish Psychiatric Diagnostic Systems such as ICD and DSM (CAPSID)* (Timimi 2011) propone la abolición de la clasificación diagnóstica psiquiátrica en la CIE y el DSM, partiendo de los siguientes argumentos:

1. Psychiatric diagnoses are not valid.
 2. Use of psychiatric diagnosis increases stigma.
 3. Using psychiatric diagnosis does not aid treatment decisions.
 4. Long term prognosis for mental health problems has got worse.
 5. It imposes Western beliefs about mental distress on other cultures.
 6. Alternative evidence based models for organizing effective mental health care are available.
- (Timimi 2011: 1)

Como enfoques alternativos, la campaña CAPSID propone la consideración de la influencia de experiencias de trauma, desigualdad socioeconómica, estilos de vida y grado de apoyo familiar en la etiología de problemas de salud mental, así como la relevancia de la alianza terapéutica, la disponibilidad de apoyo social, la participación de l*s usuari*s y la consideración de aspectos culturalmente específicos para el éxito de la intervención terapéutica, desde la idea que los *"non-diagnostic based paradigms"* pueden ayudar a personas con condiciones crónicas que influyen en su bienestar psicológico, *"without needing to label them as 'mentally ill'"* (Timimi 2011: 11).

3.1.6.2. Análisis del surgimiento de los sistemas de clasificación diagnóstica

Vinculadas a las condiciones de existencia y a las formas de vida de los individuos, las enfermedades varían con las épocas, como con los lugares.
(Foucault 1999[1966]: 58)

El debate alrededor del proceso de revisión del DSM y de la CIE se puede situar en el marco más amplio de un análisis del surgimiento de la mirada médica y los procesos de clasificación diagnóstica, como desarrollado por Foucault (1994[1984], 1995[1976], 1996[1966], 2000[1961]).

En *El nacimiento de la clínica*, Foucault (1999[1966]) analiza el proceso de surgimiento de la mirada médica moderna a partir del siglo XVIII y las transformaciones conceptuales que contribuyen a la conceptualización de lo patológico y el establecimiento de un nuevo rol de la experiencia clínica.

Para que la experiencia clínica fuera posible como forma de conocimiento, ha sido menester toda una reorganización del campo hospitalario, una definición nueva del estatuto del enfermo en la sociedad y la instauración de una cierta relación entre la asistencia y al experiencia, el auxilio y el saber; se ha debido envolver al enfermo en un espacio colectivo y homogéneo.
(Foucault 1999[1966]: 275)

Según Foucault (1999[1966]), las técnicas de autopsia permitieron un análisis de los fenómenos patológicos y la instauración de un paradigma positivista.

La enfermedad se desprende de la metafísica del mal con la cual, desde hacía siglos, estaba emparentada; y encuentra en la visibilidad de la muerte la forma plena en la cual su contenido aparece en términos positivos.
(Foucault 1999[1966]: 276)

Foucault (1999[1966]) sitúa este proceso en el marco del surgimiento de un interés por la vigilancia de la Salud Pública y del control poblacional. En este sentido, concibe la conceptualización de las enfermedades estrechamente vinculada con el contexto histórico y

sociopolítico, adquiriendo un fin político, *"un conocimiento del hombre saludable, es decir, a la vez una experiencia del hombre no enfermo, y una definición del hombre modelo"* (Foucault 1999[1966]: 61).

En *La historia de la locura en la época clásica*, Foucault (2000[1961]) describe el proceso de configuración del concepto de locura, las transformaciones en relación a su lugar en el orden social y el proceso organización del saber psiquiátrico moderno. Según su análisis (Foucault 2000[1961]), el comienzo de un interés por los sistemas de clasificación de la enfermedad mental se sitúa en el siglo XVIII, en el proceso de instauración de la mirada clínica positivista e interés por la lógica de las clasificaciones botánicas. Foucault (2000[1961]) analiza diferentes modelos de clasificación surgidos entre el siglo XVII y XIX, así como las limitaciones y resistencias que encuentran, entre ellas la dificultad de captar la 'locura' a través de una lógica positivista de clasificación de señales visibles. En este sentido, revisa el paso de una exclusión de la locura de los confines de la ciudad medieval (a través de fenómenos como la *"nave de los locos"*, Foucault 2000[1961]: 21), hacia su encierro y criminalización, así como, en un momento posterior, el proceso de diferenciación de la 'locura' de otras formas de marginación social y sustitución de la criminalización por la patologización, mediante el establecimiento de sistemas contemporáneos de clasificación psiquiátrica.

En *Las palabras y las cosas*, Foucault (2006[1966]) analiza los procesos de clasificación desde una revisión del rol de las ciencias humanas y de la medicina en el proceso de producción de un saber positivo, incluyendo un análisis tanto de su efecto de normalización como de su función en el proceso de producción de identidades. Esta revisión incluye una reflexión crítica sobre los límites ontológicos de los sistemas taxonómicos, su carácter históricamente contingente y su interrelación con procesos sociales de delimitación de la normalidad (Foucault 2006[1966]).

Las ciencias humanas son, también, saberes que permiten conocer qué son los individuos, quién es normal y quién no lo es, quién es razonable y quién no lo es, quién es apto y para qué, cuáles son los comportamientos previsibles de los individuos, cuáles hay que eliminar. (Foucault 2006[1966]: 127)

Finalmente, en *Historia de la sexualidad*, Foucault (1995[1976]) describe el surgimiento de un interés por la clasificación de las sexualidades a partir del siglo XVIII, caracterizado por un proceso de incitación a hablar del sexo. Esta proliferación de discursos sobre la sexualidad se contrapone a y cuestiona la hipótesis de una represión de la sexualidad.

Nace hacia el siglo XVIII una incitación política, económica y técnica a hablar del sexo. Y no tanto en forma de una teoría general de la sexualidad, sino en forma de análisis, contabilidad, clasificación y especificación, en forma de investigaciones cuantitativas o causales. (Foucault 1995[1976]: 33)

Según Foucault (1995[1976]), la incitación discursiva sobre el sexo se produce en diferentes ámbitos, entre otros la medicina, la psiquiatría, la pedagogía y la justicia penal. En el proceso, se produce una categorización de las *"sexualidades periféricas"* (Foucault

1995[1984]: 56), cuyo fin no es su represión, sino su inteligibilidad y clasificación, reafirmando indirectamente la norma social de la monogamia heterosexual.

La mecánica del poder que persigue a toda esa disparidad no pretende suprimirla sino dándoles una realidad analítica, visible y permanente: la hunde en los cuerpos, la desliza bajo las conductas, la convierte en principio de clasificación y de inteligibilidad, la constituye en razón de ser y orden natural del desorden. ¿Exclusión de esas mil sexualidades aberrantes? No. En cambio, especificación, solidificación regional de cada una de ellas. (Foucault 1995[1976]: 59)

Ante la ausencia de una *"ars erotica"*, se crea una *"scientia sexualis"* (Foucault 1995[1975]: 73), desarrollada mediante el procedimiento de la confesión en el ámbito religioso y jurídico, y, a partir del siglo XVIII y siglo XIX, a través de la pedagogía y la medicina. En el ámbito clínico del siglo XIX, se produce una *"codificación clínica del 'hacer hablar'"* y una *"medicalización de los efectos de la confesión"* (Foucault 1995[1975]: 82, 84).

En consecuencia del carácter múltiple y relacional del poder, la incitación discursiva sobre la sexualidad no produce solo su clasificación y control, sino abre un espacio para *"múltiples puntos de resistencia"* (Foucault 1995[1975]: 116) que a su vez no son externas al poder. En este sentido, surgen procesos de resignificación de categorías médicas estigmatizantes (Foucault 1995[1975]).

[L]a homosexualidad se puso a hablar de sí misma, a reivindicar su legitimidad o su "naturalidad" incorporando frecuentemente al vocabulario las categorías con que era médicamente descalificada. No existe el discurso del poder por un lado y, enfrente, otro que se le oponga. Los discursos son elementos o bloques tácticos en el campo de las relaciones de fuerza: puede haberlos diferentes e incluso contradictorios en el interior de la misma estrategia; pueden por el contrario circular sin cambiar de forma entre estrategias opuestas. (Foucault 1995[1975]: 124)

La lógica de la clasificación se inserta en el proceso histórico de un poder centrado en el control sobre la muerte hacia un poder centrado en la regulación de la vida, relacionado con el desarrollo del capitalismo, tomando la forma de un *"bio-poder"* (Foucault 1995[1975]: 174).

En el ámbito de reflexión sobre la clasificación diagnóstica de los tránsitos en el género, el marco teórico desarrollado por Foucault se ha utilizado, a modo de ejemplo, para analizar los procesos de establecimiento del DSM y de la CIE (Armstrong 2011), el proceso de construcción del modelo actual de sexos/géneros y su representación visual en la bibliografía médica (Lacqueur 1994[1990]), las corporalidades y necesidades de modificación corporal trans-específica en el marco del sistema médico-legal actual (Davy 2008), así como para revisar críticamente la conceptualización médica y clasificación diagnóstica de los tránsitos en el género (Tosh 2014) y de la diversidad de género en la infancia (Pyne 2014b; Tosh 2014).

Sociología del diagnóstico

Como otros enfoques teóricos relacionados con la demanda de retirada de la clasificación diagnóstica de los tránsitos en el género, se puede nombrar la sociología del diagnóstico¹⁹¹ y el análisis de los procesos de medicalización¹⁹². A diferencia del análisis de procesos históricos de construcción de sistemas de clasificación aportado por Foucault (1994[1984], 1995[1975], 1996[1966], 2000[1961], 2003[1984], 2006[1984]), los enfoques nombrados revisan los significados, roles y consecuencias de los sistemas de clasificación diagnóstica en la sociedad contemporánea.

A lo largo de los últimos años, se observa la emergencia de una *"sociology of diagnosis"* (Jutel 2009: 278; Jutel y Nettleton 2011: 739). La primera mención del término se adscribe a Brown (1990) (Jutel y Nettleton 2011).

La sociología del diagnóstico se sitúa en el marco más amplio de una sociología de la enfermedad y salud (Jutel y Nettleton 2011; Timmermans 2013). Jutel y Nettleton (2011) señalan que *"diagnosis has had an absent presence in the sociology of health and illness"* (793), observando la limitación a un análisis de casos de diagnósticos controvertidos que suscitaron una respuesta por parte de movimientos activistas y grupos de usuari*s. Además, diferentes autor*s relacionan la sociología del diagnóstico con un análisis de procesos actuales de construcción social y cultural de la enfermedad, realizado con referencia a predecesor*s y teóric*s del constructivismo social, entre l*s que se nombra a Durkheim, Goffman, Glaser y Strauss, Berger y Luckmann, Foucault, Turner, Freidson y Hacking (Jutel 2009; Conrad y Barker 2010; Olafsdottir y Pescosolido 2011).

El concepto diagnóstico es definido como *"both the pre-existing set of categories agreed upon by the medical profession to designate a specific condition it considers pathological, and the process, or deliberate judgement, by which such a label is applied"* (Jutel 2009: 278).

Jutel y Nettleton (2011) proponen una diferenciación de un análisis de los roles del diagnóstico a un nivel macro, meso y micro.

We can pursue a sociology of diagnosis at the macro, mezzo and micro level. For example, diagnosis is implicated in the play of global politics, economic and commercial agendas when resources and multinational corporations work with stakeholders in health care to concretise diseases and conditions. Organisationally diagnoses are shaped by and provide a means for casting light on the interplay between medical care providers and professional territories. In terms of social interactions, the application of diagnoses by the practitioner in the clinic reveals much about the nature of professional patient relations and how the wider societal contexts permeate the diagnostic process. (Jutel y Nettleton 2011: 799)

¹⁹¹ Armstrong 2011; Blaxter 1978; Bowker y Star 1999; Brown 1990; Brown, Lyson y Jenkins 2011; Gardner, Dew, Stubbe et al. 2011; LeFrançois y Diamond 2014; Jutel 2009; Jutel y Nettleton 2011; Nettleton 2006; Olafsdottir y Pescosolido 2011; Schubert 2011; Timmermans 2011.

¹⁹² Conrad 1992, 2005; Halfman 2012; Illich 1973; Maturo 2012.

A un nivel macro, se identifican diferentes roles de los procesos diagnósticos, entre ellos, el control social (Brown 1990; Gardner, et al. 2011; Olafsdottir y Pescosolido 2011), la definición de los parámetros de lo que se considera normal o anormal (Brown 1990; Jutel 2009), así como el poder de clasificar problemas sociales (Olafsdottir y Pescosolido 2011). Además, se señala el rol del diagnóstico como herramienta de clasificación y validación de lo que se considera enfermedad (Jutel y Nettleton 2011), forma de ordenar el mundo social (Schubert 2011) y transmisión de normas sociales (Gardner, et al. 2011). Asimismo, se señala su papel en la construcción social de enfermedades (Jutel 2009; Conrad y Barker 2010; Olafsdottir y Pescosolido 2011) y aumento de su inteligibilidad (Gardner, et al. 2011). Finalmente, se resalta el rol del diagnóstico en la garantía de beneficios comerciales (Gardner, et al. 2011) y autorrepresentación de l*s profesionales de la psiquiatría (Brown 1990).

Diagnosis locates the parameters of normality and abnormality, demarcates the professional and institutional boundaries of the mental health system, and authorizes psychiatry to label and deal with people on behalf of society at large (or, more appropriately, certain sectors of society). It is the legal basis for provision of benefits, and often for involuntary commitment. (2) Especially in the guise of DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), psychiatric diagnosis is the social representation of psychiatric knowledge, as well as the psychiatric profession's presentation of self. (Brown 1990: s.p.)

Con referencia al concepto de bio-poder en Foucault, se resalta la relación del diagnóstico con fenómenos sociales y políticos más amplios (Gardner, et al. 2011).

A un nivel meso, se identifica como un rol relevante del diagnóstico el establecimiento de la autoridad y del poder médico (Brown 1990; Freidson 1972; Gardner, et al. 2011; Jutel 2009; Jutel y Nettleton 2011). Además, se nombra una función administrativa del diagnóstico, en el sentido de una gestión del acceso a servicios, reembolso de gastos sanitarios y otorgación de permisos (Jutel 2009, 2010; Jutel y Nettleton 2011).

A un nivel micro, se hace referencia al rol del diagnóstico en la organización de la enfermedad, identificación de diferentes opciones de tratamiento y provisión de un marco de explicación para l*s usuari*s (Jutel 2009; Nettleton 2006). Se señala que el diagnóstico "*gives permission to be ill*" (Jutel 2009: 278), legitimando formas de comportamiento consideradas como socialmente 'desviadas' (Gardner, et al. 2011). A diferencia de este rol de desculpabilización del individuo a través del diagnóstico, el autodiagnóstico se identifica como herramienta de cuestionamiento de la autoridad médica y vehículo de cambio en la relación médic*-usuari* (Jutel 2010).

Desde una conceptualización del diagnóstico como práctica continuada, se observa una interrelación estrecha entre cuerpos, herramientas y conocimientos (Gardner, et al. 2011; Schubert 2011). En este sentido, se analiza en qué medida diferentes procedimientos diagnósticos producen formas diferenciadas de auto-conciencia (Gardner, et al. 2011).

Aparte de la diferenciación de los roles del diagnóstico a nivel macro, meso y micro, Jutel y Nettleton (2011) proponen, siguiendo a Blaxter (1978), una conceptualización del

diagnóstico como categoría y como proceso, añadiendo como tercera dimensión el análisis de sus consecuencias. En la conceptualización del diagnóstico como categoría, Jutel y Nettleton (2011) hacen referencia al análisis histórico de su desarrollo desde el siglo XVIII hasta la actualidad, incluyendo el análisis de tendencias actuales de medicalización. En la conceptualización del diagnóstico como proceso, las autoras señalan el carácter frágil y continuado del proceso diagnóstico, así como el poder social inherente a ambas dimensiones, requiriendo una mirada hacia sus consecuencias (Jutel y Nettleton 2011).

The social power of diagnostic classification is enacted by the process of diagnosis. We could describe the process of diagnosis as a kind of actualisation; once assigned to individuals, the diagnosis-as-category starts its classificatory work, and exerts its social functions.

(Jutel y Nettleton 2011: 796)

En una mirada integrada del diagnóstico como categoría y como proceso, el diagnóstico se utiliza como herramienta analítica para analizar procesos sociales, económicos y políticos subyacentes (Jutel y Nettleton 2011).

Diagnosis serves thus as an analytic device that can explore the way classifications and labels are constructed, framed and enacted. (...)

In 1995, Brown named the sociology of diagnosis. Today, in the commentary in this Special Issue, he along with his colleagues, proposes an integrated perspective of diagnosis which connects illness, diagnosis-as-category and diagnosis-as-process to numerous social, economic and political factors. This approach de-constructs the diagnostic category to connect illness and disease with a range of extra-medical factors influencing health and illness.

(Jutel y Nettleton 2011: 798)

LeFrançois y Diamond (2014) proponen un análisis del diagnóstico desde una perspectiva queer para analizar los procesos políticos y dicotomías en la construcción de salud y enfermedad.

To understand diagnosis through a queer theory lens is to intimately engage our analyses and critical practice with the political world, to denaturalize the process, to question the mentally ill/sane dichotomy, to open up the potential for multiple interpretations of experience.

(LeFrançois y Diamond 2014: 54)

Brown, Lyson y Jenkins (2011: 939) hablan de un "*social diagnosis*" para describir la interacción entre la estructura social más amplia, el individuo y la comunidad en el proceso diagnóstico.

First, it connects an illness or the act of diagnosing that illness to a set of political, economic, cultural and social conditions or factors. Second, social diagnosis is conducted by different social actors, and the actions of one group of stakeholders often spill over to affect the actions of other actors.

(Brown, et al. 2011: 939)

En relación a un análisis de las consecuencias del diagnóstico, Jutel y Nettleton (2011) señalan que los procesos de diagnóstico contribuyen a la medicalización, además de fijar, una vez incluidos en los manuales diagnósticos, una forma de ver la enfermedad que privilegia unas voces y silencia otras (capítulo II, 3.2.6.3).

LeFrançois y Diamond (2014) analizan, con referencia a Austin, Derrida y Butler, el poder performativo del diagnóstico psiquiátrico.

This process can be understood using Austin's (1962) and Derrida's (1982) notion of citationality as well as Butler's (1997) concept of performatives, which together demonstrate how certain types of speech in the realm of psychiatry wield significant power to perform social acts. For example, when a psychiatrist declares that a person is a schizophrenic and does not have the ability to make decisions for herself, an involuntary mental patient is born; whereas if an individual who is incarcerated in a psychiatric hospital declares her psychiatrist as delusional and violent, there will be no significant consequence. Even though 'mental health' and 'mental illness' are not natural facts, these categories are made real through citation from an authority, repetition and performatives; and, the impact that these categories have on all of our lives is very real. (LeFrançois y Diamond 2014: 43)

Además, resaltan los efectos negativos del diagnóstico psiquiátrico, en el sentido de un aumento de barreras estructurales, aislamiento social, exclusión del empleo, falta de participación en la sociedad civil y escasez de posibilidades de elección del tratamiento (LeFrançois y Diamond (2014).

The sociopolitical ramifications of being diagnosed, and hence being made abject, may be experienced as devastating with the immediate rise of structural barriers, social isolation, exclusion from employment, lack of meaningful participation in civic society, and lack of choice in treatment. (LeFrançois y Diamond 2014: 53-54)

Paralelamente a la observación de las consecuencias del diagnóstico, se identifican múltiples procesos de resistencia, respuesta crítica y resignificación (Jutel y Nettleton 2011).

Within the context of Western biomedicine diagnosis: validates what counts as disease; offers explanations and coheres patients' symptoms; legitimates illness, enabling patients to access the sick role; provides a means to access resources and facilitates their allocation; and forms the foundation of medical authority. But close scrutiny reveals that the picture is not a simple one. Medical diagnoses are also contested, socially created, framed and/or enacted. (Jutel y Nettleton 2011: 793)

La homosexualidad o la histeria se nombran como ejemplos de categorías diagnósticas que fueron desclasificadas por mediación de los movimientos sociales (Jutel 2009; Jutel y Nettleton 2011). Por el otro lado, dan ejemplos en los que la sociedad civil contribuyó al establecimiento de diagnósticos, como en caso de la "*miner's lung*" o del "*Gulf War Syndrome*" (Jutel y Nettleton 2011: 794).

En este sentido, se observan tanto efectos de estigma, como procesos de desvictimización, legitimación y surgimiento de identidades en los que la persona que recibió el diagnóstico se convierte en un agente activo (Jutel y Nettleton 2011).

Según Bowker y Star (1999), los efectos negativos del diagnóstico solo pueden ser superados a través de "*flexible classifications whose users are aware of the political and organisational dimensions and which explicitly retain traces of their construction*" (Bowker y Star 1999: 236, en: Armstrong 2011: 801-802).

Frente a las consecuencias normativas del diagnóstico que patologiza a niñ*s que no corresponden a la norma social, se dirige la expectativa a la sociología del diagnóstico de

asumir un rol de cuestionamiento de las clasificaciones diagnósticas y de la práctica psiquiátrica normativa (LeFrançois y Diamond 2014).

Aparte de un análisis de las reacciones de resistencia al diagnóstico, se observan cambios en el momento actual, en el sentido de un cuestionamiento del dualismo enfermedad – no enfermedad en consecuencia del surgimiento de la categoría de ‘enfermedades potenciales’ o ‘factores de riesgo’, el conocimiento creciente de las expectativas de l*s usuari*s y el aumento de conciencia social y política sobre las consecuencias del diagnóstico (Jutel y Nettleton 2011).

En estrecha relación con el análisis del diagnóstico, se puede identificar un análisis de los procesos de medicalización. Siguiendo a Conrad (1992: 211, citado por: Halfman 2012: 2), “[m]edicalization consists of defining a problem in medical terms, using medical language to describe a problem, adopting a medical framework to understand a problem, or using a medical intervention to ‘treat’ it. This is a sociocultural process that may or may not involve the medical profession, lead to medical social control or medical treatment, or be the result of intentional expansion by the medical profession”.

Con referencia a Conrad, Foucault, Freidson e Illich y Rose, entre otr*s, Halfman (2012) analiza los procesos de medicalización a un nivel marco, meso y micro, incluyendo la revisión de discursos, prácticas e identidades. Según su análisis, se puede constatar la presencia simultánea de procesos de medicalización y desmedicalización (Halfman 2012). Como factores de medicalización, nombra la rivalidad intra-profesional, el capitalismo, el patriarcado, la tecnocracia, la secularización y el control social (Halfman 2012). A la vez, identifica diferentes fuentes para la desmedicalización, entre ellos los movimientos sociales, así como la crítica por las Ciencias Sociales o el periodismo (Halfman 2012).

Conrad (2005) habla de “*The Shifting Engines of Medicalization*” (3), entre los que cuenta la biotecnología, el movimiento de usuari*s y los sistemas de “*managed care*” (3), resaltando la creciente importancia de los intereses farmacéuticos en los procesos de medicalización.

Con referencia al concepto de “*iatrogenesis*” en Illich (1973: 9; capítulo II, 3.2.6.3), Maturo (2012) señala la patologización inherente a la medicalización en cuyo transcurso diferentes aspectos de la vida humana empiezan a ser considerados como problemas médicos.

Medicalization can be defined as the process by which some aspects of human life come to be considered as medical problems, whereas before they were not considered pathological. (Maturo 2012: s.p.)

Como inherente a los procesos de medicalización, se identifica el riesgo de una individualización de problemas sociales y aumento de un reduccionismo biológico, desviando la responsabilidad desde el ámbito político a la esfera personal (Maturo 2012).

In the discourse on health, risk may be connected to the individualization of social problems, biological reductionism, and the shifting borders between normal and pathological. As it will be shown in the next pages, it can be easier for political institutions to embrace a clinical and biological definition of a disease instead of addressing the social causes underlying

these pathological conditions. Considering illness as an external risk, the responsibility to avoid it is shifted from social policy to the individual, despite pathology being strongly connected to social and economic conditions. (Maturó 2012: s.p.)

La medicalización y el diagnóstico se identifican como dos conceptos estrechamente vinculados, sin ser sinónimos (Jutel 2009). Según Jutel y Nettleton (2011), los diagnósticos adquieren un rol importante en la fundación de diferentes formas de medicalización.

Medicalisation and diagnosis are clearly closely linked, but they are just as clearly not synonymous terms. Medicalisation is a process, one which may be aided in its accomplishment by diagnosis as a classification tool. (Jutel 2009: 285)

3.2. “L'autèntica malaltia és la transfòbia”¹⁹³: Psiquiatrización, discriminación y violencia transfóbica



Carteles de convocatoria del Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans

Imagen 30: Madrid, Plataforma Octubre Trans Madrid, 2015

Imagen 31: Lisboa, Panteras Rosa, 2009

Todos somos sujetos creados por la psiquiatría norteamericana de los años '50. (Cabral en: Alabao 2012: s.p.)

La construcción de la transexualidad como patología afecta, sin embargo, aún a quienes no son transexuales, puesto que somete a todos los cuerpos, identidades, expresiones de género y sexualidades a la vigilancia y la intervención de un dispositivo de control que es a la vez médico, psiquiátrico, jurídico y bioético. (Red Latinoamericana de Hombres Trans en el Activismo 2009: s.p.)

La transfobia perjudica seriamente tu salud y la mía. (Plataforma Octubre Trans Madrid, 2015, Imagen 30)

3.2.1. Discursos activistas y teórico-activistas

El activismo por la despatologización trans* no se limita a la demanda de abolición de la clasificación de los tránsitos en el género como trastorno mental, sino vincula sus reivindicaciones a un análisis crítico de la situación actual de las personas trans* y un cuestionamiento más amplio de procesos de psiquiatrización y patologización de expresiones,

¹⁹³ Fuente de la cita: Guerrilla Travolaka 2007a: s.p.

trayectorias e identidades de género no normativas presentes en la sociedad actual.

En este sentido, parte de una inversión de la lógica de la conceptualización médica de los procesos de tránsito en el género que se ha valorado como un *"cambio de paradigma"* (Missé 2012b: 5; Missé y Coll-Planas 2010b: 54). Este cuestionamiento del paradigma médico de la transexualidad incluye diferentes aspectos.

3.2.1.1. De trastorno a Derecho Humano

Por un lado, se observa un cambio la conceptualización de los procesos de tránsito en el género como enfermedad o trastorno mental, hacia su entendimiento como una expresión de la diversidad humana y Derecho Humano (Balzer 2010; Missé 2012b; Missé y Coll-Planas 2010b).

Lo que plantea el discurso de la despatologización trans es un cambio de paradigma en el que la transexualidad no sea una patología ni tampoco un problema, sino que sea entendida como un conjunto de trayectorias vitales posibles, heterogéneas, cambiantes y fluidas. Se trata de pasar de un modelo médico a un modelo de derechos humanos, en que los profesionales de la salud acompañen pero no determinen las formas de entender y vivir la transexualidad.

(Missé y Coll-Planas 2010b: 54)

En el capítulo II, 3.4, profundizaré en la importancia que adquirió el marco teórico de Derechos Humanos para el activismo por la despatologización trans*.

3.2.1.2. Cuestionamiento del malestar como proceso individual

Por el otro lado, se produce un cuestionamiento del entendimiento del 'malestar' como proceso individual. En este sentido, en vez de situar el 'problema' en la persona que desea transitar en el género, se identifica el lugar de conflicto en la transfobia de la sociedad actual (Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a).

Estas clasificaciones [el DSM y la CIE] son las que guían a los y las psiquiatras de todo el mundo a la hora de establecer sus diagnósticos. En ellas se comete un error poco casual: la confusión de los efectos de la transfobia con los de la transexualidad. Se invisibiliza la violencia social que se ejerce sobre quienes no se adecuan a las normas de género. De este modo, se ignora activamente que el problema no es la identidad de género, es la transfobia. (Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a: s.p.)

Esta idea también está presente en manifiestos de grupos en diferentes partes del mundo que participan en la convocatoria del Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans (Acera del Frente 2008; Guerrilla Travolaka 2007a; OTD Chile 2015; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010a; VV.AA. 2011).

La transexualitat no és una malaltia! Nosaltres no som malalts mentals! L'autèntica malaltia és la transfòbia.

(Guerrilla Travolaka 2007a: s.p.)

Hoy, activistas en Madrid, pero también en Bruselas, Paris, Lisboa, A Coruña, Barcelona, Bilbo, Donosti, Gasteiz y Zaragoza, alzaremos de nuevo la voz para decir que la transexualidad no es una enfermedad pero que la transfobia sí es una forma de violencia social que debemos y queremos erradicar.

(Acera del Frente 2008: s.p.)

El trastorno de identidad de género no existe. Lo que sí existe es la transfobia.
(Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010a: s.p.)

Se invisibiliza la estigmatización, discriminación y la violencia social que se ejerce sobre quienes no nos adecuamos a las normas convencionales de género, impuestas en la sociedad patriarcal sexista, machista, misógina y heteronormativa en la que vivimos. De este modo, se ignora activamente que el problema no es la identidad de género, sino la transfobia, no es la egodistonia sino la sociodistonia, son la homofobia y la transfobia interiorizadas, familiares, sociales e institucionales.
(Frente Ciudadano Pro Derechos de Transexuales y Transgéneros 2010: s.p.)

Patologizar la condición trans es un simple etiquetamiento mecánico y reduccionista del modelo dicotómico salud-enfermedad; despatologizar es un acto de justicia. Si algo mereciese patologización, sería la transfobia.
(VV.AA. 2011: s.p.)

PRIMERO.— Adherimos a la campaña global **Stop Trans Pathologization** (stp2012.info), por la despatologización de las identidades trans, puesto que ni nuestras identidades son una enfermedad ni nuestro cuerpo un error. Por el contrario, festejamos nuestras identidades y cuerpos trans, y denunciemos la ignorancia de la sociedad como principal causa de la transfobia que nos afecta en forma de **discriminación, exclusión y violencias**.
(OTD Chile 2015: s.p.)

3.2.1.3. Dinámicas de psicopatologización, discriminación y exclusión social

Desde el activismo por la despatologización trans* se realiza un análisis de los efectos negativos de la clasificación diagnóstica de las expresiones e identidades trans como trastorno mental en la vida de las personas trans* (Guerrilla Travolaka 2007b; Red Internacional por la Despatologización 2009a, 2011b; TRiQ 2009).

En este sentido, se constata una interrelación entre una clasificación de los procesos de tránsito en el género y actitudes sociales de prejuicio y transfobia, contribuyendo, por un lado, a una exclusión social y laboral de las personas trans*, como, por el otro lado, a actos de violencia transfóbica. Aparte de la violencia directa, se constatan formas de violencia institucional, incluyendo situaciones de discriminación en el ámbito administrativo y sanitario, con consecuencias negativas para el disfrute de los Derechos Humanos y la salud de las personas trans*.

El punt de partida per al debat que proposem en aquesta assemblea és la lluita contra la transfòbia i els processos de psiquiatrització dels i les trans.
(Guerrilla Travolaka 2007b: s.p.)

Consideramos que la clasificación de la transexualidad como enfermedad mental fomenta el riesgo de transfobia y exclusión social de personas trans en todo el mundo.
(Red Internacional por la Despatologización 2009a: s.p.)

Manifestamos nuestra preocupación por potenciales efectos iatrogénicos de una clasificación de las expresiones, trayectorias e identidades de género trans como trastorno mental, en el sentido de un fomento del riesgo de exclusión social, exposición a violencia transfóbica y repercusiones en la salud de las personas trans. Asimismo, nos preocupa la atribución de un diagnóstico de “disforia de género” en niñ*s con expresiones e identidades de género que difieren de lo que la sociedad considera preferencias, vestimentas y actividades “típicas” respecto al género asignado.
(Red Internacional por la Despatologización Trans 2011b: s.p.)

La patologización de las identidades trans es una de las bases de una transfobia extendida en todo el mundo.
(TriQ 2009: s.p.)¹⁹⁴

Desde perspectivas teórico-activistas, se confirma la observación de una interrelación entre clasificación diagnóstica, discriminación, exclusión social y violencia transfóbica (Coll-Planas 2010a; Reucher 2013[2011]).

Aparte de la relevancia evidente en el ámbito médico, la clasificación de la transexualidad como trastorno mental tiene una gran influencia en el imaginario social, aumentando la estigmatización que acompaña el colectivo, como a nivel legal.
(Coll-Planas 2010a: 16-17)

Dépsychiatriser la transidentité, c'est permettre que la transphobie soit reconnue comme une discrimination. On ne discrimine pas des malades mentaux. Comment être pris au sérieux avec cette étiquette? C'est connu, les malades mentaux n'ont pas toute leur tête! On en conclu donc qu'ils ne sont pas capables de décider de ce qui est bon pour eux. Tant que la transidentité sera une maladie mentale, les trans' seront des personnes sans droit qu'on pourra discriminer en toute impunité. N'oublions pas qu'il y a des trans' qui se font agressés, assassinés uniquement à cause de leur identité de genre atypique.
(Reucher 2013[2011]: 43)

3.2.1.4. Violencia transfóbica

La denuncia de la interrelación entre clasificación diagnóstica y violencia transfóbica expresada desde el activismo por la despatologización trans* se puede situar en el contexto de un análisis de la situación actual de exposición de las personas trans* a dinámicas discriminación, crímenes de odio transfóbicos y modalidades de violencia institucional en estudios e informes publicados, a lo largo de los últimos años, por redes activistas, organizaciones de Derechos Humanos y autor*s individuales¹⁹⁵.

3.2.1.4.1. Violencia física y crímenes de odio transfóbicos: Estado de situación

La violencia transfóbica en las calles se identifica como un grave riesgo para las personas trans*, con un alto número de muertes violentas de personas trans* en diferentes partes del mundo (Amnesty International 2013; Balzer y Hutta 2012; Balzer, et al. 2012; Berkins y Fernández 2005; Cabral y Hoffman 2009; Human Rights Watch 2011; O'Flaherty y Fisher 2008; Sood 2009; UNDP y Winter 2012).

Un estudio cuantitativo publicado en 2009 por Turner, Whittle y Combs, editado por el grupo activista *Press for Change* e *ILGA-Europe*, refleja que 79% de las personas trans* que

¹⁹⁴ Traducción propia. Texto original: "Die Pathologisierung von Trans-Identitäten ist eine der Grundlagen einer weltweit verbreiteten Transphobie" (TriQ 2009: s.p.).

¹⁹⁵ Amnesty International 2013, 2014; Balzer y Hutta 2012; Balzer, et al. 2012; Berkins y Fernández 2005; Cabral y Hoffman 2009; Comisión Europea 2012a, 2012b; Consejo de Europa 2011; FRA 2013a, 2013b, 2014; GLSEN y Harris Interactive 2012; Grant, et al. 2011; Gunguluza 2012; Health Policy Project, et al. 2015; Human Rights Watch 2011; ILGALAC 2009; Namaste 2000; New Zealand Human Rights Commission 2008; O'Flaherty y Fisher 2008; OMS 2015i, 2015j; ONUSIDA 2014a, 2014b; OPS 2014; OPS y OMS 2013; Sood 2010; Spade 2003, 2006a, 2006b; TGEU 2015c; Turner, Whittle y Combs 2009; UNDP 2013; Whittle, Turner y Al-Alami 2007; Whittle, Turner, Combs, et al. 2008; Winter, Chalungsooth, Teh, et al. 2009; Winters 2008a; WPRO, et al. 2013.

participaron en la investigación habían experimentado alguna forma de acoso en el espacio público, desde comentarios transfóbicos a abusos sexuales.

Una investigación reciente titulada *Transrespecto versus transfobia en el mundo* (Balzer, et al. 2012), coordinado por un equipo de investigación¹⁹⁶ de *Transgender Europe* (TGEU), realiza un monitoreo de los casos de homicidios de personas trans* en diferentes partes del mundo entre 2009 y 2012.

Transrespecto versus Transfobia en el Mundo (TVT) es un proyecto de investigación en curso, de metodología comparativa cualitativo-cuantitativa, conducido por el equipo de investigación de Transgender Europe (TGEU) en estrecha cooperación con 17 organizaciones asociadas y numerosos activistas trans e investigadores de las regiones de África, América Central y del Sur, América del Norte, Asia, Europa y Oceanía. Ha sido asesorado por un Consejo Consultivo compuesto por más de 20 personas de todas partes del mundo expertos en Derechos Humanos de personas trans y LGBT. Este proyecto procura proveer una visión general sobre la situación en diferentes partes del mundo de los Derechos Humanos de las personas trans, y asimismo desarrollar datos útiles y herramientas de acción para instituciones internacionales, organizaciones de Derechos Humanos, el movimiento trans y para el público general. (Balzer, et al. 2012: texto en contratapa)

En el informe final del proyecto Balzer, et al. (2012) destacan que el número de homicidios enumerados solo constituye una pequeña parte de las cifras reales, en consecuencia de la falta de sistemas de registro y la situación de marginalidad e invisibilidad social de las personas trans* en diferentes partes del mundo. En este sentido, un número alto de casos registrados se relaciona tanto con un alto grado de violencia transfóbica en el país estudiado, como con la presencia de mecanismos de registro por parte del movimiento trans* y LGTB o instancias gubernamentales. El estudio recoge un número de 831 homicidios registrados de personas trans* en 55 países entre enero de 2008 y diciembre de 2012, 4 en África, 644 en América Latina, 71 en Asia, 53 en Europa, 55 en Norteamérica y 4 en Oceanía (Balzer, et al. 2012).

Además, hemos subrayado como el TMM depende sobre todo de la visibilidad de las personas trans, la cobertura que estas reciben a través de los periódicos y sitios web, y a través de los sistemas de monitorización local y regional. Una reflexión importante que se deduce de los resultados del TMM tiene que ver precisamente con esta conexión entre la monitorización y la información acerca de los asesinatos de personas trans. (...) Aparte del hecho de que muchos asesinatos de personas trans son a menudo registrados como asesinatos de gays o de hombres, escapando así de la atención del TMM, existen obstáculos mayores en la clasificación de muchas de las muertes registradas como asesinatos transfóbicos: el registro inapropiado o incluso transfóbico del caso, la asociación precipitada de los crímenes con cuestiones como el abuso de sustancias, “crímenes de pasión”, legítima defensa, etc; el fracaso de la policía y de las autoridades judiciales a la hora de investigar y perseguir la violencia transfóbica; y la falta de concienciación o de voluntad a la hora de investigar los motivos reales de los casos que implican violencia contra las personas trans. (Balzer, et al. 2012: 67)

En la actualización más reciente, se constata un total de 1.731 casos de homicidios de personas trans* desde el 1 de enero de 2008 hasta el 21 de diciembre de 2014 (TGEU y Balzer

¹⁹⁶ Tuve la oportunidad de participar en la fase de planificación y puesta en marcha de este proyecto (Balzer y Suess 2010a, 2010b).

2015a).

En un informe publicado en 2013, *Amnesty International* (2013) revisa la situación de violencia transfóbica y crímenes de odio cometidos contra personas LGBTI en el contexto europeo, constatando una frecuente exposición a discriminación, prejuicio y violencia. A la vez, *Amnesty International* (2013) observa una frecuente ausencia de mecanismos de colección de datos sobre crímenes de odio homófobos o transfobos.

Desde la constatación de un alto grado de violencia contra personas trans* relacionada con actitudes transfóbicas, los estudios e informes revisados¹⁹⁷ coinciden en señalar la importancia de una aprobación de leyes anti-discriminación y legislación sobre crímenes de odio, bajo inclusión de la dimensión de orientación sexual y expresión e identidad de género, así como la relevancia de la realización de estudios comparativos.

3.2.1.4.2. Dinámicas de violencia institucional: Estado de situación

Aparte de la violencia física en la calles, se observan diferentes formas de violencia institucional¹⁹⁸. Los informes revisados denuncian la criminalización de las expresiones e identidades de género que difieren del género adscrito al nacer o de normas de género establecidos a través de leyes que prohíben la homosexualidad, el *cross-dressing* o la transexualidad (Balzer, et al. 2012; Borgogno 2010; Cabral y Hoffman 2009; Human Rights Watch 2009b; ILGALAC 2009; O’Flaherty y Fisher 2008; Russian LGBT Network; Sood 2010).

Como otra forma de violencia institucional y vulneración de Derechos Humanos se identifica la presencia de requisitos médicos, entre ellos la cirugía genital y la esterilización, en la mayoría de las leyes de identidad de género actualmente vigentes (Amnesty International 2014; Balzer y Hutta 2012; Balzer, et al. 2012; Köhler, Ehrt y Recher 2013; Ministry of Justice 2011; O’Flaherty y Fisher 2008; TGEU 2015c; TGEU y Balzer 2015b; Turner, et al. 2008; Whittle 2002; capítulo II, 3.8).

La falta de reconocimiento del término de ‘identidad de género’ como razón de discriminación en la legislación de asilo en diferentes países europeos constituye otro aspecto de violencia institucional destacado en informes recientes (Jansen y Spijkerboer 2011; Laursen y Jayseelan 2009; Osborne, Longo, Monteros, et al. 2012).

Por parte de Fuerzas del Orden Público, se observan incidentes de violencia y limitación de derechos ciudadanos de las personas trans* (Berkins y Fernández 2005; Cabral y Hoffman 2009; Human Rights Watch 2011; Namaste 2000; O’Flaherty y Fisher 2008). En los centros de detención de migrantes, se observa un frecuente trato discriminatorio a personas LGBTI (Jansen y Spijkerboer 2011; Osborne, et al. 2012).

¹⁹⁷ Amnesty International 2013; Balzer y Hutta 2012; Balzer, et al. 2012; Berkins y Fernández 2005; Cabral y Hoffman 2009; Human Rights Watch 2011; O’Flaherty y Fisher 2008; Sood 2009.

¹⁹⁸ Balzer y Hutta 2012; Balzer, et al. 2012; Berkins y Fernández 2005; Cabral y Hoffman 2009; Health Policy Project, APTN y UNDP 2015; Human Rights Watch 2011; Namaste 2000; New Zealand Human Rights Commission 2008; O’Flaherty, Fisher 2008; Sood 2009; Whittle, et al. 2008.

Además, se observan prácticas cotidianas de violencia institucional en diferentes ámbitos.

En el ámbito administrativo, se constata una frecuente falta de reconocimiento del nombre y género, trato discriminatorio y situaciones de violencia institucional, contribuyendo a la estigmatización de las personas trans* y la obstaculización del ejercicio de sus derechos ciudadanos en diferentes partes del mundo (Berkins y Fernández 2005; Cabral y Hoffman 2009; Human Rights Watch 2011; Namaste 2000; New Zealand Human Rights Commission 2008; Sood 2009; Whittle, et al. 2008).

En el contexto sanitario, la experiencia de un trato discriminatorio, abuso o violencia institucional se identifica como razón para una infrautilización de los servicios de prevención y atención sanitaria, con potenciales consecuencias negativas para la salud de las personas trans* (Balzer y Hutta 2012; Balzer, et al. 2012; Berkins y Fernández 2005; Cabral y Hoffman 2009; Namaste 2000; O’Flaherty y Fisher 2008; Sood 2009; Whittle, et al. 2008).

En el ámbito educativo y académico, el trato discriminatorio dirigido a personas trans*, la falta de un reconocimiento del nombre y género, así como la presencia de incidentes de violencia transfóbica se nombran como aspectos que pueden contribuir a una interrupción de la carrera escolar o universitaria de las personas trans*, limitando su derecho a la educación (Cabral, Hoffman 2009; Human Rights Watch 2011; O’Flaherty y Fisher 2008; Sood 2009).

En el ámbito laboral, se observa una frecuente exclusión de personas trans* de oportunidades de empleo (Cabral y Hoffman 2009; Human Rights Watch 2011; O’Flaherty y Fisher 2008; Sood 2009). Además, se constatan situaciones de discriminación contra personas trans* en el acceso a la vivienda (Cabral y Hoffman 2009; Human Rights Watch 2011; New Zealand Human Rights Commission 2008; O’Flaherty y Fisher 2008; Sood 2009).

3.2.1.4.3. Demandas

El activismo por la despatologización trans* expresa diferentes demandas relacionadas con la lucha contra la discriminación, violencia transfóbica y exclusión social, haciendo referencia tanto a formas de violencia física como modalidades de violencia institucional. Varias reivindicaciones se dirigen específicamente a la protección contra formas de violencia institucional en el ámbito médico y legal.

3.2.1.4.3.1. Demandas relacionadas con la lucha contra la discriminación, violencia transfóbica y exclusión social

Desde la constatación de la estrecha interrelación entre psicopatologización, discriminación, estigmatización y violencia transfóbica, la lucha contra la transfobia y reivindicación de la inclusión social y laboral de las personas trans* constituye una de las cinco demandas principales de *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization*.

Exigimos: (...)

5. La lucha contra la transfobia: el trabajo para la formación educativa y la inserción social y laboral de las personas trans, así como la visibilización y denuncia de todo tipo de transfobia institucional o social.

(STP-2012 2010[2009]: s.p.)

En varios comunicados y textos de reflexión, STP hace referencia a la demanda de protección contra la discriminación y violencia transfóbica, señalando su carácter estructural (Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a, 2009b, 2010a, 2010b, 2010c; STP-2012 2010[2009], 2011b, 2012a, 2012b, 2012d; STP 2014).

Venidas de distintos lugares del mundo, de territorios lejanos o de los barrios de Barcelona, habiendo cruzado océanos, puentes, carreteras y aceras, aquí estamos, cuerpos en pie de guerra. Trans en lucha defendiendo con garras nuestras identidades, nuestra diversidad, nuestra riqueza, alzando la voz sin miedos, sin dudas, incansables. Trans en lucha defendiendo nuestro derecho al propio cuerpo, condenando la violencia estructural, simbólica, social y directa.

Activistas trans e intersex de todo el mundo salimos a la calle para denunciar la persecución que viven nuestros colectivos, la brutalidad y la impunidad frente a los asesinatos y las violaciones que vivimos, el control al que estamos sometidas. Denunciamos la transfobia de la calle pero también la que tiene lugar en las consultas psiquiátricas, en la patologización de nuestras identidades, en los despidos improcedentes, en la exclusión social, en las miradas ajenas, en los discursos que nos tratan como víctimas y en las cicatrices de nuestras mentes.

(Red Internacional por la Despatologización Trans 2010b: s.p.)

En el momento actual de crisis económica, se observa el riesgo de un agravamiento de la situación de exclusión social y aumento de desigualdades sociales (STP-2012 2012a).

A lo largo de los últimos años, la demanda de despatologización trans ha ganado un creciente reconocimiento, tanto por redes activistas, asociaciones profesionales y gobiernos, como por organismos internacionales. A la vez, las personas trans siguen expuestas a situaciones de patologización, psiquiatrización, discriminación, exclusión social y violencia transfóbica. La actual situación de crisis económica encierra nuevos riesgos de una pérdida de derechos ciudadanos y aumento de desigualdades sociales.

(STP-2012 2012a: 2)

Además, se constata una contradicción entre un creciente reconocimiento de la perspectiva de despatologización trans* y la continuada situación de patologización, discriminación, exclusión social y violencia transfóbica (STP 2014b).

A la vez de identificar algunos avances recientes en materia de derechos trans y despatologización trans, observamos una situación continuada de patologización, psiquiatrización, discriminación y exclusión social de las personas trans en todo el mundo, incluyendo un alto grado de exposición a violencia transfóbica y distrato institucional.

(STP 2014b: 3)

Varias organizaciones y redes activistas internacionales y regionales publicaron declaraciones en las que condenan la discriminación, exclusión social y violencia transfóbica, señalando su interrelación con la clasificación diagnóstica de los procesos de tránsito como trastorno mental (GATE 2013b, 2013d, 2014b; TGEU e ILGA-Europe 2009).

En la *Malta Declaration* (TGEU e ILGA-Europe 2009), se expresa la demanda de una Europa 'libre de toda discriminación'.

We, the participants of the European Trans Rights Conference, yearn for a Europe free from all discrimination^[nota a final del texto], where all people are valued equally irrespective of their gender identity and gender expression. We envision a Europe where people of all gender

identities and gender expressions are fully respected and can live freely without any violations to their human rights and institutions’ interferences in their private lives, in accordance with the Yogyakarta Principles^[nota al final del texto].
(TGEU e ILGA-Europe 2009: s.p.)

Aparte de la demanda de retirada de la clasificación de los tránsitos en el género como trastorno mental de la CIE, en la declaración se pide a las instituciones europeas adoptar medidas contra la transfobia (TGEU e ILGA-Europe 2009).

We call upon the institutions of the Council of Europe and the European Union to:

- Monitor the implementation of case-law and gender equality legislation vis-à-vis trans people
- Make sure that future gender equality legislation expressly includes gender identity and gender expression
- Outlaws any form of discrimination against all trans people explicitly.
- Clearly include measures addressing trans equality issues within gender mainstreaming measures; funding programmes; and including the multi-dimensional gender identity and gender expression in internal and external policy
- Fund detailed research and data collection on trans equality and human rights issues
- Consult and involve trans equality and rights organisations in European gender equality and human rights policy development

(TGEU e ILGA-Europe 2009: s.p.)

GATE, Global Action for Trans Equality* (2013b, 2013d, 2014b), incluye en varias declaraciones publicadas con motivo del *Día Internacional contra la Homofobia y Transfobia*, el *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans*, el *Día Internacional de la Memoria Trans* o el *Día Internacional de Eliminación de la Violencia contra las Mujeres* una mención de la violencia transfóbica. En las declaraciones, hace referencia tanto a formas de violencia directa como de violencia institucionalizada, así como a intersecciones con otras dimensiones de desigualdad, observando una especial vulnerabilidad en niñ*s y jóvenes, trabajador*s del sexo, migrantes, indígenas o personas que viven con VIH/Sida (GATE 2013b, 2013d, 2014b).

We celebrate those advances that, in different countries, are contributing to substantially improve the legal and social situation of trans* people, as well as the increased attention to their specific issues at the regional and international human rights systems. However, GATE notes with concern the persistence of those conditions that, very often, sustain, produce and/or aggravate transphobia: poverty; racism and xenophobia; institutional violence (including schools, hospitals and law enforcement); ableism; familiar and community violence; religious segregation and persecution; media degradation; pathologization; lack of access to gender recognition and/or transitional healthcare or access limited by unacceptable requirements, such as sterilization or psychiatric diagnosis; lack of adequate legal protections and responses to violence against trans* people, among others. These conditions, that affect our communities worldwide, strike with special virulence against trans* and gender-variant children and teenagers, sex workers, migrants and people living with HIV/AIDS.

(GATE 2013b: s.p.)

Como cada año desde hace ya 16 años hoy, 20 de noviembre, es el Día Internacional de la Memoria Trans. En todo el mundo se recuerda a quienes murieron a consecuencia de una violencia en la que suelen entrecruzarse la transfobia, la pobreza, el racismo y la indiferencia social e institucional hacia las vidas y muertes trans. La necesidad misma de un día especial para el recuerdo es un recordatorio: las personas trans no solo existimos en un mundo donde la violencia puede matarnos y nos mata, sino donde esa violencia se perpetua en la continuidad de la injusticia y del olvido.

(GATE 2014b: s.p.)

Los niñ*s y adolescentes con expresiones e identidades de género diferentes al género asignado al nacer se identifican como un grupo especialmente vulnerable a dinámicas de patologización, discriminación y violencia transfóbica (GATE 2013b, 2013c, 2013d; Missé 2013a; Platero 2014; Pyne 2014; STP 2013d; capítulo II, 3.9).

Ante la observación de una interrelación entre la clasificación diagnóstica de la transexualidad como trastorno mental y la exposición de las personas trans* a situaciones de discriminación y violencia transfóbica, GATE (2013b) demanda de retirada de la clasificación diagnóstica trans-específica actual.

More than twenty years after homosexuality was removed from the International Classification of Diseases on May 17th, 1990, trans* identities are still codified as mental disorders –and gender variance in childhood, with independence of further sexual orientation or gender identity, is still considered a mentally disordered way of growing up. GATE calls today for an international joint commitment in favor of depathologizing all forms of gender diversity in the upcoming 11th version of the Classification, and request the World Health Organization to expand the possibilities for trans* participation in the process. (GATE 2013b: s.p.)

Además, grupos y redes activistas locales y regionales que participan en el *Día Internacional de Acción por la Despatologización* publicaron declaraciones en las que la demanda de despatologización y retirada de la clasificación diagnóstica trans-específica actual se relaciona explícitamente con la reivindicación de medidas de protección contra la discriminación, la exclusión social y la violencia transfóbica. En el contexto latinoamericano, estas demandas adquieren un lugar especialmente destacado (Alianza sexo-género diversa revolucionaria 2009; OTD 2010; Frente Ciudadano Pro Derechos de Transexuales y Transgénero 2010).

Solicitamos que se sancione el uso denigrante y sensacionalista que se hace desde la prensa y los medios de comunicación de casos dramáticos porque implican la muerte de compañeras y compañeros nuestros.
Diseño y realización de un plan de incorporación de las personas trans a la sociedad, para que puedan tener acceso a la educación, a la salud, al trabajo y al desarrollo de sus capacidades sin importar cómo se vean, cómo se llamen, cómo amen.
Que el Estado implemente con urgencia leyes y programas destinados a disminuir o erradicar la discriminación de la que somos víctimas las personas transgéneros, transexuales y travestis.
Por eso solicitamos que el Gobierno, la Defensoría del Pueblo y el Ministerio del Poder Popular para la Salud hagan una declaración institucional apoyando la desclasificación de la transexualidad y el transgenerismo de los organismos competentes (la OMS y la APA), su silencio es complicidad.
Queremos también, que se comprometan a revisar y a reestructurar los protocolos sanitarios conforme tres principios: la despatologización de las identidades trans, la protección de los derechos sanitarios de estos colectivos y el abordaje de la transfobia. (Alianza sexo-género diversa revolucionaria 2009: s.p.)

Somos seres humanos, requerimos igualdad de derechos y el alto a la violencia contra nuestros cuerpos e identidades trans e intersex. Por todo esto, y en conjunto a la Campaña Internacional Stop Trans Patologización, que este mes de octubre movilizará a más de 40 ciudades en todo el mundo, exigimos: (...)
- El respeto a nuestra identidad de género en las instituciones de educación y la promoción del estado a la inserción laboral de las personas trans, en todos los espectros laborales. (OTD 2010: 1-2)

En México, específicamente, activistas, organizaciones y organismos de la población trans, LGB y de defensa de los derechos humanos, profesionales e instituciones de la salud y el derecho demandamos y proponemos: (...)

- Que el gobierno federal y los locales, los medios de comunicación y las empresas privadas asuman sus responsabilidades en relación con el acceso a un *trabajo decente* para las personas de la población LGBTTTI, y dentro de ella de las personas trans, tal y como lo reconocen el artículo 123 de la CPEUM, el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales y los ordenamientos de la OIT, y sin cuyo cumplimiento se mantendrán la exclusión, discriminación y marginación de las personas transgénicas y transexuales con la consecuente violación a nuestro derecho al trabajo y al empleo, la estigmatización de una doble moral hipócrita que nos restringe únicamente a las actividades del trabajo sexual, el entretenimiento y el estilismo –las cuales deben concebirse y reglamentarse con un enfoque de derechos humanos y no discriminación– y la pérdida de capital humano en detrimento de la productividad y la cohesión social.

(Frente Ciudadano Pro Derechos de Transexuales y Transgénero 2010: s.p.)

Además, en varias de las convocatorias regionales de las movilizaciones anuales por la despatologización trans*, se resalta la interrelación entre patologización, estigmatización y exclusión social. En un texto publicado con motivo del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2010* en el contexto argentino, Cabral (2010a: s.p.) resalta la importancia de vincular la demanda de despatologización con una lucha más amplia “*contra la criminalización y la estigmatización de nuestras identidades*”.

Este año, como el anterior, el 23 de octubre también nos encontrará aquí, en la Argentina. Y nos encontrará trabajando en pos de cambios que incluyen la despatologización y también la exceden, porque en nuestro país, como en el resto de Latinoamérica, es preciso hacerle frente no sólo a la patologización de nuestras identidades sino, también, a aquellas condiciones materiales y simbólicas que las disminuyen, las atacan y las borran. Es por eso que en nuestro país la convocatoria incluye la lucha contra la criminalización y la estigmatización de nuestras identidades.

(Cabral 2010a: s.p.)

En otro texto activista procedente desde el contexto latinoamericano se resalta la importancia de relacionar la demanda de despatologización trans* con una lucha por la mejora de las condiciones materiales de las personas trans*, combatiendo la exclusión social, educativa y laboral (Red Latinoamericana de Hombres Trans en el Activismo 2009).

3. Cualquier campaña de despatologización de la transexualidad debe considerar, como su tarea propia y urgente, las condiciones materiales que determinan nuestras vidas. Es preciso asegurar que cada persona transexual tenga acceso a los tratamientos hormonales y quirúrgicos que demande, sin que el ejercicio de ese derecho esté condicionado por su situación socioeconómica, respetando la libertad de decisión sobre nuestros cuerpos, identidades, sexualidades y expresiones de género.

(Red Latinoamericana de Hombres Trans en el Activismo 2009: s.p.)

La lucha contra la precariedad, el cese de la discriminación contra las personas trans* en el mercado laboral, la importancia de una dignificación y mejora de las condiciones del trabajo sexual, la importancia de una inclusión de la dimensión de ‘orientación sexual’ e ‘identidad de género’ en los leyes de asilo, la mejora de la situación de las personas trans* en los cárceles y el cierre de los centros de detención de migrantes constituyen prioridades en las declaraciones publicadas por grupos activistas por la despatologización trans* en el contexto europeo (Asamblea Transmaricabollo de Sol 2011a; Berliner Bündnis STP-2012 2010; Existrans

2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014b, 2015; Guerrilla Travolaka i activistes independents 2007; Rojas y Aguirre 2014).

[E]s imprescindible, para evitar la exclusión de las personas trans, luchar contra la transfobia en el ámbito educativo, penitenciario, en los medios de comunicación, etc., y especialmente en el mundo laboral, garantizando el acceso al trabajo. Al mismo tiempo, hace falta dignificar el trabajo sexual y asegurar condiciones de salud y seguridad en su desarrollo.

(Guerrilla Travolaka i activistes independents 2007: s.p.)

1. Combatimos toda forma de sexismo, homofobia, lesbofobia, bifobia y transfobia en todos los ámbitos: institucionales, laborales, en la educación, en cárceles y comisarías, a nivel nacional e internacional, porque la violencia transmaricabollobifóbica en el actual contexto socioeconómico, lejos de haber desaparecido, está cada día más presente, oculta o visible, en todos los estratos de la sociedad española y domina en la mayoría de países del mundo.

2. Defendemos la eliminación de la transexualidad de los manuales de enfermedades (DSM-V y CIE-11) en su próxima actualización. (...)

4. Combatimos el estigma de la prostitución y defendemos el trabajo sexual voluntario como un trabajo, con el reconocimiento de derechos laborales y sociales para todxs lxs trabajadorxs que lo deseen, favoreciendo la regularización de las personas migrantes que se dedican al trabajo sexual; y combatimos cualquier forma de abuso, violencia o explotación laboral asociada a esta forma de trabajo.

5. Exigimos que se respete el derecho de las personas a migrar y acogerse al estatus de asilada por motivos de orientación sexual y de género, eliminando todas las trabas existentes para ello. Abogamos por la abolición de los CIEs, y denunciemos los abusos que se producen con las personas transmaricabollos internadas en los mismos.

(Asamblea Transmaricabollo de Sol 2011a: s.p.)

Rojas y Aguirre (2014) resumen las reivindicaciones del *Colectivo Migrantes Transgresorxs* que hacen referencia a la interrelación entre la patologización de las identidades de género y la falta de protección de los derechos de las personas migrantes trans* en el contexto español.

No es aceptable la patologización de las identidades de género fuera del binomio mujer/hombre, ni los recortes en sanidad pública. Estos afectan a las personas trans en general y a las personas transmigrantes en particular. Afectan nuestras vidas y la cotidianeidad laboral, sanitaria o familiar, obligándonos a vivir con mayor precariedad. De ahí la importancia de sensibilizar al personal de la administración pública en materia de derechos de las personas TLGB migrantes, así como en la educación en cuestiones de diversidad corporal, sexual y de identidades que facilite la libre expresión de estas opciones. De igual manera, se recalca la importancia de sumarse a la demanda de cierre de los Centros de Internamiento de Extranjeros y manifestarse en contra de las políticas migratorias adoptadas por el gobierno español.

(Rojas y Aguirre 2014: s.p.)

La importancia de la lucha contra la transfobia en el activismo por la despatologización trans* se puede situar en el contexto más amplio de iniciativas activistas internacionales surgidas, a lo largo de los últimos años, en el movimiento trans y LGTB, entre ellas la celebración del *Día Internacional contra la Homofobia y Transfobia (IDAHOT)*¹⁹⁹ cada 17 de mayo y del *Transgender Remembrance Day*²⁰⁰ cada 20 de noviembre.

¹⁹⁹ IDAHOT, *International Day Against Homophobia, Transphobia and Biphobia* se celebra desde 2004 cada 17 de mayo (IDAHOT 2015a). En la edición de IDAHOT 2014, se registraron más de 1.000 eventos en más de 120 países (IDAHOT 2015b).

²⁰⁰ El *Transgender Day of Remembrance*, surgido en el ámbito estadounidense, se celebra desde 1999 de forma anual cada 20 de noviembre en diferentes partes del mundo por numerosos grupos y redes activistas (TDoR 2015).

3.2.1.4.3.2. Demandas relacionadas con la experiencia de violencia institucional en el ámbito médico y legal

Aparte de la lucha contra la discriminación, exclusión social y violencia transfóbica, las demandas del activismo por la despatologización trans* se dirigen contra formatos de violencia institucional en el ámbito médico, incluyendo tratamientos no consentidos, terapias de modificación conductual (‘terapias reparativas’) y actitudes de discriminación contra personas trans* en el ámbito administrativo y clínico por motivos de su expresión o identidad de género.

Los discursos activistas señalan el carácter culturalmente específico de formas institucionalizadas de violencia. En este sentido, grupos activistas adheridos a STP observan una mayor presencia de abusos médicos institucionalizados en el contexto occidental, frente a una mayor exposición a situaciones de violencia directa, crímenes de odio y asesinatos transfóbicos en los países del Sur y Este Global (Guerrilla Travolaka, Xarxa Trans-Intersex de Barcelona, ATC Libertad, et al. 2009; Proyecto TRVNSG3NERO en: Vásquez 2010[2009]).

Sabemos muy bien que en muchos sitios las personas transexuales son asediadas, violadas y asesinadas y que aquí, en nuestro contexto, este tipo de violencia es casi invisible, pero la psiquiatrización no es paso adelante. Hemos perfeccionado técnicas para normalizar aquellxs que son diferentes y éstos mecanismos son una violencia simbólica hacia las personas trans e intersex.
(Guerrilla Travolaka, et al. 2009: s.p.)

Quizá en las sociedades del norte en las que ha nacido la campaña STP 2012, la transfobia asume expresiones más institucionalizadas que en nuestro lado del mundo. Pero, institucionalizada o no, explícita o sutil, por acción o por omisión del Estado, la descalificación y la violencia sobre los cuerpos distintos es un común denominador que denunciamos en cuantas ciudades y países participamos de este Octubre Trans.
(Proyecto TRVNSG3NERO en: Vásquez 2010[2009]: 15)

La psiquiatrización, discriminación y exclusión social de las personas trans*, así como el requisito de esterilización en muchas de las leyes de reconocimiento de género actualmente vigentes (capítulo II, 3.8) se identifican como formas de “*violencia simbólica*” (OTD 2010: s.p.).

Desde la Organización de Transexuales por la Dignidad de la Diversidad, denunciamos el abuso de poder y la estigmatización de los tratamientos psiquiátricos y psicológicos que consideran a las personas transexuales, transgéneras y travestis como trastornadas mentales, escudándose en los criterios del Trastorno de Identidad de Género, el Transvestismo Fetichista y Transexualismo, de los manuales de trastornos mentales y enfermedades DSM-IV y CIE-10. (...) La medicina nos cataloga como anormales, nuestros colegios nos humillan y nos expulsan, nuestras familias nos niegan, los empleadores no nos contratan si se nos nota lo que somos o por como nos llamamos legalmente, no condenan por prostituirnos y el estado, a través del poder judicial y el registro civil, nos niega el reconocimiento a nuestra identidad de género y sexo, si no nos sometemos a una esterilización total, violando nuestros Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, que también son Derechos Humanos. (...) Instamos a todas las personas, especialmente a los actuales y futuros profesionales de la salud y la psicología, a no ser cómplices de la violencia simbólica que se ejerce sobre nuestros cuerpos e identidades. Instamos a todas/os quienes crean en la defensa de los Derechos Humanos, en la libertad de cada quien a decidir sobre su cuerpo, en la igualdad e inclusión social de todas las personas sin importar su sexo o apariencia física, a que apoyen esta declaración y la difundan.
(OTD 2010: s.p.)

Desde el contexto francés, el *Collectif Existrans* (2011) habla de “*Transphobie d’État*” (s.p.), destacando la implicación del Estado en la discriminación de las personas trans* en el

ámbito sanitario, legal, social y político mediante mecanismos como la patologización, el requisito de esterilización en el proceso de reconocimiento legal, así como la precarización o la expulsión de migrantes trans*. En este sentido, en 2011 la convocatoria de su marcha está encabezada por el lema "*Transphobie d'État: Pathologisation, Stérilisation, Précarisation, Expulsion*" (Collectif Existrans 2011: s.p.).

"Transphobie d'Etat : pathologisation, stérilisation, précarisation, expulsion." (...)
Précarisation. En nous octroyant des papiers non conformes à notre apparence l'Etat ne doit pas s'étonner si les populations trans sont parmi les populations françaises les plus touchées par la précarité. Cette précarisation nous est imposée par l'Etat et ses politiques transphobes ! Combien de mauvaises pratiques dans les ANPE ? Combien de refus d'emploi ? Combien de refus de logement ? Les femmes trans et les hommes trans sont exclus des hébergements d'urgence correspondant à leur genre. (...)
Ainsi, comme depuis maintenant de nombreuses années pour la plupart de ces revendications, nous exigeons : (...) la reconnaissance de la transphobie comme discrimination et facteur de précarisation des personnes trans (école, formation, emploi, etc.).
(Collectif Existrans 2011: s.p.)

En el comunicado que acompaña la convocatoria de la marcha Existrans en 2015, se expresan diferentes demandas relacionadas con la lucha contra la discriminación, exclusión social y violencia transfóbica, entre ellos la implementación de medidas para favorecer el acceso al mercado laboral, el financiamiento de campañas contra la transfobia y de proyectos de investigación sobre la salud de las personas trans* e intersex, la retirada de leyes que criminalizan el trabajo sexual, el respeto de los Derechos Humanos de las personas trans* en el ámbito penitenciario, la abolición de las operaciones de mutilación genital en recién nacid*s y niñ*s intersex, el respeto de los derechos de l*s padres y madres trans* e intersex, así como la adopción de un lenguaje respetuoso en los medios de comunicación (Collectif Existrans 2015).

Desde perspectivas teórico-activistas y aliad*s, el rol del Estado en la patologización de las identidades trans* se identifica como una forma de violencia de género (Coll-Planas 2010a).

Desde el marco hasta ahora dibujado, entendemos la patologización como una forma de violencia de género, de transfobia que es ejercida, entre otros, por el Estado que dice representarnos democráticamente y las instituciones médicas que pretenden curarnos. Se trata de un tipo de transfobia, además, que goza de un amplio apoyo y legitimación entre muchas personas que se consideran a sí mismas comprometidas con los ideales de la igualdad, la libertad y el respeto a la diversidad.
(Coll-Planas 2010a: 18)

Además, desde el activismo por la despatologización y perspectivas teórico-activistas se denuncian formas de violencia institucional presentes en el ámbito sanitario y el rol de la medicina y psiquiatría en su desarrollo, tanto a través de la conceptualización médica de la transexualidad y los procesos de evaluación diagnóstica, como mediante formatos de terapias reparativas y modalidades de encierro psiquiátrico (Cabral 2009c, 2010b, 2011a; Missé y Coll-Planas 2010b; Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a; Red Latinoamericana de Hombres Trans en el Activismo 2009; Vergueiro 2015; Winters 2008a).

En el manifiesto de la Campaña STP, publicado en 2009 por la *Red Internacional de Despatologización Trans* (2009a), se aporta una definición del concepto de psiquiatrización en

el que se señala el rol de las instituciones médico-psiquiátricas en la regulación social de las identidades de género y patologización de los cuerpos no normativos.

Con “psiquiatrización” nombramos la práctica de definir y tratar la transexualidad bajo el estatuto de trastorno mental. Nos referimos, también, a la confusión de identidades y cuerpos no normativos (situados fuera del orden cultural dominante) con identidades y cuerpos patológicos. La psiquiatrización relega a las instituciones médico-psiquiátricas el control sobre las identidades de género.
(Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a: s.p.)

En otra declaración publicada en 2010 con motivo de la celebración de la *Manifestación Internacional Trans e Intersex en Barcelona*, convocada en el marco del *Congreso Internacional sobre Identidad de Género y Derechos Humanos* (capítulo I, 1.5), STP denuncia la transfobia que tiene lugar en las consultas psiquiátricas (Red Internacional por la Despatologización Trans 2010c).

Denunciamos la transfobia de la calle pero también la que tiene lugar en las consultas psiquiátricas, en la patologización de nuestras identidades, en los despidos improcedentes, en la exclusión social, en las miradas ajenas, en los discursos que nos tratan como víctimas y en las cicatrices de nuestras mentes.
(Red Internacional por la Despatologización Trans 2010c: s.p.)

En una declaración publicada en 2015 con motivo del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans*, *GATE*, *Global Action for Trans* Equality* (2015b) relaciona la demanda de retirada de la clasificación diagnóstica de los procesos de tránsito en el género como trastorno mental con la denuncia de vulneraciones de Derechos Humanos a las que están expuestas las personas trans*, incluyendo terapias reparativas, intervenciones de modificación corporal y esterilización forzadas, modalidades de institucionalización involuntaria y otras formas de distrato, abuso o violencia institucional en el ámbito médico.

The ongoing reform of the International Classification of Diseases provides an unprecedented opportunity for trans people to stop being defined as mentally disordered just because who we are. But we must go further. The task we have ahead requires us, once and again, to stress the urgent need to identify pathologization as a specific human rights violation against trans* people, and against all of those whose gender identity or expression vary from socio-legal norms. We must continue to denounce those who consider our ways of life as pathological by definition; the unacceptable role that diagnoses are supposed to play in granting access to human rights; the subjection to conversion therapies, corrective interventions, institutionalization, and other forms of forced treatment (10); the eugenic justification of legally-coerced sterilization; the mistreatment, abuse, and other forms of institutional violence in medical settings (11). (...)

We urge (...)

- National, regional and international human rights institutions to introduce pathologization as a ground for human rights violations.

(GATE 2015b: s.p.)

Desde perspectivas teórico-activistas, se comparte la visión crítica del rol de la medicina en la construcción del concepto actual de ‘transexualidad’. En este sentido, Mauro Cabral (2010b) plantea la pregunta por la posibilidad de “*recobrar la historia antes de los tiempos de la medicalización y construir su posibilidad en el presente*” (s.p.).

Despatologizar, entonces, significa mucho más que retirar la transexualidad del DSM-V y el CIE-10. Significa disputar el férreo control que la psiquiatría ha ejercido y ejerce sobre las identidades trans, y contrarrestar sus efectos. Significa recobrar la historia antes de los tiempos de la medicalización, y construir su posibilidad en el presente. Significa afirmar

radicalmente el derecho de las personas a decidir sobre sus cuerpos –incluso a decidir modificarlos– y denunciar las violaciones a los derechos humanos que tienen lugar, hoy mismo, en el marco de la regulación estatal de ese derecho. Significa enfrentar ese orden diagnóstico del mundo que cada día impone su perspectiva de género, sus normas, su nomenclatura, sus procedimientos de inclusión, sus fronteras y sus exclusiones. (Cabral 2010b: s.p.)

Además, se abre una reflexión sobre otros intereses sociales y económicos presentes en los procesos de medicalización de los tránsitos de género, en el sentido de una interrelación entre las necesidades de las personas trans* de modificar sus cuerpos, la presión social y los intereses de la medicina privada e industria farmacéutica (Missé y Coll-Planas 2010b).

En primer término, nos parece fundamental reflexionar profundamente sobre el origen de las necesidades de transformación corporal de las personas trans y el protocolo médico a seguir ante éstas. Es importante interrogarnos sobre dos aspectos. En primer lugar, sobre qué hay de cultural en estas demandas. En este sentido, como ya hemos apuntado anteriormente, consideramos que están relacionadas con la transfobia que marca los cuerpos de las personas trans como inadecuados para sostener su identidad de género sentida. En segundo lugar, es necesario explorar qué relación tienen estas demandas con otras demandas de modificación corporal vinculadas a la cirugía estética y cómo interfieren los intereses de la medicina privada y de las empresas farmacéuticas en la promoción de estas demandas. (Missé y Coll-Planas 2010b: 53)

Como efectos de la psiquiatrización, se señala la constitución de las personas trans* como “*sujetos disminuidos*” (Cabral 2011a: s.p.) o “*sujetos expropiados*” (Cabral 2009c), además de una reproducción de normas de género.

[L]a codificación de las identidades y experiencias trans en los términos del diagnóstico las confina, inevitablemente, a una ontología psiquiátrica cuyos efectos negativos están a la vista –efectos que no sólo constituyen a las personas trans como sujetos disminuidos, sino que además contribuyen decisivamente a la reproducción institucionalizada y normativa de estereotipos de género–. (Cabral 2011a: s.p.)

La codificación de nuestras vidas en términos de diagnóstico tiene consecuencias que se padecen dentro y fuera de nuestra comunidad. La brutalidad del orden psiquiátrico no sólo nos produce como sujetos expropiados de la posibilidad de encarnar modos de la existencia que desafíen la diferencia sexual hegemónica; también se proyecta socialmente como una advertencia que la profundidad del estigma convierte, más bien, en amenaza. Cuidado. Mucho cuidado. El desafío puede transformarse aun desde la infancia en diagnóstico, en sesiones, en neuroquímicos, en vigilancia, en electroshock, en encierro. En locura. Al patologizarnos se nos expropia nuestra voz porque, ¿quién ha de creernos, diagnosticados, cuando denunciarnos que la ciencia viene a justificar la violencia, esa que sufrimos atrapados, precisamente, en sus redes? (Cabral 2009c: 3)

En este sentido, se considera que la violencia institucionalizada no solo concierne a las personas trans*, sino a toda la sociedad, al diferenciar entre formas ‘normales’ y ‘anormales’ de vivir el género (Red Latinoamericana de Hombres Trans en el Activismo 2009).

2. La construcción de la transexualidad como patología afecta, sin embargo, aún a quienes no son transexuales, puesto que somete a todos los cuerpos, identidades, expresiones de género y sexualidades a la vigilancia y la intervención de un dispositivo de control que es a la vez médico, psiquiátrico, jurídico y bioético. La patologización de la transexualidad una práctica institucionalizada de violencia de género, puesto que instituye formas “sanas” y “enfermas”, “normales” y “anormales” de masculinidad y femineidad a través de un sello psiquiátrico que las distingue. (Red Latinoamericana de Hombres Trans en el Activismo 2009: s.p.)

Kelley Winters (2008a), activista trans* y fundadora de *GID Reform Advocates*²⁰¹, describe en el libro *Gender Madness in American Psychiatry* las prácticas abusivas de la psiquiatría norteamericana dirigidas contra personas trans* y personas que practican el *cross-dressing*, incluyendo una psicopatologización de las identidades trans*, el uso de un lenguaje discriminatorio, prácticas de terapias reparativas e ingresos involuntarios.

Much like gay, lesbian and bisexual individuals of past generations, gender non-conforming youth and adults today remain subject to diagnosis of psychosexual disorder and resulting social stigma and loss of civil liberty.
(Winters 2008a: 3)

Winters (2008a: 114) habla de "*Gender Gulag*" para hacer referencia a prácticas de terapias reparativas o de reconversión de género, incluyendo terapias conductuales, electroshock o tratamientos farmacológicos. Señala que aunque un número creciente de asociaciones profesionales se estuvieran pronunciando en contra de estas prácticas, la clasificación diagnóstica de '*Gender Identity Disorder*' en el DSM-IV-TR, y especialmente la categoría de '*Gender Identity Disorder in Childhood*', puede fomentar su aplicación (Winters 2008a).

While the current GID criteria do not explicitly recommend gender-conversion therapy, they are certainly biased to favor that harmful treatment approach and to contradict the legitimacy of transition.
(Winters 2008a: 145)

Con referencia a las "*Voices of the Asylum*" (148), entendidas como la voz de personas trans* expuestas a ingresos involuntarios a la psiquiatría por su deseo de transitar en el género, Winters (2008a) señala que la clasificación diagnóstica de los tránsitos en el género como trastorno mental promueve prácticas de ingresos involuntarios.

Psychiatric incarceration and abuse of gender-variant youth and adults is facilitated by diagnostic nomenclature that equates difference with disease: nonconformity to assigned birth sex with mental disorder and sexual deviance.
(Winters 2008a: 158)

Además, al contrario de la presuposición de la utilidad del diagnóstico psiquiátrico para el acceso a tratamientos hormonales y quirúrgicos, la autora observa que la clasificación diagnóstica actual de la transexualidad como trastorno mental constituye una barrera en el acceso a la atención sanitaria trans-específica, debido a estereotipos y prejuicios por parte de profesionales sanitari*s y agencias aseguradoras (Winters 2008a). En consecuencia, Winters (2008a) demanda una reforma de la clasificación diagnóstica actual que garantizara el derecho a la despatologización paralelamente al derecho a una atención sanitaria trans-específica.

²⁰¹ Acerca de la composición de *GID Reform Advocates*, véase [página web de GID Reform Advocates, About](#).

3.2.1.4.3.3. Transfobia internalizada

Como otro aspecto de potencial efecto negativo en la salud de las personas trans* se nombra la dimensión de transfobia internalizada, en el sentido de vivencias de odio y rechazo hacia el propio cuerpo (Acera del Frente 2009; Berliner Bündnis STP-2012 2010; Cabral 2009c; Missé 2010a; Red Latinoamericano de Hombres Trans en el Activismo 2009; Pau Crego Walters en Martínez Guzmán y Montenegro 2010).

5. Creemos que todo movimiento a favor de despatologizar la transexualidad –así como cualquier movimiento destinado a liberar la intersexualidad de su encierro médico- debe asumir la tarea de identificar y dismantelar la patologización internalizada. (Red Latinoamericano de Hombres Trans en el Activismo 2009: s.p.)

El estigma, el auto-odio y la exclusión social son problemáticas que la patologización no resuelve, al contrario: las fomenta. (Missé 2010a: 269-270)

En este sentido, se observa una influencia de la clasificación psiquiátrica en la vida cotidiana de las personas trans*, no solo a nivel administrativo y legal, sino también en relación a una autoconceptualización como persona enferma (Pau Crego Walters en: Martínez Guzmán y Montenegro 2010).

No creo tener ningún tipo de trastorno, no me considero un “enfermo mental”. Sin embargo, está claro que en la práctica cotidiana la noción de este trastorno me afecta porque, por ejemplo, necesito el visto bueno de un psiquiatra para poder acceder a un cambio legal de sexo y nombre en los documentos oficiales. Pero la intrusión no es solo a nivel administrativo: es posible palpar cotidianamente cómo la figura del experto pretende hablar por mí, por otro lado, cómo la presión social puede ser tan fuerte que puede hacer que la diferencia se experimente como enfermedad. (Pau Crego Walters en: Martínez Guzmán y Montenegro 2010: 245-247)

En consecuencia, se identifica como una tarea importante del activismo por la despatologización trans* luchar por un cambio social hacia un mayor reconocimiento de la diversidad corporal y de género como un valor social relevante y contribución positiva (Acera del Frente 2009).

Queremos visibilizar todas esas presiones que se nos dice que no existen, esos roles y cánones de comportamiento y apariencia institucionalizados que nos catalogan como cuerpos fuera del sistema, que nos dejan sin referentes y que provocan un odio por el tabú y el desconocimiento, incluso un auto-odio hacia nosotrxs mismxs, porque no somos como deberíamos ser. Toda esta violencia es invisible, ya que hemos perfeccionado técnicas para normalizar aquellxs que son diferentes. Pero la psiquiatrización evidencia que esa violencia existe. Existe, por ejemplo, cuando se acepta mejor a un chico lleno de cicatrices que a uno con pechos, cuando se acepta mejor a una persona trans estéril que a una persona trans embarazada.

Para que las personas trans e intersex se odien un poco menos, para que nos queramos todxs un poco más. Para que nunca más un psiquiatra nos pregunte por qué somos como somos cuando el resto no tiene que justificarse. ¡Porque la diversidad es nuestra mayor riqueza! (Acera del Frente 2009: s.p.)

3.2.1.5. Crítica del carácter etnocéntrico de las categorías diagnósticas trans-específicas

Como otro aspecto de crítica hacia el modelo psicopatológico de la transexualidad, se señala la importancia de vincular el activismo por la despatologización trans* con un cuestionamiento de

las tendencias colonializadoras del proceso de expansión del modelo psiquiátrico occidental a otros contextos culturales (Bento 2010; Missé y Coll-Planas 2010b; Missé en Sacayán 2010; STP-2012 2011b).

A la vez, nos parece importante situar la lucha por la despatologización trans en el marco más amplio de una lucha contra la estigmatización y violencia transfóbica, así como de una crítica al modelo occidental de enfermedad mental y a las tendencias colonializadoras inherentes a un proceso de expansión del modelo occidental de clasificación diagnóstica. (STP-2012 2011b: 5)

Miquel Missé y Gerard Coll-Planas (2010b) resaltan el carácter histórica y culturalmente contingente del concepto de ‘transexualidad’ que describen como *"un término producido por la medicina norteamericana en la década de los 50"* (46), advirtiendo el impacto negativo que tiene el modelo biomédico occidental en la diversidad de género existente en otras culturas. Los autores señalan la importancia de evitar la imposición de un modelo occidental sobre las maneras de construir los cuerpos e identidades de género existentes en diferentes regiones del mundo, resaltando la posibilidad de un aprendizaje desde contextos culturales con conceptualizaciones de la diversidad de género diferentes al modelo médico occidental (Missé y Coll-Planas 2010b).

Desde la experiencia del contexto español, se critica una presentación de la cultura europea como modelo para otros contextos culturales (Missé en Sacayan 2010).

Te noto un tanto a la defensiva. Y eso que estás hablando desde un país [el contexto español] que últimamente ha estado siendo pionero en el reconocimiento de derechos. —Es que Europa en este momento trata de vender al exterior que son pioneros en políticas sociales. Y yo les diría a los europeos que echen un vistazo a otras culturas, que echen un vistazo a Asia, lo que está pasando con la cultura trans latinoamericana indígena, es decir, que dejen de pensar que nuestra cultura de género es la pionera porque no lo es, nuestra cultura es la patologizante y la que exportamos y con la que colonizamos. Es un discurso biologicista, médico, que atenta contra la identidad de género y que no necesariamente está vinculada con los derechos humanos. Entonces venderle al exterior, venderle al sur que somos expertos en derechos humanos, me parece una vergüenza, porque aquí también nos matan, aquí también nos violan. (Missé en Sayacán 2010: s.p.)

Desde el contexto brasileño, Berenice Bento (2010) señala el efecto normalizador del presupuesto de un carácter universal y homogéneo de los trastornos mentales, establecido en el DSM, en las políticas de salud en diferentes partes del mundo.

O *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM - 4ª. versão), da Associação Psiquiátrica Norte-americana (APA), pressupõe que a transexualidade, por se tratar de uma doença, tem basicamente os mesmos sintomas em todas as partes do mundo. A força normatizadora desse documento pode ser observada pelo seu alcance geopolítico. Em diversos países, os Estados seguem suas orientações para definir suas políticas para as populações transexuais, travestis e a realização das cirurgias mutiladoras em crianças intersex. (Bento 2010: 6)

3.2.1.6. Riesgos de la transfobia para la salud

El activismo por la despatologización trans* detecta riesgos para la salud asociados a las dinámicas de psicopatologización, estigmatización, exclusión social y laboral, discriminación en el ámbito sanitario, así como dinámicas de transfobia internalizada (STP-2012 2012a, 2012b).

Observamos una estrecha interrelación entre una clasificación de las expresiones, trayectorias e identidades trans como trastorno mental y la **estigmatización, discriminación y exclusión social y laboral** de las personas trans^[nota a pie de página], incluyendo riesgos de exposición a situaciones de **violencia transfóbica** y de **abuso institucional**, así como formas de transfobia internalizada y prácticas autolesivas, con **riesgos de salud** asociados.

(STP-2012 2012b: 4)

Nuestra reflexión parte de una revisión de la situación actual de atención sanitaria de las personas trans en diferentes partes del mundo^[referencia a pie de página], respecto a la que observamos:

- Una falta de acceso a una atención sanitaria pública en general y a la atención sanitaria trans-específica en diferentes partes del mundo. (...)
- Vivencias de discriminación en el ámbito sanitario que pueden dificultar un futuro acceso a la atención sanitaria.

(STP-2012 2012a: 3)

Paralelamente a la reivindicación de que la transexualidad no es una enfermedad mental, desde dentro del activismo por la despatologización trans* se señala la preocupación por el impacto de la discriminación y exclusión social en el bienestar psicosocial de las personas trans* (Missé y Coll-Planas 2010b). Además, se observa una falta de utilización de los servicios sanitarios en consecuencia de experiencias previas de discriminación y/o previsión de futuras dinámicas estigmatizantes (Whittle, et al. 2008).

GATE, Global Action for Trans Equality* (2013c) identifica una interrelación entre la clasificación diagnóstica actual de “*la existencia trans**” (s.p.) como trastorno mental y la limitación del derecho a la salud mediante dinámicas de patologización y discriminación, contribuyendo a una infrautilización de los servicios sanitarios por parte de las personas trans*, con riesgos para su salud, especialmente grave en caso de personas trans* con VIH.

La actual identificación de la existencia trans* como patológica afecta negativamente a la realización de nuestro derecho a la salud de diferentes maneras: a fines de evitar el daño causado por la patologización, muchas personas trans* prefieren evadir el paso por todas las formas de atención sanitaria; por otro lado, las necesidades reales de salud de las personas trans* son perjudicadas o ignoradas en el contexto de un sistema biomédico obsesionado con diagnosticar, tratar y “curar” nuestra identidad y expresión de género. Esta dinámica es particularmente dañina, por ejemplo, en relación a la intersección de la patologización trans* y la respuesta al VIH.

(GATE 2013c: s.p.)

Desde la perspectiva de movimientos sociales afines (MSM-GF 2010), se confirma la experiencia de una interrelación entre discriminación, distrato, clasificación como trastorno mental y bajo uso de los servicios sanitarios, alegando como ejemplo la discriminación vivida por ‘hombres que tienen sexo con hombres’ en el sistema sanitario en consecuencia de la clasificación de la homosexualidad como trastorno mental en momentos anteriores a su retirada del DSM y de la CIE.

Pathologizing gender identity variance as a ‘psychiatric disorder’ only perpetuates the stigma, discrimination and violence that these individuals experience around the world. (...)
As a global advocacy organization working for the health and human rights of men who have sex with men (MSM), the MSMGF is familiar with stigma within health system structures and its negative impact on individuals and communities. For instance, the classification of homosexuality as a mental disorder by institutions such as the APA until 1973 and the WHO until 1993 helped endorse discrimination against gay men and other

MSM at multiple levels. Stigma and discrimination impact health by heightening HIV risk factors, including social isolation, and compromising access to HIV prevention, care and treatment services. Transgender persons are also the targets of stigma and discrimination that can be exacerbated by a mental diagnosis, ultimately resulting in compromised health and wellness.

(MSM-GF 2010: 1)

Estudios e informes recientes²⁰² publicados desde perspectivas teórico-activistas precedentes de diferentes regiones del mundo, instituciones internacionales y autor*s individuales confirman la situación denunciada desde perspectivas activistas respecto a una frecuente experiencia de discriminación y denegación de tratamientos de las personas trans* en la atención sanitaria general, reforzada en caso de un estatus VIH+, falta de reconocimiento del nombre y género en la consulta y ausencia de inclusión de las personas trans* en campañas de prevención. En relación a l*s profesionales sanitari*s, se constata una frecuente falta de formación en temáticas trans*. En consecuencia de experiencias previas de trato discriminatorio o miedo a recibirlo en el futuro, se observa una frecuente evitación del contacto con la atención sanitaria por parte de las personas trans*, con riesgos de salud asociados.

3.2.2. Procesos activistas y reflexiones teórico-activistas precedentes

El cuestionamiento del trasfondo estructural de los procesos de psicopatologización de las identidades trans* y la demanda de medidas contra la discriminación, exclusión social y violencia transfóbica no surge con las movilizaciones actuales por la despatologización trans*, sino ya está presente en documentos activistas y perspectivas teórico-activistas a lo largo de las últimas décadas.

Diferentes autor*s aportan reflexiones sobre la interrelación entre una clasificación diagnóstica de los procesos de tránsito en el género y formas de discriminación, violencia transfóbica y violencia institucional (Spade 2006a; Stone 2006[1987]; Stryker 2006[1994]). La clínica se identifica como un lugar de normalización social, una *"technology of inscription"* (Stone 2006[1987]: 230).

Susan Stryker (2006[1994]) construye con *My Words to Victor Frankenstein above the Village of Chamounix* un texto performativo en el que utiliza la metáfora del diálogo del monstruo con su creador para reflexionar sobre los aspectos normativizantes del modelo médico actual, desde la idea de que *"the transexual body is an unnatural body. It is the product of medical science"* (Stryker 2006[1994]: 245). La autora señala que, al igual que al monstruo, la sociedad actual deniega a la persona trans* el estatus de persona humana, una exclusión que se traduce en una sensación de rabia y lucha.

²⁰² Cabral y Hoffman 2009; Consejo de Europa 2011; FRA 2013a, 2014; Grant, et al. 2011; Hammarberg 2009; Health Policy Project, APTN y UNDP 2015; Human Rights Watch 2011; New Zealand Human Rights Commission 2008; OMS 2015i, 2015j; ONUSIDA 2014a, 2014b; OPS 2014; OPS y OMS 2013; Sood 2010; UNDP 2013, UNDP y Winter 2012; Winter 2009; WPRO, APTN, UNAIDS, et al. 2013.

Like the monster, I am too often perceived as less than fully human due to the means of my embodiment; like the monster's as well, my exclusion from human community fuels a deep and abiding rage in me that I, like the monster, direct against the conditions in which I must struggle to exist.

(Stryker 2006[1994]: 245)

La metáfora del monstruo se utiliza en el texto desde la conciencia de sus connotaciones contradictorias en representaciones actuales basadas en la fascinación cultural con la transexualidad. En este sentido, Stryker (2006[1994]) analiza las ambivalencias de la empresa quirúrgica que pretende generar una reproducción de 'naturalidad', pero sin embargo crea subjetividades y cuerpos que exceden / se resisten a la pretensión de naturalidad (*"Transsexual embodiment, like the embodiment of the monster, places its subject in an unassimilable, antagonistic, queer relationship to a Nature in which it must nevertheless exist"*, 249).

Stryker (2006[1994]) habla de *"Transgender Rage"* (248) como respuesta a situaciones de exclusión simbólica, discriminación y violencia transfóbica.

Transgender rage is a queer fury, an emotional response to conditions in which it becomes imperative to take up, for the sake of one's own continued survival as a subject, a set of practices that precipitates one's exclusion from a naturalized order of existence that seeks to maintain itself as the only possible basis for being a subject. (...)

Transgender rage furnishes a means for disidentification with compulsorily assigned subject positions. It makes the transition from one gendered subject position to another possible by using the impossibility of complete subjective foreclosure to organize an outside force as an inside drive, and vice versa. Through the operation of rage, the stigma itself becomes the source of transformative power.

(Stryker 2006[1994]: 248-249)

Kate Bornstein (1994) parte de la idea de que *"gender activism begins with gender rage"* (B79). Al mismo tiempo, señala la necesidad de ir más allá de la rabia en la actividad activista, desde la idea de que *"[i]n this struggle for our freedom of expression there comes a point where the gender system reveals itself to be not only oppressive, but silly. When we see how ridiculous it is, we can truly begin to dismantle it"* (Bornstein 1994: 85).

Desde un análisis del modelo médico establecido, Spade (2006a) cuestiona la adecuación de la enfermedad como modelo interpretativo para describir la diversidad de género.

An examination of how medicine governs gender variant bodies through the regulation of body alteration by means of the invention of the illness of transsexuality brings up the question of whether illness is the appropriate interpretive model for gender variance.

(Spade 2006a: 328)

En contraposición a la construcción médica y psiquiátrica de la transexualidad como enfermedad y trastorno mental, Green (2006[2000]) reclama el derecho de un reconocimiento de las identidades y cuerpos trans* en el ámbito médico, legal y social.

By standing up and claiming our identity as men (or women) who are also trans people, by asserting that our different bodies are just as normal for us as anyone else's is for them, by insisting that our right to modify our bodies and shape our own identities is as inalienable as our right to choose our religion (though not nearly as inexpensive or painless), we claim our humanity and our right to be treated equally under law and within the purviews of morality and culture.

(Green 2006[2000]: 503)

Aparte de las reflexiones sobre la interrelación entre una clasificación diagnóstica de los procesos de tránsito en el género y formas de violencia directa e institucional, en los discursos teórico-activistas precedentes se pueden identificar demandas y reflexiones sobre políticas anti-discriminación.

En la *International Bill of Gender Rights* se incluyen derechos relacionados con la protección de las personas trans* contra la discriminación y la exclusión social y laboral, entre ellos 1. "#3: *The Right to Secure and Retain Employment and to Receive Just Compensation*", 2. "#4: *The Right of Access to Gendered Space and Participation in Gendered Activity*" y 3. "#8: *The Right to Sexual Expression*" (ITCLEP 1996[1993]: s.p.).

En la *International Conference on Transgender Law and Employment Policy 1993* se establecen procedimientos para proteger los derechos de personas trans* en prisión (ICTLEP 1993b), incluyendo 1. La protección de su seguridad y dignidad sin discriminación por su identidad de género, 2. El derecho al asesoramiento y a la participación en grupos de apoyo, 3. El derecho a iniciar o continuar la terapia hormonal, la electrólisis u otros tratamientos trans-específicos, 4. El derecho a ropa, objetos personales y productos de cosmética relacionados con su presentación de género, 5. La protección de la dignidad de la persona trans* en la provisión de cuidados específicos y 6. El establecimiento de procesos de reclamación.

En un estudio cualitativo realizado desde un marco teórico postestructuralista en el contexto canadiense, Namaste (2000) observa procesos de borramiento ("*erasure*", 135) de las personas trans* de los discursos institucionales sobre discriminación y violencia, a pesar de la observación de una mayor exposición de las personas trans* a diferentes tipos de violencia transfóbica, entre ellas prácticas de "*genderbashing*" (135), violencia transfóbica, situaciones de discriminación y abuso por parte de la policía, así como problemas en el acceso a albergues para personas trans* sin hogar. Además, constata barreras en el acceso a tratamientos hormonales y servicios de seguimiento en consecuencias de dinámicas de discriminación sistémica y desconocimiento por parte de l*s profesionales sanitari*s (Namaste 2000).

Transsexual and transgendered people face tremendous obstacles and systemic discrimination in trying to gain access to hormones. Relations with doctors and medical personnel are far from ideal: transsexuals know more about hormones than many of their doctors and must often educate them about the specificity of transexual bodies.
(Namaste 2000: 169)

Namaste (2000) señala la importancia de futuros estudios para analizar en profundidad las dinámicas de violencia transfóbica, las características de l*s agresor*s y los grupos de población trans* especialmente expuestas.

Whittle (2002) resalta la importancia de completar el derecho al reconocimiento de género y acceso sanitario de las personas trans* con medidas de protección contra la exclusión laboral. Desde la observación de ejemplos de discriminación institucionalizada contra personas trans* en el contexto británico, identifica como prioridades la protección de las personas trans* en el ámbito penitenciario, la policía o el servicio militar, así como la concesión de asilo por

motivos de identidad de género (Whittle 2002). Además, revisa desarrollos en materia de derechos trans* a un nivel europeo, observando un creciente surgimiento de un activismo trans*, así como un uso aumentado del *European Court of Justice*, *Court of the European Community* y *European Court of Human Rights* para la resolución de casos trans-específicos (Whittle 2002). Asimismo, aporta argumentos para fundamentar la propuesta de inclusión del concepto de ‘identidad de género’ como razón de discriminación en la *European Convention on Human Rights* (Whittle 2002).

Valentine (2007), en un estudio antropológico publicado en 2007, señala las frecuentes experiencias de violencia transfóbica a las que están expuestas las personas trans*. El autor constata que las prácticas de violencia no solo se limitan a la violencia física, sino incluyen una amplia gama de prácticas institucionales que pueden tener un impacto negativo en las personas implicadas, entre ellas la práctica etnográfica²⁰³ (Valentine 2007; capítulo III, 1.1.1).

Indeed I found that “violence” can incorporate not only physical abuse and murder but all practices that may be perceived as impacting negatively upon a life, including the practices of ethnography itself.
(Valentine 2007: 211)

3.2.3. Críticas

La propuesta de un cuestionamiento de la conceptualización del proceso de tránsito en el género como trastorno o problema individual e identificación del malestar en las actitudes transfóbicas de la sociedad no es compartida por toda la comunidad trans*.

Como una de las razones de esta distancia se identifica el rol del diagnóstico en la autoconstrucción de la persona trans* (Missé 2010a; Cabral 2009c), como *“tranquilidad de quien sabe, por fin, de qué está enfermo”* (Cabral 2009c: 3). La conciencia y el abordaje del riesgo de sesgos colonializadores en un activismo cuyas demandas no son compartidas por todas las comunidades trans* se identifica como *“la ética de nuestra libertad”* (Cabral 2009c: 3).

Adhiero a la campaña internacional en favor de la despatologización de la transexualidad, por supuesto. Y con embargo. Mientras escribo no puedo evitar reconocer que para much*s transexuales el recurso a la psiquiatría es *sólo* eso: un recurso. Un instrumento. (...) También es cierto que muchos otr*s transexuales se reconocen en esa misma patología con la tranquilidad de quien sabe, por fin, de qué está enfermo. ¿Cómo coexiste nuestro propósito de dismantelar el sistema de control psiquiátrico que nos domina con la experiencia de todos aquellos para quienes el diagnóstico psiquiátrico no sólo tiene sentido, sino que *hace* sentido? De algún modo u otro debemos lidiar con el riesgo de recolonizar, en nombre de la lucha, las posibilidades, límites y decisiones de los demás. En esa lidia se juega la ética de nuestra libertad.
(Cabral 2009c: 3)

Para dar respuesta a esta duda, se señala la importancia de crear puentes entre posiciones afines a la despatologización trans y personas trans* que dudan de su conveniencia (Missé 2010a).

²⁰³ Para una reflexión sobre aspectos de discriminación en la práctica etnográfica, véase capítulo III, 1.1.1.

En muchos casos, entre una persona trans y el trastorno de identidad de género existe un vínculo muy intenso, difícil de romper porque en la mayoría de casos la patologización es lo que ha permitido que esta persona pueda ponerle un nombre a su experiencia y dar sentido a su dolor. (...)

La despatologización, que desde su origen pretende ser un proceso de empoderamiento trans, a menudo es entendida de una manera completamente opuesta: como un ataque a la misma identidad transexual, y como un intento de poner en riesgo los derechos sanitarios que se han alcanzado (o se presume que se pueden alcanzar) gracias a la patologización. (Missé 2010a: 265-268)

Otra crítica se dirige a la demanda de protección contra la discriminación y los límites de las políticas institucionales de anti-discriminación (Spade 2009, 2011, 2013). En este sentido, Dean Spade (2009, 2011, 2013), abogado, profesor asociado de la *Seattle University School of Law*, activista trans* y miembro fundador de la organización de apoyo a personas trans* *Sylvia Rivera Law Project*, identifica diferentes riesgos inherentes a una lucha por el reconocimiento de la identidad de género como razón de discriminación. En primer lugar, señala las limitaciones de un principio de discriminación enfocado en el principio de daño individual e intencionalidad, sin tener en cuenta formas institucionalizadas y estructurales de violencia (Spade 2009, 2011, 2013). En segundo lugar, hace referencia a los procesos de co-optación inherentes a una demanda de leyes de anti-discriminación, caracterizados por una aceptación indirecta de sistemas opresivos de empleo, fortaleciendo de esta forma las estructuras que se intentan cambiar (Spade 2009, 2011, 2013). Finalmente, nombra la dependencia inherente al sistema de financiación de los grupos activistas y ONGs en el contexto norteamericano que, según su perspectiva, reduce la radicalidad de los movimientos activistas, produciendo dinámicas de racismo, privilegio educacional y clasismo en el ámbito de la organizaciones sin ánimo de lucro (Spade 2009, 2011, 2013).

Entre los grupos de población expuestos a múltiples dimensiones de desigualdad, Spade (2013) nombre a personas en situación de pobreza, personas con discapacidades, mujeres, personas queer y trans*, así como a personas migrantes. Identifica estrategias elaboradas desde el activismo queer y trans* en respuesta a dinámicas de homofobia y transfobia que ponen el foco en el abordaje de múltiples dimensiones de desigualdad en vez de un "*single-axis framework*" (Spade 2013: 12).

These critics suggest that a politics dedicated to stopping homophobia and transphobia must not seek inclusion in violent institutions of maldistribution and norm enforcement, like marriage or the military, but must instead seek to dismantle those institutions. (...) Queer and trans activists focused on racial and economic justice have articulated copious demands and strategies that avoid a single-axis framework and center on redistribution: fighting for increased police accountability, supporting queer and trans prisoners, opposing jail and prison expansion, decriminalizing sex work and drugs, advocating for queer and trans immigrants in immigration prisons, fighting harmful welfare and Medicaid policies, fighting for queer and trans people in homeless services, centering stigmatized people with HIV/AIDS like drug users and sex workers within AIDS activism, and much more. (Spade 2013: 12)

En este sentido, Spade (2013) propone un activismo de resistencia interseccional, sustituyendo el foco en el concepto de discriminación por un cuestionamiento más amplio de formas institucionalizadas de violencia.

Intersectional resistance practices aimed at dismantling population control take as their targets systems of legal and administrative governance such as criminal punishment, immigration enforcement, environmental regulation, child welfare, and public benefits. This resistance seeks out the root causes of despair and violence facing intersectionally targeted populations and in doing so engages with the law differently than rights-seeking projects do. Critically analyzing the promises of legal recognition and inclusion from systems that they understand as sources of state violence and technologies of population control, intersectional resisters are demanding the abolition of criminal punishment, immigration enforcement, and other functions and institutions that are central to the nation-state form. (Spade 2013: 1-2)

Juang (2006) revisa la interrelación entre una falta de reconocimiento y la violencia transfóbica, indicando que la falta de reconocimiento aporta argumentos para l*s agresor*s, además de invisibilizar la frecuencia de los crímenes de odio y de contribuir a una actitud de distrato por parte del sistema de justicia, creando un círculo de supresión y silencio. A la vez, señala los límites de políticas de reconocimiento, resaltando la importancia de tener en cuenta dimensiones interseccionales de exclusión (Juang 2006).

To encompass all trans persons, a robust transgender politics of recognition should address the discriminations and prejudices targeted not only against gender but against racial and ethnic differences. (Juang 2006: 243)

Como alternativa, Juang (2006) propone una ética multicultural, partiendo de la contribución de una conciencia de sistemas de sexos/géneros no binarios en culturas no occidentales a la deconstrucción de su naturalidad en el contexto occidental. Según Juang (2006), esta ética multicultural debe estar basada en el reconocimiento de l*s otr*s, evitando dinámicas de apropiación indebida.

In short, transgender politics of recognition requires that we recognize others, even as we demand recognition for ourselves. (Juang 2006: 259)

Estas críticas a la demanda de reconocimiento se pueden relacionar con debates sobre ciudadanía trans* y enfoques de Derechos Humanos (capítulo II, 3.4).

3.2.4. La perspectiva de profesionales de la salud

Desde la perspectiva de profesionales de la salud, se pueden encontrar reflexiones sobre la interrelación entre clasificación diagnóstica, psiquiatrización, discriminación, exclusión social y violencia transfóbica, así como recomendaciones para el abordaje de sus consecuencias y protección de los derechos de las personas trans*, aportadas por *WPATH, World Professional Association for Transgender Health* en el proceso de consenso y elaboración de recomendaciones para el DSM, otras asociaciones profesionales, así como autor*s individuales.

3.2.4.1. Recomendaciones de WPATH, World Professional Association for Transgender Health

En el marco del proceso de consenso y elaboración de recomendaciones para el proceso de revisión de las categorías trans-específicas en el DSM, el Grupo de Trabajo encargado de revisar la conveniencia o no del mantenimiento de una categoría diagnóstica trans-específica en el

DSM, nombrado en el capítulo anterior (Bouman, et al. 2010; capítulo II, 3.1.4.2.1), también aporta reflexiones sobre la pregunta si el malestar vivido por las personas trans* es intrínseco o consecuencia de circunstancias y factores sociales, y qué lugar debería tener el concepto de malestar en los criterios diagnósticos.

Los miembros del Grupo de Trabajo llegan a la conclusión de que el malestar es tanto inherente a la ‘disforia de género’ como producto de dinámicas de estigmatización social, señalando que ambas formas de malestar se influyen mutuamente y no pueden ser fácilmente diferenciadas (Bouman, et al. 2010). Desde la observación del criterio de ‘malestar’ en diferentes categorías diagnósticas incluidas en el DSM, a diferencia de la CIE que no utiliza este concepto, Bouman, et al. (2010) señalan como riesgo su carácter como un término de uso general que puede dar lugar a una amplia gama de interpretaciones, suscitando la necesidad de una definición más precisa. Además, indican no haber encontrado estudios que confirmaran la necesidad de un criterio relacionado con el malestar para validar el diagnóstico de ‘Disforia de Género’ o ‘Trastorno de Identidad de Género’ (Bouman, et al. 2010).

Desde la conciencia de que según el DSM el malestar causado por factores sociales no es en sí un criterio para el diagnóstico, resaltan el rol del asesoramiento psicológico o la psicoterapia para ayudar a las personas trans* a desarrollar estrategias para abordar formas de malestar relacionadas con la discriminación social (Bouman, et al. 2010). Al mismo tiempo resaltan la necesidad de una resolución de factores sociales a través del cambio de normas sociales, llamando a l*s profesionales a involucrarse en la defensa de los derechos de las personas trans* (Bouman, et al. 2010).

Social factors, however, have the potential to be resolved through social interventions or changes in social norms and acceptance without treating the individual— something that, as gender specialists, we should advocate for alongside our clinical work.
(Bouman, et al. 2010: 104)

En el caso de mantenerse una categoría diagnóstica en el DSM, se propone sustituir el criterio D actual por un criterio A que hiciera referencia a los diferentes tipos de malestar (*“strong and persistent distress with gender anatomy, physiology, and/or assigned social gender that is incongruent with persistent core gender identity”*), añadiendo *“strong and persistent”* para diferenciar entre personas con un malestar clínicamente significativo y personas con *“gender resistance or nonconformity without requiring intervention”* (Bouman, et al. 2010: 104).

3.2.4.2. Declaraciones de asociaciones profesionales

Aparte de las reflexiones aportadas por miembros de WPATH, se pueden observar diferentes declaraciones publicadas a lo largo de los últimos años por asociaciones profesionales que hacen referencia a procesos de estigmatización y violencia transfóbica, recomendando medidas de protección (American Psychological Association 2009a; APA 2012c; Bouman, et al. 2010; Conselhos Federal e Regionais de Psicologia de Brasil 2011; SOCUMES 2011[2010]; WMA 2015;

WPATH 2010b, 2012a, 2014).

En 2008, la *American Psychological Association* publica la *Resolution on Transgender, Gender Identity, & Gender Expression Non-Discrimination* (American Psychological Association 2009a). Partiendo de la observación de frecuentes dinámicas de discriminación, exclusión social y vulneración de derechos dirigidas contra personas trans* y del reconocimiento del rol de l*s profesionales de psicología en su abordaje, la *American Psychological Association* (2009a) se opone a todo tipo de discriminación en el ámbito público o privado, apoyando la introducción de leyes de anti-discriminación, el fomento del acceso de las personas trans* al empleo, a la vivienda y la educación, así como su protección contra dinámicas de discriminación en entornos institucionales. Asimismo, insta a l*s profesionales de Psicología a proveer una atención no discriminatoria a personas trans* (American Psychological Association 2009a).

En una declaración publicada en 2010, WPATH demanda la *"de-psychopathologisation of gender variance worldwide"* (WPATH 2010b: 1), haciendo referencia la influencia de la categorización diagnóstica como trastorno mental en dinámicas de estigma, prejuicio y discriminación.

The WPATH Board of Directors strongly urges the depsychopathologisation of gender variance worldwide. The expression of gender characteristics, including identities, that are not stereotypically associated with one's assigned sex at birth is a common and culturally-diverse human phenomenon which should not be judged as inherently pathological or negative. The psychopathologisation of gender characteristics and identities reinforces or can prompt stigma, making prejudice and discrimination more likely, rendering transgender and transsexual people more vulnerable to social and legal marginalisation and exclusion, and increasing risks to mental and physical well-being. WPATH urges governmental and medical professional organizations to review their policies and practices to eliminate stigma toward gender-variant people.
(WPATH 2010b: 1)

Desde la conciencia de la existencia de dinámicas de estigmatización y discriminación, *SOCUMES, Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad de Cuba* (2011[2010]) se pronuncia en una declaración publicada en 2010 a favor de la retirada de la clasificación diagnóstica de la transexualidad como trastorno mental en el DSM y la CIE y el acceso a la atención sanitaria trans-específica para *"aliviar las alteraciones a la salud mental de estas personas, resultantes del estigma y la discriminación"* (1). Además, aboga por el desarrollo de estrategias educativas, así como la inclusión de la atención a personas trans* en las políticas sociales de Cuba (SOCUMES 2011[2010]). Al mismo tiempo, SOCUMES (2011[2010]) expresa su rechazo a la aplicación de *"terapias psicológicas reparadoras"* (1) y *"cirugías de reasignación sexual a personas menores de 18 años"* (1).

RECHAZAMOS la aplicación de terapias psicológicas reparadoras a las personas transgénero, con el objetivo de revertir su identidad de género, y las cirugías de reasignación sexual a personas menores de 18 años.

REAFIRMAMOS que la transexualidad y otras expresiones transgéneros son expresiones de la diversidad sexual, a las cuales se les deben garantizar todos los tratamientos psicológicos, médicos y quirúrgicos que requieran para aliviar las alteraciones a la salud mental de estas personas, resultantes del estigma y la discriminación. (...)

REAFIRMAMOS por la profundización y la aplicación de las estrategias educativas referentes

a la orientación sexual y la identidad de género en todos los niveles de enseñanza y hacia la población en general, según lo contemplado en el Programa Nacional de Educación Sexual. REAFIRMAMOS la necesidad de que la atención a las personas transexuales sea incluida de forma amplia en las políticas sociales del Estado y el Gobierno cubanos, en correspondencia con la “Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas, que condena la violación de los derechos humanos por orientación sexual e identidad de género”, apoyada por Cuba el 18 de diciembre de 2008. (SOCUMES 2011[2010]: 39)

Los *Conselhos Federal e Regionais de Psicologia de Brasil*, en una declaración publicada en 2011, señalan que el sufrimiento de las personas trans* está relacionado con la experiencia de discriminación y no con la transexualidad en sí. Indican que la patologización de las identidades trans* fomenta la discriminación, marginalización y falta de reconocimiento del derecho a la ciudadanía de las personas trans*, por lo que demandan la retirada de la clasificación diagnóstica trans-específica actual (*Conselhos Federal e Regionais de Psicologia* 2011).

A pesar de considerar que vivências como a transexualidade e a travestilidade podem e, em geral, geram muito sofrimento, entendemos que isto tem mais a ver com a discriminação do que com a experiência em si. **A patologização das identidades trans fortalece estigmas, fomenta posturas discriminatórias e contribui para a marginalização das pessoas. A "doença" trans é social: é a ausência de reconhecimento destas pessoas como cidadãs, é a ausência de reconhecimento de seu direito de existir, de amar, de desejar e de ser feliz.**

Retirar o rótulo de "doente mental" das pessoas trans, significará devolver a elas uma potência perdida na idéia de que são "seres desviantes", proporcionando uma abertura para que possam se apropriar de suas identidades e desenvolver sua autonomia. (*Conselhos Federal e Regionais de Psicologia* 2011: s.p.)

La *American Psychiatric Association* publica en 2012 una declaración en la que se pronuncia contra la discriminación dirigida contra personas trans* (APA 2012c). En la declaración, APA (2012c) parte de la idea de que ser trans* en sí no implica impedimento en el juicio, la estabilidad o las capacidades sociales, señalando la frecuencia de una exposición de las personas trans* a dinámicas de discriminación que se relaciona con una falta de protección de sus derechos civiles. Nombra diferentes limitaciones en el ejercicio de los derechos ciudadanos de las personas trans* en relación al derecho al matrimonio, la adopción de niñ*s, el acceso al servicio militar, el reconocimiento legal de género, así como el acceso a la atención sanitaria (APA 2012C). Además, observa una frecuente asignación inapropiada de las personas trans* en instituciones segregadas por género, como unidades psiquiátricas o residencias (APA 2012c). Asimismo, APA (2012c) constata una frecuente exclusión laboral y educacional, dificultades en el acceso a la vivienda y exposición a crímenes de odio. En consecuencia, la *American Psychiatric Association* (2012c) demanda la introducción de leyes de protección, el rechazo de leyes discriminatorias y de todas formas de discriminación en el contexto sanitario, el empleo, la vivienda o la educación. Asimismo, cuestiona el requisito de pruebas de capacidad diferentes al resto de población (APA 2012c).

Therefore, the American Psychiatric Association:

1. Supports laws that protect the civil rights of transgender and gender variant individuals
2. Urges the repeal of laws and policies that discriminate against transgender and gender variant individuals.
3. Opposes all public and private discrimination against transgender and gender variant individuals in such areas as health care, employment, housing, public accommodation, education, and licensing.
4. Declares that no burden of proof of such judgment, capacity, or reliability shall be placed upon these individuals greater than that imposed on any other persons.

(APA 2012c: 1)

En los *SOC-7, Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7*, presentados por *WPATH, World Professional Association for Transgender Health* en el *WPATH Biannual Symposium* en septiembre de 2011 y publicados en 2012, WPATH parte del carácter no patológico de los procesos de tránsito en el género (*"Being Transsexual, Transgender, or Gender-Nonconforming Is a Matter of Diversity, Not Biology"*; WPATH 2012a: 4). Señala que la vivencia de un *"minority stress"* en consecuencia de dinámicas de estigmatización, prejuicio y discriminación puede aumentar el riesgo de problemas de salud mental (WPATH 2012a). Al mismo tiempo indica que *"these symptoms are socially induced and are not inherent to being transsexual, transgender, or gender-nonconforming"* (WPATH 2012a: 4). Además, como mencionado más arriba (capítulo II, 2.2.4.5), los SOC-7 incluyen una mención explícita del carácter no ético de las terapias reparativas (WPATH 2012a).

En 2014, WPATH publicó una declaración en la que denuncia las leyes que criminalizan la inconformidad en el género y la expresión de una identidad trans*. Vuelve a hacer referencia a la presencia de dinámicas de discriminación que pueden llevar a un *"minority stress"* (WPATH 2014: 3), resaltando el carácter social de este malestar. En la declaración, WPATH (2014) acepta el uso de un diagnóstico como trastorno mental en caso de la vivencia de un malestar intenso, siguiendo la nomenclatura establecida en el DSM-5. Al mismo tiempo, resalta que el uso de este diagnóstico no debería utilizarse como licencia para la estigmatización o privación de Derechos Humanos (WPATH 2014).

Some people experience gender dysphoria at such a level that the distress meets criteria for a formal diagnosis that might be classified as a mental disorder. Such a diagnosis is not a license for stigmatization or for the deprivation of civil and human rights. (...) A disorder is a description of something with which the person might struggle, not a description of the person or the person's identity.

Unfortunately, there is stigma attached to gender-nonconformity in many societies around the world. Such stigma can lead to prejudice and discrimination, resulting in "minority stress" (I. H. Meyer, 2003). WPATH recognizes that health is dependent upon not only good clinical care, but also social and political climates that provide and ensure social tolerance, equality, and the full rights of citizenship for transgender, transsexual, and gender nonconforming people.

(WPATH 2014: 2-4)

WMA, World Medical Association, en una declaración publicada en octubre de 2015, condena explícitamente todas formas de discriminación, estigmatización y violencia contra las

personas trans*, demandando la adopción de medidas legales de protección, aparte de señalar el rol de l*s profesionales médic*s en la lucha contra la discriminación (WMA 2015).

The WMA condemns all forms of discrimination, stigmatisation and violence against transgender people and calls for appropriate legal measures to protect their equal civil rights. As role models, individual physicians should use their medical knowledge to combat prejudice in this respect.
(WMA 2015: 3)

3.2.4.3. Autor*s individuales

En la revisión bibliográfica sistemática, pude identificar una amplia gama de estudios sobre la discriminación de personas trans* y su impacto en la salud, publicados entre enero de 2007 – octubre de 2015. Entre las 611 publicaciones identificadas, 83 tienen la palabra '*discrimination*' y 28 la palabra '*transphobia*' en título y/o *abstract*, así como 5 '*discriminación*' y 4 '*transfobia*'. A continuación, haré referencia a una selección de los estudios revisados, priorizando los trabajos que enfocan la atención a personas trans* (frente a estudios que analizan la situación de personas LGBT) y cuyos contenidos se relacionan con el tema del presente capítulo, la interrelación entre patologización, discriminación y violencia transfóbica y su impacto en la salud y los derechos de las personas trans*. Los estudios citados proceden de diferentes contextos culturales y geopolíticos, entre ellos África²⁰⁴, América Latina²⁰⁵, Asia²⁰⁶, Europa²⁰⁷, Norteamérica²⁰⁸ y Oceanía²⁰⁹.

En las publicaciones revisadas, se pueden encontrar diferentes análisis de la presencia de experiencias de discriminación y transfobia en la vida de las personas trans*, incluyendo tanto formas de violencia directa como violencia institucionalizada.

L*s autor*s revisad*s hablan de '*sexual minority*', '*gender minority*' y '*sexual minority stigma*' o '*minority stress*', en el sentido de un proceso de estigmatización asociado a la pertenencia a una minoría sexual (Andrinopulos, et al. 2015; DiFulvio 2015; Gamarel, et al. 2014; Kaplan, et al. 2014; Mansh, et al. 2015). Algunos de los trabajos revisados presentan escalas para medir actitudes transfobas (Walch, et al. 2012; Willoughby, et al. 2010).

Varios estudios parten del carácter interseccional de la interrelación entre experiencias de discriminación y diferentes determinantes sociales de la salud, entre ellos el contexto

²⁰⁴ Scorgie, Vasey, Harper, et al. 2013.

²⁰⁵ Andrinopulos, Hembly, Guardado, et al. 2015; Infante, Sosa-Rubi y Cuadra 2008; Socías, Marshall, Arístegui, et al. 2014.

²⁰⁶ Goyal, Deb, Elawadhi, et al. 2014; Kaplan, Wagner, Nehme, et al. 2014; Nemoto, Iwamoto, Perngarn, et al. 2012; UNDP y Winter 2012; Winter 2009a, 2009b; Winter, Chalungsooth, The, et al. 2014.

²⁰⁷ Costa y Davies 2012.

²⁰⁸ Bauer, Hammond, Travers, et al. 2009; Bazargan y Galvan 2012; Bradford, Reisner, Honnold, et al. 2012; Cruz 2014; DiFulvio 2015; Franson 2013; Gamarel, Reisner, Laurenceau, et al. 2014; Gelaude, Sovine, Swayzer, et al. 2013; Jefferson, Nellands y Sevelius 2013; Lenning y Buist 2012; Mansh, Garcia y Lunn 2015; Operario y Nemoto 2010; Poteat, German y Kerrigan 2013; Poteat, Scheer y Mereish 2014; Reisner, Bailey y Sevelius 2014; Rotondi 2012; Walch, Ngamake, Francisco, et al. 2012; Willoughby, Hill, Gonzalez, et al. 2010; Sevelius 2013; Xavier, Bradford, Hendricks, et al. 2013 Xavier, Bradford, Hendricks, et al. 2013

²⁰⁹ Chapman, Wardrop, Freeman, et al. 2012; Kerry 2014.

geográfico, el género, el estatus socioeconómico, la pertenencia a una minoría étnica, así como el grado de apoyo familiar y social (Bradford, et al. 2012; Jefferson, et al. 2013; Kerry 2014; Lenning y Buist 2012; Operario y Nemoto 2010; Reisner, et al. 2014; Rotondi 2012; Sevelius 2013).

Además, se identifican grupos de personas trans* especialmente expuestos a situaciones de discriminación, entre ellos trabajador*s sexuales trans* y travesti (Infante, et al. 2008), personas trans* de color (Gelaude, et al. 2013) y específicamente mujeres trans* de color (Jefferson, et al. 2013; Sevelius 2013), mujeres trans* en prisión (Reisner, et al. 2014), personas trans* de culturas indígenas (Kerry 2014), niñ*s divers*s en el género (Chapman, et al. 2012; Franson 2013) y jóvenes trans* (DiFulvio 2014; Poteat, et al. 2014).

Los estudios revisados analizan el impacto de los procesos de estigmatización en la salud mental y física de las personas trans*. En relación a la salud mental, se observa la presencia de diferentes síntomas relacionados con experiencias de discriminación y exclusión social, incluyendo sintomatologías depresivas (Bazargan y Galvan 2012; Gamarel, et al. 2014; Jefferson, 2013; Rotondi 2012; Reisner, et al. 2013), prácticas autolesivas (Bazargan y Galvan 2012), pensamientos suicidas (Bargan y Galvan 2012; Poteat, et al. 2013) y prácticas de abuso de sustancias (Goyal, et al. 2014; Kerry 2014; Nemoto, et al. 2012). En relación a la salud física, se destaca un impacto de la discriminación en el riesgo de exposición al VIH (Poteat, et al. 2013; Kaplan, et al. 2014; Kerry 2014; Nemoto, et al. 2012). Además, se observa un mayor riesgo de exposición a incidentes de violencia de género (Bazargan y Galvan 2012), abusos físicos y sexuales (Kerry 2014) y una influencia negativa en la calidad de las relaciones afectivas (Gamarel, et al. 2014). En caso de niñ*s y jóvenes, se observa un efecto negativo de la experiencia de discriminación en el rendimiento escolar (Poteat, et al. 2014).

Desde la conciencia de la compleja interrelación entre diferentes factores, se identifican también aspectos de resiliencia. En un estudio cualitativo realizado en diferentes países africanos, se refleja la perspectiva de trabajador*s del sexo trans* que resaltan la importancia de un apoyo comunitario informal, la provisión de espacios protegidos y la acción colectiva como estrategias de protección contra la violencia transfóbica (Scorgie, et al. 2013). Desde el contexto asiático, se hace referencia a la relevancia del apoyo familiar y social como factor de protección contra el riesgo de exposición al VIH en mujeres trans* (Kaplan, et al. 2014). Además, se nombra el efecto positivo de intervenciones cultural y contextualmente específicas enfocadas en el abordaje de problemas estructurales de carácter socioeconómico en la capacidad de resiliencia de mujeres trans* (Kaplan, et al. 2014). En el contexto australiano, se destaca la importancia de grupos comunitarios para la adopción de terminologías afirmativas para personas indígenas con expresiones e identidades de género que no coinciden con el género asignado al nacer (Kerry 2014).

Además, los estudios revisados analizan la influencia de dinámicas de discriminación y

estigmatización contra personas trans* en el acceso y uso de los servicios sanitarios, incluyendo servicios de prevención (Infante, et al. 2008; Nemoto, et al. 2012) y de atención sanitaria general²¹⁰. Entre las barreras de acceso, se resalta la presencia de actitudes discriminatorias por parte de profesionales de la salud²¹¹ o agentes del orden público (Socías, et al. 2014), la cisnormatividad del sistema sanitario (Bauer, et al. 2009), la falta de confianza en la confidencialidad, especialmente en relación al test del VIH (Xavier, et al. 2013), así como la falta de conocimientos sobre necesidades de atención de las personas trans* (Cobos y Jones 2009; Cruz 2014; Sanchez, et al. 2009).

Entre las formas de distrato y violencia institucional detectadas en la práctica clínica se nombran dinámicas de discriminación, estigmatización y abuso verbal (Xavier, et al. 2013), la falta de conocimiento sobre temáticas trans* por parte de profesionales sanitari*s (Xavier, et al. 2013), así como la aplicación de tratamientos forzados (Kosenko, et al. 2013).

En consecuencia de experiencias de discriminación vividas anteriormente o anticipadas, se observa un riesgo de infrautilización de los servicios sanitarios por parte de las personas trans* y aumento de desigualdades de salud, con potenciales efectos negativos en su salud (Poteat, et al. 2013; Sevelius, et al. 2014). En caso de personas trans* que viven con VIH, se identifica como una barrera adicional el miedo a una interacción entre los tratamientos hormonales y antivirales (Sevelius, et al. 2014) y la discriminación relacionada con el estatus seropositivo (Boyce, et al. 2012; Xavier, et al. 2013).

Como consecuencias de situaciones de discriminación en la atención sanitaria se señala un aumento potencial del riesgo de depresión o suicidio, un mayor riesgo de exposición al VIH, así como un aumento de las desigualdades en salud y en la relación médic* - usuari* (Poteat, et al. 2013). Como otro efecto se nombra el aumento de prácticas de automedicación hormonal y de modificación corporal con silicona líquida (Xavier, et al. 2013).

En los trabajos revisados, se identifican diferentes estrategias para reducir la discriminación en el ámbito sanitario, entre ellas la inclusión de la temática en la formación de l*s profesionales sanitari*s (Bradford, et al. 2013; Poteat, et al. 2013; Stroumsa 2014; Vanderleest y Galper 2009; Xavier, et al. 2013) y la promoción de prácticas de evaluación en la atención sanitaria e investigación, con el objetivo de identificar e impedir prácticas de discriminación (Cruz 2014). El desarrollo de políticas sanitarias dirigidas al reconocimiento de la diversidad de género se identifica como otro objetivo relevante (Daley y MacDonnell 2011).

En caso de niñ*s y jóvenes, se señala la relevancia de un apoyo social y contacto con grupos de iguales (Poteat, et al. 2014), la implementación de políticas anti-discriminación (Poteat, et al. 2014), la introducción de un currículum escolar inclusivo, abriendo una reflexión

²¹⁰ Bauer, et al. 2009; Bradford, et al. 2013; Boyce, et al. 2012; Cobos y Jones 2009; Cruz 2014; Poteat, et al. 2013; Rotondi 2012; Poteat, et al. 2013; Sánchez, et al. 2009; Sevelius, et al. 2014; Socías, et al. 2014; Xavier, et al. 2013.

²¹¹ Bradford, et al. 2013; Boyce, et al. 2012; Cobos y Jones 2009; Cruz 2014; Poteat, et al. 2013; Sevelius, et al. 2014; Socías, et al. 2014; Xavier, et al. 2013.

sobre la homofobia y transfobia (Costa y Davies 2012; Poteat, et al. 2014), así como el desarrollo de regulaciones sobre los códigos de vestimenta, permitiendo la expresión de género preferida (Franson 2013).

Dentro de los estudios revisados, se pueden observar trabajos que hacen referencia a la interrelación entre una clasificación diagnóstica de los procesos de transición en el género como trastorno mental y la discriminación dirigida contra personas trans* (Winter 2009; Winter, et al. 2009). En este sentido, Winter (2009) señala el rol de la psiquiatría y de una falta de reconocimiento legal en prácticas de discriminación y exclusión social de las personas trans* en diferentes países asiáticos. En un estudio multifocal, Winter, et al. (2009) analizan la interrelación entre la percepción de los procesos de tránsito en el género como trastorno mental y actitudes de "transprejudice" (96) contra personas trans* por parte de estudiantes en diferentes países, confirmando la hipótesis de una interrelación entre clasificación psiquiátrica y transfobia postulada por el movimiento por la despatologización trans*. En respuesta a la observación de situaciones de discriminación y violencia transfóbica, Winter, et al. (2009) demandan la retirada de la clasificación actual de los tránsitos en el género como trastorno mental.

Eight hundred and forty one undergraduate students in seven countries (China, Malaysia, Singapore, Thailand, Philippines, United Kingdom and United States) completed a questionnaire examining perceptions of transwomen (on a transacceptance–transprejudice continuum). The aim was to identify factors underlying transacceptance-transprejudice, and relationships among them. Five factors were identified (MENTAL-ILLNESS, DENIAL-WOMEN, SOCIAL-REJECTION, PEER-REJECTION, SEXUAL-DEVIANCE). MENTAL-ILLNESS (the belief that transwomen were mentally ill) was the most powerful underlying factor, linked to other aspects of transprejudice.
(Winter, et al. 2009: 96-97)

3.2.5. Desarrollos en el ámbito institucional

A lo largo de los últimos años, se puede observar una creciente inclusión de la dimensión de 'orientación sexual' e 'identidad de género' como motivo de discriminación, persecución o violencia homofóbica o transfóbica en declaraciones y resoluciones publicadas por organismos internacionales y regionales.

En este proceso, se puede señalar el rol de referente de los *Principios de Yogyakarta* (2007), que incluye varios principios relacionados con la protección contra la discriminación y violencia transfóbica, entre ellos el "Principio 2. Los derechos a la igualdad y a la no discriminación", "Principio 4. El derecho a la vida", "Principio 5. El derecho a la seguridad personal", "Principio 9. El derecho de toda persona privada de su libertad a ser tratada humanamente", "Principio 10. El derecho de toda persona a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes", "Principio 12. El derecho al trabajo", "Principio 14. El derecho a un nivel de vida adecuado", "Principio 15. El derecho a una vivienda adecuada", "Principio 16. El derecho a la educación", "Principio 22. El derecho a la libertad de

movimiento” y “Principio 23. El derecho a procurar asilo” (Principios de Yogyakarta 2007: 10-11, 13, 17, 18, 20-22, 28-29).

En 2011, el *Consejo de Derechos Humanos* aprobó la *Resolución A/HRC/17/L.9 Rev.1 Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género* (ONU 2011a) que ha sido celebrada como “*the first UN resolution ever to bring specific focus to human rights violations based on sexual orientation and gender identity*” (TGEU 2011: s.p.). En la resolución, el *Consejo de Derechos Humanos* expresa “*su grave preocupación por los actos de violencia y discriminación, en todas las regiones del mundo, que se cometen contra personas por su orientación sexual e identidad de género*” (ONU 2011a: 1), pidiendo a la *Alta Comisionada* la realización de un estudio sobre leyes vigentes, prácticas discriminatorias y actos de violencia por motivo de orientación sexual o identidad de género. Además, decide la celebración de una mesa redonda en el *Consejo de Derechos Humanos* sobre la temática (ONU 2011a).

Esta resolución fue precedida por dos declaraciones anteriores, el *Joint Statement, Human Rights violations based on sexual orientation and gender identity*, firmado por 54 estados y presentado en el *Consejo de Derechos Humanos* (ONU 2006a) y el *Joint Statement, Human Rights violations based on sexual orientation and gender identity*, firmado por 66 estados y presentado en la *Asamblea General* de las Naciones Unidas (ONU 2008a).

Posteriormente a la *Resolución A/HRC/17/L.9 Rev.1 Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género* (ONU 2011a), se puede señalar la aprobación de documentos estratégicos relacionados con aspectos de violencia institucional, incluyendo la *Resolución sobre Ejecuciones Extrajudiciales, Sumarias y Arbitrarias*, en la que el *Consejo de Derechos Humanos* llama a todos los estados miembros proteger el derecho a la vida e investigar casos de violencia o homicidios por motivo de orientación sexual o identidad de género (ONU 2012a).

Además, cabe destacar el *Informe del Relator Especial sobre tortura y otros tratamientos y penas crueles, inhumanos y degradantes Juan E. Méndez*, publicado en 2013, que hace referencia a prácticas de ‘terapias reparativas’, así como intervenciones quirúrgicas realizadas en recién nacid*s, niñ*s y adolescentes intersex sin su Consentimiento Informado, el requisito de esterilización presente en muchas leyes de identidad de género, así como la exposición de miembros de minorías sexuales a otras formas de torturas y mis-tratamiento, incluyendo exámenes no consentidas (ONU 2013a).

Desde la observación de una especial vulnerabilidad a tratamientos coercitivos de grupos específicos de población, entre ellos las personas trans*, la Organización Mundial de la Salud (OMS 2015j) señala la importancia de un cese de tratamientos coercitivos y modalidades de esterilización involuntaria.

People should not be pressured, forced, coerced or in any other way persuaded to undergo treatment or interventions against their will. Certain populations, such as people with disabilities, indigenous and minority people, women living with HIV, sex workers, drug users, and transgender and intersex people, may be particularly vulnerable to coercion or to

being persuaded to undergo certain procedures, such as intrauterine device (IUD) insertion or sterilization, without their free and fully informed choice and consent (91). (OMS 2015j: 17)

En septiembre 2015, ONUSIDA difundió la declaración *Poner fin a la violencia y a la discriminación contra las personas lesbianas, gais, bisexuales, trans e intersex*, en la que insta a los estados miembros a tomar *"medidas urgentes para poner fin a la violencia y a la discriminación contra adultos/as, adolescentes y niños/as lesbianas, gais, bisexuales, trans e intersex (LGBTI)"* (ONUSIDA 2015: 1). La declaración hace referencia a la protección contra la violencia física, tortura y malos tratos, incluyendo su prevención y persecución penal, la inclusión de la homofobia y transfobia como circunstancias agravantes en leyes sobre crímenes de odio, así como el reconocimiento de la persecución por motivos de orientación sexual o identidad de género como razón para la concesión del asilo o estatus de refugiado/a (ONUSIDA 2015). Además, expresa su rechazo a las terapias reparativas, esterilizaciones forzadas, exámenes anales o genitales y tratamientos dirigidos a niñ*s intersex (ONUSIDA 2015). Asimismo, insta a los estados miembros a derogar leyes que criminalizan a las personas por motivo de su orientación sexual, expresión o identidad de género, aprobar legislación de antidiscriminación y leyes de reconocimiento de género *"sin condiciones abusivas"*, combatir los prejuicios contra las personas LGBTI a través de medidas de formación y educación, así como garantizar la participación de las personas LGBTI en el desarrollo de políticas de protección (ONUSIDA 2015: 2).

En una entrevista realizada por *GATE, Global Action for Trans* Equality*, Dainius Pūras, el *Relator Especial sobre el derecho de toda persona al más alto nivel de salud alcanzable* (GATE 2015d), hace referencia a las vulneraciones de Derechos Humanos cometidas por la psiquiatría en el proceso de clasificación diagnóstica y patologización de la diversidad, incluyendo la diversidad de género, señalando la necesidad de una adopción de enfoques de Salud Pública y Derechos Humanos.

Throughout its history, Psychiatry has been struggling with human rights challenges and has been unable to avoid practices which have later appeared to be serious human rights violations. (...) Psychiatry has also been use or misused by authorities and by society at large, but instead of only criticising and demeaning Psychiatry, it should be understood that traditional practices of Psychiatry are not the best way of addressing individual variations and diversities in behaviours and identities. The fact that many of these variations are not in conformity with the prevailing concept of "normality" leads to the trap of criminalizing or medicalizing, often on the basis of psychiatric diagnosis supported by outdated concepts of "mad" or "bad". There is an urgent need for the global community, including the global psychiatric community, to implement modern public health and human rights approaches. (Pūras en: GATE 2015d: 1-2)

Además, a lo largo de los últimos años diferentes instituciones internacionales publicaron informes y estudios sobre la salud sexual y reproductiva y situación de vulnerabilidad de las personas trans* al VIH a nivel internacional (OMS 2015i, 2015j; ONUSIDA 2014a, 2014b), así como en relación a diferentes regiones del mundo (Health Policy Project, et al. 2015; OPS 2014; OPS y OMS 2013; UNDP 2013; WPRO, et al. 2013). Los informes analizan el

riesgo de exposición al VIH y otras enfermedades de transmisión sexual en personas trans* desde su interrelación con dinámicas de psicopatologización, discriminación, estigmatización, criminalización, falta de reconocimiento legal de género, violencia transfóbica y formas de violencia institucional, marginalización, exclusión del empleo, trabajo sexual, abuso de sustancias y barreras en el acceso sanitario (Health Policy Project, et al. 2015; OMS 2015i, 2015j; ONUSIDA 2014a, 2014b; OPS y OMS 2013; UNDP 2013; WPRO, et al. 2013).

La falta de formación de l*s profesionales sanitari*s en la atención a personas trans* se nombra como otra dificultad en el acceso a servicios de información, prevención y tratamiento relacionados con la salud sexual y reproductiva (OMS 2015j). Las personas jóvenes trans* se identifican como un grupo especialmente vulnerable respecto a la exposición al VIH (ONUSIDA 2014b). Desde la observación de una situación general de falta de datos sobre la prevalencia y las estrategias de prevención del VIH en personas trans*, se observa una especial falta de estudios sobre los riesgos en personas con expresiones e identidades de género no binarias (OMS 2015i).

Los informes revisados resaltan el impacto de dinámicas de discriminación y exclusión social a las que están expuestas las personas trans* en el uso de los servicios de prevención y tratamiento del VIH (UNDP 2013), así como en la salud de las personas trans* (OMS 2015j).

Stigmatization, discrimination, and legal, economic and social marginalization and exclusion impede their access to necessities such as appropriate and good quality health care, social welfare, housing, education and employment. Some forms of gender expression are criminalized in many countries, and transgender and gender variant people are often subjected to compulsory medical interventions without an opportunity for informed decision-making and choice. All these factors affect their overall health and well-being, including sexual health. In addition, not being able to live according to one's self-identified gender is likely to be a source of distress, exacerbating other forms of ill health^[referencias al final del texto]. (OMS 2015j: 24)

Además, se aportan diferentes estrategias y recomendaciones, entre ellas la adopción de un marco de Derechos Humanos y empoderamiento (WPRO 2013), la descriminalización de las expresiones e identidades de género trans* (OMS 2015i), el reconocimiento de los derechos de las personas trans* (ONUSIDA 2014a), la introducción de políticas de anti-discriminación y protección contra la violencia (Health Policy Project, et al. 2015; OMS 2015i; ONUSIDA 2014a), así como la facilitación del procedimiento de reconocimiento legal de género (Health Policy Project, et al. 2015; UNDP 2013). Asimismo, se recomienda la promoción de la participación ciudadana (Health Policy Project, et al. 2015), el fomento del liderazgo comunitario (ONUSIDA 2014a, 2014b), la formación en estrategias de defensa de los derechos (ONUSIDA 2014b; OPS 2014), la creación de espacios de protección para personas trans* jóvenes (ONUSIDA 2014b) y el abordaje del auto-estigma (ONUSIDA 2014b). Otras recomendaciones se dirigen a la promoción de la inclusión laboral (Health Policy Project, et al. 2015; ONUSIDA 2014a) y del acceso a la educación (Health Policy Project, et al. 2015; OPS 2014), así como al fomento de la investigación (ONUSIDA 2014b).

En relación al ámbito sanitario, se propone la mejora del acceso a servicios sanitarios

de calidad (Health Policy Project, et al. 2015; ONUSIDA 2014a), resaltando la necesidad de su carácter integral (WPRO, et al. 2013), la implementación de intervenciones de información, prevención y reducción del daño (OMS 2015i), el establecimiento de servicios de detección, asesoramiento y tratamiento del VIH (OMS 2015i) y la prevención y el abordaje de comorbilidades relacionadas con la salud física y mental (OMS 2015i). Además, se recomienda promover la formación de l*s profesionales sanitar*s sobre la temática (WPRO, et al. 2013), fomentar el estudio de las necesidades en salud de las personas LGBT (OPS y OMS 2013), así como mejorar el registro de datos sobre la prevalencia del VIH en personas trans* (WPRO, et al. 2013).

Aparte de los documentos estratégicos e informes publicados por instituciones internacionales, se pueden señalar la publicación anual de una *Declaración sobre Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género*, en la que la OEA, *Organización de los Estados Americanos* condena todas formas de discriminación y violencia por razones de orientación sexual y expresión o identidad de género, recomendando a los estados miembros la implementación de medidas de protección (OEA 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014).

En el ámbito europeo, a lo largo de los últimos años varias instituciones europeas publicaron informes y estudios comparativos sobre la situación de exclusión social en la que viven las personas trans*, incidencias de violencia homofóbica y transfóbica, así como ejemplos de violencia institucional (Consejo de Europa 2011; FRA 2011, 2013a, 2013b, 2014; Hammarberg 2009; Parlamento Europeo 2012b). Estos trabajos se suman a los estudios realizados desde el ámbito activista, académico y profesional nombrados más arriba (capítulo II, 3.2.1).

Entre los informes citados, se puede destacar el Informe Temático *Derechos Humanos e Identidad de Género*, publicado en 2009 por el Comisario de Derechos Humanos Thomas Hammarberg, que incluye un análisis amplio de situaciones de discriminación, violencia transfóbica y distrato institucional a las que están expuestas las personas trans* en el ámbito laboral, educativo, sanitario y social, incluyendo referencias a la situación de las personas trans* migrantes y solicitantes de asilo. Además, Hammarberg (2009) analiza el marco estratégico internacional sobre discriminación y violencia transfóbica, así como el grado de reconocimiento de la ‘identidad de género’ como motivo de discriminación en los estados miembros del Consejo de Europa.

En 2014, la *Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea* publicó el informe *Being Trans in the EU* (FRA 2014), que resume los resultados trans-específicos del *EU LGBT Survey* (FRA 2013a). En el estudio, se reflejan frecuentes situaciones de discriminación y violencia transfóbica a las que están expuestas las personas trans*. Más de la mitad de las personas trans* que respondían a la encuesta (54%), frente al 47% de todas las personas LGBT participantes en el estudio, se sentía personalmente discriminada o acosada en

consecuencia de ser percibida como trans* (FRA 2014). Las personas jóvenes, sin empleo remunerado o de una clase de bajo ingreso tenían una mayor probabilidad de sentirse discriminadas por ser trans* (FRA 2014). El empleo era el ámbito en el que las personas trans* se sentían más discriminadas. Un 37% de las personas participantes trans* indica haberse sentido discriminado por ser trans* cuando buscaban un empleo, y un 27% en el trabajo durante los últimos 12 meses, más que el doble que las personas participantes LGB, siendo las mujeres trans* el grupo que se sentía más discriminado (FRA 2014). En relación a la educación, un 24% de las personas participantes trans* que están estudiando en la escuela o Universidad, o tienen hij*s en la escuela o Universidad, se había sentido discriminado por el personal en la escuela o Universidad a lo largo de los últimos 12 meses. En caso de l*s estudiantes trans*, el porcentaje sube a un 29% (FRA 2014). Respecto a vivencias de violencia a lo largo de los últimos 5 años, un 34% de todas las personas participantes trans* indica haber vivido incidentes o amenazas de violencia, y un 15% en los últimos 12 meses. Un 8% de las personas trans* señala haber sido atacado físicamente o sexualmente, pensando que la violencia se debía a que fueran trans* (FRA 2014).

En relación a la atención sanitaria, FRA (2014) identifica las siguientes barreras, por orden de frecuencia (%) "*Inappropriate curiosity 21*", "*Specific needs ignored (not taken into account) 17*", "*Pressure or being forced to undergo any medical or psychological test 15*", "*Forgoing treatment for fear of discrimination or intolerant reactions 14*", "*Difficulty in gaining access to healthcare 12*", "*Having to change general practitioners or other specialists due to their negative reaction 12*", "*Receiving unequal treatment when dealing with medical staff 11*" (FRA 2014: 43). FRA (2014) llega a la conclusión de que "*about one in five respondents who accessed healthcare services or social services in the year preceding the survey felt discriminated against by healthcare or social service personnel because of being trans*"(49).

Otros estudios publicados por instituciones europeas identifican desigualdades en el acceso a la atención sanitaria general, con mención explícita de las personas trans* como grupo vulnerable (Consejo de Europa 2013b), así como experiencias frecuentes de discriminación por parte de profesionales sanitari*s contra personas LGBT (Consejo de Europa 2011; FRA 2013a) y específicamente personas trans* (Consejo de Europa 2011[2010]; FRA 2014; Hammarberg 2009). Además, se reflejan situaciones de una falta de confidencialidad y privacidad y transferencia de información médica a la policía (Consejo de Europa 2011).

En varios documentos estratégicos publicados por organismos europeos, se aportan recomendaciones para dar respuesta a esta situación de discriminación, violencia transfóbica y distrato institucional (Consejo de Europa 2010, 2011[2010], 2015a; Hammarberg 2009; Parlamento Europeo 2011, 2015a, 2015b, 2015c).

En relación a la protección contra situaciones de discriminación, se hace referencia a los siguientes aspectos:

- Protección de los Derechos Humanos de las personas LGBTI (Parlamento Europeo 2015a, 2015b, 2015c).
- Desarrollo de leyes y medidas de protección contra la discriminación por motivo de orientación sexual e identidad de género en el empleo, la educación, la atención sanitaria y la vivienda, así como en entornos institucionales, entre ellos cárceles (Consejo de Europa 2010, 2011[2010], 2011, 2015a; Hammarberg 2009; Parlamento Europeo 2011, 2015a, 2015b, 2015c).
- Mención explícita de la dimensión de ‘identidad de género’ en legislación anti-discriminación y estructuras de igualdad y Derechos Humanos (Hammarberg 2009; Consejo de Europa 2011[2010], 2015a; Parlamento Europeo 2015a, 2015b, 2015c).
- Abolición de leyes que estuvieran en contradicción con las resoluciones del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (Consejo de Europa 2011[2010], 2015a), específicamente leyes homofóbicas y transfóbicas (Parlamento Europeo 2015a).
- Establecimiento de mecanismos de registros sobre incidentes de discriminación (Consejo de Europa 2010, 2015a).
- Acceso de las víctimas de discriminación a recursos jurídicos y medidas de reparación (Consejo de Europa 2010, 2011[2010]).
- Realización de proyectos de investigación (Consejo de Europa 2011[2010]).
- Establecimiento de programas de educación, formación y sensibilización sobre discriminación basada en la identidad de género y Derechos Humanos (Hammarberg 2009; Consejo de Europa 2011[2010], 2011; Parlamento Europeo 2015a).
- Transmisión objetiva y profesional de casos de discriminación contra personas LGBT por parte de los medios de comunicación (Consejo de Europa 2011).
- Establecimiento de procesos rápidos y transparentes de reconocimiento legal de género sin requisitos médicos (Consejo de Europa 2010, 2011[2010], 2011, 2013a, 2015a; Gunnarsson en Consejo de Europa 2015b; Hammarberg 2009; ONU 2013a; OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, WHO 2014; Parlamento Europeo 2015a, 2015b, 2015c) y su reconocimiento recíproco entre estados miembros (Parlamento Europeo 2015b, 2015c).
- Retirada de la clasificación diagnóstica de la transexualidad como trastorno mental de la CIE (Gunnarsson en: Consejo de Europa 2015b; Hammarberg 2009, 2011; Consejo de Europa 2011, 2015a; Parlamento Europeo 2015a, 2015b, 2015c), y específicamente de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia (Consejo de Europa 2015a; Parlamento Europeo 2015b, 2015c).
- Adopción de medidas para evitar situaciones de discriminación en la atención sanitaria (Consejo de Europa 2010, 2011[2010]; FRA 2013a, 2014a).
- Rechazo de las intervenciones quirúrgicas genitales de ‘normalización’ en recién nacid*s y niñ*s intersex (Parlamento Europeo 2015b, 2015c).

En respuesta a incidentes de violencia transfóbica, se introduce una referencia a los siguientes aspectos:

- Elaboración de medidas contra la homofobia y transfobia (Consejo de Europa 2010, 2011[2010]; Parlamento Europeo 2011, 2015a, 2015b, 2015c).
- Establecimiento de mecanismos de investigación y persecución de crímenes y discursos de odio (Consejo de Europa 2010, 2011[2010], 2011, 2015a; Parlamento Europeo 2015a, 2015b, 2015c).
- Creación de sistemas de registro de crímenes de odio homófobos y transfobos (Consejo de Europa 2011, 2015a)
- Protección de la seguridad y no discriminación de las personas trans* en prisión (Consejo de Europa 2010) y en centros de solicitantes de asilo (Consejo de Europa 2011).
- Inclusión de la dimensión de ‘orientación sexual’ e ‘identidad de género’ en la legislación sobre crímenes de odio (Consejo de Europa 2010, 2011[2010], 2011, 2015a; Hammarberg 2009; Parlamento Europeo 2015a) y leyes de asilo (Consejo de Europa 2010, 2011[2010], 2011; Parlamento Europeo 2011).
- Formación específica de Fuerzas del Orden Público y miembros de los cuerpos judiciales en la investigación de crímenes de odio homófobos y transfobos (Consejo de Europa 2011, 2015a), así como de personal relacionado con el proceso de asilo sobre el trato respetuoso a solicitantes de asilo LGBT (Consejo de Europa 2011).

Además, se recomienda garantizar el derecho a la expresión y libertad de asamblea de las personas LGBT (Consejo de Europa 2011[2010]; Parlamento Europeo 2011), así como de fomentar la participación de las personas trans* y sus organizaciones en el desarrollo y la aplicación de medidas de protección (Hammarberg 2009; Consejo de Europa 2015a).

Varios documentos estratégicos relacionan aspectos estructurales (clasificación diagnóstica de la transexualidad como trastorno mental, leyes que restringen los derechos de las personas trans*) y dinámicas de discriminación y violencia transfóbica (Parlamento Europeo 2011, 2015a).

En un informe publicado en 2015 por *TGEU, Transgender Europe*, se señalan además diferentes directivas europeas aplicables a la protección de los derechos de las personas trans* en relación a acceso a bienes y servicios, empleo y seguridad social, derechos de víctimas de crímenes y asilo (TGEU 2015e).

3.2.6. Marcos teóricos y procesos activistas relacionados

El análisis y la denuncia de dinámicas de discriminación, estigmatización, violencia transfóbica, psiquiatrización y violencia institucional dirigida contra personas trans* se pueden relacionar con diferentes marcos teóricos y procesos activistas.

En primer lugar, se pueden nombrar los discursos teórico-activistas que cuestionan el

abordaje clínico actual de la intersexualidad. En segundo lugar, se observa una interrelación entre la perspectiva de despatologización y los discursos de la antipsiquiatría y el movimiento actual de (ex)usuari*s y supervivientes de la psiquiatría. La conceptualización de la transexualidad no como una enfermedad o problema individual, sino como una temática social, coincide con teorías que analizan los procesos de construcción social de la enfermedad y su rol como metáfora de conflictos sociales. En el marco de la sociología del diagnóstico, los procesos de discriminación, violencia transfóbica y psiquiatrización de las personas trans* se pueden situar en el contexto de un análisis de las consecuencias del diagnóstico. La crítica inherente al discurso por la despatologización a dinámicas etnocéntricas y colonialistas en el proceso de expansión e imposición del sistema de clasificación diagnóstica occidental se puede relacionar con enfoques de psiquiatría transcultural y antropología social. Como otros marcos teóricos relacionados, cabe nombrar el enfoque de interseccionalidad, así como el modelo de determinantes sociales de la salud.

3.2.6.1. Analogías estructurales: Dinámicas de patologización de la intersexualidad

Mientras hablo, yo sé que para mi cirujano formo parte de su pasado, de un pasado nebuloso de pacientes que van y vienen. Mientras yo viva él no podrá formar parte del mío: llevo las marcas de sus ideas sobre el género y la sexualidad grabadas en el cuerpo para siempre. Convivo con ellas todos los días, forman el paisaje cotidiano de mi piel, están ahí para ser explicadas cada vez que me desnudo, responden con el silencio de la insensibilidad que su práctica instaló en mi experiencia íntima de lo corporal.
(Cabral 2003b: 124-125)

La psiquiatrización de los tránsitos en el género se puede situar en un marco más amplio de procesos de patologización y medicalización presentes en la sociedad actual. En este sentido, el manifiesto de STP parte de una interrelación estructural entre la violencia institucional sufrida por personas trans* y personas intersex, denunciando tanto la psiquiatrización de personas trans* mediante la clasificación como trastorno mental, así como los protocolos clínicos vigentes de intervención en casos de un diagnóstico relacionado con la intersexualidad (Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a: s.p.).

L*s activistas y grupos que firmamos este documento y formamos la Red Internacional por la Despatologización de las Identidades Trans denunciamos públicamente, una vez más, la psiquiatrización de nuestras identidades y las graves consecuencias del llamado “trastorno de identidad sexual o de género” (TIG). Del mismo modo, queremos hacer visible la violencia que se ejerce sobre las personas intersexuales mediante los procedimientos médicos vigentes.
(Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a: s.p.)

Desde la consideración de un fondo estructural compartido de la lucha contra la patologización de personas trans* e intersex, así como en consecuencia de la participación de personas intersex en el movimiento por la despatologización trans*, STP optó por incluir la demanda de una “*abolición de los tratamientos de normalización binaria a personas intersex*” en sus cinco demandas principales (STP-2012 2010[2009]: s.p.).

De esta forma, STP apoya las demandas centrales del movimiento intersex expresadas por redes como el *International Intersex Forum* (2011, 2012, 2013; GATE 2015c), el *European Intersex Meeting* (2014) y la Organización Internacional de Intersexuales (s.a.), desde la conciencia de las características específicas de ambos movimientos (capítulo II, 1.5.2.3).

Preamble

We affirm that intersex people are real, and we exist in all regions and all countries around the world. Thus, intersex people must be supported to be the drivers of social, political and legislative changes that concern them.

We reaffirm the principles of the First and Second International Intersex Fora and extend the demands aiming to end discrimination against intersex people and to ensure the right of bodily integrity, physical autonomy and self-determination.

Demands

- To put an end to mutilating and ‘normalising’ practices such as genital surgeries, psychological and other medical treatments through legislative and other means. Intersex people must be empowered to make their own decisions affecting own bodily integrity, physical autonomy and self-determination.
- To put an end to preimplantation genetic diagnosis, pre-natal screening and treatment, and selective abortion of intersex fetuses.
- To put an end to infanticide and killings of intersex people.
- To put an end to non-consensual sterilisation of intersex people.
- To depathologise variations in sex characteristics in medical guidelines, protocols and classifications, such as the World Health Organization’s International Classification of Diseases.
- To register intersex children as females or males, with the awareness that, like all people, they may grow up to identify with a different sex or gender.
- To ensure that sex or gender classifications are amendable through a simple administrative procedure at the request of the individuals concerned. All adults and capable minors should be able to choose between female (F), male (M), non-binary or multiple options. In the future, as with race or religion, sex or gender should not be a category on birth certificates or identification documents for anybody.
- To raise awareness around intersex issues and the rights of intersex people in society at large.
- To create and facilitate supportive, safe and celebratory environments for intersex people, their families and surroundings.
- To ensure that intersex people have the right to full information and access to their own medical records and history.
- To ensure that all professionals and healthcare providers that have a specific role to play in intersex people’s wellbeing are adequately trained to provide quality services.
- To provide adequate acknowledgement of the suffering and injustice caused to intersex people in the past, and provide adequate redress, reparation, access to justice and the right to truth.
- To build intersex anti-discrimination legislation in addition to other grounds, and to ensure protection against intersectional discrimination.
- To ensure the provision of all human rights and citizenship rights to intersex people, including the right to marry and form a family.
- To ensure that intersex people are able to participate in competitive sport, at all levels, in accordance with their legal sex. Intersex athletes who have been humiliated or stripped of their titles should receive reparation and reinstatement.
- Recognition that medicalization and stigmatisation of intersex people result in significant trauma and mental health concerns.
- In view of ensuring the bodily integrity and well-being of intersex people, autonomous non-pathologising psycho-social and peer support be available to intersex people throughout their life (as self-required), as well as to parents and/or care providers.

(International Intersex Forum 2013: s.p.)

Retomando los debates mantenidos en el tercer *International Intersex Forum* en Malta en diciembre de 2013, en septiembre de 2014 se celebró un encuentro de activistas y expert*s en Ginebra, en el que las personas participantes desarrollaron un análisis colectivo de las

clasificaciones diagnósticas relacionadas con la intersexualidad en la CIE, identificando vulneraciones de Derechos Humanos en las prácticas médicas actuales. Los resultados de este proceso se resumieron en un informe que se envió en noviembre 2014 a la *OMS, Organización Mundial de la Salud* y al "*WHO Topic Advisory Group for Genitourinary, Reproductive & Maternal Health (GURM TAG)*", encargado de revisar las categorías relacionadas con la intersexualidad en la CIE (GATE 2015c: 1). El informe parte de los siguientes principios:

- Intersex bodies are a healthy manifestation of human bodily diversity.
 - Intersex people's health and wellbeing depend on the distinguishing of medical necessity from established cultural norms that relate to sexual difference.
 - Diagnostic classifications of intersex bodies have a direct impact on socio-medical management, including protocols, treatments and procedures regarding informed consent.
 - The human rights of people with intersex variations must be taken into account in any revision and reform process concerning the diagnostic classifications of intersex bodies.
 - Intersex people must be involved in all decision-making processes concerning them.
 - Data, analysis and the production of knowledge concerning the socio-medical management of intersex bodies must be subject to scrutiny and critical revision.
- (GATE 2015c: 1)

Después de una revisión de terminologías relacionadas con la intersexualidad, un análisis de las categorías diagnósticas correspondientes en la CIE, así como reflexiones epistemológicas (capítulo III, 1.1.1), l*s participantes de la reunión dirigen las siguientes recomendaciones a la OMS y al *WHO Advisory Group GURM TAG* (GATE 2015c).

We recommend that the WHO and GURM TAG:

1. Comprehensively review and consider intersex issues within the context of human rights of intersex people, and in the context of the medical ethical principle of "do no harm".
2. Engage with intersex activists regarding intersex-related diagnoses in the ICD reform process.
3. Conduct a critical review of assumptions regarding the sex binary norms underlying those diagnoses.
4. Ensure that diagnoses focus on issues of clear and evidenced medical necessity, rather than social, cultural and/or normative understandings of sex.
5. Remove diagnostic categories arising from social or cultural norms regarding sexual difference from the ICD. Social stigma, gender or sexual stereotypes and/or parental distress must not drive the classification of intersex-related diagnoses.
6. Introduce references to enable the management and mitigation of distress arising from stigma and discrimination, including parental distress.
7. Introduce references to mitigate trauma and distress arising from "*changes in intersex anatomy*", such as intersex genital mutilation.
8. Introduce references to grant intersex people full access to healthcare in different institutional settings, including access to information, counseling and support.
9. Consider with particular attention those diagnoses affecting newborns, infants and children.
10. Contribute to the dismantling of the pathologization and stigmatization of bodily diversity.

(GATE 2015c: 16)

3.2.6.2. Despatologización trans* y antipsiquiatría

La denuncia de los procesos de psicopatologización vividos por personas trans* e intersex se puede situar en el marco más amplio de un cuestionamiento de los sistemas de nosología psiquiátrica aportado desde diferentes perspectivas teóricas.

Desde enfoques antipsiquiátricos desarrollados en los años 70, se cuestiona la

finalidad política de los modelos psiquiátricos contemporáneos, denunciando el carácter inhumano de las condiciones en los hospitales psiquiátricos. En este sentido, autor*s como Basaglia 1982[1968]), Cooper (1967), Goffman (1961), Laing (1960) o Szasz (1991, 2008[1961]) cuestionan los sistemas de clasificación diagnóstica, la diferencia entre la ‘normalidad’ y la ‘locura’, el rol social de la psiquiatría como sistema de control social, los procesos de estigmatización, los abusos inherentes a la práctica profesional psiquiátrica y su modelo organizador. La primera mención del término “*anti-psychiatry*” se atribuye a Cooper en 1967, con la publicación de *Psychiatry and anti-psychiatry* (Cooper 1967; Szasz 2009). Frente al modelo de encierro de las personas con problemas de salud mental en hospitales psiquiátricos, se proponen enfoques de psiquiatría comunitaria (Basaglia 1982[1968-1980]).

Después del desarrollo de la reforma psiquiátrica, cierre de los grandes establecimientos manicomiales e implementación de sistemas de psiquiatría comunitaria, una generación más reciente de autor*s antipsiquiátric*s, a menudo con doble perspectiva teórico-activista y experiencia en el activismo de supervivientes y (ex)usuari*s de la psiquiatría, dirigen su crítica hacia nuevas formas de encierro psicofarmacológico, así como el control social y la vigilancia policial inherente a modelos de psiquiatría comunitaria (Kempker 1998; Lehmann 2004[1998], 2013; Mosher, Hendrix y Fort 2004; Olivera 2005; Radio Nikosia 2005; Stastny y Lehmann 2007 eds.; Wehde 1991). Asimismo, desarrollan propuestas alternativas al modelo psicofarmacológico, como el enfoque de acompañamiento en crisis psicóticas y fomento de capacidades de recuperación y recursos personales, puesto en práctica en iniciativas como Soteria (Mosher, et al. 2004; Lehmann 2013), la iniciativa *Weglaufhaus* en Berlín (Kempker 1998; Lehmann 2013; Wehde 1991), los proyectos de *Radio Nikosia* (2005) y *Radio Colifata* (Olivera 2005), así como movimientos asociativos como *En Primera Persona*, *Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de Salud Mental* en el contexto andaluz, *ENUPS*, *European Network of (Ex)-Users and Survivors of Psychiatry* en el contexto europeo o *WNUPS*, *World Network of Users and Survivors of Psychiatry* a escala internacional²¹². Además, se puede observar la presencia de campañas contra la estigmatización de personas con problemas de salud mental (Pilgrim y Rogers 2005)²¹³.

A diferencia de las corrientes antipsiquiátricas surgidas en los años 70, el potencial del movimiento actual de ex usuari*s y supervivientes de la psiquiatría se puede identificar en la ruptura de la exclusión discursiva de las personas con experiencia psiquiátrica de los circuitos de producción de conocimiento y confinamiento al rol de ‘usuari*’ (Bracken, Thomas, Timimi, et al. 2012; Minkowitz 2012; Timimi 2011). En este proceso, se puede observar un paralelismo

²¹² Véase [En Primera Persona, Federación Andaluza de Asociaciones de Usuarios/as de Salud Mental, ENUPS, European Network of \(Ex\)-Users and Survivors of Psychiatry](#) y [WNUPS, World Network of Users and Survivors of Psychiatry](#).

²¹³ Una lista de diferentes campañas contra la estigmatización de personas con problemas de salud mental se puede encontrar en la página web [1 de cada 4, Estrategias internacionales](#).

con la ruptura de exclusión discursiva realizada desde perspectivas trans* e intersex (capítulo III, 1.1.2). Además, se puede constatar una colaboración activa de grupos de usuari*s de Salud Mental en el activismo por la despatologización trans* (ActivaMent 2012a, 2012b).

3.2.6.3. Construcción social de la enfermedad, iatrogenia y diversidad cultural

El cambio en la conceptualización de la transexualidad como ‘problema’ de la persona trans* hacia su entendimiento como fenómeno social, expresada en el lema "*La transexualitat no és una malaltia! Nosaltres no som malalts mentals! L'autèntica malaltia és la transfòbia*" (Guerrilla Travolaka 2007a: s.p.) sitúa la lucha por la despatologización trans* en la tradición de corrientes teóricas que cuestionan el concepto de enfermedad como proceso individual, partiendo de su conceptualización como metáfora de un problema social (Foucault 1984[1979]; Szasz 1991, 2008[1961]; Turner 1984).

La enfermedad no tiene realidad y valor de enfermedad más que en la cultura que la reconoce como tal.
(Foucault 1984[1979]: 83)

Debido a que el cuerpo es la más potente metáfora de la sociedad, no es sorprendente que la enfermedad sea la metáfora más prominente de la crisis estructural. Toda enfermedad es desorden: metafórica, literal, social y políticamente.
(Turner 1994: 148)

La enfermedad mental es un mito. Los psiquiatras no se ocupan de las enfermedades mentales y de su terapia. En la práctica enfrentan problemas vitales de orden social, ético y personal.
(Szasz 2008[1961]: 294)

Desde perspectivas de constructivismo social, se señala el carácter socialmente construido de la enfermedad (Conrad y Barker 2010; Olafsdottir y Pescosolido 2011; Turner 1984). El proceso de construcción social de la enfermedad se identifica en diferentes niveles, 1. Los significados culturales atribuidos a la enfermedad, moldeando la respuesta social a la misma, 2. La conceptualización y experiencia de la enfermedad por parte de las personas afectadas y 3. La construcción social del conocimiento médico (Conrad y Barker 2010).

Desde la observación de un riesgo de daño inherente a la práctica clínica, Illich (1973) desarrolla el concepto de iatrogénesis, diferenciando entre 1. Iatrogénesis clínica, en el sentido de tratamiento ineficaces e inútiles, daños causados por intervenciones médicas y ausencia de agencia de las personas usuarias, 2. Iatrogénesis social, haciendo referencia a la medicalización de la vida contemporánea, mediante un incremento de las necesidades de atención sanitaria, reducción de las capacidades de autocuidado, aumento de hospitalización de la enfermedad, monopolio médico, medicalización del gasto sanitario, incremento de la prescripción farmacéutica, aumento del rol de la clasificación diagnóstica, estigmatización preventiva y creciente medicalización de la atención paliativa y 3. Iatrogénesis cultural, entendida como una destrucción de modos tradicionales de abordaje de la muerte, del dolor y de la enfermedad.

Zola (1972) identifica el creciente rol de la medicina como la "*major institution of social*

control, nudging aside, if not incorporating, the more traditional institution of religion and law” (487), convirtiendo la misma en *“the new repository of truth, the place where absolute and often final judgments are made by supposedly morally neutral and objective experts”* (487). En un trabajo posterior, Zola (1986) analiza las desigualdades de poder en el encuentro médico y en la práctica de investigación, detectando como consecuencia una frecuente vivencia de vulnerabilidad en l*s usuari*s.

Desde la sociología del diagnóstico (Armstrong 2011; Blaxter 1978; Bowker y Star 1999; Brown 1990; Brown, et al. 2011; LeFrançois y Diamond 2014; Jutel 2009; Jutel y Nettleton 2011; Timmermans 2011), desarrollada en el capítulo anterior (II, 3.1.6), los procesos de discriminación, estigmatización, violencia transfóbica y exclusión social de las personas trans* se pueden analizar como parte de las consecuencias del diagnóstico (Jutel y Nettleton 2011).

Diagnosis as category as process and the consequences of both can form the object of sociological scrutiny. Working with diagnosis as an object, we might examine impact and consequences of a diagnosis for patients, practitioners and societies. This might involve examining how the designation can have consequences for a person's life, how it is communicated in the clinic, how disease categories can come to carry a symbolic significance and so on. But we might also usefully deploy diagnosis as an analytic tool which can prize open some of the central problematics of the experience of illness and the practice of health care. Diagnosis serves thus as an analytic device that can explore the way classifications and labels are constructed, framed and enacted. They can be deconstructed to reveal their social content (...).
(Jutel y Nettleton 2011: 798)

La crítica del carácter etnocéntrico y colonialista del modelo psicopatológico de la transexualidad aportada por el activismo por la despatologización trans* (Missé 2010a; STP-2012 2011b) se puede relacionar con discursos críticos desarrollados desde la perspectiva de psiquiatría transcultural (González y Comelles 2000 eds.; Mezzich, et al. 1996; Watters 2010) y antropología social (Balzer 2008, 2010; Gómez 2004; Herdt 1996 ed. 1996; Nieto 1998 ed. 1998a, 1998b, 2008; Vasey y Bartlett 2007).

Desde la psiquiatría transcultural (Alarcon 2009; González y Comelles 2000 eds.; Mezzich, et al. 1996; Watters 2010), se desarrolla una crítica de la aplicación de un modelo psiquiátrico occidental a contextos no occidentales, sin tener en cuenta el carácter culturalmente específico de los procesos de salud mental. En este sentido, se critica el carácter occidental de la clasificación diagnóstica establecida en el DSM (Mezzich, et al. 1996; Watters 2010), la influencia de la industria farmacéutica en su difusión internacional (Watters 2010), así como los riesgos que implica este proceso, en el sentido de una construcción de ‘enfermedades’ y pérdida de identidades culturales específicas (Watters 2010). En consecuencia, se señala la relevancia de una consideración del contexto cultural en el proceso diagnóstico (Mezzich, et al. 1996) y la identificación de síntomas culturalmente específicos (Alarcon 2009).

La antropología social aporta estudios sobre la diversidad de expresiones, trayectorias e identidades de género en diferentes culturas no occidentales que exceden el modelo médico y la clasificación diagnóstica occidental de la transexualidad, partiendo de un reconocimiento cultural y social de ‘terceros sexos/géneros’ (Balzer 2008, 2010; Costa y Matzner 2007; Gómez

2004; Graham 2001; Graham-Davies 2007; Herdt 1996 ed., 1996; Nanda 2000 ed.; Nieto 1998 ed., 1998a, 1998b; 2008; Towle y Morgan 2002; Vasey y Bartlett 2007). Una mención de expresiones e identidades de género en culturas no occidentales se puede identificar también en informes desarrollados desde perspectivas teórico-activistas trans* (Balzer, et al. 2012; Winter 2014, 2015) e instituciones internacionales (UNDP 2012, 2013). Los estudios coinciden en identificar la necesidad de un reconocimiento de la diversidad cultural de expresiones e identidades de género y la importancia de una identificación de necesidades contextualmente específicas, bajo participación de las comunidades locales.

3.2.6.4. Enfoque de interseccionalidad

La teoría de interseccionalidad, cuya primera mención se atribuye a Kimberle Crenshaw en 1989 en relación a las múltiples e interconectadas formas de discriminación estructural ejercidas contra mujeres de color en el contexto norteamericano, hace referencia a la coexistencia de diferentes ejes interrelacionados de desigualdad, entre ellos la clase social, el nivel educativo, la profesión, el empleo, el nivel de ingresos, la procedencia cultural y étnica, el género, la edad, la orientación sexual, la identidad de género, el lugar de residencia, el estatus familiar, la estado de salud o la diversidad corporal (Crenshaw 1989, 2012[1991]; Bauer 2014; Mason s.a.; McCall 2005; Nash 2008; Walby, Armstrong y Strid 2012).

With Black women as the starting point, it becomes more apparent how dominant conceptions of discrimination condition us to think about subordination as disadvantage occurring along a single categorical axis. I want to suggest further that this single-axis framework erases Black women in the conceptualization, identification and remediation of race and sex discrimination by limiting inquiry to the experiences of otherwise-privileged members of the group. (...) These problems of exclusion cannot be solved simply by including Black women within an already established analytical structure. Because the intersectional experience is greater than the sum of racism and sexism, any analysis that does not take intersectionality into account cannot sufficiently address the particular manner in which Black women are subordinated.
(Chrenshaw 1989: 140)

Intersectionality refers to the ways race, class, gender, ethnicity, sexual orientation, ability, status and other markers of differences intersect to inform individual realities and lived experiences. Intersectionality recognizes that individuals and groups are shaped by multiple and intersecting identities. These identities often inform an individual's world view, perspective and relationship to others in society.
(Mason s.a.: 5)

Nash (2008) aporta una relectura crítica del concepto de interseccionalidad, constatando la falta de una metodología rigurosa para analizar posiciones subjetivas múltiples, la presencia de una crítica de los procesos de categorización aportada desde perspectivas postestructuralistas, feministas y antiracistas, así como la conciencia de la complejidad entre y intra-categorías. Además, plantea la pregunta si solo l*s sujet*s marginalizad*s o todas las identidades son interseccionales y cómo se construyen las identidades que los enfoques de interseccionalidad analizan (Nash 2008). Desde la identificación de aspectos no resueltos en la teoría de interseccionalidad y la conciencia de su conversión en una perspectiva académica

establecida, Nash (2008) propone una interrogación crítica sobre el enfoque elegido y una conceptualización de la identidad como compleja y atravesada por diferentes vectores de poder.

Se pueden encontrar múltiples aplicaciones de los enfoques interseccionales a investigaciones y reflexiones sobre temáticas LGBT y trans*²¹⁴.

En el ámbito español, cabe nombrar como ejemplo de una reflexión sobre interseccionalidad y temáticas LGTB la antología *Intersecciones: Cuerpos y sexualidades en la encrucijada* (Platero 2012 ed.), que incluye, aparte de un texto de Crenshaw (2012[1991]), textos sobre diferentes ejes de interseccionalidad, entre ellos la intersección entre la experiencia de diversidad funcional y sexualidades no normativas (Guerrero y Platero 2012), la situación de migrantes LGTB en los *CIE, Centros de Internamiento de Extranjeros* (Herrero, Platero, Berná 2012) o el análisis de aspectos de interseccionalidad en la realidad de personas LGTB migrantes (Coll-Planas 2012).

En el texto de introducción, Platero (2012) revisa diferentes conceptos afines al término de interseccionalidad, aportados por diferentes autor*s a lo largo de las últimas décadas, poniendo el foco no tanto en el debate conceptual, sino en la potencialidad del enfoque para analizar relaciones de poder y privilegio desde su interacción con un entorno social e histórico concreto, así como las relaciones entre las diferentes identidades y categorías. Señala el proceso de surgimiento del enfoque de interseccionalidad desde diferentes movimientos y perspectivas, entre ellas *"de la teoría queer y su herencia feminista, así como de los estudios postcoloniales y los estudios críticos sobre la diversidad funcional, en la medida que suponen un cuestionamiento de las relaciones de poder y de cómo se articula el privilegio"* (Platero 2012: 37). A diferencia de otr*s autor*s que hacen referencia a la herencia identitaria en el enfoque de interseccionalidad, Platero (2012) identifica una analogía entre el cuestionamiento de las políticas identitarias presente en la teoría queer y en el enfoque de interseccionalidad. Además, resalta que todas las personas, no solo las minorías, están atravesadas por estructuras sociales, siendo más invisibilizadas en caso de personas cuyas vidas parten de una situación de privilegio (Platero 2012).

Ninguna persona deja de estar atravesada por estas estructuras, pero aquellas cuyas vidas se sitúan dentro de algunos valores dominantes, y por tanto de privilegio, se las representa como si sus características fueran neutrales o naturales, como si no tuvieran acento, color, etnia, género o sexualidad, por ejemplo. Es decir, que los sujetos dominantes también son interseccionales, porque se entiende que la ciudadanía está encarnada por defecto por un varón blanco, urbano, heterosexual, sin diversidad funcional, con el acento y uso de la lengua considerada dominante, y un etcétera cargado de las manifestaciones más aceptadas de todos los organizadores sociales relevantes en un lugar y momento histórico determinado. Sin embargo, este sujeto dominante a menudo no se percibe como interseccional; ni tenemos en cuenta cómo se construyen entrelazadamente esos privilegios. (Platero 2012: 22)

²¹⁴ Broad 2010; Coll-Planas 2012b; De Vries 2012; Guzman y Platero 2012; Herrero, Platero y Berna 2012; Hines 2010; Inckle 2010; McDermott 2010; Meyer 2012; Monro y Richardson 2010; Platero 2012; Spade 2013; Taylor, Hines y Casey 2010; Valentine 2007.

Guzman y Platero (2012), desde una perspectiva interseccional y experiencia teórico-activista y personal con el movimiento por la diversidad funcional y los activismos LGBTQ, analizan los puntos de coincidencia entre ambos movimientos, entre ellos una experiencia compartida de patologización por el sistema médico y clasificación por las religiones como pecado.

A muchas personas no se les escapa que existen ciertos paralelismos entre las experiencias vividas por las personas LGBTQI^[nota a pie de página] y las personas con diversidad funcional. (...) Hay una raíz común clave, una larga historia de patologización, que conforma a las personas como sujetos que necesitan rehabilitación, vigilancia médica y legal, que dependen del reconocimiento de la sociedad para ser aceptados como personas ajustadas. (...) Pensemos que las personas con sexualidades e identidades no normativas y las personas con diversidad funcional también comparten una trayectoria histórica por la que han sido señaladas por las religiones para ser demonizadas, como pecadoras o defectuosas.^[nota a pie de página] La discriminación a la que se enfrentan cotidianamente afecta a áreas clave del desarrollo y ámbitos de socialización de cualquier persona, como es la aceptación familiar, el acceso a la escuela, vivienda, ocio o empleo, entre otras. Por otra parte, son personas que viven una clara estereotipación y son representadas de formas muy repetitivas y limitadas en todo tipo de medios.
(Guzman y Platero 2012: 131-132)

En relación a respuestas activistas, Guzman y Platero (2012) hacen referencia a *"la lucha por la despatologización de las personas transexuales frente a las nuevas versiones de los manuales diagnósticos de psiquiatría (DSM-V y CIE) que se aprobará en los próximos años"* y *"la demanda de las personas con sordera por ser reconocidas como una minoría lingüística en lugar de seguir siendo nombradas como personas con discapacidad"* (Guzman y Platero 2012: 132).

Desde una perspectiva interseccional y experiencia tanto con el activismo por los derechos de las personas migrantes y movimiento LGTB, Herrero, Platero y Berná (2012) analizan en un diálogo a tres voces la situación de las personas LGTB en los *CIE, Centros de Internamiento de Extranjeros* en el contexto español. Eva Herrero (en: Herrero, et al. 2012), como activista del colectivo *El Ferrocarril Clandestino* y co-autora del informe *Voces desde y contra los Centros de Internamiento de Extranjeros*, señala la escasez de conocimientos sobre las personas LGTB en los *CIE, Centros de Internamiento de Extranjeros*, paralelamente a una mayor exposición a incidencias de discriminación y violencia.

Sabemos por las entrevistas de casos de abusos, en los que la brutalidad se agudiza cuando hay una identidad sexual alternativa. Hay un peor trato, es más vejatorio, aparecen los insultos. Por ejemplo, los hombres muy feminizados, con mucha pluma, muy visibles, se les aloja con las mujeres para dormir. Se supone que la policía lo hace como forma de protección. Para las personas en el CIE, la estrategia de supervivencia es pasar desapercibida. Es una estrategia problemática, incluso para poder defender sus derechos.
(Herrero en: Herrero, et al. 2012: 242-243)

Paralelamente a la observación de una mayor vulnerabilidad a actitudes discriminatorias, se constata una falta de apoyo activista hacia personas migrantes LGTB (Herrero, et al. 2012). Desde el análisis del carácter interseccional de las violencias ejercidas contra personas migrantes LGTB en los CIE, l*s autor*s plantean una reflexión más amplia sobre la construcción de ciudadanía, género y sexualidad en la sociedad actual.

L: ¿Hasta qué punto esta situación interseccional de esos hombres y mujeres en los Centros de Internamiento de Extranjeros están cuestionando las normas sociales de la mayoría? (...) ¿Hasta qué punto es importante hablar de los Centros de Internamiento para cuestionar las normas sociales sobre la sexualidad, para cuestionar las relaciones de poder en la sociedad mayoritaria, para evidenciar el abuso de poder de la policía, de la falta de libertad de los ciudadanos al tránsito, para hablar de heterosexualidad obligatoria? (...)

E: Aunque no se produzca una gran movilización, los Centros de Internamiento de Extranjeros nos tiene que ayudar a pensar qué es eso de un sujeto ilegal, que nos haga reflexionar sobre el privilegio que tenemos, que nos obligue a pensar sobre cómo se construye una sociedad basada en patrones muy rígidos y qué relaciones de poder establecemos sobre la raza, género y la sexualidad y todo esto junto. (Platero y Herrero en: Herrero, et al. 2012: 251-252)

Gerard Coll-Planas (2012b) abre una reflexión sobre la interseccionalidad de diferentes dimensiones de desigualdad, el carácter complejo y culturalmente específico de las categorías identitarias y la tensión entre el carácter estructuralmente determinado y aspectos de agencia, tomando como ejemplo la trayectoria de personas migrantes LGTB, desde el interés de *"explorar cómo las distintas líneas de opresión nos producen y cómo lidiamos con nuestro doble carácter de productos y productores"* y *"compartir reflexiones en voz alta sobre, por un lado, cómo podemos comprender de una forma más compleja el modo en que somos moldeados en el marco de la estructura social y, por el otro, cómo damos cuenta de nuestro margen de autonomía y responsabilidad respecto nuestras circunstancias vitales"* (274-275).

En el ámbito anglosajón, se puede constatar un amplio campo de reflexiones sobre la situación de personas LGBT desde perspectivas de interseccionalidad (Broad 2010; De Vries 2012; Inckle 2010; McDermott 2010; Meyer 2012; Taylor, et al. 2010; Valentine 2007).

La antología *Theorizing intersectionality and sexuality*, editada por Taylor, Hines y Casey (2010), ofrece reflexiones amplias y diversas sobre la aplicación de la perspectiva de interseccionalidad al ámbito de los estudios sobre sexualidades e identidades de género no normativas. L*s editor*s observan una falta de reflexión en profundidad sobre las interconexiones entre la sexualidad y otras dimensiones, más allá de su mención en el *"intersectional wheel"* (Taylor, et al. 2010: 2), una reducción a un marco binario en enfoques feministas, así como una relación de complejidad entre la perspectiva de interseccionalidad y la teoría queer.

A concern with sexuality is apparent within scholarly work on 'intersectionality' as a spoke on the 'intersectional wheel', but these intersections are often minimally gestured towards rather than empirically substantiated, demonstrated and 'delivered'; the formalistic addition and repetition of 'intersectionality' leaves out the intimate interconnections, mutual constitutions and messiness of everyday identifications and lived experiences. (...) Feminist scholarship has been central in theorising intersectionality, but in examining the relationship between categories, binaries are often uneasily resurrected where notions of connection and complexity may easily be forgotten. (...) Similarly, a complicated relationship exists between queer theory and intersectionality, where potential parallels remain fraught and disconnected. Queer theory attempts to avoid analysis of asymmetrical power relations with its focus on the destabilisation of categories, often negating the privileges and (dis)advantages allowing and denying such inclinations. (Taylor, et al. 2010: 2-3)

En consecuencia, l*s editor*s de la antología resaltan la importancia de centrar la atención en la experiencia vivida de interseccionalidad más que en su conceptualización

académica, en el sentido de "*sexual advances, limitations, intersectional negotiations and negations feature in everyday lives beyond the abstract academic page*" (Taylor, et al. 2010: 4).

Los capítulos de la antología incluyen reflexiones relacionadas con temáticas trans*. En este sentido, Monro y Richardson (2010) analizan aspectos de interseccionalidad en políticas recientes de igualdad en el Reino Unido en el proceso de inclusión de la dimensión de 'orientación sexual' e 'identidad de género', observando un acceso desigual de diferentes minorías a espacios de participación política. Hines (2010) revisa el significado del concepto de 'interseccionalidad' para el análisis de las narrativas de personas trans*, explorando el carácter interconectado de la dimensión de género y sexualidad en prácticas identitarias y construcciones subjetivas. Broad (2010), McDermott (2010) e Inckle (2010) aportan reflexiones sobre aspectos metodológicos en la investigación sobre realidades LGBT desde perspectivas interseccionales (capítulo III, 1.2.2).

Además, en la bibliografía anglosajona se pueden observar múltiples aplicaciones de los enfoques interseccionales al análisis de situaciones de discriminación y violencia homo y transfóbica (Meyer 2012; De Vries 2012; Valentine 2007).

En este sentido, Meyer (2012) analiza aspectos interseccionales en la vivencia de experiencia homo o transfóbica a través de una investigación cualitativa, observando diferencias en la vivencia y respuesta emocional según la clase social, el género y la pertenencia étnica. De Vries (2012) revisa los sesgos heterocentros, androcéntricos, medio-clasistas y "*white-normative*" (49) inherentes a las narrativas disponibles sobre los procesos de tránsito en el género. En entrevistas etnográficas con personas trans* de color, observa tanto narrativas culturales dominantes como narrativas relacionadas con la procedencia étnica, constatando una intersección y multidimensionalidad entre diferentes marcos de identidad atravesados por circunstancias estructurales sociales y culturales (De Vries 2012).

Valentine (2007) abre una reflexión metateórica sobre la investigación de aspectos interseccionales en el ámbito de los estudios trans* (capítulo III, 1.2.2).

3.2.6.5. Determinantes sociales de la salud

La *Organización Mundial de la Salud* aporta un modelo de determinantes sociales de la salud (OMS 2008, 2010a). El modelo esboza diferentes determinantes sociales que pueden influir en la equidad en relación a la salud y el bienestar, incluyendo tanto "*structural determinants*", entre ellos las políticas de empleo, educación, salud, protección social, vivienda y cultura, como "*intermediary determinants*", comprendiendo las condiciones de vida (condiciones laborales y de vivienda, accesibilidad de alimentos, etc.) y factores personales y psicosociales (OMS 2010a: 6). El sistema sanitario se nombra como un factor que influye tanto en los determinantes intermediarios como en la equidad en relación a la salud y el bienestar de la población (OMS 2010a).

[T]he CSDH [Commission on Social Determinants of Health] framework, summarized in Figure A, shows how social, economic and political mechanisms give rise to a set of socioeconomic positions, whereby populations are stratified according to income, education, occupation, gender, race/ethnicity and other factors; these socioeconomic positions in turn shape specific determinants of health status (intermediary determinants) reflective of people's place within social hierarchies; based on their respective social status, individuals experience differences in exposure and vulnerability to health-compromising conditions. Illness can “feed back” on a given individual's social position, e.g. by compromising employment opportunities and reducing income; certain epidemic diseases can similarly “feed back” to affect the functioning of social, economic and political institutions. (OMS 2010a: 5)

En la bibliografía reciente, se pueden encontrar diferentes aplicaciones del modelo de determinantes sociales como marco conceptual para analizar el impacto de la vivencia de discriminación de las personas trans* en la salud, tanto en publicaciones científicas (Bradford, et al. 2013; Dysart-Gale 2010; MacDonnell y Grigorovich 2012; Müller 2013; Pega y Veale 2015) como en documentos activistas (Rainbow Health Network 2014). Los trabajos parten de la identificación del acceso a la educación, el empleo, la vivienda y los servicios sanitarios como determinantes sociales intermedios y de las políticas sociales, sanitarias y de vivienda como determinantes sociales estructurales, de potencial impacto en la equidad en salud (OMS 2009, 2010a). Además, vari*s autor*s identifican la orientación sexual e identidad de género como determinantes sociales de la salud en sí (Müller 2013; Pega y Veale 2015).

En este sentido, Pega y Veale (2015) revisan el *Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud* (OMS 2008), observando la ausencia de referencias al concepto de ‘identidad de género’, a pesar de su creciente reconocimiento como determinante social de la salud que puede resultar en desigualdades en salud. L*s autor*s identifican la utilidad de instrumentos de Derechos Humanos relacionados con el derecho a la salud como herramientas para abordar la identidad de género como un determinante social de la salud, con el objetivo de mejorar la equidad en salud, llamando a la *Organización Mundial de la Salud* a incluir una mención explícita a la identidad de género en su modelo de determinantes sociales de la salud y a desarrollar recomendaciones específicas sobre el tema.

Müller (2013) parte de la idea de que “[s]exual orientation and gender identity are social determinants of health, as homophobia and heteronormativity persist as prejudice in society” (Müller 2013: 1), detectando una frecuente exposición de las personas LGBT a experiencias de discriminación y prejuicios en la atención sanitaria, así como una ausencia de contenidos de formación sobre aspectos de salud relacionados con población LGBT en las facultades de Ciencias de la Salud, a pesar de un reconocimiento de la necesidad de una atención sanitaria LGBT-específica.

MacDonnell y Grigorovich (2012) identifican una interrelación entre la vulnerabilidad social de las personas trans* y desigualdades en salud, señalando que “[g]ender and work, as social determinants of health for trans people, both shape and are shaped by multiple factors such as support networks, social environment, income and social status, shelter, and personal health practices” (MacDonnell y Grigorovich 2012: 1). A través de un estudio cualitativo,

analizan la trayectoria de profesionales de salud trans*, revisando sus experiencias de transición y trayectoria profesional, con el objetivo de adquirir conocimientos para la investigación y docencia de enfermería, desde *"an understanding of how trans providers 'do transgender work' and supporting them in that process"* (MacDonnell y Grigorovich 2012: 1).

Bradford, et al. (2013) analizan la relación entre determinantes sociales de la salud y la experiencia de discriminación transfóbica en Virginia, mediante una investigación cuantitativa basada en una herramienta de identificación de necesidades de salud, incluyendo preguntas relacionadas con experiencias de discriminación, situación de empleo y vivienda. Un 41% de las personas participantes indicaron haber sufrido discriminación trans-específica (Bradford, et al 2013). Como factores asociados a la experiencia de discriminación se identifican el contexto geográfico, el género, un estatus socio-económico bajo, la pertenencia a una minoría étnica, la falta de seguro sanitario, necesidades sanitarias no accesibles, una historia de violencia sexual y física, el consumo de tabaco y alcohol, así como factores interpersonales (apoyo familiar y relaciones comunitarias) (Bradford, et al. 2013). En consecuencia de la observación de frecuentes experiencias de discriminación en la atención sanitaria, el mercado laboral y la vivienda, l*s autor*s recomiendan intervenciones multidimensionales, incluyendo la protección legal dirigida a personas trans* y estrategias de formación para profesionales sanitari*s (Bradford, et al. 2013).

Desde la observación del rol relevante de l*s profesionales de enfermería en la atención sanitaria clínica y comunitaria, Dysart-Gale (2010) propone la aplicación de un marco de determinantes sociales de la salud y justicia social en la práctica enfermera con jóvenes LGBTIQ en el contexto canadiense, con el objetivo de identificar y reducir barreras sociales en el acceso sanitario.

Rainbow Health Network (2014), una red activista procedente del contexto canadiense, responde en un folleto informativo a la pregunta *"What Are Social Determinants of Health for LGBTTTIQ People?"* (1), entendiendo bajo el acrónimo *"lesbian, gay, bisexual, transgender, transsexual, Two-Spirit, intersex, and queer"* (1). Identifica como determinantes sociales de la salud relevantes para las personas LGBTTTIQ 1. Disponer de ingresos regulares, comida de calidad y acceso a una vivienda en condiciones sanas, 2. No sentirse sol*s y tener contactos con amig*s y recursos comunitarios, 3. No sufrir ataques racistas y sentirse segur*s, teniendo en cuenta la frecuente diferencia de trato a personas con *"[r]ace, ethnic background, First nations/Metis/Inuit status and immigrant status"*, 4. Tener acceso a la educación y oportunidades para aprender, 5. No estar desemplead*s o en situación de un empleo mal pagado o estresante, así como 6. Tener experiencias de igualdad, justicia y respeto, en el trabajo, la vivienda y el sistema sanitario. En cambio, nombra como aspectos que dificultan estar san*s o recuperar la salud *"poverty, homelessness, isolation, racism, sexism, homophobia, biphobia, transphobia, discrimination around disability..."* (Rainbow Health

Network 2014: 1).

Además, el folleto informativo hace referencia al impacto de experiencias de homofobia, bifobia, transfobia y heterosexismo en la salud mental, contribuyendo a una incidencia más alta de suicidio, abuso de alcohol, tabaco u otras drogas, así como un riesgo aumentado de infecciones de transmisión sexual (Rainbow Health Network 2014). Finalmente, Rainbow Health Network (2014) nombra avances del activismo y trabajo comunitario LGBTTTIQ, lanzando el mensaje que “[w]hen we stand together and support each other, we are stronger. When we work with others who seek justice and fairness, we help create healthy communities for everyone”(2).

3.3. “Ni hombres, ni mujeres, el binarismo nos enferma”²¹⁵: Críticas al modelo binario



Carteles de la convocatoria del Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans

Imagen 32: Barcelona,

ATC, Guerrilla Travolaka, Plataforma d'Activistes Sin Vergüenza i activistes independents, 2008

Imagen 33: Bruselas, Genres Pluriels, 2009

Imagen 34: Madrid, Plataforma Octubre Trans Madrid, 2014

3.3.1. Discursos activistas y teórico-activistas

Ni homes, ni dones. Ni disfòrics, ni transtornats, ni transsexuals. Només som guerrillers o guerrillers segons el moment. Pirates del gènere, buscadors de tresors. Som Trans-resistents, Trans-guerrillers, Trans-ciudadanes, Travolakes, Drag-Kings i DragQueens. Dissidents de l'heteropatriarcat. (Guerrilla Travolaka s.a.: s.p.)

Aparte de las reflexiones sobre la relación entre clasificación psiquiátrica, estigmatización y violencia transfóbica, el cuestionamiento del orden binario de género, así como la pregunta por las posibilidades de construir espacios abiertos a la diversidad sexual, corporal y de género en la sociedad actual adquiere una relevancia destacada en los discursos por la despatologización trans*.

²¹⁵ Fuente del lema: ATC, Guerrilla Travolaka, Plataforma d'Activistes Sin Vergüenza i activistes independents, 2008.

3.3.1.1. El orden binario

La ansiedad social de mantener el orden binario de género se identifica como una de las razones fundamentales para los procesos de patologización, psiquiatrización y violencia transfóbica dirigida contra las personas trans*. En el manifiesto de *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization*, publicado en 2009, la denuncia de la reproducción social del binomio de género y la presuposición de una diferencia sexual naturalizada ocupa un lugar central (Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a).

La psiquiatrización relega a las instituciones médico-psiquiátricas el control sobre las identidades de género. La práctica oficial de dichas instituciones, motivada por intereses estatales, religiosos, económicos y políticos, trabaja sobre los cuerpos de las personas amparando y reproduciendo el binomio de hombre y mujer, haciendo pasar esta postura excluyente por una realidad natural y “verdadera”. Dicho binomio, presupone la existencia única de dos cuerpos (hombre o mujer) y asocia un comportamiento específico a cada uno de ellos (masculino o femenino), a la par que tradicionalmente ha considerado la heterosexualidad como la única relación posible entre ellos. Hoy, denunciando este paradigma, que ha utilizado el argumento de la biología y la naturaleza como justificación del orden social vigente, evidenciamos sus efectos sociales para poner fin a sus pretensiones políticas.
(Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a: s.p.)

Según la perspectiva del movimiento por la despatologización trans*, la práctica médica contemporánea está basada en la imposición social del orden binario de género en la sociedad actual, tanto en relación a los protocolos clínicos dirigidos a personas trans*, como respecto a la práctica quirúrgica practicada en recién nacid*s, niñ*s y adolescentes intersex (Red Internacional por la Despatologización 2009a).

Legitimar las normas sociales que constriñen nuestras vivencias y sentires implica invisibilizar y patologizar el resto de opciones existentes, y marcar un único camino que no cuestione el dogma político sobre el que se fundamenta nuestra sociedad: la existencia, única y exclusiva, de solo dos formas de ser y sentir. Si invisibilizar supone intervenir a recién-nacidos intersex (aquell*s con genitales ambiguos funcionales) con violentos tratamientos normalizadores así se hará, si de lo que se trata es de borrar la posibilidad de estos cuerpos y vetar la existencia de las diferencias.

El paradigma en el que se inspiran los procedimientos actuales de atención a la transexualidad y la intersexualidad convierte a estos en procesos médicos de normalización binaria. De “normalización” ya que reducen la diversidad a sólo dos maneras de vivir y habitar el mundo: las consideradas estadística y políticamente “normales”. Y con nuestra crítica a estos procesos resistimos también a tener que adaptarnos a las definiciones psiquiátricas de hombre y mujer para poder vivir nuestras identidades, para que el valor de nuestras vidas sea reconocido sin la renuncia a la diversidad en la que nos constituimos.
(Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a: s.p.)

En este sentido, se critica que el cuerpo intervenido por la medicina fuera más aceptable que un cuerpo que transgrede el imaginario social binario (Red Internacional por la Despatologización Trans 2009b).

Cuestionamos el orden binario de género vigente en la sociedad actual en la que se sigue aceptando mejor a un hombre con cicatrices que a un hombre con pechos.
(Red Internacional por la Despatologización Trans 2009b: s.p.)

La crítica del binarismo de género está presente en los textos publicados por grupos activistas procedentes de diferentes partes del mundo, entre ellos colectivos de Barcelona

(ATC, Guerrilla Travolaka, Plataforma d'Activistes Sin Vergüenza, et al. 2008, 2009; Guerrilla Travolaka s.a., 2006; Guerrilla Travolaka y activistas independientes 2007), Berlín (Berliner Bündnis STP-2012 2010), Bogotá (Colectivo Entre-Tránsitos 2011), Bruselas (Genres Pluriels 2009), Madrid (Acera del Frente 2008; Asamblea TransMaricaBollo de Sol 2011a, 2011b), Quito (Proyecto TRVNSG3NERO en: Vásquez 2010[2009]), así como redes internacionales (Andía Pérez, et al. 2009).

En un texto publicado en 2009 por el grupo activista *Genres Pluriels* que participa desde 2008 en las convocatorias anuales del *Día Internacional por la Despatologización Trans*, se constata que “[i]l y a autant de sexes que d'individus” (Genres Pluriels 2009: s.p.). El colectivo reivindica el respeto de la integridad corporal de las personas intersex, la necesidad de despatologización de las personas trans* y el reconocimiento de la diversidad corporal y de géneros.

NON au binarisme ! NON à la psychiatisation ! NON à la stérilisation forcée ! NOUS ne voulons pas être soignés ! NOUS ne voulons pas de la pitié ! NOUS voulons faire valoir NOS DROITS! SIGNEZ LA PETITION : ICI !

Le système binaire qui nous oblige à naître homme ou femme nie la pluralité des sexes, des genres et des sexualités. Tout en broyant nos corps et nos identités, il fait de toutes les personnes hors normes des malades mentales.

NON à la normalisation binaire! OUI à la diversité des corps! Nos corps nous appartiennent ! Les transidentités ne sont pas des pathologies. Les personnes intersexuées ont droit au respect de leur intégrité physique et mentale. Il y a autant de sexes que d'individus. Alors pourquoi deux cases?

(Genres Pluriels 2009: s.p.)

En diferentes textos, se refleja una conceptualización de los géneros como culturalmente contruidos y, en consecuencia, cuestionables y de-construibles (ATC, et al. 2008 ; Berliner Bündnis STP 2012 2010).

Diciendo que no somos ni hombres ni mujeres queremos demostrar que el binomio hombre-mujer y todas las diferencias que se atribuyen a los géneros masculino y femenino son contruidas y pueden ser cuestionadas.

(ATC, Guerrilla Travolaka, Plataforma d'Activistes Sin Vergüenza, et al. 2008: s.p.)

Finalmente queremos evidenciar la rigidez extrema con la que se impone el binomio hombre/mujer como categoría única y excluyente, un binomio que está contruido y puede ser cuestionado. Nuestra existencia en sí muestra la falsedad de la polarización y señala una realidad diversa y múltiple. Una diversidad que honramos hoy.

(Berliner Bündnis STP-2012 2010: 56)²¹⁶

Además, se advierten los riesgos de una naturalización biologicista de la ‘diferencia sexual’ (Red Internacional por la Despatologización Trans 2010c).

Que los cuerpos de hombre deban tener actitudes masculinas y que los cuerpos de mujer deban tener actitudes femeninas es un dogma perverso que atenta contra las libertades de las personas. La masculinidad y la feminidad no son procesos naturales sino aprendizajes, códigos y lenguajes. El discurso biologicista sobre el género es el que fomenta la violencia

²¹⁶ Traducción propia. Texto original: “Schließlich wollen wir die extreme Starrheit offensichtlich machen, mit der sich das Binom Mann/Frau aufzwingt als einzige und ausschließliche Kategorie, ein Binom, das konstruiert ist und in Frage gestellt werden kann. Allein unsere Existenz zeigt die Falschheit der Polarisierung und weist auf eine verschiedenartige und vielfältige Realität hin. Eine Vielfalt, die wir heute würdigen” (Berliner Bündnis STP-2012 2010: 56).

hacia las personas trans e intersex, hacia todas las personas que no encajamos en la categoría hombre o la categoría mujer.

(Red Internacional por la Despatologización Trans 2010c: s.p.)

Frente a la lógica patologizante del sistema binario, se destaca la posibilidad de “tránsitos felices” (Colectivo Entre-Tránsitos 2011: s.p.) liberados de estereotipos de género (capítulo II, 3.9).

Desde El Colectivo Entre-Tránsitos le apostamos a las construcciones conscientes de nuestros cuerpos, alejándonos de los criterios binarios y normativos de los géneros, demostrando que la genitalidad NO nos determina como hombres o mujeres. Buscamos tránsitos felices, tránsitos que no reproduzcan estereotipos hegemónicos, sexistas ni misóginos, tránsitos que nos permitan disfrutar de nuestra corporalidad independientemente de cuál sea.

(Colectivo Entre-Tránsitos 2011: s.p.)

Además, se señala el potencial transgresor de una ruptura con el binarismo de género (ATC, et al. 2008).

[C]uando la medicina y el estado nos definen como trastornados ponen en evidencia que nuestras identidades, nuestras vidas trastornan su sistema.

(ATC, et al. 2008: s.p.)

Desde el contexto ecuatoriano se denuncia la imposición de un modelo binario de género por la medicina occidental que no corresponde a la diversidad de género presente en la cultura indígena. Dentro de un modelo biomédico de tratamiento quirúrgico de la intersexualidad, “escapar del bisturí” en consecuencia de una falta de acceso a la atención sanitaria de grupos de población se convierte en una “ventaja de la desventaja” (Proyecto TRVNSGÉN3RO 2009 en: Vásquez 2010[2009]: 16).

Con estos antecedentes, reunid@s en Atuntaqui, provincia de Imbabura, en la sierra norte del Ecuador, personas y colectivos trans y transfeministas de Azuay, El Oro, Imbabura, Los Ríos, Manabí, Pichincha y Santo Domingo de los Tsáchilas, (...)

DENUNCIAMOS: (...)

Que en Manabí –provincia con cierta prevalencia de nacimientos intersex – a l@s “indefinid@s” se nos obliga a vivir como varones. Mientras, en otros lugares, el criterio quirúrgico se inclina hacia la feminización como una opción más fácil de “normalización” de “genitales ambiguos”, aquí se prefiere la “equivocación” hacia el lado masculino. Y, aunque escapar del bisturí constituye tal vez una “ventaja de la desventaja” propia de nuestra realidad, todavía estamos lejos, en todas partes, de escapar de la tiranía de tener que sobrevivir en un orden binario de cuerpos-géneros en el que de partida no encajamos.

(Proyecto TRVNSGÉN3RO en: Vásquez 2010[2009]: 15-16)

En el manifiesto de la Asamblea TransMaricaBollo de Sol (2011a), elaborado desde el ámbito español en el contexto del movimiento 15M, se señala la interrelación entre el binarismo de género y los intereses del sistema capitalista.

Las identidades binarias de género (mujer y hombre) son instrumentos históricos de dominación que se sitúan en la base de los sistemas económicos y de poder que articulan el capitalismo actual.

(Asamblea TransMaricaBollo de Sol 2011a : s.p.).

En otro comunicado de la Asamblea TransMaricaBollo de Sol (2011b), se reitera la idea de una interrelación entre el binarismo de género, los intereses del capitalismo, el protocolo de intervención quirúrgica a recién nacid*s intersex y la clasificación de la transexualidad y del

‘travestismo’ como trastorno mental, por lo que se convoca una *“huelga de género global”* (s.p.).

Las identidades binarias de género (mujer y hombre) son instrumentos históricos de dominación que se sitúan en la base de los sistemas económicos y de poder que articulan el capitalismo actual. (...)

Por ello defendemos la despatologización de las personas trans, demandamos la eliminación del patologizante requisito de diagnóstico de “disforia de género” para el cambio registral de nombre y sexo, la eliminación de los plazos de hormonación obligatoria que condenan a la mayoría de las personas trans a la esterilidad, así como el acceso de las personas inmigrantes y de lxs menores al protocolo de cambio de nombre y sexo. Por último, reclamamos la eliminación de los protocolos médicos de normalización binaria para personas trans e intersexuales (como el test de la vida real, cirugías de normalización genital, etc.), y defendemos la lucha de muchas personas trans por una reasignación de género frente a los problemas con que se encuentran para ello. (...)

Por ello **convocamos una huelga global de género durante el octubre trans, con posible prórroga indefinida**, en la que cualquier persona, de cualquier edad, clase, procedencia, o condición y en cualquier lugar del mundo, podrá **rechazar por un tiempo indefinido, la identidad de mujer o de hombre que se le haya impuesto**. (Asamblea TransMaricaBollo de Sol 2011b: s.p.)

Además, en diferentes textos se hace referencia a la interrelación entre el modelo binario y la heteronormatividad (Acera del Frente 2008; Asamblea TransMaricaBollo de Sol 2011b; Andía Pérez, et al. 2009).

Ni hombres ni mujeres. No respondemos, sacudimos las preguntas. (...)

Continuaremos tomando las calles cada primeros de Octubre para visibilizar que estamos, que existimos y que luchamos. (...)

Para hacer de nuestras vidas, vidas habitables, vidas vivibles.

Para denunciar la arbitrariedad por la que se nos impone el esquema mujer-femenina-heterosexual, hombre-masculino-heterosexual, como si a cada cosa le siguiera la siguiente. Para oponernos activamente a un régimen binario que busca proteger la naturalidad y la normalidad de una heterosexualidad que se caen por su propio peso.

(Acera del Frente 2008: s.p.)

Se da por hecho que las identidades que asumen el hombre y la mujer dentro del marco binario de género en que las sociedades humanas se han consolidado son expresiones válidas y saludables. (...) Se estigmatiza y proscribire a las identidades que rompen los límites del género por haber interiorizado significados desde su personal experiencia íntima que conduce a otros aprendizajes que escapan al control total del poder patriarcal y heteronormativo, y que terminan siendo demolidos por la sanción social moral en términos de desorden mental y patologías de la identidad; decretando con ello el control del Estado de esta población iconoclasta a través de las instituciones de la salud y profesionales adscritos a los servicios brindados.

(Andía Pérez, et al. 2009: s.p.)

Asimismo, se traza una conexión entre patologización y reproducción de un modelo de *“familia nuclear heterosexual”* (Asamblea TransMaricaBollo de Sol 2011b: s.p.).

Estas identidades, lejos de ser universales, son arbitrarias y se imponen a las personas desde el sistema medico-legal con la finalidad de inscribirlas en un modelo de producción basado en la familia nuclear heterosexual.

(Asamblea TransMaricaBollo de Sol 2011a: s.p.)

Desde perspectivas teórico-activistas intersex, se aporta un análisis de la interrelación entre la estructura binaria de géneros y una exclusión de las personas que no cumplen con el sistema de sexos/géneros de los derechos civiles (Holmes 2004).

It seems then, that until a society does away with a stratified sex/gender system, those things residing outside the accepted and central terms will continue to be perceived as impure states. Perhaps, therefore, the measure of a society's civil liberties comes partly through the measure of its sex/gender system.
(Holmes 2004: s.p.)

Desde este análisis, el cuestionamiento del binarismo de género se identifica como una temática relevante no solo para las personas trans*, sino para toda la sociedad (Guerrilla Travolaka y activistas independientes 2007).

La diversidad de identidades es infinita y no puede ser encasillada en un modelo hombre / mujer. (...)
Las presiones de género nos afectan a todos, en tanto que determinan como nos tenemos que comportar y relacionar haciéndonos encajar en unas identidades pre-diseñadas. Es por eso que esta lucha no es exclusivamente trans, sino que es una lucha que nos implica a tod@s.
(Guerrilla Travolaka y activistas independientes 2007: s.p.)

En consecuencia, se observa una interrelación entre las demandas del activismo por la despatologización trans* y reivindicaciones del feminismo, del movimiento gay/lésbico, del activismo intersex y de otros movimientos sociales (Guerrilla Travolaka, et al. 2009).

Nuestra demanda es clara. Es la misma que defendían nuestras compañeras trans en los años '80, la misma que la del movimiento gay y lésbico cuando pedían la retirada de la homosexualidad de los catálogos de enfermedades, la misma que la del movimiento feminista al pedir el derecho al aborto libre y gratuito. La misma que la del movimiento intersex al reclamar que cesen las operaciones a los bebés. No es una cuestión de minorías, es una cuestión de derechos humanos, del derecho al propio cuerpo más allá de los paternalismos que nos quieren hacer creer que no existen las presiones, los roles, los cánones de belleza, los cuerpos fuera del sistema.
(Guerrilla Travolaka, et al. 2009: s.p.)

Esta visión de frentes comunes es confirmada por otros movimientos sociales, como el movimiento gay-lésbico (EGHAM 2008).

La lucha trans pone en duda que existan sólo dos posibles cuerpos físicos (macho y hembra), que existan sólo dos posibles géneros (masculino y femenino), y que exista sólo una posible relación válida entre un cuerpo físico y un género (macho->masculino, hembra->femenina). La lucha trans pretende apoderarse del género para liberarlo, creando nuevas formas alternativas de entender y construir nuestro cuerpo, dirigiéndonos hacia una sociedad en la que sus ciudadanos no nos clasifiquemos por sexos, sino que todos y todas seamos diferentes independientemente de nuestros genitales, nuestras hormonas, nuestros labios, nuestras manos. Que la forma que adopten nuestros órganos sexuales no supongan, ni social ni psicológicamente, mayor trascendencia que la del color de nuestros ojos. La lucha trans supone, así, un paso más allá de la lucha homo por la liberación sexual de toda la sociedad. La lucha por la des-psiquiatrización de la transexualidad es la lucha de liberación social más importante que tenemos por delante en los próximos años, enfrentémonos a ella con determinación y energía.
(EGHAM 2008: s.p.)

3.3.1.2. Diversidad corporal, sexual y de género

Frente a la conceptualización médica y psiquiátrica de los procesos de tránsito en el género, en los discursos activistas se nombran, afirman y proclaman una amplia diversidad de posiciones subjetivas, trayectorias e identidades de género alternativas y disidentes (Guerrilla Travolaka s.a., 2006).

Ni homes, ni dones. Ni disfòrics, ni transtornats, ni transsexuals. Només som guerrillers o guerrillers segons el moment. Pirates del gènere, buscadors de tresors. Som Trans-resistents, Trans-guerrillers, Trans-ciutadanes, Travolakes, Drag-Kings i DragQueens. Dissidents de l'heteropatriarcat.
(Guerrilla Travolaka s.a.: s.p.)

Frente a la Trans-normatividad que impone una estricta moral médica y un sistema de géneros binómico proponemos nuevas formas alternativas de entender y construir el cuerpo. NO se trata de un tercer sexo, ya que ni siquiera creemos en un primero ni en un segundo, se trata de poder expresar libremente nuestro género, entendiendo la utopía que eso supone y, las presiones que existen.
Nos presentamos no como terroristas sino como piratas, trapevistas, guerrilleros, RESISTENTES del género.
Defendemos la duda, creemos en el "volver atrás" médico como un seguir hacia delante, pensamos que ningún proceso de construcción debe tacharse de IRREVERSIBLE. Queremos visibilizar la belleza de la androginia.
(Guerrilla Travolaka 2006: s.p.)

Desde perspectivas teórico-activistas, se señala la interrelación entre la diversidad de trayectorias trans* y la emergencia de una subcultura trans*. La noción de una multiplicidad de géneros se identifica como punto de partida de un cambio epistemológico más amplio (Thomas 2012).

La diversité des parcours trans' ou proches est liée à l'émergence d'une subculture trans' au sein du foisonnement actuel sur la notion de multiplicité appliquée au genre ; au renversement épistémologique que cette notion provoque.
(Thomas 2012: s.p.)

Además, se destaca la importancia de combinar la lucha por los derechos de las personas trans* con el desarrollo de nuevas formas de conceptualizar los procesos de tránsito en el género, no basadas en la obligatoriedad de la modificación corporal, sino en un modelo de género más flexible (Missé y Coll-Planas 2010b).

En segundo término, es importante visibilizar nuevos modelos de transexualidad y, yendo más allá de la reivindicación de derechos que resuelvan la vida de las personas trans de hoy, empezar a pensar en las generaciones trans del futuro. Y por ello es crucial visibilizar nuevos modelos de transexualidad que no obligatoriamente pasen por la modificación corporal. Es necesario crear alternativas, generar puentes y trabajar por un mundo en el que los límites entre lo masculino y lo femenino sean más flexibles, más moldeables, más habitables; promover referentes positivos en la cuestión trans en los que las personas no sean víctimas sino que se hayan empoderado de su identidad.
(Missé y Coll-Planas 2010b: 53)

En entrevistas y autodescripciones de activistas trans*, se refleja una amplia gama de posiciones subjetivas, incluyendo opciones binarias y no binarias (Mónica y Pau Crego Walters en: Martínez-Guzman y Montenegro 2010; Miquel Missé en: Palés 2011; Pérez Fernández-Fígares 2010). La posibilidad de su elección se sitúa en el marco de un contexto sociocultural e histórico específico (Pau Crego Walters en: Martínez-Guzman y Montenegro 2010; Pérez Fernández-Fígares 2010).

Nunca me he planteado la posibilidad de "quedarme en medio", de buscar algo ambiguo. Mi deseo siempre ha sido ser una chica, desde que tengo uso de razón y también cuando me empecé a hormonar con 14 años, a escondidas de mi familia.
(Mónica en: Martínez-Guzmán y Montenegro 2010: 236-240).

Uno no puede abstraerse por completo de las reglas del juego de la sociedad. Para poder vivir, tienes que entrar en este juego, al menos parcialmente. Y no me identifico personalmente como hombre ni como mujer, sé que existen estas dos identidades estereotipadas y no creo en la esencia de ninguna de las dos, pero cuando voy a trabajar hablo en masculino porque de otra manera resulta muy difícil conducirse en esos ámbitos. (Pau Crego Walters en: Martínez-Guzmán, Montenegro 2010: 245-247)

¿Qué quieres construir al llegar a tu sexo de destino?
No tengo sexo de destino. Y en todo caso, si existe el destino no creo que se defina en el sexo.
(Miquel Missé en: Palés 2011: s.p.)

En los años cincuenta se podía pensar que cualquier experiencia transexual requería el cambio quirúrgico de sexo. (...) Y, como los dos sexos se concebían estereotipados, teníamos que pasar radicalmente de uno a otro puesto que no se concebían estados intermedios. La fuerza de la pulsión por el cambio se transformaba automáticamente en deseo apremiante y obsesivo por el cambio de sexo. Sin darnos cuenta, cedimos nuestra casa a psicólogos, médicos y cirujanos. Pero, a la vez, los mismos desajustes entre esa concepción y nuestra realidad personal, pues quizá no éramos ni varones ni mujeres estereotipados, nos sometía a una fuerte angustia, a vacilaciones, a culpabilidades, incluso a la sensación de estar en parte mintiendo, con graves consecuencias para nuestro equilibrio personal.
(Pérez Fernández-Figares 2010: 106)

Como visión de futuro, se esboza una sociedad en la que los límites entre los géneros fueran más flexibles, posibilitando una elección de la expresión de género y del grado de modificación corporal deseado, en el sentido de una adaptación de la sociedad a la diversidad existente de géneros, en vez de una necesidad de adaptación de los cuerpos a las normas de la sociedad (Erik en Martínez-Guzmán y Montenegro 2010; Miquel Missé en: Ros 2009).

Ojalá las fronteras del género fuesen mucho menos estrictas, de manera que cuando una chica es muy masculina no debiese pasar por la pregunta de “¿debo ser un hombre?” Sencillamente eres una chica, en el sentido de que tienes este cuerpo, pero vives en el género que tú quieres y te comportas como tú quieres, independientemente de la codificación sexo-género. Ojalá la gente pueda vivir sin adaptar su cuerpo al sistema. Que el sistema se adapte a estas diferencias y a esta diversidad.
(Miquel Missé en: Ros 2009: s.p.)

¿Cuál sería mi mundo ideal en términos de género? Quizás aún no podemos “cambiar el mundo”, pero podemos hacer de nuestras vidas un laboratorio donde los imposibles se convierten en realidades. En este sentido mi mundo ideal está aquí, ahora. Pero si pensamos en el mundo ideal para todxs: sin cosas de hombres, sino cosas de mujeres; sin presiones de género, con más respeto y más libertad para poder explorar nuestros impulsos y emociones.
(Erik en: Martínez-Guzmán y Montenegro 2010: 257-263)

3.3.1.3. Propuesta de abolición de la mención del género en los documentos oficiales

Como otro aspecto relacionado con la temática del no binarismo de género, se puede nombrar la demanda de abolición de la mención de género en los documentos oficiales, presente en los primeros documentos de la *Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español* (2010d) y *Red Internacional por la Despatologización Trans* (2010a), formando parte de la primera versión de las cinco demandas compartidas de *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization*, reflejadas en un comunicado de STP publicado en 2010 (Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a).

Recordamos, por tanto que los cinco objetivos de la Red siguen todavía vigentes: (...)
2. La retirada de la mención de sexo de los documentos oficiales (...).
(Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a)

En 2010, se retiró este punto de las demandas compartidas, al considerar su carácter contextualmente específico, sin la intención de restar importancia a esta solicitud (STP-2012 2010[2009]). Su reivindicación no se concibe como una contradicción con la demanda de reconocimiento legal del nombre y género, sino como un paso futuro. En este sentido, se señala la importancia de la posibilidad de cambio registral de nombre y género sin requisitos médicos mientras hubiera una mención del género en los documentos oficiales, a la vez de pedir su abolición (Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a).

En relación a los debates sobre la introducción de un tercer sexo/género en los documentos oficiales, como sucedió recientemente en Australia (Australian Government 2013), Bangladesh (Morgan 2013; Sharma 2012), India (Bhattacharya 2005; Sharma 2012; The Guardian 2014), Nepal (The Huffington Post 2013) o Pakistan (Masood 2009; Sharma 2012) y propuesta en el Reino Unido (Parliament of the United Kingdom 2014a, 2014b, 2015), desde la perspectiva del activismo por la despatologización trans* se reconoce la relevancia culturalmente específica del reconocimiento legal de un tercer sexo/género. A la vez, se advierten los riesgos de la creación de una tercera casilla que podría reforzar procesos de discriminación y etiquetaje, dando preferencia a la demanda de una abolición de la mención del género en los documentos oficiales (Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a).

Durante el año 2013, el debate sobre la abolición del carácter obligatorio de la mención del género en los documentos oficiales o introducción de un tercer género / sexo tuvo una presencia destacada en los medios de comunicación y redes sociales en el marco de la aprobación de la Ley para la modificación de la regulación del estado civil en Alemania (*Gesetz zur Änderung personenstandsrechtlicher Vorschriften*, Bundesministerium des Inneren 2013). La ley determina que, en caso de no poder asignarse la persona recién nacida al 'género femenino o masculino', la inscripción de género en el registro de nacimiento debe quedar vacía (Bundesministerium des Inneren 2013)²¹⁷.

El movimiento intersex en Alemania (IVIM, OII Germany 2013), con apoyo del movimiento trans* europeo (TGEU 2013a), criticó esta regulación por el riesgo de una discriminación de recién nacid*s y niñ*s intersex.

Instead of leaving sex registration open for all, and not just intersex children, once again special rules are created, which produce exclusions. The living conditions of the vast majority of intersex people will not improve as a result.
(IVIM y OII Germany 2013: s.p.)

²¹⁷ "§22 b) Folgender Absatz 3 wird angefügt: (3) Kann das Kind weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden, so ist der Personenstandsfall ohne eine solche Angabe in das Geburtenregister einzutragen" (Bundesministerium des Inneren 2013: 1122).

The law determines that only in the event that the gender of an infant cannot be determined the gender marker in the register is to be left blank. Passports, ID-cards and other documents are not affected by the legislation and will feature no blank entry in the gender marker field. This decision will be taken by doctors leaving little room for choice by the parents. Intersex activists fear that as a result parents will try to avoid their child being registered without any gender marker. Parents may also be pressured to consent early to cosmetic (that is non-life threatening) mutilating ‘normalizing’ surgeries. With everybody else having an “M” for male or “F” for female, a blank entry may further expose the child to unwanted attention, discrimination and stigmatization. (TGEU 2013a: s.p.)

En una declaración publicada en el marco de su tercer encuentro, el *International Intersex Forum* (2013) hace referencia explícita al derecho de cada persona a ser registrada con un género, incluyendo opciones no binarias. Además, añade la demanda de una retirada de la mención del sexo/género en los documentos identificativos y certificados de nacimiento, de forma parecida a la retirada de la mención de “*race or religion*” (International Intersex Forum 2013: s.p.).

Demands: (...)

To register intersex children as females or males, with the awareness that, like all people, they may grow up to identify with a different sex or gender.

To ensure that sex or gender classifications are amendable through a simple administrative procedure at the request of the individuals concerned. All adults and capable minors should be able to choose between female (F), male (M), non-binary or multiple options. In the future, as with race or religion, sex or gender should not be a category on birth certificates or identification documents for anybody.

(International Intersex Forum 2013: s.p.)

3.3.2. Procesos activistas y reflexiones teórico-activistas precedentes

Aparte de las reflexiones teórico-activistas actuales, en los discursos de autor*s trans* se pueden encontrar, a lo largo de las últimas décadas, amplias referencias a un cuestionamiento del binarismo de género.

En este sentido, Sandy Stone (2006[1987]) cuestiona las consecuencias del imperativo sociomédico del ‘*passing*’ que corresponde al “*Derridean imperative: ‘Genres are not to be mixed. I will not mix genres’*” (232). La autora identifica el punto de partida del actual protocolo médico de atención sanitaria trans-específica en la necesidad de l*s investigador*s clínic*s de establecer una taxonomía de síntomas y criterios diagnósticos para el proceso de evaluación por un lado, y el deseo de las personas trans* de acceder a las cirugías trans-específicas por el otro lado (Stone 2006[1987]). Según Stone (2006[1987]), esta construcción de una narrativa oficial del proceso de tránsito en el género se resume en la metáfora del “*being in the ‘wrong’ body*”^[referencia] (228). La autora relaciona esta metáfora, procedente del lenguaje médico²¹⁸, con una lógica social binaria y falocéntrica.

²¹⁸ Stone (2006[1987]) cita a Henry Benjamin como primer autor que acuña esta expresión. En *The Transsexual Phenomenon*, Benjamin (1966) habla de “*patients, who feel that their minds and their souls are “trapped” in the wrong bodies*” (8-9). De forma parecida, Stoller (1968) se refiere a “*those who insist that their sex is wrong, that they (that is, their sense of identity) are trapped in the wrong body by some grotesque trick of fate*” (89).

Under the binary phallocratic founding myth by which Western bodies and subjects are authorized, only one body per gendered subject is “right”. All other bodies are wrong. (Stone 2006[1987]: 231)

Diferentes otr*s autor*s hacen una relectura crítica de la expresión de ‘estar atrapad* en el cuerpo equivocado’ (Cromwell 1999; Erik en: Martínez Guzman y Montenegro 2010; Feinberg 1993; MacKenzie 1994; Missé 2013b; Stone 2006[1987]). En este sentido, MacKenzie (1994) señala que no se trata del cuerpo equivocado, sino de la cultura equivocada. En la novela *Stone Butch Blues*, escrita en primera persona, la persona protagonista dice: “*I don’t feel like a man trapped in a woman’s body. I just feel trapped.*” (Feinberg 1993: 158-159). Cromwell (1999) se pregunta: “*If I have the wrong body, whose body do I have and where is my body?*” (2). Esta crítica también está presente en textos más recientes (Erik en: Martínez Guzman y Montenegro 2010; Johnson 2007; Missé 2013b).

Me sumo a decirles que no nacemos en un cuerpo equivocado, nacemos en un mundo equivocado como bien dice la activista pro derechos trans Porpora Marcasiano. (Erik en: Martínez Guzmán y Montenegro 2010: 261)

Miquel Missé (2013b) habla de “[e]l arca de los cuerpos equivocados” (s.p.), resaltando la relevancia de imaginarios que rompiesen con esta conceptualización.

El relato de vida de las personas trans está lleno de metáforas relacionadas con la idea del cuerpo equivocado. Y posiblemente, también el mío está de alguna forma impregnado de esa idea. Tras la operación se cuenta que “se ha vuelto a nacer”, para explicar el porqué del cambio de género y/o sexo, se dice que “se ha nacido en un cuerpo equivocado”, o que “uno está atrapado en un cuerpo que no es el suyo”. El cuerpo se vive como un fatídico error de cálculo de la naturaleza, una injusticia inexplicable que nos llevó a nacer en un cuerpo incorrecto. (...)

El arca de los cuerpos equivocados llegará a alguna parte. Y tarde o temprano algunos podrán bajar a tierra abandonando en ella esas carcasas pesadas, para vivir al fin en un cuerpo normal. Los cuerpos errados serán fotografiados y analizados, y se escribirán libros para describir tales anormalidades. Una inmensa literatura para que puedan encontrarla aquellos que sufren de este mal, el de nacer en un cuerpo equivocado. (...)

A veces me pregunto qué pasaría si junto al arca encontráramos libros, cine, cuentos, en los que nuestros cuerpos aparecieran rodeados de ideas positivas. Si nos hablaran nuestras familias, amig*s, maestr*s, enfermer*s, vecin*s, a los que les gusta nuestra diferencia. Si llegaran personas que nos desean en estos mismos cuerpos, sin modificar absolutamente nada.

(Missé 2013b: s.p.)

La restricción del acceso a la atención sanitaria trans-específica por el hecho de desvelar una identidad no heterosexual (Cromwell 2006[1999]) o no binaria (Spade 2006a) constituye otro punto de crítica.

[S]ome clinics and numerous private practioners continue to withhold hormones and deny surgeries if a transperson identifies as gay or lesbian (re- and post-transition); is incapable or unwilling to pass as “normal” and nontransgender; refuses to behave or dress in stereotypical ways; and does not want complete sex reassignment or states they want some surgical procedure but not all.

(Cromwell 2006[1999]: 511)

Además, se cuestiona la falta de un reconocimiento del tránsito como un valor en sí (Franzen y Beger 2002), identificando como punto de partida del modelo actual de evaluación el orden binario de género (Franzen y Beger 2002; Green 2006[2000]).

Gender and genitals comprise a stronghold of control binding all people to a social order that has serious difficulty tolerating diversity or change. Somebody's got us by the balls and they don't want to let go. Who is that somebody? Who is so afraid of losing control? What are they going to lose control of? What is preserved by denying the legitimacy of transsexual (and transgendered) people? What is destroyed by acknowledging us? Is it the right of succession? Is it the right to own property? Is it the ability to know whether to treat another as an equal, an inferior, or a superior human being?
(Green 2006[2000]: 504)

Desde un marco teórico constructivista, posmoderno o postestructuralista, así como desde la propia experiencia de tránsito entre los géneros, diferentes autor*s trans* interrogan críticamente el presupuesto de estabilidad de las categorías binarias hombre / mujer, masculino / femenino, heterosexual / homosexual, identificando su cuestionamiento como uno de los fundamentos de los *transgender studies* (Bornstein 1994; Stryker 2006; Whittle 2006).

Transgender studies stepped into the breach of that ruptured binary to reconceptualize gender for the New World Order. The new field approached gender not as a system for correlating two supposedly natural, stable, and incommensurable biological sexes (male and female) with two normative, fixed, and equally incommensurable social categories (man and woman). Rather, it called into question that entire epistemological framework, and conceived of gender as yet another global system within which a great many diverse and specific forms of human being were produced, enmeshed, and modified along multiple axes of signification.
(Stryker 2006: 8)

[T]he questioning that trans present to their identities is a growing challenge to all who place their confidence in the binary rules of sexed lives: man/woman, male/female, masculine/feminine, straight/gay.
(Whittle 2006: xiii)

Paralelamente a un deseo de cuestionamiento de las normas de género, se señala la dificultad / imposibilidad de hablar desde un afuera del sistema de género (Stone 2006[1987]).

For a transsexual, *as a transsexual*, to generate a true, effective and representational counterdiscourse is to speak from outside the boundaries of gender, beyond the constructed oppositional nodes which have been predefined as the only positions from which discourse is possible. How, then, can the transsexual speak? If the transsexual were to speak, what would s/he say?
(Stone 2006[1987]: 230)

El cuestionamiento de las categorías binarias no se limita solo a la identidad de género, sino también se nombra en relación al erotismo y la sexualidad. Desde perspectivas teórico-activistas trans*, diferentes autor*s relatan la experiencia de una ruptura de las categorías binarias de hetero- y homosexualidad en las relaciones erótico-afectivas entre personas trans*, o entre personas trans* y cis (Bornstein 1994; Green 2006[2000]; Cromwell 2006[1999]).

I identify as neither male nor female, and now that my lover is going through his gender change, it turns out I'm neither straight nor gay.
(Bornstein 1994: 4)

Many gendered and heterosexist social constructs collapse like cardboard sea-walls against the ocean of my transexual reality.
(Green 2006[2000]: 506)

Transpeople and people with nonheterosexual identities queer the Western binaries of body-equals-sex-equals-gender-equals identity as well as the binary of heterosexual and homosexual.
(Cromwell 2006[1999]: 509)

A la vez, reflejan la conciencia de una frecuente falta de legibilidad de las sexualidades y expresiones / identidades de género que exceden el marco binario, incluyendo el riesgo de exclusión del orden sexual (Bornstein 1994; Green 2006[2000]; Cromwell 2006[1999]).

Desde una perspectiva jurídica, se cuestiona el binarismo inherente al sistema legal y médico, excluyendo a las personas trans* del orden de lo humano (Whittle 2002).

'Man' and 'woman' are used as words to represent the whole of humanity, and since transsexuals fit neither keyword, they cannot be part of humanity. Whatever the reason, the oppression is real – transsexuals have a perplexing legal and medical status, and continue to lose their jobs, their homes and their families merely for being what they are. (Whittle 2002: 39)

Compartiendo con los enfoques queer el cuestionamiento del carácter binario del sistema de sexos/géneros actual, en los discursos trans* precedentes se pueden identificar reflexiones sobre las alternativas después de una deconstrucción del sistema binario actual. Las reflexiones sobre modelos alternativos se identifican como una posible aportación de los discursos trans* a los discursos queer (Whittle 2006).

Dentro de las diferentes propuestas, se pueden nombrar, por un lado, modelos que proponen una abolición de los sistemas de categorización, construyendo una sociedad libre de género (Bornstein 1994; Califia 1997; Volcano 2005).

There's a real simple way to look at gender: Once upon a time, someone drew a line in the sands of a culture and proclaimed with great self-importance, "on this side, you are a man; on the other side, you are a woman." It's time for the winds of change to blow that line away. Simple. (Bornstein 1994: 21)

What would it be like to live in a society where you could take a vacation from gender? (...) Imagine the creation of Gender Free Zones. (Califia 1997: 277)

Por otro lado, se expresa el deseo de propuestas reconstructivas, en el sentido de una conceptualización de los géneros en formatos no binarios sin proceder a su abolición completa (Whittle 2006).

Of central concern is the fact that the taxonomy of sex and gender seemingly has become disordered; sex and gender themselves no longer appear as stable external categories both rather appear embedded in the individual who experience them. This concern has derived from the postmodern process of deconstruction, in which modernity and its values, including gender, have been stripped away. The question of postmodern analysis is whether any reconstructive process can exist. For the trans persons' understanding of the self, the question becomes whether gender, at the heart of self-understanding, can be theoretically recuperated. It is all very well having no theoretical place within the current gendered world, but that is not the daily lived experience. Real life affords trans people constant stigma and oppression based on the apparently unreal concept of gender. This is one of the most significant issues that trans people have brought to feminist and queer theory. (Whittle 2006: xii)

Dentro de estas propuestas reconstructivas, se propone, por un lado, un modelo consensual de géneros (Califia 1997; Hale 2006[1996]).

What would it be like to grow up in a society where gender was truly consensual? If the rite of passage was to name our own gender at adolescence, or upon your transition into adulthood? (Califia 1997: 276)

I believe not only that gender should be consensual, or at least more consensual, than it is now if full gender consensuality is impossible, but also that if our goal is to further feminist and queer political aims, we would do well to have both the strategies of gender proliferation and feminist redefinition and revaluation of womanhood operating at the same time

(Hale 2006[1996]: 282)

Otra propuesta constituye la conceptualización de una tercera categoría, rompiendo con el imperativo cultural binario (Bornstein 1994).

The concept of the “third” is the concept of the outlaw, who subscribes to a dynamic of change, outside any given dichotomy.

(Bornstein 1994: 97)

Además, se desarrollan modelos basados en una multiplicación de los géneros (Monro 2005a; Pérez Fernández-Fígares 2009, 2010).

Con el objetivo de evitar divisiones internas de una lucha que se comprende transversal, Kim Pérez Fernández-Fígares (2009b) propone un modelo de “*conjuntos difusos*” (s.p.), entendido como un espacio en el que coexisten una amplia diversidad de expresiones e identidades de género, cuya relación con los dos géneros establecidos no es de pertenencia, sino de mayor o menor graduación de cercanía / lejanía. Trasladando la teoría matemática de los conjuntos al ámbito de los géneros, Pérez Fernández-Fígares (2009b) propone la sustitución de la lógica binaria (sí / no) por una lógica difusa, basada en la dimensión de un más / menos, creando conjuntos de afinidades con fronteras permeables y variables.

¿Cómo es la sociedad que se puede entrever creada sobre la base conceptual del no-binarismo de los conjuntos difusos de género? Una sociedad muy abierta y con una gran variedad y fluencia de manifestaciones de género. Para poner el punto de la nueva ética de género, se puede aceptar que los dos mayores conjuntos difusos serán los de quienes se identifiquen como +/- hombres y como +/- mujeres, como +/- masculinos y +/- femeninas. Pero la nueva cultura tendría siempre presente que en todos los conjuntos difusos hay un +/- y una ausencia de límites definidos.

(Pérez Fernández-Fígares 2009b: s.p.)

Según su visión, en una sociedad ideal en la que se hubiera superado la desigualdad estructural por razones de género, cualquier ubicación en este espacio tendría el mismo valor, dentro o fuera de los conjuntos difusos ‘hombre’ o ‘mujer’, rompiendo con la dicotomía de estar dentro / fuera de la norma (Pérez Fernández-Fígares 2010).

Al afirmar la expresión personal como punto de partida, estamos volatizando el código de género, como imposición heterónoma y, al hacerlo, se esfuma su primera prescripción: el género, entendido como los dos lados en los que debe repartirse la entera humanidad; el primero de los fantasmas de la dominación, el de la dominación de género, se aleja, por tanto, deshaciéndose. Una autonomía de dimensiones personales es lo que queda frente a la heteronomía. Y, en lugar de géneros, de demarcaciones duramente delimitadas que obligan (e invitan) a la segregación, quedan conjuntos difusos formados por afinidades personales y libres, por razones imprecisas.

(Pérez Fernández-Fígares 2010: 109)

De forma análoga, Monro (2005a) propone una teoría pluralista de género basada en una gama flexible y múltiple de géneros que rompe con el modelo binario.

Gender pluralist theory would develop notions of sex and gender as a spectrum, with standpoints which would include female and male as well as a range of (probably) less common, but socially viable, other-gendered positions. Some people would move between

positions, experiencing the fluidity and liminality that is described by poststructuralist transgender theorists. New sex and gender positions are likely to emerge, as liminality is named and becomes social categories. Gender categories would be inhabited in a way experienced mostly as fixed and essential but which could also be seen as constructed. Core aspects of gender pluralist theory include, therefore, not only the deconstruction of limited notions of male and female, but also the exploration of gender categorisation, moving beyond gender, and gender and fluidity, development of ideas concerning pluralist sex and gender categorisation at biological, social, psychological, political, and theoretical levels. (Monro 2005a: 19)

Desde una conceptualización de las trayectorias trans* tanto como un ejemplo paradigmático del carácter socialmente construido del género como su antítesis, se propone una posición que reconciliara ambos enfoques (Salamon 2006; Whittle 2002).

Although some writers understand transgenderism as evidence of the social constructedness of bodies, a growing number contend that transgenderism presents a challenge to the theory of social construction, that the materiality of the transgendered body exposes social construction as a fiction, and a dangerous one. (...) Social construction must not be construed oppositionally to a “felt sense” of bodily being, for one can contend both that a body is socially constructed and that its felt sense is undeniable. What social construction offers is a way to understand *how* that felt sense arises, in all of its historical and cultural variations, with all of its urgency and immediacy, and to ask what it is, finally, that is delivered by that felt sense. (Salamon 2006: 578 y 582)

Asimismo, se cuestiona una contraposición entre la fluidez y estabilidad de la identidad de género para describir la vivencia cotidiana de la experiencia trans* (Bornstein 1994; Davis 2009; Stryker 2006).

Neither the emphasis on stability nor the postmodern framing of fluidity can completely account for the ongoing, everyday practices and experiences of (trans) gender identity construction. Attempts to create and present a coherent self may coexist with diverse ways of exhibiting and explaining this self. Further, while transsexed bodies, histories, and identities may “exceed” the limits of intelligibility, trans individuals are engaged in meaning making - creating coherence both for themselves and for others. (Davis 2009: 99)

Epistemological concerns lie at the heart of transgender critique, and motivate a great deal of the transgender struggle for social justice. (...) Transgender phenomena call into question both the stability of the material referent “sex” and the relationship of that unstable category to the linguistic, social, and psychical categories of “gender”. (Stryker 2006: 8-9)

3.3.3. Críticas

El cuestionamiento del binarismo de género por el activismo por la despatologización trans* no ha sido exento de críticas.

Por un lado, personas trans* que se sienten identificadas con uno de los dos géneros culturalmente establecidos, expresan la preocupación de que la propuesta de un no binarismo de género pudiera cuestionar su propia posición subjetiva (Cambrollé 2008; Ruiz 2010). En consecuencia, identifican la lucha por la despatologización trans* con una desvalorización de su deseo de ser reconocid*s como hombres y mujeres (Cambrollé 2008; Ruiz 2010). Desde esta perspectiva (Cambrollé 2008), el cuestionamiento del modelo actual de atención sanitaria trans-específica (capítulo 3.6) se entiende como una jerarquización entre personas trans* que optan

por no modificar su cuerpo y personas trans* que han seguido un camino de modificación corporal hormonal y quirúrgica. Desde esta sensación de cuestionamiento de su propia trayectoria, la lucha por la despatologización trans* se identifica con el movimiento queer, expresando la hipótesis de que estuviera liderada por personas que no han vivido una experiencia trans* (Cambrollé 2008).

En respuesta a esta crítica, Miquel Missé (2010a) cuestiona la existencia de dos grupos diferenciados de personas trans*, destacando que el activismo por la despatologización trans* surge desde la experiencia de personas trans* que tomaron el camino de la modificación corporal, pasando por la experiencia de terapias psiquiátricas, y que, a raíz de esta experiencia, sintieron la necesidad de cuestionar el modelo explicativo ofrecido por la medicina.

Hay quien piensa que las personas que formamos el movimiento por la despatologización no tenemos la necesidad de modificar nuestro cuerpo, que no sabemos realmente de qué se trata ni lo que siente o sufre. Este planteamiento es completamente erróneo, las personas que estamos en la lucha venimos mayoritariamente de procesos de psiquiatrización, de años realizando el “test de la vida real”, de terapias de grupo, de haber sido estudiados y analizados por médicos. Sabemos perfectamente lo que implica necesitar una modificación corporal, entre nosotros hay personas que se hormonan, que se operan y personas que no hacen nada (que probablemente también han partido de un rechazo corporal y trabajan para superarlo).
(Missé 2010a: 271)

A la vez, plantea la hipótesis de la influencia del capital social y cultural en la mayor oportunidad de acceso a discursos alternativos al modelo médico (Missé 2010a).

A esta lectura de la realidad trans creo que le falta una perspectiva más sociológica: no existen dos poblaciones distintas, una que odia su cuerpo y otra que viva feliz sin modificarlo o que explica que unos quieran operarse y otros no, desde mi punto de vista, tiene que ver con cuestiones generacionales, de capital económico y cultural y de redes sociales que configuran las formas individuales y únicas de vivir el género. Es una cuestión de referentes, de aprendizajes, de las personas que hemos conocido, de los cuerpos que hemos visto.
(Missé 2010a: 271)

Aparte de las críticas nombradas, desde una perspectiva interna al movimiento por la despatologización trans* se cuestiona la expectativa de que las personas trans* e intersex asumieran o encarnaran la tarea de subversión de los géneros establecidos, una expectativa que no siempre corresponde a las necesidades y elecciones de las personas trans* e intersex (Cabral en: Ziddica 2011; Hird 2002).

La gente supone que quienes tenemos que subvertir el binario de género somos los trans o intersex cuando en realidad esto es algo que le podría preguntar a cada uno de sus amigos, porqué se identifican como hombres o como mujeres y si esto no supone que solamente haya hombres y mujeres. Hay muchas personas que se identifican de otras maneras, yo me identifico como alguien que es un hombre. ¿Alguna vez le ha hecho esta pregunta a otro hombre?
La verdad es que no...
(Cabral en: Ziddica 2011: s.p.)

It concerns me that transsexual people continue to be the pièce de resistance for feminist, lesbian and queer explorations of gender ‘authenticity’ without concurrent acknowledgment of the realities of individuals who live outside of the normative sex/gender system straightjacket.
(Hird 2002: 351)

El cuestionamiento del binarismo de género no solo ha suscitado reacciones dentro del movimiento trans*, sino también en algunos sectores de movimientos afines, como el movimiento feminista, en el que se pueden observar tanto posturas abiertas a una ampliación del sujeto político del feminismo y conceptualización del género como fluido, múltiple, socialmente construido y relacional (Alldred y Gillies 2002; Gregorio Gil 2006; Del Valle 1993; Haraway 1995[1991]; Moore 1993; Wilton 2000), como posiciones que entienden el feminismo como práctica de y para mujeres, desde la consideración de que la propuesta no binaria invisibiliza desigualdades de género aún existentes, fragmentando la lucha feminista (Harding 1987; Raymond 1979) y que la modificación corporal trans-específica reproduce estereotipos de género (Hausman 2006[1995]). Además, se expresa la preocupación de que la retirada de la mención de género de los documentos oficiales pudiera dificultar la detección de desigualdades relacionadas con el género y la adopción de políticas de discriminación positiva (Gimeno 2010).

Esta crítica se inserta en un debate más amplio conducido desde perspectivas feministas sobre el significado de los tránsitos en el género como subversión o reafirmación del orden binario de géneros (Elliot 2009; Wilton 2000) y legitimidad o no de la pertenencia de mujeres trans* al feminismo y a la definición ‘mujeres’ (Raymond 1979; Wilton 2000), a su vez contestado desde dentro del feminismo (Hird 2002).

The rift I examine here concerns the politically volatile question of how to think about and indeed live gender variance. If gender is nothing but an oppressive social order, as some feminist, queer, and trans theorists argue, are transgender persons more politically progressive in refusing to comply with it than their transsexual counterparts who seek recognition within its terms? Is it possible to value the transgressive potential of transgender lives without disparaging the alternative desires, needs and goals of those transsexuals who wish to live as women and men? Can different theoretical frameworks and assumptions about gender be given equal respect without establishing or reinforcing politically divisive hierarchies? When do competing theoretical investments function as self-justifications, and how do they complicate the debate?^[referencia a final del texto]
(Elliot 2009: 6)

Mauro Cabral (2006), desde una perspectiva teórico-activista trans* e intersex, observa una falta de cuestionamiento del paradigma biomédico que dio origen al concepto de género en algunas perspectivas feministas, dificultando, según su perspectiva, una percepción de identidades de género más allá de las identidades ‘hombre’ y ‘mujer’ y de relaciones entre los géneros más allá de la desigualdad entre mujeres y hombres.

La adopción feminista del género como concepto y como *perspectiva* conservó, en lo esencial, los supuestos constructivistas y humanistas del paradigma biomédico que le dio origen; pero, al mismo tiempo, esa conservación adoptó la forma *performativa* de una sutura –invisible pero aún así palpable: la que *case*, ontológica y normativamente, género(s) y diferencia sexual binaria.^[referencia al final del texto] El género renació, en ese entonces, como condición predicable solo de mujeres y hombres (en tanto “construcción social del sexo”) y de la relación de desigualdad entre mujeres y hombres (como “categoría relacional”).
(Cabral 2006: 99)

En consecuencia, observa una reducción de la perspectiva de género propuesta desde posiciones feministas a los dos géneros binarios mujer y hombre, sin reconocer una amplia diversidad de posiciones y trayectorias no binarias (Cabral 2006). Esta reducción al binario

impide, así Cabral (2006), un cuestionamiento de formas de violencia familiar, social e institucional contra las personas trans* e intersex desde perspectivas feministas.

La absoluta dependencia ontológica de la *perspectiva de género* respecto de la diferencia sexual produce un inmediato y persistente efecto óptico: dicha *perspectiva* solo “ve” mujeres y hombres. Esta reducción óptica le impone un límite férreo tanto a la posibilidad de reconocer el universo de subjetividades que excede el binario de género como a la de abordar críticamente la lógica que instituye órdenes diferenciados de subjetividad. El cierre ontológico –y normativo– de la *perspectiva de género* en torno al binario sexual, incapacita su potencial crítico frente a fenómenos marcados por un fortísimo *sesgo de género*, tales como las intervenciones quirúrgicas “normalizadoras” practicadas en niñ*s intersex, el estigma y la vulnerabilidad que marcan la experiencia travesti, los requisitos corporales que vuelven sangrienta la reasignación legal del género, la violencia familiar, social e institucional que sufrimos quienes expresamos formas no hegemónicas de la masculinidad y la feminidad.

(Cabral 2006: 100)

3.3.4. La perspectiva de profesionales de la salud

Apenas hay un ser humano cuyo sexo no esté empañado por una duda concreta o por una sombra de duda.

(Marañón 1929: 75, citado en Balza 2009: 245)

En los discursos de profesionales de la salud se pueden identificar diferentes reflexiones sobre el no binarismo de género, aportadas tanto por asociaciones profesionales como profesionales individuales.

3.3.4.1. Asociaciones profesionales

Los Estándares de Cuidado SOC-1 a SOC-6 (HBIDGA 2005[1979], 2005[1980], 2005[1981], 2005[1987], 2005[1994], 2005[2001]) parten de un proceso de modificación corporal dentro de un modelo binario. Como mencionado más arriba (capítulo II, 2.2.4.4), en los SOC-5 y SOC-6 (HBIDGA 2005[1994], 2005[2001]) se introduce el término de ‘terapia triádica’, compuesta por la secuencia experiencia de la vida real - tratamiento hormonal – intervención quirúrgica, al mismo tiempo que se reconoce que no todas las personas trans* desean completar todas las fases. En cambio, los SOC-7 (WPATH 2012a) tienen en cuenta una diversidad amplia de expresiones, trayectorias e identidades de género y gama de opciones e itinerarios terapéuticos, paralelamente a un mantenimiento del modelo de evaluación en el acceso a tratamientos hormonales e intervenciones quirúrgicas trans-específicas, un aspecto criticado desde perspectivas teórico-activistas de despatologización (capítulo II, 3.6).

WMA, *World Medical Association* (2015) establece recomendaciones para la atención sanitaria trans-específica, partiendo del reconocimiento de la diversidad de expresiones, trayectorias e identidades de género y el derecho a la autodeterminación del género.

Along the transgender spectrum, there are people who, despite having a distinct anatomically identifiable sex, seek to change their primary and secondary sex characteristics and gender role completely in order to live as a member of the opposite sex (transsexual). Others choose to identify their gender as falling outside the sex/gender binary of either male or female (genderqueer). The generic term “transgender” represents an attempt to describe these groups without stigmatisation or pathological characterisation. It is also used as a term of positive self-identification. (...)

The WMA emphasises that everyone has the right to determine one's own gender and recognises the diversity of possibilities in this respect. The WMA calls for physicians to uphold each individual's right to self-identification with regards to gender.
(WMA 2015: 1-2)

3.3.4.2. Autor*s individuales

A lo largo de los últimos años, profesionales que trabajan en el ámbito de la salud trans* publicaron reflexiones sobre el no binarismo y la diversidad de género.

Friedemann Pfäfflin (2011), desde su experiencia como profesor emérito y doctor de medicina en la Universidad de Ulm, Alemania, presidente de HBI-GDA entre 1995 - 1997 y co-fundador del *International Journal of Transgenderism*, aporta una reflexión sobre los términos de 'identidad' e 'identidad de género' en el contexto del proceso de revisión del DSM y de la CIE, así como la propuesta de inclusión del concepto de 'identidades sexuales' en el párrafo sobre protección contra la discriminación en la Constitución alemana. Desde una revisión de tradiciones filosóficas, psicológicas y psicoanalíticas sobre identidad desde el siglo XIX y la creación del concepto de 'identidad de género' e 'identidad sexual' a mediados del siglo XX en perspectivas médicas, psiquiátricas, psicoanalíticas y sexológicas, Pfäfflin (2011) observa las siguientes tendencias en el momento actual: 1. La emergencia de identidades plurales, incluyendo opciones no binarias, expresadas en diferentes términos, entre ellos "transgender", "pomosexuals" o "genderqueer" (20), 2. La creciente sustitución del término 'sexo' por 'género', basada en las reflexiones aportadas por la teoría queer, así como 3. La inclusión de una diversidad de expresiones e identidades de género en los borradores de las categorías diagnósticas en el DSM-5 (aún no publicado en el momento de elaboración del artículo).

Desde el *National Health Service* británico, Wiseman y Davidson (2012) revisan el carácter binario del discurso biomédico y de las clasificaciones diagnósticas. Según su experiencia profesional, los criterios diagnósticos presuponen el carácter fijo y polarizado de la identidad de género (Wiseman y Davidson 2012). Observan que, ante la necesidad de las personas trans* de cumplir con los requisitos del proceso de evaluación para poder acceder a tratamientos hormonales o quirúrgicos, en la práctica clínica se reproduce un imaginario de género binario y fijo que excluye la incerteza y fluidez de expresiones e identidades de género (Wiseman y Davidson 2012).

Therefore, a binary discourse of sex and gender provides concrete predictability where there may be a great deal of uncertainty and fluidity, both temporal and contextual.
(Wiseman y Davidson 2012: 530)

Wiseman y Davidson (2012) identifican tres dificultades en la aplicación de este discurso binario a jóvenes con expresiones e identidades de género que difieren del género asignado al nacer, 1. La división artificial de la expresión aceptable de género en femenino y masculino, forzando a l*s jóvenes a adoptar roles de género polarizados y modificaciones corporales para cumplir con las expectativas sociales asociadas, 2. El silenciamiento de aspectos de incerteza y duelo, y 3. Dificultades aumentadas en el proceso de comunicación de la propia

identidad de género en caso de diferir de expectativas sociales binarias. Las autoras proponen un enfoque de terapia narrativa, facilitando la exploración de la flexibilidad e incerteza, así como la co-construcción de identidades.

Professionals are thus enabled to explore and manage the flexibility and uncertainty in gender expression and to co-construct with young people meaningful and rewarding identities.

(Wiseman y Davidson 2012: 531)

Desde el contexto español y experiencia profesional con la atención sanitaria trans-específica, Bergero Miguel, Asiain Vierge, Gorneman Schaffer, et al. (2008) identifican la falta de adecuación de las personas trans* al modelo binario de género como un problema a la hora de establecer un diagnóstico, al mismo tiempo que reconocen el carácter históricamente situado de la clasificación diagnóstica.

Una de las dificultades más claras para establecer el diagnóstico, es la gran diversidad de formas, situaciones y vivencias con que se presenta y que no se ajustan a las concepciones binarias que manejamos respecto a lo que es ser un hombre o una mujer en nuestra sociedad.

(Bergero Miguel, et al. 2008: 211)

L*s autor*s señalan el sufrimiento que produce sentirse exclud* del orden binario. Revisan tres enfoques, 1. La hipótesis de una etiología neurológica de la transexualidad, 2. Las teorías sobre el carácter socialmente construido del binarismo de género y 3. El análisis de terceros sexos/géneros aportado por la antropología social y cultural. Desde la observación de una amplia diversidad de expresiones, trayectorias e identidades de género en las UTIGs, resaltan la importancia de repensar el modelo binario de género para trabajar con personas trans* en la consulta.

En la Unidad de Trastornos de identidad de Género, constatamos la enorme diversidad y pluralidad que caracteriza al tema de la identidad. Las identidades son tan plurales y diversas como lo son los estilos de vida que a ellas están asociados. Algunas de estas realidades responden a transformaciones rupturistas que anuncian nuevos tiempos y nuevas realidades muy diversas que no pueden ser entendidas desde el modelo dicotómico que manejamos. Cada vez con mayor frecuencia se observan situaciones y realidades mixtas con mezclas de valores y prácticas definidas socialmente como masculinas y femeninas.

(Bergero Miguel, et al. 2008: 223)

En un artículo posterior titulado *¿Hacia la despatologización de la transexualidad? Apuntes desde una lógica difusa*, Bergero Miguel, Asiain Vierge y Cano-Caballero Gálvez (2010) realizan una crítica de la dicotomía del sistema sexo/género, identificando la misma como base de la definición de la transexualidad como patología y apostando por su despatologización. Desde una conceptualización del género como socialmente construido y no binario, con referencia a autor*s como Lacqueur, las autoras revisan el modelo biomédico de la transexualidad, señalando el carácter complejo y contradictorio de la demanda de las personas trans* que acuden a la consulta que oscila entre un cuestionamiento del orden binario y deseo de modificar el cuerpo en conformidad con el mismo (Bergero Miguel, et al. 2010). Bergero Miguel, et al. (2010) identifican como el punto de partida de esta demanda los criterios del

modelo biomédico de la transexualidad.

Las personas transexuales realizan al sistema sanitario una doble y contradictoria demanda: por un lado, cuestionan el sistema dicotómico, lo ponen en tela de juicio, y después lo utilizan demostrando la insuficiencia de toda referencia simbólica y anhelando convertirse exactamente en el otro y ser reconocidos como hombres o como mujeres (...).

El modelo biomédico ha contribuido a crear y desarrollar un modelo de transexualidad, influyendo en gran manera en la construcción del discurso de las personas transexuales, que con frecuencia ocultan aquellos aspectos que creen que puedan impedir el acceso a la reasignación sexual.

(Bergero Miguel, et al. 2010: 59-60)

Retomando una propuesta de Kim Pérez Fernández-Fígares (2009), las autoras proponen el uso de una “*lógica difusa*” (Bergero Miguel, et al. 2010: 61).

Proponemos principios de la lógica difusa o lógica heurística para este problema basándonos en lo relativo de lo observado. Este tipo de lógica toma dos valores aleatorios, pero contextualizados y referidos entre sí. Pensamos que el modelo de la lógica difusa representa el mundo real mejor que el modelo dicotómico. Aplicando esta lógica al género, se evitaría la obligación de adherirse completamente a la dicotomía hombre/ mujer que establece la ideología dominante. (...)

En este sentido, Kim Pérez afirma que “La realidad difusa se encuentra cuando se puede definir por un más o menos, y esto es lo que ocurre precisamente con el género, en el que las conductas se pueden definir fácilmente con un más o menos masculinas o femeninas. Hay un continuo que va de lo extremadamente masculino a lo extremadamente femenino y hay una amplia zona más o menos indefinida entre los dos extremos” [referencia a Pérez (2009) al final del texto].

(Bergero Miguel, et al. 2010: 61)

Desde la experiencia profesional como psiquiatras en Atención Primaria y Especializada, Cristina Polo Usaola y Daniel Olivares Zarco (2010) desarrollan una reflexión sobre las demandas del activismo por la despatologización trans*, expresando su apoyo a la propuesta de retirada de la actual clasificación diagnóstica de los tránsitos en el género como trastorno mental. L*s autor*s presuponen una disminución de la necesidad de modificación corporal en una sociedad más fluida respecto a los géneros (Polo Usaola y Olivares Zarco 2010).

Pensamos que probablemente la necesidad de reasignación de los transexuales, o al menos la angustia por no tener identidades normativas de género, disminuiría notablemente si nuestra sociedad permitiese mayor fluidez de roles sexuales.

(Polo Usaola y Olivares Zarco 2010: 299)

Cristina Garaizabal (2010), psicóloga y feminista con experiencia profesional en la atención psicológica a personas trans* en práctica privada, revisa en un capítulo de la antología *El género desordenado* el impacto del sistema binario de géneros en la patologización de las expresiones e identidades trans*. Con referencia a Fausto-Sterling y Lacqueur analiza el carácter socialmente construido e históricamente contingente del modelo binario de géneros, así como del modelo biomédico de la transexualidad (Garaizabal 2010). En este sentido, Garaizabal (2010) propone “*romper con el determinismo y el esencialismo de las concepciones clásicas sobre el género, la identidad y la sexualidad*” y facilitar “*la constitución de l@s transexuales como sujetos de derecho*”, con el objetivo de “*evitar nuevas estigmatizaciones, plantear múltiples y cambiantes identidades sexuales en las que se agrupen las diferentes experiencias de la vida social y personal*” (Garaizabal 2010: 138-139).

Como otros objetivos nombra *"deconstruir las categorías existentes y ser conscientes del potencial revolucionario que tiene la transgresión"*, *"defender la libre elección de formas de ser (género), de formas de placer y de afecto que no son mayoritarias, así como su potencial subversivo"* y *"[l]uchar contra la supuesta homogeneidad que dan las categorías existentes y afirmar la diferencia dentro de ellas"* (Garaizabal 2010: 139).

Desde el reconocimiento de la aportación de las historias de vida de personas trans* para *"romper con las fronteras que marcan las clasificaciones binarias y dicotómicas de hombre/mujer, heterosexual/homosexual"* (139), Garaizabal (2010) resalta el rol relevante de las organizaciones de personas trans* *"como motor del cambio social"* (139).

3.3.4.3. Desarrollos en el ámbito institucional

Como mencionado más arriba (capítulo II, 3.3.1.3), a lo largo de los últimos años, varios países han introducido la posibilidad de un tercer sexo/género en los documentos oficiales (DNI, pasaporte) y/o registros de nacimiento, entre ellos Australia (Australian Government 2013), Bangladesh (Morgan 2013; Sharma 2012), India (Bhattacharya 2005; Sharma 2012; The Guardian 2014), Nepal (The Huffington Post 2013) o Pakistan (Masood 2009; Sharma 2012).

Un informe reciente publicado por *Health Project, APTN, Asian-Pacific Transgender Network* y *UNDP, United Nations Development Programme* (2015) señala que la implementación del derecho a un tercer género en los países que introdujeron tales regulaciones es muy lenta y ha sido acompañada por un debate interno sobre el derecho de aquellas personas trans* que se identifican como hombres y mujeres a ser reconocidas como tales ante la ley.

In South Asia, four countries have recognised the specific status of *hijras, metis, Khawaja siras* and other trans people who identify as a third gender. However implementation has typically been very slow. There is a wider debate within the region about how to recognise the rights of those who identify as third gender, while also enabling trans women to identify as female and trans men to identify as male—and providing them with the same legal protections.
(Health Project, et al. 2015: ix)

En varios países europeos se pueden constatar propuestas y cambios legales relacionados con la inscripción del género en el nacimiento. En el Reino Unido, a lo largo de los últimos dos años se dirigieron varias propuestas al Parlamento para introducir la posibilidad de un marcador no generizado X en los pasaportes (Parliament of the United Kingdom 2014a, 2014b, 2015).

That this House recognises the support expressed during the last parliamentary session to address the issues faced by people whose identities are neither male nor female; believes that people are compromised and diminished as a result of inappropriate gender references on their personal identity information; acknowledges that all passports issued by HM Passport Office are currently gender-specific and it is therefore not possible to obtain a British passport that contains no reference to gendered identity; understands that the International Civil Aviation Organisation standard specification for machine-readable travel documents (ICAO Document 9303) permits X (unspecified) alongside F (female) and M (male) under a mandatory sex category; notes that citizens of Australia and New Zealand are able to obtain a non gender-specific X passport and that India, Nepal and Pakistan make

provision for their citizens when neither M nor F are appropriate; further believes that similar provision is needed in the UK where current discriminatory policy denies non-gendered and bi-gendered people a legitimate identity; and therefore urges that the Government and HM Passport Office make non gender-specific X passports available in the UK to people who do not identify with a particular gender.
(Parliament of the United Kingdom 2015: s.p.)

Mientras el cambio legal introducido en Alemania provocó la crítica del movimiento intersex por posibilitar la no inscripción del género solo en caso de constatarse una diferencia del estándar corporal femenino / masculino socialmente establecido, como descrito más arriba (capítulo 3.3.1.3), el *Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act* aprobado en Malta en 2015 establece en el Art. 18(c) la posibilidad de no incluir la identificación del sexo de la persona menor en el acta de nacimiento “*until the gender identity of the minor is determined*” (Government of Malta 2015b: A351)²¹⁹.

En la *Resolution 2048(2015) Discrimination against transgender people in Europe*, aprobada por el Consejo de Europa en 2015, se recomienda a los estados miembros considerar la inclusión de una tercer opción de género en los documentos de identidad.

6. In the light of these considerations, the Assembly calls on member States to: (...)

6.2. as concerns legal gender recognition: (...)

6.2.4. consider including a third gender option in identity documents for those who seek it;
(Consejo de Europa 2015a: 1-2)

3.3.4.4. Marcos teóricos y procesos activistas relacionados

Aparte de estas reflexiones internas a perspectivas teórico-activistas por la despatologización, se pueden encontrar críticas al binarismo de género en diferentes perspectivas teóricas.

La idea de un cuestionamiento del binarismo de género y la descripción de identidades de género no dicotómicas ya está presente en el pensamiento de autores como Deleuze y Guattari (2002[1980]), en el esbozo de un estado de indefinición en *Herculine Barbin llamada Alexina B.* de Foucault (2007[1978]), en las reflexiones aportadas por la teoría queer y autor*s afines (Butler 2000[1990], 2002, 2002[1993]; De Lauretis 2000; Lacqueur 1994[1990]; Perko 2005; Preciado 2002[2000]; Sedgwick 1998[1990]), así como en enfoques antropológicos (Balzer 2008, 2010; Costa y Matzner 2007; Gómez 2004; Graham 2001; Graham-Davies 2007; Herdt 1996 ed., 1996; Nanda 2000 ed.; Nieto 1998 ed., 1998a, 1998b, 2008; Towle y Morgan 2002; Vasey y Bartlett 2007).

En este sentido, Deleuze y Guattari (2002[1980]) esbozan un imaginario basado en el principio de conexión, heterogeneidad, multiplicidad, desterritorialización y cartografía, bajo la

²¹⁹ "18. The Civil Code shall be amended as follows: (...) (c) in paragraph (c) of article 278 thereof for the words "sex of the child;" there shall be substituted the words "the sex of the child:" and immediately thereafter there shall be added the following new provision: "Provided that the identification of the sex of the minor may not be included until the gender identity of the minor is determined." (Government of Malta 2015b: A351).

metáfora del rizoma, opuesta a la figura de árbol que describen como símbolo de un sistema centrado y jerárquico.

Resumamos los caracteres principales de un rizoma: a diferencia de los árboles o de sus raíces, el rizoma conecta cualquier punto con otro punto cualquiera, cada uno de sus rasgos no remite necesariamente a rasgos de la misma naturaleza; el rizoma pone en juego regímenes de signos muy distintos e incluso estados de no-signos. (...)

Contrariamente a los sistemas centrados (incluso policentrados), de comunicación jerárquica y de uniones preestablecidas, el rizoma es un sistema acentrado, no jerárquico y no significativo, sin General, sin memoria organizadora o autómatas central, definido únicamente por una circulación de estados. Lo que está en juego en el rizoma es una relación con la sexualidad, pero también con el animal, con el mundo, con la política, con el libro, con todo lo natural y lo artificial, muy distinta de la relación arborescente: todo tipo de “devenir”. (Deleuze y Guattari 2002[1980]: 25-26)

Desde el imaginario de rizoma, se cuestiona el modelo binario de sexos/géneros (Deleuze y Guattari 2002[1980]).

Para nosotros, por el contrario, hay tantos sexos como términos en simbiosis, tantas diferencias como elementos intervienen en un proceso de contagio. Nosotros sabemos que entre un hombre y una mujer pasan muchos seres, que vienen de otros mundos, traídos por el viento, que hacen rizoma alrededor de las raíces, y que no se pueden entender en términos de producción, sino únicamente de devenir. (Deleuze y Guattari 2002[1980]: 248)

En *Herculine Barbin llamada Alexina B.*, Foucault (2007[1978]) presenta un manuscrito autobiográfico procedente del siglo XIX que relata la experiencia de una persona con genitales evaluados como ‘ambiguos’ por la medicina. Después de vivir en un contexto social que le permite un momento de indefinición, el control de la iglesia, la medicina y el sistema jurídico obligan a Herculine Barbin / Alexina B. a desvelar su historia corporal y cambiar de género, de lugar de residencia y de trabajo, una situación que contribuye a su decisión de suicidio. Foucault (2007[1978]) revisa la historia de Herculine Barbin / Alexina B. desde el análisis de un cambio histórico en relación a la conceptualización médica y legal de las personas consideradas como ‘hermafroditas’ y comienzo de una era de búsqueda del ‘sexo verdadero’.

¿Verdaderamente tenemos necesidad de un sexo verdadero? Con una constancia que roza la cabezonería, las sociedades del Occidente moderno han respondido afirmativamente. Han hecho jugar obstinadamente esta cuestión del “sexo verdadero” en un orden de cosas donde sólo cabe imaginar la realidad de los cuerpos y la intensidad de los placeres.

Durante mucho tiempo, sin embargo, no hubo tales exigencias. Lo prueba la historia del status que la medicina y la justicia otorgaron a los hermafroditas. Se ha tardado mucho en postular que un hermafrodita debía tener un sexo, uno sólo, uno verdadero. Durante siglos, se ha admitido, sencillamente, que tenía dos. (...)

Las teorías biológicas sobre la sexualidad, las concepciones jurídicas sobre el individuo, las formas de control administrativo en los Estados modernos han conducido paulatinamente a rechazar la idea de una mezcla de los dos sexos en un solo cuerpo y a restringir, en consecuencia, la libre elección de los sujetos dudosos. En adelante, a cada uno un sexo y uno solo.

(Foucault 2007[1978]: 11-13)

Los discursos queer aportan una revisión crítica de un modelo binario de sexos/géneros, una conceptualización del sexo como culturalmente construido, al igual que el género, el cuestionamiento de la coherencia entre sexo, género e identidad sexual, el concepto de performatividad e iterabilidad en el proceso de construcción y afirmación del género

asignado al nacer, así como una crítica del imperativo de coherencia, estabilidad y linealidad en el concepto occidental de identidad (Butler 2000[1990], 2002, 2002[1993]; De Lauretis 2000; Perko 2005; Sedgwick 1998[1990], Preciado 2002[2000]). Estas reflexiones se pueden situar en el marco más amplio de un cuestionamiento del sujeto moderno presente en el debate posmoderno y postestructuralista (capítulo I, 3.1.3).

En este sentido, los enfoques queer parten de un cuestionamiento de modelos dualistas de pensamiento (naturaleza/cultura, cuerpo/mente, hombre/mujer, hetero/homo), analizando los mismos como herencia de una visión cartesiana del mundo y simplificaciones ontológicamente cuestionables, históricamente contingentes y socialmente intencionadas de una realidad más compleja y difusa (Butler 2000[1990]; Perko 2005; Sedgwick 1998[1990]).

Butler (2000[1990]) cuestiona la presuposición de una continuidad entre sexo, género y orientación sexual, señalando su carácter naturalizado y desvelando la heteronormatividad subyacente que traza una línea directa entre la asignación como mujer al nacer, el género femenino y el destino heterosexual. Según Butler (2000[1990]), esta ruptura con la presuposición de una coherencia ‘natural’ entre sexo, género y orientación sexual abre la posibilidad de posiciones subjetivas que exceden el modelo binario. A la vez, el carácter socialmente construido y culturalmente inscrito de la conceptualización del ‘sexo’, al igual que del ‘género’, borra la diferencia entre ambos conceptos (Butler 2000[1990]).

Si se impugna el carácter inmutable del sexo, quizá esta construcción llamada “sexo” esté tan culturalmente construida como el género, de hecho, tal vez siempre fue género, con la consecuencia de que la distinción entre sexo y género no existe como tal.
(Butler 2000[1990]: 39-40)

Preciado (2002[2000]) define el ‘sexo’ como “*tecnología biopolítica*” (64), resaltando el carácter tecnológicamente construido del cuerpo en la sociedad contemporánea que rompe con una diferenciación dicotómica entre ‘sexo’ y ‘género’. De esta forma, Preciado (2002[2000]) amplía el concepto de “*Technologies of Gender*” propuesto por De Lauretis (1987: título), que entiende el término, desde una relectura crítica de Althusser, como una construcción del género a través de procesos sociales de representación y auto-representación.

Desde el cuestionamiento del rol del ‘sexo’ de la otra persona como signo relevante de distinción de las prácticas sexuales, frente a múltiples otras categorías posibles, se deconstruye la pareja binaria homo/heterosexual (Sedgwick 1998[1990]).

Es un hecho muy sorprendente que, de las muchas dimensiones por las que la actividad genital de una persona puede diferenciarse de la de otra (dimensiones que incluyen la preferencia por determinados actos, zonas o sensaciones, tipos físicos, frecuencia, actividades simbólicas, relaciones de edad o poder, especies, número de participantes, etc.), precisamente una, el género del objeto de deseo, que surgió a finales de siglo, haya permanecido como la dimensión que denota la omnipresente categoría actual de “orientación sexual”.
(Sedgwick 1998[1990]: 19)

De forma análoga Butler (2000[1990]) pregunta: *"Si lo que queda al descubierto es la sexualidad, ¿cuál deberíamos pensar que es el auténtico determinante de su significado: la estructura de la fantasía, el acto, el oficio, el género, la anatomía?"* (Butler 2000[1990]: 17).

En diferentes textos de la teoría queer, se expresa una vivencia de incomodidad y extrañeza ante las categorías identitarias binarias, tanto en la dimensión de género como respecto a las sexualidad, que se perciben como 'cajones' excesivamente limitantes que no se corresponden a una realidad más diversa y múltiple (Tuidier 2001), convirtiendo el acto de nombrar una adscripción identitaria en una situación de incomodidad (Butler 2000[1990]).

La perspectiva de ser algo, aun en el caso de que te paguen por ello, me ha producido siempre cierta ansiedad, y "ser" homosexual, "ser" lesbiana, parece más que un simple requerimiento a convertirme en aquella o aquello que ya soy.
(Butler 2000[1990]: 87)

Como otro concepto relevante de la teoría queer relacionado con el cuestionamiento del binarismo de género se puede nombrar el concepto de performatividad (Butler 2000[1990], 2002, 2002[1993]).

Partiendo de la teoría lingüística de actos de habla de Austin²²⁰ y su relectura crítica en Derrida²²¹, Butler (2002) señala el carácter performativo de la exclamación supuestamente constativa 'es niña' en el paritorio, en el sentido de una afirmación con poder de constituir la realidad en vez de su mera descripción. Según Butler (2002), esta adscripción performativa se realiza a través de una *"práctica iterativa"* (Butler 2002[1993]: 164), en el sentido de una *"reiteración de una norma o de un conjunto de normas"* (Butler 2002[1993]: 34) que tiene que ser repetida constantemente para mantener su vigencia, a través de una interpelación reiterada que iría confirmando la identidad de género 'niña'.

En este sentido, el género se entiende como *"una construcción que constantemente oculta su génesis"* (Butler 2000[1990]: 171), requiriendo una repetición obligatoria para sostenerse.

De modo que la performatividad no es pues un "acto" singular porque siempre es la repetición de una norma o de un conjunto de normas y, en la medida en que adquiere la condición de acto en el presente, oculta o disimula las convenciones de las que es una repetición.
(Butler 2002[1993]: 34)

²²⁰ Desde la perspectiva lingüística Austin (1962) distingue entre actos de habla constativos y performativos. Mientras los enunciados constativos describen una realidad ('está lloviendo') que puede ser desmentida o afirmada, los enunciados performativos producen la realidad que describen ('os declaro hombre y mujer'). Se diferencian a su vez en actos performativos de carácter locutivo (producción de la realidad en el mismo momento de emitir la palabra) y perlocutivos (desplazamiento del efecto de producción de la realidad en el tiempo, abriendo, por esa razón, una posibilidad de error).

²²¹ Según Derrida (1988) el poder performativo de un acto de habla no es preexistente a sí mismo, sino únicamente garantizado por su iterabilidad, su capacidad de citación reiterada y su referencia a un sistema de poder preestablecido (*"¿Un enunciado performativo, ¿podría ser un éxito si su formulación no repitiera un enunciado "codificado" o iterable, en otras palabras, si la fórmula que pronuncio para abrir una sesión, botar un barco o proclamar un matrimonio no fuera identificable como conforme a un modelo iterable, si por lo tanto no fuera identificable de alguna manera como "cita"?"*, Derrida 1988: 18, citado en Butler 2002: 58). De esta manera, se revela como un dispositivo social y político cuyo poder está abierto a la revisión crítica y deconstrucción.

En *Cuerpos que importan*, Butler (2002[1993]), respondiendo a una crítica pronunciada después de la lectura de *Género en disputa* (Butler 2000[1990]), rechaza la interpretación del concepto de ‘performatividad’ como un acto voluntarioso y teatral, como si el propio género fuese un vestido que se podría elegir cada mañana, señalando el carácter obligatorio y naturalizado de la interpelación continuada conforme al género asignado al nacer.

Si yo hubiera sostenido que los géneros son performativos, eso significaría que yo pensaba que uno se despertaba a la mañana, examinaba el guardarropa o algún espacio más amplio en busca de género que quería elegir y se lo asignaba durante el día para volver a colocarlo en su lugar a la noche.
(Butler 2002[1993]: 12)

En este sentido, la performatividad “no consiste en elegir de qué género seremos hoy”, sino “reiterar o repetir las normas mediante las cuales nos constituimos” (Butler 2002[1993]: 64). Según Butler (2002, 2002[1993]), siguiendo a Derrida (1988), el éxito de un anunciado performativo depende tanto de su repetición constante como de la autoridad del poder que le precede, constituyendo esa dependencia de una tecnología de poder su posibilidad de fracaso.

Esa potencial inestabilidad, la necesidad de constante reforzamiento y re-inscripción de las normas de género abren la posibilidad de su cuestionamiento, revisión y recitación paródica. Son normas que configuran, animan y delimitan al sujeto de género y que son también los recursos a partir de los cuales se forja la resistencia, la subversión y el desplazamiento.
(Butler 2002: 65)

El carácter del género como copia, citación iterativa de una norma precedente e “imitación sin un origen” (Butler 2000[1990]: 169) abre la posibilidad de la transgresión del modelo binario en el que se sostiene.

Las reflexiones teóricas de Judith Butler (2000[1990], 2002, 2002[1993]) y su aplicación a las expresiones, trayectorias e identidades trans* por parte de un cuerpo de teorización queer han recibido diferentes relecturas críticas. Un punto central de crítica constituye la lejanía de las reflexiones de las experiencias diarias de las personas trans* (Davis 2009; Monro 2005a; Namaste 2000).

Neither the emphasis on stability nor the postmodern framing of fluidity can completely account for the ongoing, everyday practices and experiences of (trans) gender identity construction.
(Davis 2009: 99)

A poststructuralist theory of transgender disassociates sex and gender, models both as constructed, and emphasizes the technologisation and commodification of the body. Poststructuralist accounts can, however, entail denial of bodily limitations, erase transgender people’s subjective experience, and overlook social and political factors, such as the importance of gender categories as a basis for identity politics. I argue for the deconstruction of gender binaries to be combined with the development of a gender-pluralist, flexible, model of gender.
(Monro 2005a: 3)

In recent years, the field known as queer theory has witnessed a veritable explosion of essays, presentations, and books on the subject of drag, gender, performance, and transsexuality.^[referencia al final del texto] Yet these works have shown very little concern for the individuals who live, work, and identify themselves as drag queens, transsexuals, or transgenderists.
(Namaste 2000: 9)

Francisco Vázquez García (2009a) observa una conceptualización radicalmente constructivista en los argumentos del *"movimiento transgenérico"* (67), cuya procedencia identifica en la teoría queer.

El desafío planteado por el movimiento transgenérico suele hacerse enarbolando argumentos radicalmente construccionistas, procedentes de la teoría *queer*. En ellos, el género y el sexo son afrontados como puras construcciones sociales, incluso como puros efectos de las prácticas discursivas, sin ningún anclaje biológico. Por esta razón el esquema dicotómico de los sexos-géneros es visto como una arbitraria configuración cultural que funciona perpetuando la negación de la ciudadanía a las personas trans. Desde esta posición transgenérica, en cambio, se toma al cuerpo como una realidad infinitamente maleable, alentándose la continua experimentación con el fin de transgredir las fronteras marcadas por el heteronormativismo y la rígida división dualista entre los sexos (Bornstein, 1994; Queen & Schimmel, 1997).
(Vázquez García 2009a: 67)

Desde una observación de limitaciones en un constructivismo social alejado de la realidad material de los cuerpos, Vázquez García (2009a) aboga *"por un constructivismo bien temperado"* (71) y un análisis de las narrativas trans*, teniendo en cuenta la influencia del capital cultural en la construcción de una identidad no binaria y adopción de un discurso crítico con el modelo biomédico y diagnóstico psiquiátrico.

El capital cultural detentado por los afectados y los contextos institucionales condicionan decisivamente la experiencia vivida. Es relativamente frecuente que las personas trans con profesiones intelectuales y un capital cultural más elevado cuenten con mayores recursos simbólicos –familiaridad con las teorías *queer*, conocimiento de las consecuencias de la cirugía y del diagnóstico psiquiátrico– a la hora de desafiar el modelo biomédico y la violencia simbólica derivada de éste.^[referencia al final del texto]
(Vázquez García 2009a: 81)

Con referencia a Nieto (2008), Vázquez García (2009a) propone sintetizar *"[l]a acción colectiva de repolitización planteada por el movimiento trans"* (84) en tres niveles, 1. *"La 'desmedicalización', esto es, desvincular el reconocimiento legal del derecho a cambiar de identidad sexual de la intervención médico quirúrgica obligatoria"*, 2. *"La 'despsiquiatrización', esto es, eliminar la categoría de 'trastorno de la identidad de género' de los manuales de diagnóstico de enfermedades mentales, y suprimir el diagnóstico psiquiátrico como requisito para el cambio legal de identidad de género"* y 3. *"La 'desdualización', esto es, reconocer en el ordenamiento jurídico un tercer espacio de género que no sea ni el de hombre ni el de mujer, haciendo al mismo tiempo irrelevante, desde el punto de vista legal y administrativo, la asignación del sexo"* (84).

Aparte de la tematización del no binarismo de género desde la teoría queer y sus relecturas, desde diferentes perspectivas teóricas se han explorado conceptos relacionados con posiciones identitarias no binarias.

Lacqueur (1994[1990]) reconstruye, mediante un análisis arqueológico de representaciones médicas del cuerpo femenino y masculino, el carácter histórico de la conceptualización binaria del cuerpo humano. En este sentido, describe como un modelo de sexo único, en el que el cuerpo de la mujer se concibe como inversión (incompleta) del cuerpo

del hombre, es sustituido por un modelo de dos sexos que percibe la anatomía de la mujer como radicalmente diferente y opuesta a la del hombre, construyendo un modelo binario de sexos/géneros (Lacqueur 1994[1990]).

¿Cómo tuvo lugar el cambio de lo que he llamado modelo de un sexo/carne al modelo de dos sexos/carne? ¿Por qué, por abordar primero el caso más específico, el deseo sexual y su satisfacción –en concreto el deseo sexual femenino- se hizo irrelevante para la comprensión de la concepción?

(Lacqueur 1994[1990]: 28)

En respuesta a la pregunta por las razones históricas de este cambio de modelo, Lacqueur (1994[1990]) identifica su origen no en el progreso científico, sino en desarrollos epistemológicos y políticos.

En lugar de ser consecuencia del aumento de conocimientos científicos específicos, las nuevas formas de interpretar el cuerpo eran resultado de dos desarrollos más amplios, distintos desde una perspectiva analítica pero no desde la histórica: una epistemológica y política la otra.

(Lacqueur 1994[1990]: 31-32)

Lacqueur (1994[1990]) describe el cambio epistemológico transcurrido en el paso de una conceptualización del cuerpo como microcosmos de un orden mayor en el siglo XVII a la creación de un campo de conocimientos específicos sobre el cuerpo. A nivel político, hace referencia a diferentes cambios históricos, entre ellos el crecimiento de la religión evangélica, la teoría política de la Ilustración, la Revolución francesa, los procesos de reestructuración del trabajo, el crecimiento de un libre mercado de servicios y bienes o el nacimiento de clases sociales. Lacqueur (1994[1990]) resalta que estos cambios sociales no solo modelan la conceptualización del género, sino también del sexo.

La conceptualización del carácter culturalmente construido del modelo de sexos/géneros es compartida por otr*s autor*s, entre ell*s Donna Haraway. En *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*, Haraway (1995[1991]) analiza el carácter socialmente construido de las ciencias naturales. Ante la imposibilidad ontológica de objetividad, apuesta por un conocimiento situado (Haraway 1995[1991]).

Lucho a favor de políticas y de epistemologías de la localización, del posicionamiento y de la situación, en las que la parcialidad y no la universalidad es la condición para que sean oídas las pretensiones de lograr un conocimiento racional. Se trata de pretensiones sobre las vidas de la gente, de la visión desde un cuerpo, siempre un cuerpo complejo, contradictorio, estructurante y estructurado, contra la visión desde arriba, desde ninguna parte, desde la simpleza.

(Haraway 1995[1991]: 335)

Frente a la oposición binaria de una conceptualización del género como socialmente construido versus el sexo como ‘natural’, Haraway (1995[1991]) resalta el carácter socialmente construido de ambos conceptos, resaltando el rol del cuerpo como *"una página en blanco para inscripciones sociales, incluidas las del discurso biológico"* (340).

Autor*s procedentes de diferentes perspectivas teóricas aportan conceptos para describir expresiones e identidades no binarias, entre muchos otros términos, se habla de

"*Liminal Transgender Identities*" (Wilson 2002: 425), "*sexo-género cromático*" (Vázquez García 2009a: 83), "*gender spectrum*" (Monro 2005a: 3) o "*gender fluidity*" (Davis 2009: 99).

Wilson (2002) describe fases en el proceso de transición, así como espacios comunitarios que permiten la liminalidad que denomina "*liminal communitas*" (343).

I also use transgender to describe a particular phase of liminality, which all people transgressing 'normative' gender boundaries will at some stage occupy. Gender identities will not necessarily shift within this liminal phase, rather one's physical, behavioural and psychological self will be remodelled to 'fit' with one's supposedly 'transgressive' gender identities. (...)

In this liminal space gender becomes ambiguous. Males can be females, females can be males and public gender categorizations are temporarily and spatially suspended. (Wilson 2002: 431-432, 435)

A la vez, Wilson (2002) señala las dificultades de mantener las posiciones liminales en el mundo cotidiano, identificando el proceso de diagnóstico como una oportunidad de reconocimiento de la identidad de género, a precio de eliminar ambigüedades e inconsistencias existentes.

The 'diagnosed' transsexual or individual with gender dysphoria who is recognized and related to by others as their preferred gender, who (re)creates their history and body into a singular, unified gender identity by eliminating gender ambiguities and inconsistencies is seen as increasingly viable, not only as a medical reality but also in the popular imagination. (...) This recognition led to a mindfulness of the seeming impossibility and difficulties embedded in negotiating life on the 'outside' of gender.

(Wilson 2002: 441)

Vázquez García (2009a) utiliza el término "*sexo-género cromático*" (83) en el marco de descripción del proceso de ruptura del colectivo CTC (Col•lectiu de Transexuals de Catalunya) en los años 90 con el modelo biomédico de la transexualidad y cuestionamiento del modelo binario de sexos/géneros.

Se insinuaba el paso del sexo-género dicotómico a una suerte de sexo-género cromático, y se postulaba la necesidad de pensar la relación entre los géneros como un continuum de indiscernibles, por decirlo con Leibniz. En segundo lugar, se desvinculaba el concepto jurídico e instituido de ciudadano de la categoría biológica y asociada a la dualidad de sexos biológicos.

(Vázquez García 2009a: 83)

Partiendo de la observación de que "*[t]ransgender explodes the notion that male and female are discrete categories*" (3), Monro (2005a) propone el reemplazo del modelo binario por el concepto de "*gender spectrum*" (3).

Erin Davis (2009) parte de un concepto situado de "*gender fluidity*" (99) teniendo en cuenta las negociaciones continuadas y procesos de producción de significado a los que están expuestas las personas con cuerpos, historias e identidades de género que parecen 'exceder' "*the limits of intelligibility*" (99).

Further, while transsexed bodies, histories, and identities may "exceed" the limits of intelligibility, trans individuals are engaged in meaning making—creating coherence both for themselves and for others. The present theorizing of (trans) gender identification has not fully explored the interaction among social expectations, individuals' attempts to be credible, and the structural limitations on intelligible gender identifications. In addition, despite theoretical arguments resting on the compulsory, regulatory nature of gender regimes,

gender fluidity is often situated as counter to such regulation. As I argue, gender identity is not static, but it is also not unbounded - neither for trans people nor for everyone else. (Davis 2009: 99-100)

En el ámbito de la antropología social y cultural, se pueden encontrar numerosos trabajos que analizan la presencia de construcciones de sexos y géneros que exceden al modelo binario occidental en diferentes culturas indígenas (Balzer 2008, 2010; Costa y Matzner 2007; Gómez 2004; Graham 2001; Graham-Davies 2007; Herdt 1996 ed., 1996; Nanda 2000 ed.; Nieto 1998 ed., 1998a, 1998b; 2008; Towle y Morgan 2002; Vasey y Bartlett 2007). En estos estudios, se analizan las características de los sexos/géneros no binarios, los roles que ocupan en su contexto sociocultural específico, así como su situación en el momento actual. Paralelamente, se hace referencia a la importancia de no romantizar la diversidad de género en culturas no occidentales (Towle y Morgan 2002, capítulo III, 1.1.1).

Además, se pueden encontrar trabajos antropológicos que, desde una mirada no patologizante, analizan la presencia de una amplia diversidad de géneros en la cultura occidental y el movimiento trans* actual (Balzer 2008; Namaste 2000; Valentine 2007).

En el capítulo sobre diversidad de género en la infancia (II, 3.9.2), desarrollaré más en profundidad la descripción del desarrollo de una identidad muxhe en México, en el marco de un contexto cultural de apoyo a una expresión e identidad de género que transgrede el modelo binario (Gómez 2004).

3.4. "No hay democracia sin despatologización de las identidades trans"²²²: Discursos de Derechos Humanos



Carteles de convocatoria del Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans
Imagen 35: Santiago de Chile,

OTD, Organización de Transexualidad por la Dignidad de la Diversidad, 2009

Imagen 36: Managua, IDSH, Iniciativa desde la Diversidad Sexual por los Derechos Humanos, 2009

Aparte del análisis de una interrelación entre psiquiatrización, estigmatización, exclusión social y violencia transfóbica contra las personas trans* y de la revisión del modelo binario de género como trasfondo de dinámicas de patologización de las identidades trans*, se puede identificar otro enfoque que constituye un punto de partida relevante en los discursos del movimiento por

²²² Fuente de la cita: OTD Chile, Organizando Trans Diversidades 2015: s.p..

la despatologización trans*: La perspectiva de Derechos Humanos.

Ambos discursos presentan una interrelación recíproca. En este sentido, se puede constatar tanto la utilización de una argumentación de Derechos Humanos en los discursos del activismo por la despatologización trans*, como una creciente presencia de una perspectiva de despatologización en organismos internacionales de Derechos Humanos.

3.4.1. Discursos activistas y teórico-activistas

Desde la observación de situaciones de una vulneración de Derechos Humanos de las personas trans* en diferentes partes del mundo²²³, incluyendo situaciones de violencia institucional y falta de reconocimiento de derechos ciudadanos, la lucha por los Derechos Humanos de las personas trans* en el ámbito legal, sanitario y social se convierte en una de las prioridades del activismo por la despatologización trans* (Red Internacional por la Despatologización Trans 2009b, 2010b; STP-2012 2012a). En este sentido, se puede observar una creciente presencia de reflexiones relacionadas con una dimensión de derechos, con referencia a los *Principios de Yogyakarta* (2007) y el Informe *Derechos Humanos e identidad de género* del *Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa* Thomas Hammarberg (2009).

La obligatoriedad del diagnóstico psiquiátrico y de la modificación corporal hormonal y quirúrgica presente en muchas de las leyes existentes, atenta contra los derechos humanos de integridad corporal y libre expresión de las identidades de género, derechos recogidos en declaraciones internacionales recientes como los Principios de Yogyakarta (2007) o las recomendaciones del Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa Thomas Hammarberg (2009). En este sentido, consideramos la despatologización de la transexualidad como un primer paso imprescindible para el pleno reconocimiento de los derechos humanos de las personas trans.

(Red Internacional por la Despatologización Trans 2009b: s.p.)

En consonancia con declaraciones internacionales de derechos humanos recientes, como los Principios de Yogyakarta (2007) y el informe temático “Derechos humanos e identidad de género” del Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa (2009):

1. Reivindicamos que la libre expresión de la identidad de género no es una enfermedad, sino un derecho humano básico. Por esta razón, demandamos la descatalogización de los “trastornos de identidad de género” del DSM.

(Red Internacional por la Despatologización Trans 2010b: s.p.)

Como un potencial modelo futuro para una atención sanitaria trans-específica que parte de una perspectiva de despatologización identificamos un **enfoque de salud basado en los derechos humanos**, que ya en el momento actual constituye un área temática relevante en la OMS.

(STP-2012 2012a: 8)

Se pueden identificar diferentes líneas temáticas relevantes para el activismo por la despatologización trans* en las que el marco teórico de Derechos Humanos adquirió especial importancia:

²²³ Amnesty International 2013, 2014; Balzer y Hutta 2012; Balzer, et al. 2012; Berkins y Fernández 2005; Cabral y Hoffman 2009; Comisión Europea 2012a, 2012b; Consejo de Europa 2011; FRA 2013a, 2013b, 2014; GLSEN, Harris Interactive 2012; Grant, et al. 2011; Gunguluza 2012; Human Rights Watch 2011; ILGALAC 2009; Namaste 2000; New Zealand Human Rights Commission 2008; O’Flaherty y Fisher 2008; Platero 2014; Sood 2010; Spade 2003, 2006a, 2006b; TGEU 2013a; Turner, et al. 2009; Whittle, et al. 2007, 2008; Winter, et al. 2009; Winters 2008a.

- El derecho a la despatologización (capítulo II, 3.1).
- El derecho a la no discriminación y el reconocimiento de la dimensión de orientación sexual e identidad de género en las leyes de crímenes de odio y la legislación relacionada con el derecho al asilo (capítulo II, 3.2).
- La defensa de los derechos sanitarios de las personas trans*, en concreto la demanda de cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica (capítulo II, 3.5).
- La defensa del derecho de autonomía e integridad corporal, mediante un modelo de atención sanitaria trans-específica basado en un enfoque de decisión informada (capítulo II, 3.7).
- La defensa del derecho al reconocimiento legal de género (capítulo II, 3.8).
- El derecho a la protección de la diversidad de género en la infancia (capítulo II, 3.9).

El activismo por la despatologización trans* observa una creciente inclusión de la perspectiva de despatologización en la agenda de instituciones internacionales. A la vez, se constata una continuada situación de patologización de las personas trans* en diferentes partes del mundo (Red Internacional por la Despatologización Trans 2009b, 2010a; STP-2012 2011b).

En el ámbito político, a lo largo de los últimos dos años hemos podido observar una creciente inclusión de la temática de despatologización trans en las agendas políticas internacionales y nacionales, presente en documentos, recomendaciones y declaraciones emitidas por organismos internacionales y gobiernos (...). A la vez de observar un creciente apoyo en el ámbito activista y profesional hacia las demandas de STP 2012 y una aumentada presencia de la temática en las agendas políticas internacionales, observamos una falta de traducción de las declaraciones de interés en cambios reales en la situación sanitaria y jurídica de las personas trans en diferentes partes del mundo que sigue caracterizada por una continuada lógica de patologización.
(STP-2012 2011b: 1)

Grupos activistas de diferentes partes del mundo advierten una frecuente vulneración de Derechos Humanos de las personas trans*, tanto a través de situaciones de discriminación y exclusión social, mediante la clasificación de las identidades trans* como trastorno mental en el DSM y la CIE, así como a través de requisitos médicos presentes en leyes de reconocimiento de género (Berliner Bündnis STP-2012 2010; Transexualegal OSC 2011; VV.AA. 2011).

Así pues, con la próxima aparición del DSM-V de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana [APA], y el SOC-7 [Standards of Care- versión 7] de la WPATH (antes HBIGDA), el colectivo trans mexicano, así como los profesionistas, académicos y activistas en pro de los derechos de las personas trans, *ratificamos y enfatizamos* nuestra postura (Transexualegal) con relación a la necesidad de despatologizar la condición clínica transexual desde una conceptualización del libre desarrollo de la personalidad como *derecho fundamental y derecho humano* en tanto es una expresión de la individualidad de la persona, respecto de su percepción sexual y de género ante sí mismo, que influye decisivamente en su proyecto de vida y en todas sus relaciones dentro de la sociedad, sin que deba existir intromisión alguna de un particular o del Estado en aras de la salud.
(Transexualegal OSC 2011: 2-3)

Los profesionistas, académicos, activistas, instituciones y organizaciones abajo firmantes, comprometidos en pro de los derechos de las personas trans, *ratificamos* nuestro respaldo a la exigencia de despatologizar la condición transexual y de eliminar su carácter de enfermedad mental, y se reconozca como un **derecho humano y fundamental** la libre expresión de la personalidad y de la individualidad de la persona respecto de su particular percepción sexual y de género, condición que influye decisivamente en su proyecto de vida

y en sus relaciones sociales, respaldando, por tanto, las reivindicaciones planteadas por la Campaña STP-2012, en el marco de la Jornada Internacional por la Despatologización de las Identidades, Experiencias y Expresiones Trans, cuya manifestación pública internacional tendrá verificativo el próximo 22 de octubre.

(VV.AA. et al. 2011: s.p.)

Los Derechos Humanos fundamentales de las personas trans* se vulneran en Alemania (y en todo el mundo) de múltiples formas. Las personas trans* se ven confrontadas a una discriminación diaria, llevando a la exclusión social, la pobreza, una atención sanitaria deficiente y escasas oportunidades para un empleo correspondiente a su formación. El punto de partida de estas situaciones de discriminación constituyen los catálogos internacionales de enfermedades, como el DSM de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA) y la CIE de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos catálogos influyen en los catálogos estatales, así como legislaciones específicas como la “Ley de Transexualidad” alemana (TSG).

(Berliner Bündnis STP-2012 2010: s.p.)²²⁴

El reconocimiento de los Derechos Humanos de las personas trans* y de la diversidad de género se identifica como un principio y valor fundamental (Frente Ciudadano Pro Derechos de Transexuales y Transgénero 2010; Andía Pérez, et al. 2009).

¡Al paradigma que considera a las identidades trans como una patología le contraponemos el reconocimiento de los derechos humanos y de la diversidad como un valor básico y fundamental!

(Frente Ciudadano Pro Derechos de Transexuales y Transgénero 2010: s.p.)

La campaña por la despatologización de la identidad trans reivindica un derecho fundamental a que la identidad de género sea reconocida como un derecho y que no conlleve ninguna implicancia de trastorno psicológico, de manera que abra las puertas de acceso a los derechos ciudadanos.

(Andía Pérez, et al. 2009: s.p.)

Bajo el lema “*No hay democracia sin despatologización de las identidades trans*” (s.p.), OTD Chile, *Organizando Trans Diversidades* (2015) identifica la despatologización de las identidades trans* y la garantía del derecho a la identidad de género como “*imperativos para un régimen democrático*” (s.p.).

TERCERO.— Sostenemos que la despatologización de las identidades trans, así como el reconocimiento y la garantía de la identidad de género como un derecho, son imperativos para un régimen democrático. No puede haber individuos libres sin derecho a la autodeterminación, por lo que los mandatos culturales impuestos respecto del género son de suyo contrarios a la democracia, y ameritan ser revisados y denunciados en todos los espacios. Estos mandatos no son distintos de aquellos que generan violencia y exclusión para las mujeres en general, así como para el conjunto de las personas LGBTI (lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales).

(OTD Chile 2015: s.p.)

Desde perspectivas teórico-activistas, se identifica el derecho al propio cuerpo y a una libre expresión de la identidad de género como derechos fundamentales (Missé y Coll Planas

²²⁴ Traducción propia. Texto original: “*Die fundamentalen Menschenrechte von Trans*-Menschen werden in Deutschland (und weltweit) auf vielfältigste Art und Weise verletzt. Trans*menschen sehen sich mit täglicher Diskriminierung konfrontiert, die zu sozialem Ausschluss, Armut, schlechter Gesundheitsversorgung und geringen Aussichten auf eine ihrer Ausbildung entsprechende Arbeit führt. Eine Grundlage für diese Diskriminierungen bilden internationale Krankheitskataloge wie das DSM der Amerikanischen Psychiatrie-Vereinigung (APA) und der ICD der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie prägen die nationale Kataloge sowie besondere Gesetzgebungen wie das deutsche „Transsexuellengesetz“ (TSG).*” (Berliner Bündnis STP-2012 2010: s.p.).

2010). Según la perspectiva de los autores, la perspectiva de despatologización trans* propone un cambio de paradigma, desde una conceptualización de la transexualidad como trastorno mental hacia su entendimiento como trayectorias heterogéneas y fluidas, así como desde un modelo médico hacia un enfoque de Derechos Humanos. En este proceso de cambio, se señala la importancia de una implicación activa y transformación de l*s profesionales de la salud (Missé y Coll-Planas 2010b).

El derecho al propio cuerpo y a una libre identidad de género son sin duda derechos fundamentales que nos obligan a revisar los límites éticos de la modificación corporal y el rol de la institución médica sobre la subjetividad de los ciudadanos. Lo que plantea el discurso de la despatologización trans es un cambio de paradigma en el que la transexualidad no sea una patología ni tampoco un problema, sino que sea entendida como un conjunto de trayectorias vitales posibles, heterogéneas, cambiantes y fluidas. Se trata de pasar de un modelo médico a un modelo de derechos humanos, en que los profesionales de la salud acompañen pero no determinen las formas de entender y vivir la transexualidad. Tal y como señala Judith Butler (2010), para iniciar este cambio de paradigma es imprescindible el rol activo de los profesionales de la salud, su implicación y su propia transformación. (Missé y Coll-Planas 2010b: 53-54)

Aparte de una aplicación de un discurso de Derechos Humanos a la reivindicación de retirada de la clasificación diagnóstica actual, la propuesta de un cambio del modelo de atención sanitaria trans-específica y la demanda de una abolición de los requisitos médicos en el reconocimiento legal de género, desde el activismo por la despatologización trans* se desarrolla un marco argumentativo basado en la perspectiva de Derechos Humanos, con el objetivo de ofrecer herramientas para la justificación de la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica (STP-2012 2012a; capítulo II, 3.5).

A continuación, intentaremos esbozar una aplicación de una perspectiva de despatologización y derechos humanos al ámbito de la atención sanitaria trans-específica. Esta propuesta no se entiende como un modelo cerrado, sino como un esbozo que puede ayudar a desarrollar estrategias para lograr el acceso a una atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta de la más alta calidad posible sin una patologización de las expresiones e identidades trans. (STP-2012 2012a: 8)

3.4.2. Procesos activistas y reflexiones teórico-activistas precedentes

Aparte de las reflexiones presentes en textos activistas actuales, se puede identificar la inclusión de una perspectiva de Derechos Humanos en documentos activistas publicados a lo largo de las últimas décadas.

Por un lado, cabe mencionar los documentos elaborados en diferentes ediciones de la *International Conference on Transgender Law and Employment Policy* citados más arriba (capítulo 3.2), *The International Bill of Gender Rights* (ICTLEP 1996[1993]), *Health Law Standards of Care for Transsexualism* (ICTLEP 1993a) y *Police for the Imprisoned, Transgendered* (ICTLEP 1993b). Estos documentos, creados en el contexto norteamericano, lograron una difusión internacional y fueron citados y/o reproducidos por diferentes autor*s (quaestio 2000 ed.; Whittle 2002).

La *International Bill of Gender Rights* se concibe como un documento que analiza los Derechos Humanos desde una perspectiva de género, sin entender su aplicación reducida a personas que transitan en el género, partiendo de su conceptualización como derechos universales (ICTLEP 1996[1993]).

The International Bill of Gender Rights (IBGR) strives to express human and civil rights from a gender perspective. However, the ten rights enunciated below are not to be viewed as special rights applicable to a particular interest group. Nor are these rights limited in application to persons for whom gender identity and gender role issues are of paramount concern. All ten sections of the IBGR are universal rights which can be claimed and exercised by every human being.
(ICTLEP 1996[1993]: s.p.)

En la introducción, se señala el carácter del documento como construcción teórica sin fuerza legal, invitando a su seguimiento a nivel individual y su futura adopción por organismos institucionales. En este sentido, el texto se entiende como "*a transformative and revolutionary document*" (ICTLEP 1996[1993]: s.p.), basado en la libertad individual y libre expresión.

El documento nombra diferentes principios que tienen una relación directa con temáticas relacionadas con la despatologización trans*, entre ellos 1. "*The Right To Define Gender Identity*", 2. "*The Right To Free Expression Of Gender Identity*", 3. "*The Right To Control And Change One's Own Body*", 4. "*The Right To Competent Medical And Professional Care*" y 5. "*The Right To Freedom From Psychiatric Diagnosis Or Treatment*" (ICTLEP 1996[1993]: s.p.; capítulos II, 3.2, II, 3.6 y II, 3.8).

Los *Health Law Standards of Care for Transsexualism* (ICTLEP 1993a) establecen principios relacionados con el derecho de acceso a la atención sanitaria trans-específica (capítulo 3.6). La *Police for the Imprisoned, Transgendered* (ICTLEP 1993b) hace referencia al derecho de personas trans* en prisión a un acceso a servicios de asesoramiento, grupos de auto-ayuda, una continuidad del tratamiento hormonal, electrólisis y otras modalidades de tratamiento, respeto de su identidad de género, acceso a ropa de acuerdo a su identidad de género elegida y protección contra la discriminación (capítulo 3.2).

Como otro documento activista más reciente que utiliza una perspectiva de Derechos Humanos se puede nombrar la *Declaración de Montreal*, aprobada por l*s participantes de la *International Conference on LGBT Human Rights*, celebrada en el marco de los *1st World Outgames* en Montreal, Canadá, en Julio de 2006. La declaración hace un llamamiento a los gobiernos del mundo a 1. Realizar campañas de información sobre los derechos de las personas LGBT, 2. Difundir información sobre la prevención del VIH, 3. Reconocer el derecho de asilo por razones de orientación sexual e identidad de género, 4. Evitar la discriminación por razones de orientación sexual e identidad de género en el reconocimiento del derecho de residencia de personas LGBT migrantes y 5. Crear mecanismos de consulta y seguimiento de los Derechos Humanos de las personas LGBT en organismos internacionales (Declaración de Montreal 2006).

Aparte de estos documentos publicados por grupos y organizaciones activistas, se pueden encontrar, a lo largo de las últimas décadas, reflexiones teóricas sobre los Derechos

Humanos de las personas trans* desarrolladas por autor*s trans* y aliad*s (Cabral 2010a; Davis 2009; Juang 2006; Minter 2006; Sharpe 2006; Whittle 2002).

El foco de los estudios trans* en la dimensión de los derechos de las personas trans* se identifica como un punto de diferenciación de una teorización queer centrada en la reflexión filosófica y la deconstrucción del binarismo de género (Davis 2009).

Whittle (2002) identifica la inadecuación del marco legal actual para reconocer a las personas trans* como seres humanos y ciudadan*s, planteando la pregunta en qué medida una taxonomía binaria puede reconocer a las personas que transitan en el género (Whittle 2002).

[B]y exploring both the medico-legal construction of transsexualism as a syndrome and the socio-legal construction of the transexual as a person, I clarify the inadequacy of current legal thinking and law in practice to recognise the ‘humanness’ of transsexual people. (Whittle 2002: xx).

En una revisión de los enfoques de género aplicados en procedimientos judiciales, Whittle (2002) observa diferentes vías de aproximación. Al mismo tiempo, constata su sujeción a un orden binario de géneros y un anclaje en un fundamento biologicista de los sexos/géneros que no corresponde a la complejidad de situaciones presentes en la vida real (Whittle 2002).

Does not being a man make me a woman, or does not being a woman make me a man? If you are not situated at one place, are you situated in the other? (Whittle 2002: 5)

De forma análoga, se detecta una suposición de heterosexualidad inherente a los marcos legislativos actuales (Sharpe 2006).

Los requisitos médicos presentes en muchos de las leyes de cambio registral del nombre y género, incluyendo, en un gran número de países, la esterilización e intervenciones quirúrgicas, se analizan desde su contradicción con el derecho a la integridad corporal (Whittle 2002; capítulo 3.8).

Como otro ámbito de aplicación de un marco de Derechos Humanos se identifica la prevención, el abordaje y la persecución legal de los crímenes de odio transfobos, desde la conciencia de intersecciones con otras dimensiones como la etnia, la pertenencia cultural o la clase social (Juang 2006; capítulo II, 3.2).

To encompass all trans persons, a robust transgender politics of recognition should address the discriminations and prejudices targeted not only against gender, but against racial and ethnic differences. (Juang 2006: 707)

Desde la observación de una utilización de la conceptualización de la transexualidad como enfermedad a modo de estrategia en la lucha por los derechos de las personas trans*, se resalta la necesidad de una transformación más amplia del sistema jurídico para permitir un reconocimiento de los Derechos Humanos de las personas trans* sin requisitos patologizantes (Cabral 2010a).

Más allá de las distintas alternativas que jalonan estos debates en la actualidad, lo que salta a la vista es la persistencia del recurso a la enfermedad como medio de garantizar el cumplimiento de derechos humanos. Y esa persistencia habla a las claras de las limitaciones

de un sistema jurídico-normativo que precisa modificaciones urgentes. Ese es su diagnóstico, y nuestra resistencia.
(Cabral 2010a: s.p.)

Desde perspectivas teóricas afines, se plantea además la pregunta por la pertenencia de hablar de "*transgender rights*", en vez de "*human rights*" en general (Minter 2006: 158).

3.4.3. Críticas

La aplicación de una perspectiva de Derechos Humanos al ámbito de los derechos trans* (y LGBT) no ha sido exenta de críticas.

En un artículo publicado en 1997, Hagland señala potenciales límites de una aplicación de estrategias de Derechos Humanos a políticas LGBT, entre los que nombra –en relación a la situación en el año 1997- la falta de un carácter vinculante en muchos documentos internacionales y europeos de Derechos Humanos, una escasa mención explícita de derechos LGBT en estos documentos, así como un foco frecuente de la actividad de grupos LGBT en políticas estatales y escasa movilización internacional del movimiento LGBT.

[T]he first of these concerns the weakness of international institutions and international law, while the second relates to the state-centric bias of some traditional human rights approaches. Any attempt to conceptualize "the political" in relation to LGBT identities, and LGBT politics in relation to human rights discourse, would therefore seem to suggest at least three important questions: first, how is the domain of the political constituted in international relations discourse? Second, what are human rights in this discourse? And third, who can be a subject of such rights?
(Hagland 1997: 357-358)

Desde un análisis foucaultiano, Hagland (1997) revisa el proceso de construcción de las identidades LGBT como sujetos políticos, observando un paso desde una fase de criminalización y patologización hacia un momento de reconocimiento de sus demandas como derechos. Teniendo en cuenta la diversidad cultural de las identidades sexuales y de género, el autor hace referencia a la crítica, expresada desde la perspectiva del relativismo cultural, respecto a la pretensión de aplicabilidad universal de los Derechos Humanos (Hagland 1997).

If there is no universal pattern of sex and gender identities, then how is a universally applicable guarantee of rights possible? In other words, if LGBT means something different in different cultures and different time periods, how is it possible to establish a fixed relationship between rights and the beneficiaries of those rights, even if international human rights treaties, conventions, and protocols are revised to include sexual orientation and (trans)gender identity?
(Hagland 1997: 371)

Desde esta revisión crítica, Hagland (1997) propone desarrollar políticas basadas en los Derechos Humanos, teniendo en cuenta el carácter culturalmente específico de las identidades sexuales y de género en diferentes partes del mundo. Además, sugiere relacionar los discursos contemporáneos de Derechos Humanos con modelos preexistentes, desde la revisión crítica de contenidos tradicionales, y reforzar el rol de las comunidades en el proceso de construcción de identidades LGBT.

A diferencia de este análisis publicado en 1997, el activismo actual por la

despatologización trans* observa una creciente inclusión de sus demandas en la agenda y los discursos de organismos internacionales de Derechos Humanos, así como un proceso de internacionalización del activismo por la despatologización trans* (Red Internacional por la Despatologización Trans 2009b, 2010a; STP-2012 2012a).

En publicaciones más recientes, se plantea una revisión crítica de la aplicación de un enfoque de Derechos Humanos al concepto de ciudadanía trans* (Hines 2009; Monro 2005a; Thomas 2006; Wilson 2009).

Entre las críticas expresadas, se nombra la pretensión de universalidad inherente a la perspectiva de Derechos Humanos, acompañada por una falta de atención a aspectos interseccionales relacionados con las trayectorias trans* (ej. la relación entre género, sexualidad, clase y etnicidad), creando situaciones de desigualdad en el acceso a derechos y construyendo experiencias de "otherness" (Hines 2009: 90). Además, se critica la limitación de la perspectiva de Derechos Humanos a un modelo binario de género y presuposición de heterosexualidad (Hines 2009; Monro 2005a).

A gender-binary model of citizenship has discriminated against gender-diverse people in terms of the 'public' (employment and welfare rights) and the 'private' (the rights of self-identification in gender of choice and of partnership recognition – both of which though are clearly 'public' matters too). Challenges to a discourse of human rights and citizenship from feminism and gender theory indicate the ways in which a discourse of human rights may protect the rights of the dominant over the marginal and, moreover, work to privilege certain social and cultural categories over others. Further, the discourse of universalism can actively construct experiences of 'otherness'. This point can be developed by examining critiques of citizenship that have been developed from sexuality studies. (Hines 2009: 89-90)

Según Sally Hines (2009), el modelo liberal de Derechos Humanos crea situaciones de privilegio para aquellos individuos y grupos sociales capaces y/o dispuestos a cumplir normas sociales.

These debates importantly indicate how a liberal human rights discourse privileges the rights of individuals and social groups who are able and/or willing to conform to normative ways of being. Moreover, these arguments shed light on how liberal universalism glosses over the ways in which the desire for citizenship is complexly situated. As I will move on to address considering recent moves to grant equality to transgender people indicates how 'equality' is coupled with uneven access to citizenship rights. (Hines 2009: 90)

En consecuencia, Hines (2009) propone sustituir el enfoque de Derechos Humanos por un marco conceptual de políticas queer.

The issues discussed so far suggest that a central point of concern in rights discourse and models of citizenship related to diversity lies in notions of universality. In attempting to articulate and protect the rights of diversity, human rights and the translation process of citizenship speak in universal tongues, and this can render invisible the actual experiences of diversity. Paradoxically, then, the universal becomes tapered. Or, in other words, universalism is not universal at all. At this juncture, 'queer' appears to offer a solution for theorizing the politics of diversity. Queer theory and politics have positively embraced difference and explicitly challenged the conceptualization of identity as authentic. (Hines 2009: 96)

A la vez, nombra potenciales dilemas en una aplicación de un enfoque queer a las políticas de diversidad, entre ellos la contradicción entre una deconstrucción de las categorías identitarias y el reconocimiento de las experiencias subjetivas de diferencia (Hines 2009).

As the universalisms of human rights discourse and citizenship frameworks fail to account for the spectrum of diversity, queer theory presents the dilemma of how to deconstruct identity categories and positively account for difference without losing sight of the subjective experiences that constitute difference itself. Again, the problem is loss of subject. In many ways, then, the slipperiness of queer is both its strength and its weakness, the latter making it hard to formulate a queer politics.
(Hines 2009: 96-97)

Teniendo en cuenta las críticas respecto a una falta de consideración de las realidades materiales de las personas trans* por parte de la teoría queer, Hines (2009) propone combinar los enfoques queer con reflexiones procedentes de los estudios trans*, promoviendo un "*queer material turn*"(98).

A un nivel más general, se constata una exclusión de las personas trans* de un modelo liberal y occidental de Derechos Humanos, en consecuencia de su falta de reconocimiento como seres humanos y exclusión de derechos básicos en diferentes partes del mundo (Thomas 2006). Revisando los aspectos de 'inhumanidad' inherente a la violencia transfóbica y su tratamiento jurídico, Thomas (2006) plantea los límites y contradicciones de una lucha de reconocimiento de las personas trans* dentro de un orden social caracterizado por una falta estructural de humanidad. En consecuencia, Thomas propone utilizar las posibilidades productivas inherentes a un cuestionamiento radical del concepto de 'humano' en los discursos de Derechos Humanos contemporáneos y transformación de su enfoque e imaginario, en el sentido de su conceptualización como "*transhuman' rights*"(312).

Desde la observación de un creciente uso de un discurso de Derechos Humanos en el activismo LGBT, Wilson (2009) revisa las razones de este foco en los Derechos Humanos, observando un proceso similar a la introducción del concepto de 'ciudadanía sexual' al principio de los años 90, motivada por el interés de inclusión de las personas LGBT en el marco de la democracia liberal. Desde la observación de un uso del concepto de 'ciudadanía sexual' que se aleja del objetivo inicial, Wilson (2009) expresa la preocupación de que la popularización de los discursos de Derechos Humanos en los estudios LGBT pudiera llevar a malinterpretaciones, proponiendo una negociación de la complejidad de las políticas sexuales en este marco.

My worry is that popularizing human rights discourse in LGBT studies may lead to (mis)interpretation or (mis)communication and allow space for disconnection between the signifier and the liberal democratic frame. The more strategic articulations should negotiate the complexity of sexual politics within this frame – for example, balancing a right to sexual freedom and concerns of harm – and in doing so reflect a nuanced, multisectoral understanding of power.
(Wilson 2009: 74)

En las reflexiones teórico-activistas sobre despatologización trans* se incluye una revisión crítica de los retos de las políticas de reconocimiento, relacionada con la vivencia de

contradicciones entre momentos de protesta y fases de negociación en el activismo por la despatologización trans* (Fernández 2010; Missé 2012b; capítulos II, 3.5, II, 3.6 y II, 3.8).

3.4.4. La perspectiva de profesionales de la salud

Se pueden observar referencias a una perspectiva de Derechos Humanos tanto en los artículos publicados por miembros del *WHO Working Group on the Classification of Sexual Disorders and Sexual Health*, como en las recomendaciones contribuidas por miembros de los Grupos de Trabajo de *WPATH, World Professional Association for Transgender Health*, declaraciones de asociaciones profesionales y publicaciones de autor*s individuales.

3.4.4.1. WHO Working Group on the Classification of Sexual Disorders and Sexual Health

Drescher, Cohen-Kettenis y Winter (2012), desde su rol como miembros del *"Working Group on the Classification of Sexual Disorders and Sexual Health (WGSDSH)"* (568), incluyen una revisión de la perspectiva de Derechos Humanos en su resumen del proceso de revisión de las categorías trans-específicas en la CIE y discusión de su emplazamiento.

L*s autor*s hacen referencia a la interrelación entre la clasificación diagnóstica de la transexualidad como trastorno mental, procesos de estigmatización y vulneración de Derechos Humanos, el precedente del proceso de desclasificación de la homosexualidad del DSM y de la CIE en los años 70, así como la demanda de retirada de las categorías diagnósticas trans-específicas actuales planteada tanto desde perspectivas activistas como organismos europeos (Drescher, et al. 2012).

Como mencionado más arriba (capítulo 3.1.4.1.2), l*s autor*s cuestionan el argumento de retirar el diagnóstico solo por el argumento del carácter estigmatizante de los diagnósticos psiquiátricos, señalando la importancia de una reducción de procesos de estigmatización de la enfermedad mental en general (Drescher, et al. 2012). A la vez, reconocen una situación de *"combined stigmatization of being transgender and of having a mental disorder diagnosis"* (Drescher, et al. 2012: 573) que puede afectar negativamente el estado de salud y disfrute de Derechos Humanos de las personas trans*, incluyendo situaciones de discriminación en el acceso a la atención sanitaria general y trans-específica, así como en el reconocimiento legal de género. Este potencial impacto en la salud y los Derechos Humanos se valora como una contradicción con la misión de la *OMS, Organización Mundial de la Salud*, y razón para la retirada de las categorías diagnósticas trans-específicas del capítulo de 'Trastornos mentales y de comportamiento' de la CIE (Drescher, et al. 2012).

These are some of the factors that contribute to persuasive human rights and WHO mission-related arguments for moving the category out of the mental disorders section. Given that the WHO's mission is the attainment by all peoples of the highest possible level of health, the WHO must consider whether a policy that appears to be having adverse health (or human rights) consequences for an identifiable group is inconsistent with its mission. (Drescher, et al. 2012: 573)

En el artículo sobre la propuesta de retirada de la categoría F66²²⁵, Cochran, et al. (2014) nombran la creciente relevancia de los estándares de Derechos Humanos como uno de los factores que influyeron en la retirada de la categoría diagnóstica ‘Homosexualidad’ de la CIE. Desde la observación de una contradicción entre las categorías diagnósticas F66 y estándares actuales de Derechos Humanos, recomiendan su retirada (Cochran, et al. 2014).

Further, retaining the F66 categories for this purpose alone is both inconsistent with human rights principles and the governing purpose of the ICD.
(Cochran, et al. 2014: 676)

3.4.4.2. Recomendaciones de WPATH sobre el proceso de revisión del DSM

El proceso de consenso realizado por WPATH para elaborar recomendaciones en el proceso de revisión del DSM incluye un Grupo de Trabajo centrado en la revisión de las clasificaciones diagnósticas trans-específicas desde una perspectiva de Derechos Humanos (Green, et al. 2011; Knudson, et al. 2010a). Green, et al. (2011) resumen los resultados de este Grupo de Trabajo en un artículo publicado en el *International Journal of Transgenderism*. El Grupo de Trabajo llega a la conclusión de que “[c]ategorizing certain gender identities as mental illness or disorder undermines human rights” (Green, et al. 2010: 1). Partiendo de una revisión del marco internacional de Derechos Humanos, Green, et al. (2010) señalan que el diagnóstico de GID contribuye al estigma y a la restricción de los Derechos Humanos de las personas trans*, al mismo tiempo que, en algunos casos, facilita la validación y el acceso a la atención sanitaria trans-específica.

Categorizing certain gender identities as mental illness or disorder undermines human rights. The diagnosis of Gender Identity Disorder has contributed to stigma and bias against gender variant people and to the restriction of their human and civil rights; however, in some cases, it has also facilitated validation and availability of necessary treatment.
(Green, et al. 2011: 1)

Por estas razones, el Grupo de Trabajo resalta la importancia de que no se patologizara la diversidad de expresiones e identidades de género, recomendando la retirada de la clasificación diagnóstica actual y la introducción de un diagnóstico médico para aquellas personas que buscan atención sanitaria trans-específica y/o acceso a apoyo psicológico, sin llegar a un acuerdo respecto a la descripción del diagnóstico médico propuesto (Green, et al. 2010).

It is essential to ensure that Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, does not pathologize conditions of diversity in sex/gender identity formation and expression.
(Green, et al. 2010: 1)

²²⁵ La categoría ‘F66 Psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation’ en la CIE-10 (OMS 2015[1990]) incluye las siguientes subcategorías (Anexo VI, Tabla 19 y Anexo VIII, Tabla 29 - Tabla 31):

“F66.0 Sexual maturation disorder

F66.1 Egodystonic sexual orientation

F66.2 Sexual relationship disorder

F66.8 Other psychosexual development disorders

F66.9 Psychosexual development disorder, unspecified” (OMS 2015[1990]: s.p.)

Además, Corneil, et al. (2010), en su resumen del Grupo de Trabajo enfocado a revisar el impacto potencial de un cambio en la clasificación diagnóstica trans-específica en el acceso sanitario, nombran el marco internacional de Derechos Humanos como una referencia relevante en el debate sobre el derecho a la salud y el derecho a la atención sanitaria.

Aparte de resumir los puntos de desacuerdo, Ehrbar (2010), en su descripción del proceso de consenso sobre las recomendaciones para el proceso de revisión del DSM, señala el consenso sobre la importancia de una protección de los Derechos Humanos, dentro de un enfoque afirmativo compartido.

We all want transpeople to be able to access appropriate care. We all want transpeople's human rights recognized. We all want stigma and discrimination faced by transpeople to be reduced and ultimately eliminated. This common trans-affirmative approach integrally informed the consensus process.
(Ehrbar 2010: 61)

3.4.4.3. Asociaciones profesionales

En diferentes documentos elaborados por asociaciones profesionales se pueden constatar referencias al marco de Derechos Humanos (Conselhos Federal e Regionais de Psicologia de Brasil 2011; SOCUMES 2011[2010]; WPATH 2012a, 2014, 2015).

En los Estándares de Cuidado SOC-7, se incorpora una perspectiva de Derechos Humanos en el reconocimiento de la interrelación entre salud y derechos ciudadanos (WPATH 2012a).

WPATH recognizes that health is dependent upon not only good clinical care but also social and political climates that provide and ensure social tolerance, equality, and the full rights of citizenship. Health is promoted through public policies and legal reforms that promote tolerance and equity for gender and sexual diversity and that eliminate prejudice, discrimination, and stigma. WPATH is committed to advocacy for these changes in public policies and legal reforms.
(WPATH 2012a: 1-2)

La adherencia de los Estándares de Cuidado SOC-7 a un marco diagnóstico basado en la clasificación de los tránsitos en el género como trastorno mental, como establecida en el DSM y en la CIE, se justifica bajo el argumento de una limitación de su aplicación al caso de síntomas de malestar y la idea de que el diagnóstico no constituye una licencia para la estigmatización o privación de Derechos Humanos (WPATH 2012a).

Some people experience gender dysphoria at such a level that the distress meets criteria for a formal diagnosis that might be classified as a mental disorder. Such a diagnosis is not a license for stigmatization or for the deprivation of civil and human rights.
(WPATH 2012a: 5)

Además, WPATH (2014, 2015a) nombra explícitamente la perspectiva de Derechos Humanos en varias de sus declaraciones recientes. En este sentido, en el *WPATH Statement Concerning Cross-Dressing, Gender Non-conformity, and Gender Dysphoria*, publicado en julio de 2014, se incluye una referencia explícita a los efectos de estigmatización y limitación de Derechos Humanos inherentes a las prácticas de clasificación (WPATH 2014).

WPATH cautions against applying unwanted labels to individuals or groups, particularly when labels may be used to stigmatize people and limit human rights. (WPATH 2014: 2)

En el *WPATH Statement on Legal Recognition of Gender Identity* publicado en enero de 2015, que complementa una declaración sobre el mismo tema publicada en 2010, se parte del reconocimiento de *"the right of all people to legal identity recognition and to identity documents consonant with their gender identity"*, *"the right to freely express their gender identity, whether or not that identity conforms to the expectations of others"* y de la extensión del derecho al reconocimiento legal de género *"to those incarcerated or institutionalized"* (WPATH 2015a: 1).

Aparte de los documentos publicados por WPATH, se puede constatar una presencia de una perspectiva de Derechos Humanos en las declaraciones en apoyo a la despatologización trans* publicadas por otras asociaciones profesionales (Conselhos Federal e Regionais de Psicologia de Brasil 2011; SOCUMES 2011[2010]).

La *Declaración sobre Despatologización de la Transexualidad*, publicada por *SOCUMES, Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad* (2011[2010]), incluye una mención de la perspectiva de Derechos Humanos en diferentes momentos del texto, entre ellos en relación a un activismo a favor de los Derechos Humanos de las personas trans* y la conceptualización de la *"transexualidad y otras expresiones transgénero"* como *"un derecho y una necesidad interior de vivir con la identidad de género a la que la persona siente pertenecer"* (SOCUMES 2011[2010]: 38-39). Además, se hace referencia a los *Principios de Yogyakarta* (2007) y la garantía del *"derecho a la salud pública y el acceso universal y gratuito a sus servicios"* en Cuba, paralelamente a la necesidad de *"legislaciones complementarias que protejan integralmente los derechos de las personas transgénero"* (SOCUMES 2011[2010]: 38-39). Asimismo, se señala la importancia de un respeto de *"los derechos sexuales de cada persona"*, *"congruentes con los principios bioéticos de autonomía, no maleficencia y justicia"* en la aplicación de tratamientos psicológicos, médicos y quirúrgicos, así como el carácter integral de la atención sanitaria, garantizando *"el reconocimiento y respeto a los derechos de la persona"* (SOCUMES 2010: 38-39).

En la Declaración de los *Conselhos Federal e Regionais de Psicologia* de Brasil (2011), se señala el impacto de la patologización en el reconocimiento de las personas trans* como ciudadan*s y derecho a una existencia feliz.

A patologização das identidades trans fortalece estigmas, fomenta posturas discriminatórias e contribui para a marginalização das pessoas. A "doença" trans é social: é a ausência de reconhecimento destas pessoas como cidadãs, é a ausência de reconhecimento de seu direito de existir, de amar, de desejar e de ser feliz. (Conselhos Federal e Regionais de Psicologia 2011: s.p.)

3.4.4.4. Autor*s individuales

Dentro de la bibliografía científica revisada, se puede encontrar una presencia incipiente de reflexiones sobre temáticas trans* basadas en una perspectiva de Derechos Humanos. De un

total de 611 artículos científicos revisados, 35 publicaciones incluyen el término '*Human Rights*' en título o resumen, y 2 la palabra '*Derechos Humanos*'. A continuación, revisaré una selección de artículos procedentes de diferentes regiones que muestran prioridades diferenciadas.

Desde un enfoque de Derechos Humanos y experiencia profesional en enfermería, desarrollo comunitario y programas de VIH en el contexto estadounidense, Cobos y Jones (2009) analizan la situación de falta de acceso y las necesidades específicas de personas trans* en los servicios de prevención, detección y tratamiento del VIH. Partiendo de la observación de una falta de legislación anti-discriminación en muchos estados de los EE.UU., así como una creciente regulación de la objeción de conciencia médica, los autores plantean la pregunta por el rol de l*s profesionales sanitari*s en la promoción del acceso sanitario y los Derechos Humanos de las personas trans* (Cobos y Jones 2009). Con referencia a los Principios de Yogyakarta (2007) y al rol de las personas trans* como "*Change Agents in Health Care Access and Human Rights*" (341), Cobos y Jones (2009) recomiendan a l*s profesionales que trabajan en servicios de VIH/Sida "*to partner with transgender persons on the increasingly important and timely discussion of health care as a human rights*" (346).

Stocks (2015) analiza el grado de reconocimiento de los Derechos Humanos de personas LGBT+ en el contexto británico. Mediante un cuestionario basado en los *Principios de Yogyakarta* (2007) y una revisión bibliográfica, Stocks (2015) observa un menor grado de realización de los Derechos Humanos de personas LGBT+, así como un riesgo específico de vulneración de Derechos Humanos, exclusión de la ciudadanía y exposición a violencia transfóbica y explotación sexual en caso de personas trans*.

Desde una autoría en la que colaboran investigador*s del ámbito de la Salud Pública, enfermería y estudios de la migración, así como representantes de organizaciones de trabajador*s sexuales y de derechos sexuales, Scorgie, Vasey, Harper, et al. (2013) analizan las vulneraciones de Derechos Humanos a las que están expuest*s trabajador*s sexuales, entre ell*s personas trans, en Kenia, Suráfrica, Uganda y Zimbabwe, incluyendo prácticas de criminalización, arresto policial, violencia, extorsión y explotación, con un impacto negativo en su salud física y mental. La auto-organización de l*s trabajador*s sexuales y el trabajo comunitario se identifican como estrategias claves para proteger los Derechos Humanos y mejorar el estado de salud de este grupo de población.

Desde el ámbito latinoamericano y una perspectiva jurídica, se aporta un análisis de la "*complementariedad epistemológica entre medicina y derecho*" y la contradicción con Derechos Humanos presente en la jurisprudencia sobre el cambio registral del nombre y género en Chile (Muñoz León 2015: 1015). El autor señala que, a falta de una ley de identidad de género, en Chile la autorización del cambio legal de nombre y género está sujeta a un procedimiento judicial en el que a menudo se exige la cirugía genital como requisito, considerando esta práctica como una vulneración de Derechos Humanos (Muñoz León 2015: 1015; capítulo II, 3.8).

Desde el contexto asiático, Siddiqi (2011) analiza la falta de adecuación de un discurso global sobre Derechos Humanos e identidad sexual en contextos culturalmente específicos mediante una investigación cualitativa con estudiantes, profesionales sanitari*s y miembros de minorías sexuales en Dhaka, Bangladesh. Los resultados del estudio indican que las categorías identitarias internacionales como "*Men who have sex with Men (MSM)*" o "*Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender (LGBT)*", utilizadas por l*s profesionales sanitari*s, entidades financieras estatales y privadas y activistas de Derechos Humanos y ONGs transnacionales, "*are too narrow to capture the fluid and highly context-specific ways in which gender and sexually nonconforming persons understand themselves in Bangladesh*" (Siddiqi 2011: 1). Además, se observa una influencia de la posición de clase en el proceso de recepción, apropiación y rechazo de categorías transnacionales (Siddiqi 2011). Con referencia a las identidades culturales de *koti*, *panthi* e *hijra*, Siddiqi (2011) analiza las diferencias e intersecciones con la terminología internacional de MSM y LGBT, los procesos de transformación de las conceptualizaciones e identidades culturalmente específicas en consecuencia del trabajo de las ONGs y los procesos de apropiación y rechazo de discursos internacionales, entre ellos la clasificación de la población en grupos de riesgos. En este sentido, Siddiqi (2011) revisa el rol de las ONGs en la producción de identidades sexuales y el proceso de emergencia de nuevos activismos de Derechos Humanos en Bangladesh. Desde el desafío que plantea el carácter fluido e inestable de las identidades culturalmente específicas para los discursos de Derechos Humanos y ciudadanía, Siddiqi (2011) propone situar el activismo por los derechos sexuales en un marco más amplio de defensa de la justicia social, incluyendo el derecho a la salud.

3.4.5. Desarrollos en el ámbito institucional

Como señalado en capítulos anteriores (capítulos II, 3.1 y II, 3.2), se puede observar una creciente referencia a los derechos trans* en documentos estratégicos de organismos internacionales y regionales, entre ellos la *ONU, Organización de las Naciones Unidas, OEA, Organización de los Estados Americanos, el Parlamento Europeo, el Consejo de Europa* y el *Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa* (Anexo IV, Tabla 11 - Tabla 13).

Como un documento que se convirtió en referencia para declaraciones y resoluciones posteriores, se pueden nombrar los *Principios de Yogyakarta* (2007). Según Michael O'Flaherty y John Fisher (2008), la elaboración de los *Principios de Yogyakarta* se inserta en un proceso más amplio de inclusión de las dimensiones de orientación sexual e identidad de género en el marco de las Naciones Unidas y la legislación internacional. Su elaboración parte de la observación de múltiples situaciones de vulneración de Derechos Humanos por motivo de la orientación sexual, expresión o identidad de género actual o percibida en diferentes partes del mundo, incluyendo una falta de seguridad y ausencia de protección de prácticas de tortura, exposición a situaciones de discriminación y vulneración de derechos económicos, sociales y

culturales, incluyendo el acceso a la salud, vivienda, educación y empleo, no reconocimiento de relaciones personales o familiares, interferencias en la dignidad personal, supresión de la identidad de género e imposición de normas heterosexuales (O’Flaherty y Fischer 2008). En su artículo, O’Flaherty y Fisher (2008) describen la presencia de derechos LGBT con anterioridad a la aprobación de los *Principios de Yogyakarta*, así como la recepción y recitación del documento por diferentes estados.

Worldwide, people are subject to persistent human rights violations because of their actual or perceived sexual orientation and gender identity. These human rights violations take many forms, from denials of the rights to life, freedom from torture, and security of the person, to discrimination in accessing economic, social and cultural rights such as health, housing, education and the right to work, from non-recognition of personal and family relationships to pervasive interferences with personal dignity, suppression of diverse sexual identities, attempts to impose heterosexual norms, and pressure to remain silent and invisible.

(O’Flaherty y Fisher 2008: 208)

En el texto de los *Principios de Yogyakarta* (2007), se pueden identificar varios principios relevantes para la perspectiva de despatologización trans* en el ámbito sanitario, legal y social.

En relación a temáticas relevantes para el ámbito sanitario, se pueden resaltar los siguientes principios: "*Principio 13. El derecho a la seguridad social y a otras medidas de protección social*"; "*Principio 17. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*" y "*Principio 18. Protección contra abusos médicos*" (Principios de Yogyakarta 2007: 20, 23, 24, 25; capítulo II, 3.5).

Además, se pueden destacar varios principios de relevancia para la demanda de un reconocimiento legal de género sin requisitos médicos y protección de los derechos jurídicos de las personas trans*, entre ellos "*Principio 3. El derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica*", "*Principio 23. El derecho a procurar asilo*" y "*Principio 24. El derecho a formar una familia*" (Principios de Yogyakarta 2007: 12, 29; capítulo II, 3.8).

Asimismo, se incluyen diferentes principios relacionados con el derecho a la no discriminación, protección contra actos de violencia y acceso a condiciones dignas de vida, entre ellos "*Principio 2. Los derechos a la igualdad y a la no discriminación*", "*Principio 5. El derecho a la seguridad personal*", "*Principio 12. El derecho al trabajo*", "*Principio 14. El derecho a un nivel de vida adecuado*", "*Principio 15. El derecho a una vivienda adecuada*" y "*Principio 16. El derecho a la educación*" (Principios de Yogyakarta 2007: 10, 13, 20, 21, 22; capítulo II, 3.2).

Varios principios incluyen referencias a los derechos de personas menores de edad, entre ellos "*Principio 13. El derecho a la seguridad social y otras medidas de protección social*", "*Principio 15. El derecho a una vivienda adecuada*", "*Principio 16. El derecho a la educación*", "*Principio 18. Protección contra abusos médicos*" y "*Principio 24. El derecho a formar una familia*" (Principios de Yogyakarta 2007: 20-22, 25, 29; capítulo II, 3.9).

O’Flaherty y Fischer (2008) nombran en su revisión documentos estratégicos y jurisprudencia internacional que incluyen, de forma implícita o explícita, la dimensión de ‘orientación sexual’ e ‘identidad de género’ con anterioridad a los Principios de Yogyakarta (2007).

A la vez, a lo largo de los últimos años organismos internacionales han ido incorporando, de forma creciente, referencias a la dimensión de ‘orientación sexual’ e ‘identidad de género’ y a los derechos de las personas trans* en el ámbito sanitario, legal y social en declaraciones y resoluciones internacionales (Anexo IV, Tabla 11 - Tabla 13).

Los documentos estratégicos publicados a lo largo de la última década hacen referencia a los siguientes temas, cuya relevancia para el activismo por la despatologización trans* se especifica en los capítulos indicados:

- La revisión de la clasificación actual de la transexualidad como trastorno mental en la CIE (Borg 2012; Consejo de Europa 2011, 2015a; Dalli en: European Parliament’s Intergroup on LGBT Rights 2011; European Parliament’s Intergroup on LGBT Rights 2010, 2011; Gunnarsson en: Consejo de Europa 2015b; Hammarberg 2009, 2011; Parlamento Europeo 2011, 2012b, 2015a, 2015b, 2015c; capítulo II, 3.1).
- El reconocimiento de la orientación sexual e identidad de género como razón de discriminación (Comisión Europea 2012a; Consejo de Europa 2010, 2011[2010], 2013b, 2015a; FRA 2013b; Hammarberg 2009, 2011; OEA 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014; ONU 2006b, 2008a, 2011b, 2013a; ONUSIDA 2015; Parlamento Europeo 2011, 2012a, 2012b; capítulo II, 3.2).
- El derecho a la protección contra la discriminación y violencia transfóbica (Comisión Europea 2012a; Consejo de Europa 2010, 2011[2010], 2013b, 2015a; FRA 2013b; Hammarberg 2009, 2011; Health Policy Project, et al. 2015; OEA 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014; ONU 2006b, 2008a, 2011b, 2013a; OMS 2015i; ONUSIDA 2014a, 2015; Parlamento Europeo 2011, 2012a, 2012b, 2015a, 2015b, 2015c; capítulo II, 3.2).
- La aprobación de legislación sobre crímenes de odio, incluyendo una mención explícita de la orientación sexual e identidad de género como razón de discriminación (Consejo de Europa 2015a; Hammarberg 2009; ONUSIDA 2015; Parlamento Europeo 2012a, 2012b, 2015a; capítulo II, 3.2).
- El derecho de acceso a una atención sanitaria general públicamente cubierta y de la más alta calidad posible (Consejo de Europa 2013b; Health Policy Project, et al. 2015; ONUSIDA 2014a; WPRO, et al. 2013; capítulo II, 3.5), incluyendo la implementación de intervenciones de información, prevención y reducción del daño (OMS 2015i), así como el establecimiento de servicios de detección, asesoramiento y tratamiento del VIH (OMS 2015i) (capítulo II, 3.2).
- El derecho a la no-discriminación en el ámbito sanitario (Consejo de Europa 2010,

2011[2010]; FRA 2013a, 2014a; Hammarberg 2009), así como la formación de l*s profesionales sanitari*s en la promoción del respeto a las personas trans* (WPRO, et al. 2013; capítulo II, 3.2 y II, 3.6).

- El reconocimiento del derecho a la autonomía, garantía de confidencialidad, información y participación en los procesos de toma de decisión en el ámbito sanitario (Consejo de Europa 2011, 2015; FRA 2014a; Hammarberg 2009; capítulo II, 3.6).
- La protección contra abusos médicos y otras formas de violencia institucional, entre ellas la esterilización involuntaria (Consejo de Europa 2011[2010], 2013a, 2015; Hammarberg 2009; OHCHR, et al. 2014; ONU 2013a; ONUSIDA 2015; Parlamento Europeo 2015a, 2015b, 2015c; capítulo 3.2, 3.6, , 3.8), así como la condena de la cirugía genital ‘normalizadora’ en recién nacid*s, niñ*s y adolescentes intersex (Parlamento Europeo 2015b, 2015c; ONU 2015; ONUSIDA 2015; capítulo II, 3.9).
- El acceso a una atención sanitaria trans-específica de calidad (Consejo de Europa 2010, 2011[2010], 2011, 2015a; Hammarberg 2009; Parlamento Europeo 2011, 2015a), sin necesidad de un diagnóstico de trastorno mental (Hammarberg 2009) u otros requisitos (Consejo de Europa 2010), mediante procedimientos sencillos y sin dinámicas de estigmatización (Gunnarsson en: Consejo de Europa 2015b) (capítulo II, 3.5 y II, 3.6).
- La cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica (Consejo de Europa 2010, 2015a; Hammarberg 2009; Parlamento Europeo 2011; capítulo 3.5).
- La relevancia de una garantía de Consentimiento Informado en los tratamientos trans-específicos (Consejo de Europa 2010, 2011; capítulo II, 3.6).
- La abolición de leyes que criminalizan la homosexualidad y transexualidad (Parlamento Europeo 2015a; ONUSIDA 2015; capítulo II, 3.2).
- El reconocimiento del derecho al reconocimiento legal del nombre y género sin requisitos médicos (Consejo de Europa 2010, 2011[2010], 2011, 2013a, 2015a; Hammarberg 2009; Health Policy Project, et al. 2015; ONU 2013a; OHCHR, et al. 2014; ONUSIDA 2015; Parlamento Europeo 2015a, 2015b, 2015c; UNDP 2013) y su reconocimiento recíproco entre estados miembros (Parlamento Europeo 2015b, 2015c; capítulo II, 3.8).
- El reconocimiento del matrimonio y/o la unión civil entre parejas del mismo género y su equiparación con el matrimonio y/o unión civil heterosexual, de relevancia para el proceso de reconocimiento legal de género (Consejo de Europa 2010, 2011[2010], 2011; ONUSIDA 2015; Parlamento Europeo 2015a, 2015b, 2015c; capítulo II, 3.8).
- La recomendación de la introducción de una tercera opción de género en los documentos oficiales (Consejo de Europa 2015a; capítulo II, 3.3).
- El reconocimiento del derecho de asilo por motivos de orientación sexual o identidad de género (Consejo de Europa 2010, 2011[2010], 2011; ONUSIDA 2015; Parlamento Europeo 2011, 2015a; capítulo II, 3.2).

- El reconocimiento de los derechos de niñ*s y jóvenes LGBTI (Muižnieks 2014) y la consideración del interés superior de l*s niñ*s en todas las decisiones relacionadas con l*s mism*s (Consejo de Europa 2015a; capítulo II, 3.9).
- La recomendación de un fomento de la inclusión social y laboral de las personas trans* (Consejo de Europa 2010, 2011[2010]; Hammarberg 2009; Health Policy Project, et al. 2015; ONUSIDA 2014a; 2015) y de medidas para garantizar el derecho a una vivienda digna sin discriminación por motivo de orientación sexual o identidad de género (Consejo de Europa 2010; capítulo II, 3.2).
- El fomento del derecho a la educación sin discriminación por motivo de orientación sexual o identidad de género (Consejo de Europa 2010, 2011[2010], 2011; Health Policy Project, et al. 2015; OPS 2014; capítulo II, 3.2).
- La promoción de estudios sobre las necesidades sanitarias de las personas LGBT en general (OPS y OMS 2013), y específicamente trans* (ONUSIDA 2014b), el registro de datos sobre VIH en personas trans* (WPRO, et al. 2013) y el fomento de la investigación de casos de crímenes y otros incidentes por motivos de homofobia y transfobia (Council of Europe 2010, 2011; ONUSIDA 2015; Parlamento Europeo 2015a) (capítulo II, 3.2).
- El reconocimiento del derecho a la participación de las personas LGBTI en general, y específicamente trans*, en el desarrollo de políticas relacionadas con derechos LGBTI y trans* (Hammarberg 2009; Health Policy Project, et al. 2015; ONUSIDA 2015), el fomento del liderazgo comunitario (ONUSIDA 2014a, 2014b) y la recomendación de una consulta periódica de defensor*s de Derechos Humanos especializad*s en derechos LGTB (Consejo de Europa 2011[2010]) (capítulo II, 3.11).
- El acceso a actividades de información y formación sobre los Derechos Humanos de las personas trans* (Consejo de Europea 2014, FRA 2013a, 2014a; Hammarberg 2009; ONUSIDA 2014b; OPS 2014; capítulo II, 3.6).

Desde perspectivas teórico-activistas, se describe la importancia del proceso de inclusión de los derechos trans* en documentos estratégicos de organismos internacionales y regionales para el activismo por la despatologización trans* (Missé y Coll-Planas 2010b).

En relación a la identidad de género, en los últimos años ha emergido una perspectiva de derechos humanos que reconoce la libre expresión del género de las personas como un derecho humano fundamental. Esto se ha materializado en diversos documentos e informes, de entre los que destacan los Principios de Yogyakarta (2007) y el Informe “Derechos Humanos e Identidad de Género” de Thomas Hammarberg, Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa, publicado en julio de 2009^[referencia]. Al hilo de estas declaraciones internacionales se entiende que seguir considerando las identidades de género no-normativas como enfermedades mentales u orgánicas supone una vulneración de los derechos humanos de las personas.
(Missé y Coll-Planas 2010b: 51)

En el documento *Human Rights and Gender Identity. Best Practices Catalogue* (Agius, Köhler, Aujean, et al. 2011), se analizan los avances logrados en materia de derechos trans* e implementación de estándares internacionales de Derechos Humanos a lo largo de los últimos

años. Se nombran desarrollos positivos en relación a 1. Legislación sobre crímenes de odio, 2. Reconocimiento legal del nombre y género, 3. Abolición de la esterilización y otro tratamiento médico obligatorio, 4. Cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica, 5. Supresión de requisitos relacionados con el estado civil en el proceso de reconocimiento de género, 6. Igualdad en todas las esferas de la vida, 7. Participación de las comunidades trans*, 8. Formación y sensibilización, 9. Formación para grupos profesionales específicos, 10. Inclusión de la identidad de género en organismos de igualdad, así como 11. Procedimientos de recogida de datos sobre personas trans* (Agius, et al. 2011).

3.4.6. Marcos teóricos y procesos activistas relacionados

Como un marco teórico relacionado con la perspectiva de Derechos Humanos se pueden nombrar las reflexiones sobre el concepto de 'ciudadanía trans*'.

Desde diferentes perspectivas teóricas, se aportan reflexiones sobre una aplicación del concepto de ciudadanía y de los discursos de Derechos Humanos al ámbito de la diversidad sexual y de género, bajo introducción de conceptos como 'ciudadanía sexual' ("*sexual citizenship*", Evans 1993: título; Wilson 2009: 73; "*sexual citizen*", Weeks 1998: 35), 'ciudadanía íntima' ("*intimate citizenship*", Plummer 2003: 13) y 'ciudadanía trans*' ("*ciudadanía travesti*", Cabral 2003a: s.p.; "*(trans)sexual citizenship*", Cabral y Viturro 2006: 262 o "*transgender citizenship*", Hines 2009: 87; Monro y Warren 2004: 345) y 'ciudadanía intersex' ("*intersex citizenship*", Grabham 2007: 10).

En estas reflexiones, se realiza un análisis de los aspectos compartidos y diferencias entre un discurso de ciudadanía y de Derechos Humanos (Hines 2009), así como entre un concepto de 'ciudadanía sexual' / 'ciudadanía íntima' y 'ciudadanía trans*' (Monro y Warren 2004). Además, se desarrolla una revisión crítica de una aplicación de discursos de ciudadanía y Derechos Humanos a la temática de identidades trans*, una reflexión sobre el rol de interseccionalidades, así como una discusión de modelos alternativos (Evans 1993; Hines 2009; Monro y Warren 2004; Plummer 2003; Weeks 1998; Wilson 2009).

Los debates actuales se construyen desde una revisión crítica del modelo de ciudadanía establecido por Marshall (1997[1950]) que parte de un análisis de los elementos civiles, políticos y sociales en la ciudadanía. Como elemento civil, se refiere a "*los derechos necesarios para la libertad individual –libertad de la persona, libertad de expresión, de pensamiento y de religión, el derecho a la propiedad, a cerrar contratos válidos, y el derecho a la justicia–*", nombrando como instituciones relacionadas los tribunales (Marshall 1997[1950]: 302). Como elemento político, Marshall (1997[1950]) hace referencia al "*derecho de participar en el ejercicio del poder político como miembro de un cuerpo investido de autoridad política, o como elector de los miembros de tal cuerpo*", mencionando como instituciones relacionadas los parlamentos y consejos del gobierno local (302). Como elemento social, comprende "*todo el espectro desde el derecho a un mínimo de bienestar económico y seguridad al derecho a*

participar del patrimonio social y a vivir la vida de un ser civilizado conforme a los estándares corrientes en la sociedad”, identificando el sistema educativo y los servicios sociales como instituciones estrechamente relacionadas con estos derechos (Marshall 1997[1950]: 302-303).

Desde una perspectiva histórica y en referencia al contexto británico, Marshall (1997[1950]) observa un proceso de fusión geográfica y separación funcional de estos elementos, con un desarrollo secuencial de los derechos civiles en el siglo XVIII, los derechos políticos en el siglo XIX y los derechos sociales en el siglo XX, proceso que, según su análisis, contribuye al desarrollo del concepto contemporáneo de ‘ciudadanía’. Desde la observación de una potencial oposición entre el ideal de igualdad inherente al concepto de ciudadanía y las desigualdades existentes en una sociedad de clase, agravadas por un capitalismo emergente en el siglo XIX, Marshall (1997[1950]) argumenta que el objetivo del modelo de ciudadanía, basado en los derechos civiles individuales centrales para el desarrollo capitalista, no era realizar un ataque al sistema de clases sino atenuar las desigualdades existentes. El reconocimiento de derechos políticos y derechos sociales, ante todo en el ámbito de la educación y los servicios sociales en los siglos XIX y XX, modifican según Marshall (1997[1950]) la estratificación de clases sin abolirla completamente.

El concepto de ciudadanía de Marshall (1997[1950]) ha recibido diferentes revisiones críticas, incluyendo, en el ámbito del debate sobre ciudadanía sexual o trans*, una revisión de la influencia del capitalismo en el concepto de ciudadanía y los derechos de las minorías sexuales (Evans 1993), la limitación a aspectos civiles, políticos y sociales, sin tener en cuenta múltiples intersecciones con aspectos de clase, etnia o sexualidad (Weeks 1998) y un análisis de los sesgos etnocéntricos, androcéntricos, heterocentrados y normativos en relación a la diversidad corporal inherentes a este concepto de ciudadanía (Hines 2009; Monro y Warren 2004).

En los trabajos revisados, se pueden encontrar conceptualizaciones diferenciadas de ‘*sexual citizenship*’, ‘*intimate citizenship*’ y ‘*transgender citizenship*’, incluyendo reflexiones sobre sus puntos compartidos y diferencias (Cabral y Viturro 2006; Evans 1993; Grabham 2007; Hines 2009; Monro y Warren 2004; Plummer 2003; Weeks 1998; Wilson 2009).

En relación al concepto de “*sexual citizenship*” (Evans 1993: título; Wilson 2009: 73; “*sexual citizen*”, Weeks 1998: 35), se identifican como puntos de partida la primacía otorgada a la subjetividad sexual en el mundo contemporáneo y la multiplicidad y diversidad de identidades posibles que caracterizan la modernidad tardía o posmodernidad, situadas en la intersección entre espacio privado y público (Weeks 1998).

The sexual citizen exists –or, perhaps better, wants to come into being – because of the new primacy given to sexual subjectivity in the contemporary world. The claim to a new form of belonging, which is what citizenship is ultimately about, arises from and reflects the remaking of the self and the multiplicity and diversity of possible identities that characterize the late, or post-, modern world.
(Weeks 1998: 35)

En los movimientos feministas, gay/lésbicos y queer, se observa una presencia simultánea entre una demanda de inclusión, reconocimiento de la diversidad e igualdad de derechos en relación al empleo, parentesco y estatus social por un lado y un objetivo de transgresión y ruptura con normas sociales por otro lado (Weeks 1998). Desde una revisión crítica del foco del concepto de ciudadanía en Marshall (1997[1950]), se señala el rol del concepto de 'sexual citizenship' para superar las limitaciones de modelos anteriores, mediante un foco específico en aspectos múltiples e interrelacionados, entre ellos la clase, la etnia, la sexualidad, el impacto del binarismo hetero/homosexual y la institucionalización de la heterosexualidad (Weeks 1998).

En la revisión crítica de la aplicación del concepto de ciudadanía al ámbito de las minorías sexuales, se observa una creciente influencia del capitalismo en el concepto de ciudadanía y los derechos de las minorías sexuales (Evans 1993). En este sentido, Evans (1993) revisa críticamente una reducción de los derechos ciudadanos a los derechos como consumidor*s, limitando la participación ciudadana de las minorías sexuales en consecuencia de su entendimiento como *"distinct, formal, though not necessarily formally clear, participants within the citizenship of developed capitalism, whilst simultaneously becoming, not surprisingly for of course the two are closely connected, legitimate consumers of sexual and sexualised commodities marketed specifically for their use and enjoyment"* (2). En el contexto británico, Evans (1993) observa una interrelación entre este foco en el consumerismo y la transmisión de valores sociales conservadores, describiendo las políticas de familia del Thatcherismo como *"a strategy which effectively redefined citizenship through consumerism tied to moral conformity and in so doing formalised degrees of citizenship according to categories of sexual difference"* (6). En consecuencia de estas políticas, constata la creación de comunidades de minorías sexuales con su propia organización socioeconómica, en la que la lucha por los derechos sociales y políticos coexiste con la presencia de espacios de estilos de vida segregados y relativamente privilegiados, como en caso de las comunidades gays, limitando el concepto de *"sexual citizenship"* a *"moral and economic and largely part-time leisure and lifestyle spaces which encircle the moral community between the boundaries of illegality and immorality"* (Evans 1993: 8).

Con referencia a Evans (1993) y Weeks (1998), Wilson (2009) revisa críticamente el concepto de 'ciudadanía sexual', cuestionando la tensión entre la pretensión de un reclamo de reconocimiento y la aceptación del sistema implícita en esta demanda. A modo de ejemplo, nombra la demanda de reconocimiento del matrimonio homosexual, así como las interrelaciones entre el concepto de 'ciudadanía sexual' e intereses del capitalismo tardío (Wilson 2009). A diferencia de Evans (1993), Wilson (2009: 81) reconoce posibilidades de resistencia y disrupción de la lógica asimilacionista, por ejemplo a través de la creación de *"Families We Choose"* (391) que rompen con el mandato heterocentrado, como descrito por Weston

(1998[1991]). Como estrategia, propone un análisis multisectorial de las dinámicas micro y macro de poder inherentes al proceso de construcción de la ‘ciudadanía sexual’ (Wilson 2009).

En relación al concepto de *"intimate citizenship"* (13), Plummer (2003) hace referencia a un mundo en el que el *"public language of 'intimate troubles' is emerging around issues of intimacy in the private life of individuals"* (13). Entre las ‘zonas de intimidad’ incluye el yo, las relaciones, el género, la sexualidad, la familia, el cuerpo, la vida emocional, los sentidos, la identidad y la espiritualidad. Citando una definición aportada en otra publicación previa, Plummer (2003: 14) describe el concepto de *"intimate citizenship"* como relacionado con *"the decisions people have to make over the control (or not) over one's body, feelings, relationships; access (or not) to representations, relationships, public spaces, etc.; and socially grounded choices (or not) about identities, gender experiences, erotic experiences. It does not imply one model, one pattern or one way"* (14, citando a Plummer 1995: 151). Desde una revisión crítica del concepto de ciudadanía y la relación de su definición con el mundo social y público, señala que el término ‘ciudadanía íntima’ puede considerarse como un oxímoron y a la vez como un puente entre el espacio personal y público, abriendo nuevas preguntas éticas respecto a las *"global intimacies"* y el rol como *"global citizen"* (Plummer 2003: 16). Plummer (2003) plantea los retos de *"postmodern intimacies"* (17) ante el colapso de las grandes narrativas y la digitalización, tecnologización y globalización de las intimidades.

Vari*s de l*s autor*s revisad*s contribuyen reflexiones sobre los conceptos de ‘ciudadanía trans*’ (*"ciudadanía travesti"*, Cabral 2003a: s.p.; *"(trans)sexual citizenship"*, Cabral y Vitorro 2006: 262 o *"transgender citizenship"*, Hines 2009: 87; Monro y Warren 2004: 345) y ‘ciudadanía intersex’ (*"intersex citizenship"*, Grabham 2007: 10).

Desde la observación de una situación de exclusión de las personas trans*, se revisan las críticas al concepto de ciudadanía desarrollado por Marshall (1997[1950]), en el sentido de una observación de sesgos etnocéntricos, androcéntricos, heterocentros y normativos respecto a la diversidad corporal en un modelo que parte de un *"white, male, able-bodied, heterosexual subject"* (Monro y Warren 2004: 348). Desde esta revisión, Monro y Warren (2004) exploran modelos de *"transgender citizenship"* (345), basados en el reconocimiento de derechos fundamentales de las personas trans*, entre los que nombran el reconocimiento legal del nombre y género sin requisitos médicos o requerimientos relacionados con el estado civil (Monro y Warren 2004). Como diferencia entre un concepto de *"sexual citizenship"* o *"intimate citizenship"* y el modelo de *"transgender citizenship"* (359), Monro y Warren (2004) señalan las restricciones estructurales impuestas a personas trans*, identificando espacios en los que se pueden solapar ambos conceptos, ej. en caso de personas trans* que participan en subculturales sexuales. Desde el reconocimiento de necesidades específicas de las personas trans*, resaltan la importancia de alianzas con el movimiento LGB y feminista, utilizando el concepto de *"transgender citizenship"* como una vía de ampliación del concepto de ciudadanía y

aportación a un debate político compartido (Monro y Warren 2004: 359).

There is considerable shared ground between transgender and sexual citizenship, as well as transgender and feminist or anti-sexist models. Alliances with lesbian, gay and bisexual people seem to be particularly important as a basis for working towards progressive social change. Other alternative forms of citizenship are also relevant. However, these approaches are in themselves insufficient for transgender politics. Transgender people have distinct characteristics and needs because of their non-mainstream gender identities. These are different in some ways from both the sexual minorities and from women as a group, although many transgender people also experience sexism. Development of models of transgender citizenship is therefore necessary, both as a way of expanding our understanding of citizenship, and as a means of informing the political debates.
(Monro y Warren 2004: 359)

De forma análoga, Hines (2009) critica los sesgos androcéntricos y binarios de un modelo universal de Derechos Humanos y ciudadanía que puede correr el riesgo de *"protect the rights of the dominant over the marginal and, moreover, work to privilege certain social and cultural categories over others"* (90). En consecuencia, cuestiona el objetivo político de igualdad para las personas trans*, analizando en qué medida 'igualdad' puede estar emparejada con un acceso desigual a derechos ciudadanos (Hines 2009).

Usando una metodología cualitativa, Hines (2009) analiza las opciones que adoptan las personas trans* ante los requisitos médicos y el requerimiento de divorcio inherente al *Gender Recognition Act* británico en función de su género, edad, sexualidad, momento en el proceso de transición, estado civil, participación en el activismo trans*, lugar de residencia y ocupación profesional, observando la presencia de experiencias y posiciones subjetivas que excluyen a las personas del *"domain of the 'deserving' citizen"* (96), en concreto en caso de personas trans* casadas que deciden no divorciarse o personas trans* con expresiones e identidades de género fuera del binario. En consecuencia, Hines (2009) señala los riesgos de la adopción de un discurso de lo universal en perspectivas de Derechos Humanos y ciudadanía.

The issues discussed so far suggest that a central point of concern in rights discourse and models of citizenship related to diversity lies in notions of universality. In attempting to articulate and protect the rights of diversity, human rights and the translation process of citizenship speak in universal tongues, and this can render invisible the actual experiences of diversity. Paradoxically, then, the universal becomes tapered. Or, in other words, universalism is not universal at all.
(Hines 2009: 96)

Como estrategia, Hines (2009) propone el uso de un enfoque de 'diferencia' y diversidad, basado en el marco de la teoría queer y los estudios trans*, así como el reconocimiento de la diversidad y de experiencias no-normativas y marginalizadas en el discurso de Derechos Humanos y ciudadanía.

I suggest that a 'pathway to diversity' is dependent upon continued moves beyond universalism, and stronger recognition of the specific subjectivities and social experiences of non-normative and marginalized subjects within human rights and citizenship discourse, and law and policy.
(Hines 2009: 100)

Juang (2006) realiza una crítica de un concepto de ciudadanía basado en los valores norteamericanos de *"value, dignity, and self-expression"* (242) que exige la adaptación de las

personas trans* a valores establecidos por personas 'no-trans*' para ser incluidas en el concepto (*"a society in which we finally settle for anything short of the full array of rights and privileges enjoyed by nontrans citizens will remain an unjust society"*, 242). En el proceso de reconocimiento de las personas trans*, Juang (2006: 243) señala la importancia de tener en cuenta aspectos interseccionales, abordando no solo la discriminación por razones de género, sino también *"racial and ethnic differences"*, así como la diversidad de realidades culturales y económicas dentro de las comunidades trans* o grupos étnicos. Desde una revisión crítica de las políticas de reconocimiento que considera un punto de partida útil, pero no un fin en sí mismo, propone el uso del concepto de interseccionalidad y de una ética autocrítica y multicultural como estrategia para el reconocimiento de las identidades trans*. Desde esta perspectiva, Juang (2006) analiza la interrelación entre una denegación del reconocimiento de ciudadanía y la violencia transfóbica, incluyendo tanto la violencia directa como la violencia institucional, observando la presencia de un círculo entre violencia, falta de reconocimiento de las personas víctimas, silenciamiento de la agresión y su repetición.

Hate-motivated violence deserves an extended consideration insofar as it is one of the areas in which an expansion of our current politics of recognition is particularly needed. (...) The relationship between the refusal of recognition and hate violence is multilayered. Most evident, nonrecognition promotes hate crimes by allowing perpetrators to regard victims as targets who "deserve" to be hated. Beneath this causal relationship are at least three other pernicious consequences of nonrecognition. Nonrecognition renders invisible the frequency of those crimes (...). Nonrecognition further leads to a dismissive attitude by the criminal justice system, the media, and the public toward the consequences of hatred for its victims and to victims being blamed for "bringing it on themselves." Most perniciously, perhaps, when victims receive inadequate support, it becomes possible to accept such attitudes and to resign oneself to the "inevitability" of being hated. Often, then, the consequence is that hate crimes go unreported and unaddressed, thus creating a cycle of suppression and silence.

(Juang 2006: 253)

Desde la revisión de prácticas de mis-representación de expresiones e identidades de género no occidentales, tanto desde perspectivas antropológicas como en los medios de comunicación, Juang (2006) propone el uso de una ética autorreflexiva y multicultural, partiendo de la idea que *"transgender politics of recognition requires that we recognize others, even as we demand recognition for ourselves"* (259).

Desde el contexto argentino, Mauro Cabral (2003a) señala el carácter a-corporal, universal y abstracto del sujeto de derecho que sirve como modelo para el concepto de ciudadanía en la teoría política clásica, así como el cuestionamiento de esta presuposición desde diferentes perspectivas teóricas y movimientos activistas. Frente a la conceptualización del sujeto universal, propone, citando a Lohana Berkins, el concepto de *"ciudadanía travesti"* (Cabral 2003a: s.p.), partiendo de la idea de un sujeto de la ciudadanía atravesado por la identidad de género, la orientación sexual, el cuerpo y la etnia.

Para la teoría clásica, para la teoría política, económica, social, este sujeto de derecho que nosotros podríamos llamar un ciudadano, no tiene cuerpo, es decir, está elaborado como un sujeto universal, abstracto, cuyo cuerpo no existe en la elaboración teórica, no existe en la enunciación, pero evidentemente existe. (...)

Si nosotros pensamos en el proyecto de Lohana de construcción de una ciudadanía travesti, de lo que se trata en realidad es que al sujeto de la ciudadanía no le puede resultar indiferente ni el género, ni el cuerpo, ni la orientación sexual, ni la raza. Podríamos dejarlo en suspenso y decir que podría resultar indiferente si es que el planteo de la ciudadanía pudiera integrar a todas particularidades entre comillas y darle una enunciación universal que no dejara sujetos afuera.

(Cabral 2003a: s.p.)

En otro trabajo, Mauro Cabral y Paula Viturro (2006) aportan una definición de "*(trans)sexual citizenship*" (262) basada en un marco de derechos sexuales.

By *sexual citizenship*, we refer to that which enunciates, facilitates, defends, and promotes the effective access of citizens to the exercises of both sexual and reproductive rights and to a political subjectivity that has not been diminished by inequalities based on characteristics associated with sex, gender, and reproductive capacity.

(Cabral y Viturro 2006: 262)

En un contexto político argentino previo a la aprobación de la Ley de Identidad de Género en 2012 (Congreso Argentino 2012, capítulo 3.8), Cabral y Viturro (2006) identifican diferentes aspectos relacionados con una situación de "*diminished citizenship*" (262). En este sentido, nombran las dificultades en el acceso a la atención sanitaria trans-específica y las consecuencias específicas de las decisiones judiciales para el estatus civil y político de las personas trans*, así como, a modo de aspecto subyacente, "*the ethical-political consequences of the reduction of transsexuality to a principle of sex change and the ways ideas of binary sexual difference function both as a value and as a moral justification with terrible normative effectiveness*"^[nota a final del texto] (Cabral y Viturro 2006: 263).

Cabral y Viturro (2006) señalan el efecto normativo de los requisitos inherentes a las decisiones judiciales en el reconocimiento del cambio registral del nombre y género, obligando a las personas trans* a la construcción de una narrativa estereotipada para comprobar su estatus de 'verdadero transexual', excluyendo de esta forma otras expresiones e identidades de género del acceso al reconocimiento legal, entre ellas las de la comunidad travesti. Además, hacen referencia al rol relevante de la organización política de la comunidad travesti "*on the dismantling of the repressive state in Argentina, as well as on exposing human rights violations based on gender identity and gender expression*", así como en "*introducing critical positions in the sexual rights and reproductive agendas at regional and national levels*" (Cabral y Viturro 2006: 267).

Grabham (2007) analiza la aplicabilidad del marco teórico de 'sexual citizenship' o 'intimate citizenship' al concepto de "*intersex citizenship*", planteando las preguntas 1. "[W]hat are the contours of intersex politics that might frame demands for citizenship?", 2. "[W]hat is the context in which intersex claims are being made?" y 3. "[W]hat type of claim the citizenship is this and what might it require?" (Grabham 2007: 29-30).

Partiendo de una revisión de las demandas del activismo intersex, las interrelaciones y diferencias en relación al activismo feminista, lésbico, gay, queer y trans*, así como del concepto de 'sexual citizenship', Grabham (2007) propone varios puntos de partida para

articular el concepto de *"intersex citizenship"* (29), presentes en las reflexiones sobre 'ciudadanía sexual', entre ellos el análisis de procesos de medicalización y tecnologización, la revisión del concepto de intimidad, así como el cuestionamiento de una intersección de los derechos ciudadanos con discursos neoliberales de consumismo. Como el mayor desafío para la conceptualización de una *"intersex citizenship"* (41), Grabham (2007) identifica *"developing and incorporating a textured account of intersex corporeality"* (41-42).

Desde una revisión de las reflexiones sobre *"citizen bodies"* aportadas por Beasley y Bacchi (2000: 227)²²⁶, Grabham (2007) diferencia entre modificaciones corporales elegidas y no elegidas, señalando que *"intersex people are precluded from citizenship because of dualistic perceptions (by this I mean the mind/body duality) that their bodies are 'too' material"* (43). Al mismo tiempo señala que *"this is not to say that intersexuals can never be perceived as citizens in the way that they interact with the medical establishment"* (Grabham 2007: 43).

Sin embargo, Grabham (2007) señala que, incluso en caso de intervenciones quirúrgicas elegidas en personas intersex mayores de edad, el grado de autonomía está condicionado por dimensiones de género y clase. Finalmente, plantea la pregunta *"what a theory of intersex citizenship can say about how we all related as gendered bodies and as embodied citizens"* y *"[h]ow might intersex citizens and citizen bodies reflect back on us our own differentiated, non-binar sex/gender positions?"* (Grabham 2007: 45).

²²⁶ Beasley y Bacchi (2000) analizan críticamente el carácter incorpóreo del concepto de ciudadanía, revisando las aportaciones de la teoría del cuerpo, la teoría queer y el *"corporal feminism"* (346). Las autoras proponen el concepto de *"citizen bodies"*, desarrollando estrategias para introducir reflexiones sobre el cuerpo en el campo discursivo de ciudadanía (Beasley y Bacchi 2000: 227).

3.5. ¿Cómo salir del “falso dilema”?²²⁷ : Despatologización y derechos sanitarios



Cartel de convocatoria del Día Internacional de Acción por la Despatologización
Imagen 37: Convocatoria 2010, STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization, 2010
Imagen 38: Manila, Thai Transgender Alliance, 2013

Transsexuality is a medicalized phenomenon. The term was invented by a doctor. The system is perpetuated by doctors. But the demedicalization of transsexualism is a dilemma. There is a demand for genital surgery, largely as a result of the cultural genital imperative.
(Bornstein 1994: 119)

Seguramente, ahora vivimos el momento más complejo de esta lucha: defender que tenemos derecho a la sanidad pública aunque no tengamos ninguna enfermedad es la cuestión más difícil de resolver.
(Missé 2012b: s.p.)

En el marco del proceso de revisión del DSM y de la CIE adquiere especial relevancia la demanda de garantía de los derechos sanitarios de las personas trans*, en el sentido de la cobertura pública o garantía de reembolso de una atención sanitaria trans-específica de la más alta calidad disponible, dando lugar a un amplio proceso de debate desde perspectivas activistas, teórico-activistas, profesionales e institucionales sobre la intersección entre el derecho a la despatologización y el derecho al acceso sanitario.

3.5.1. Discursos activistas y teórico-activistas

El miedo a una pérdida de acceso a una atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta en el momento en el que se hubiera logrado la retirada de los criterios diagnósticos actuales, constituye uno de los puntos centrales en el debate actual sobre despatologización trans* (Comité contra la Homofobia y el Discrimen 2011; STP-2012 2011b, 2012a).

²²⁷ Fuente de la cita: “Se ha planteado un falso dilema en esta campaña, porque se afirma que eliminar de los manuales de diagnóstico la consideración de trastorno de la personalidad y de identidad sexual, va en desmedro de un sector de personas trans, porque colisiona con el derecho al acceso a la salud, que incluye dentro de sus coberturas la provisión de hormonas y la prestación de los servicios en cirugías de reasignación genital” (Andía Pérez, et al. 2009: s.p.)

Desde principios de la década pasada, se ha ido conformando un movimiento internacional que lucha por la eliminación de la catalogación de la transexualidad como una enfermedad, con miras a presionar a la APA, que publicará la quinta edición de su DSM en 2013.

Sin embargo, dentro de los movimientos trans, hay sectores que plantean la necesidad de mantener en los libros estos trastornos mentales para poder acceder a servicios de salud y que estos sean provistos dentro de las cubiertas médicas.

¿Qué consecuencias tiene para las personas trans e intersexuales que se les catalogue pacientes de un trastorno? ¿Qué implicaciones tiene la relación médico-paciente para la definición de género de una persona? ¿Es considerar la transexualidad una enfermedad la mejor forma de garantizar el pleno acceso de las personas trans a la salud y su libre expresión e identidad de género? ¿Qué oportunidades tienen los movimientos trans para transformar la manera en que les percibe y trata la medicina? ¿Cuáles son las necesidades de las personas trans en Puerto Rico y cómo podría garantizarse que sean plenamente satisfechas?

(Comité Contra la Homofobia y el Discrimen 2011: s.p.)

En este sentido, paralelamente a un creciente apoyo a la demanda de despatologización de las identidades trans* del DSM y del capítulo ‘Trastornos mentales y del comportamiento’ de la CIE por parte de grupos y redes activistas²²⁸, asociaciones profesionales²²⁹, gobiernos²³⁰ y organismos internacionales²³¹, se observa una mayor divergencia de opiniones respecto a las estrategias para garantizar la implementación o continuidad de la cobertura pública dentro de un modelo no patologizante (STP-2012 2012a).

En múltiples **espacios de debate**, hemos tenido oportunidad de hablar con activistas trans de diferentes regiones del mundo acerca de prioridades y estrategias en la lucha por la despatologización y los derechos sanitarios de las personas trans.

A la vez de observar un creciente **consenso** sobre la necesidad de retirada de las categorías diagnósticas actuales, constatamos la existencia de **propuestas distintas** respecto a la introducción de un código no patologizante en la CIE, que varían en función de las situaciones de acceso sanitario y características de los sistemas de salud en diferentes partes del mundo.

(STP-2012 2012a: 2)

Desde perspectivas activistas y teórico-activistas, se aporta un análisis de la situación actual, demandas relacionadas con el acceso sanitario, así como estrategias para compaginar el derecho a la despatologización y el derecho a la atención sanitaria trans-específica.

3.5.1.1. Análisis de la situación actual: Acceso a la atención sanitaria trans-específica

En la demanda de cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica, el activismo por la despatologización parte de un análisis de la situación de acceso en diferentes partes del mundo

²²⁸ Amnesty International 2012; APTN 2010; GATE 2013a, 2013b, 2013c, 2013d, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b; GATE y STP 2014; ILGA-Europe 2010, 2012; MSM-GF 2010; Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a, 2009b, 2010a, 2010b, 2010c; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010b, 2010d; Secretariado Trans de ILGA en: Andía Pérez, et al. 2009; STP-2012 2009[2010]; 2011a, 2011b, 2011c, 2011d; 2012a, 2012b, 2012c; STP 2013a, 2013b, 2013c, 2013d, 2014a, 2014b, 2015b; TGEU 2009, 2010, 2012a, 2014[2013], 2014c; TGEU e ILGA-Europe 2009, así como los grupos adheridos a STP-2012 (www.stp2012.info/old/es/adhesiones).

²²⁹ APA 2012b; Conselhos Regional e Federais de Psicologia 2011; WPATH 2008, 2012a.

²³⁰ Gobierno español (2010) Ministère des affaires étrangères et européennes et du ministère de la santé et des sports (2010).

²³¹ Consejo de Europa 2011, 2015a; Gunnarsson en: Consejo de Europa 2015b; Hammarberg 2009, 2011; Borg 2012; Parlamento Europeo 2011, 2012b, 2015a, 2015b, 2015c.

(STP-2012 2012a). Estudios e informes recientes ²³², publicados por redes activistas, instituciones internacionales y autor*s individuales, constatan una frecuente situación de ausencia de disponibilidad de tratamientos trans-específicos, falta de cobertura pública o reembolso, así como, en algunos países, una prohibición legal de la cirugía genital, a diferencia de un menor número países cuyos sistemas sanitarios públicos o sistemas de aseguramiento incluyen la atención sanitaria trans-específica. A la vez, en los países que disponen de una atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta, se observan barreras de acceso que se relacionan con la clasificación diagnóstica como trastorno mental, los criterios diagnósticos y el proceso de evaluación (capítulo II, 3.7) ²³³.

Desde perspectivas teórico-activistas, se observa un mayor grado de preocupación sobre el riesgo de pérdida de derechos sanitarios en aquellos países que cuentan con sistemas de sanidad pública que incluyen la atención sanitaria trans-específica entre sus prestaciones sanitarias, que en países en los que nunca había existido una cobertura pública de este tipo de servicios (Andía Pérez, et al. 2009).

Ciertamente, este tema es más sensible en los países desarrollados, en donde existe un sistema de salud que da cobertura a su población, situación que contrasta con los países tercermundistas que distan mucho de tener recursos para atender a sus ciudadanos y ciudadanas, en el que las corrientes privatizadoras de la salud hacen inalcanzable tal derecho para la población trans y en el que estos servicios se dan fuera de todo control, salvo uno que otro país.
(Andía Pérez, et al. 2009: s.p.)

Al mismo tiempo se pueden identificar voces desde contextos en los que no existe una atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta, entre ellos países en el contexto latinoamericano²³⁴, expresando la preocupación por una mayor dificultad en su implementación después de la retirada de los criterios diagnósticos actuales (Cabral 2010b; García Becerra an: García Becerra y Missé 2010).

En este sentido, se critica un sesgo de clase en la reivindicación de la despatologización, resaltando la especial vulnerabilidad de las personas trans* y travesti en consecuencia de su situación de exclusión social y extrema pobreza (Cabral 2010b).

La campaña por la despatologización es una campaña trans y europea. Y esto no lo digo por el tema de ser europea, que no haya nacido aquí. Es una campaña que considera que el mayor problema de las personas trans es la patologización de las experiencias. Lo cual es un problema serio, incluso para quienes vivimos en Latinoamérica. Un gran problema que tenemos los que vivimos en Latinoamérica es como lograr la despatologización sin perder el acceso a la cirugía y las hormonas pagadas por el estado o por las obras sociales o por los seguros de salud. O sea, ¿cómo dotar a la campaña por la despatologización de un censo de

²³² Balzer y Hutta 2012; Balzer, et al. 2012; Berkins y Fernández 2005; Borbogno 2010; Cabral y Hoffman 2009; Consejo de Europa 2011; Grant, et al. 2011; Health Policy Project, et al. 2015; Human Rights Watch 2011; Namaste 2000; New Zealand Human Rights Commission 2008; Russian LGBT Network 2011; Sood 2010; UNDP 2013; UNDP y Winter 2012; Winter 2009; Winters 2008a.

²³³ Consejo de Europa 2011; González-Polledo 2010; Grant, et al. 2011; Hammarberg 2009; New Zealand Human Rights Commission 2008; Spade 2006a; Whittle, et al. 2008; Winter, et al. 2009.

²³⁴ En el contexto argentino, en 2012 se logró la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica desde un marco de Derechos Humanos a través de la Ley de Identidad de Género de Argentina (capítulos II, 3.5.1.2 y II, 3.8.1.3).

clases? Si la campaña triunfa, si logramos que triunfe, ¿cómo vamos pagar las cirugías de quienes quieren operar? El grande problema no es solamente lograr la despatologización. (Cabral 2010b: s.p.)

Quizás en otros lugares del mundo, donde los y las trans tienen garantizados sus derechos y su inserción en la ciudadanía, sí sea lo más adecuado pensar en la despatologización total, pero no acá, no en este contexto de vulnerabilidad extrema, de marginación radical y de desprotección total que experimentamos las transexuales colombianas. (...)

Creo que para algunas de nosotras puede ser beneficioso aparecer en el DSM-V de nuevo (como aparecemos en el DSM-IV) para seguir reivindicando nuestro derecho a tratamientos de transformación seguros y asumidos por el Estado. No se trata de reconocernos como enfermas, sino de ser estratégicas en nuestras luchas y de dar primacía al cuerpo intervenido, al cuerpo en tránsito, al cuerpo transformado tecnológicamente, que para muchas de nosotras es el sustento de nuestra identidad inestable.

(Andrea García Becerra en: García Becerra y Missé 2010: 199)

Por otro lado, se señala que la clasificación psiquiátrica no constituye una garantía del acceso a la atención sanitaria trans-específica, sujeto a un proceso de evaluación diagnóstica que excluye a personas trans* que no cumplen con estos criterios (Missé en: Sacayán 2010).

Respecto de esta campaña por la “despatologización”, muchxs activistas señalan que puede convertirse en un impedimento para aquellas personas que no tienen recursos económicos como para acceder a una cirugía.

—Yo creo que ahí se plantea un debate que no es real. Hay quienes dicen que con la despatologización podemos quedarnos sin derechos sanitarios. Yo les contestaría: vivo en un país donde la patologización está a la orden del día y eso no me ha garantizado derechos sanitarios. Si antes, cuando te querías operar, tenías que ir a una clínica privada, aquí lo mismo, pero antes de mandarte a una clínica privada te hacen pasar por una terapia psiquiátrica. Cuando llegas a la clínica, te piden un certificado psiquiátrico, o sea la patologización no implica garantizar derechos sanitarios, esto por un lado. Además no podemos hacer depender nuestros derechos fundamentales de modificación corporal, estando siempre en diálogo con un lenguaje psiquiátrico.

(Miquel Missé en: Sacayán 2010: s.p.)

Desde el contexto norteamericano se hace referencia a situaciones en las que la clasificación psiquiátrica, en vez de constituir una garantía, funciona como barrera en el acceso a la cobertura de la atención sanitaria trans-específica (Winters 2008a).

The psychiatric classification of gender variance as Gender Identity Disorder (GID) in the *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)^[nota a final del texto] has long been cited as necessary to provide access to medical transition procedures for transsexual individuals who need them. (...) Many fear that hormonal and surgical procedures might be withheld without some kind of diagnosis to validate their medical necessity and justify their risks. While the existence of a diagnostic coding has helped affirming, supportive care providers to make transition procedures available to some transitioning individuals, the specific diagnostic criteria and supporting text of the current Gender Identity Disorder category support the opposite approach – punitive gender-conversion or gender-reparative therapies intended to change or suppress gender identity or expression which differ from assigned birth sex roles.

(Winters 2008a: 61)

Como otro aspecto que contribuye a la complejidad del debate se señala la interrelación estrecha entre la clasificación sanitaria y el reconocimiento legal de género (Cabral s.a.; capítulo II, 3.5).

Por un lado, la codificación de las identidades y experiencias trans en los términos del diagnóstico las confina, inevitablemente, a una ontología psiquiátrica cuyos efectos negativos están a la vista –efectos que no sólo constituyen a las personas trans como sujetos disminuidos, sino que además contribuyen decisivamente a la reproducción institucionalizada y normativa de estereotipos de género–. Por otro lado, esa misma

codificación se presenta –y, en muchos casos, es incluso defendida por las propias personas trans– como una vía de acceso a derechos. En particular, al derecho a modificar quirúrgicamente el cuerpo sexuado y al derecho al reconocimiento legal de la identidad de género.

(Cabral s.a.: s.p.)

Desde el contexto norteamericano, Gehi y Arkles (2007), miembros del *Sylvia Rivera Law Project*, aportan un análisis de las contradicciones inherentes a un sistema que por un lado establece como requisitos para el reconocimiento legal de género haber realizado modificaciones corporales y por otro lado excluye a las personas trans* del acceso a la atención sanitaria trans-específica. Identifican 24 estados norteamericanos que excluyen explícitamente la cobertura de la atención sanitaria trans-específica de *Medicaid*, además de señalar que en otros estados que no nombran la exclusión explícitamente, la cobertura puede ser denegada en base a una interpretación de la atención sanitaria trans-específica como cosmética o experimental.

In summary, the courts often defer to medical evidence with regard to transgender people in a wide variety of contexts but then often disregard or implausibly explain away the overwhelming weight of medical evidence when considering the necessity of transgender health care. The state often requires transgender people to have been evaluated and treated by transgender health experts or to have received specific forms of transition-related health care before giving them access to gender-matched ID, appropriate sex-segregated systems, or remedies for discrimination.

At the same time, the state often denies access to transition-related health care to Medicaid recipients and people in state custody. This double bind assaults the dignity of transgender people and has a profound impact on trans communities, with disproportionate effects on those who face other forms of marginalization, such as racism and poverty.

(Gehi y Arkles 2007: 23)

Desde diferentes contextos geopolíticos, se indica el impacto de una falta de acceso a la atención sanitaria trans-específica en la salud de las personas trans* (Andrea García Becerra en: García Becerra y Missé 2010; Gehi y Arkles 2007).

Gehi y Arkles (2007) observan una interrelación entre la falta de acceso a la atención sanitaria trans-específica y el riesgo de prácticas autolíticas e intentos de suicidio, así como de formas de autotratamiento que conllevan riesgos para la salud, entre ellos la hormonación sin control médico, algunas prácticas de *binding*²³⁵ o modificaciones corporales con silicona líquida. Analizan el impacto específico de la exclusión del acceso a la atención sanitaria trans-específica en las comunidades trans* de bajos ingresos, incluyendo procesos de exclusión del sistema educativo, del mercado de trabajo o de la vivienda, exposición a violencia transfóbica, así como dinámicas de criminalización en consecuencia de una búsqueda de otras vías de financiación de los procesos de modificación corporal trans-específica (Gehi y Arkles 2007). L*s autor*s señalan que la exclusión del acceso a la atención sanitaria trans-específica de *Medicaid* crea una contradicción con regulaciones a nivel federal o estatal dirigidas a proteger a personas trans* de bajo ingreso y personas trans* de color (Gehi y Arkles 2007).

²³⁵ Con prácticas de *binding* se hace referencia a técnicas de autovendaje del pecho, usadas por hombres trans*.

Desde el contexto latinoamericano, Andrea García Becerra (en: García Becerro y Missé 2010) hace referencia a prácticas de autohormonación y modificación corporal con silicona u otros materiales en condiciones no seguras.

Cientos de chicas trans en nuestras ciudades se automedican con hormonas y se hacen intervenciones riesgosas en el cuerpo utilizando materiales no quirúrgicos –materiales fluidos como siliconas industriales o aceites de cocina- que acarrearán innumerables riesgos de salud para su cuerpo sin ningún tipo de seguimiento médico ni con la más mínima asepsia. Para mí esto debe visibilizarse como un problema de salud pública pues muchas se enferman gravemente o mueren en sus tránsitos por los sexos y los géneros, en sus procesos de construcción de identidad, mientras los Estados y los sistemas de salud no se inmutan.

(Andrea García Becerra en: García Becerra y Missé 2010: 199)

Partiendo del análisis de la situación actual, se cuestiona la adecuación del modelo psicopatológico para garantizar los derechos sanitarios de las personas trans* (Comité contra la Homofobia y el Discrimen 2011).

¿Qué consecuencias tiene para las personas trans e intersexuales que se les catalogue pacientes de un trastorno? ¿Qué implicaciones tiene la relación médico-paciente para la definición de género de una persona? ¿Es considerar la transexualidad una enfermedad la mejor forma de garantizar el pleno acceso de las personas trans a la salud y su libre expresión e identidad de género? ¿Qué oportunidades tienen los movimientos trans para transformar la manera en que les percibe y trata la medicina?

(Comité contra la Homofobia y el Discrimen 2011: s.p.)

3.5.1.2. La demanda de cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica

En varios comunicados y notas de prensa, *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* señala la importancia de la garantía de acceso a una atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta y libre del requisito de adecuación a criterios diagnósticos (Red Internacional por la Despatologización Trans 2009b, 2010a; STP-2012 2010[2009], 2011a, 2011b, 2011c, 2011d, 2012a, 2012c; STP 2013a, 2013c, 2013d, 2014b, 2015b).

A la vez, la Red Internacional por la Despatologización es consciente de la importancia de garantizar los derechos sanitarios de las personas trans. Por eso, incluye entre sus objetivos la demanda de libre acceso a la hormonación e intervención quirúrgica, sin necesidad de autorización psiquiátrica para aquellas personas que lo requieran, y su cobertura por los Sistemas de Salud Públicas.

(Red Internacional por la Despatologización Trans 2009b: s.p.)

Una preocupación presente en el debate actual es la garantía de la cobertura sanitaria pública de la atención sanitaria trans-específica. La demanda de un acceso a una atención sanitaria trans-relevante de calidad y públicamente cubierta constituye uno de los objetivos principales de la Campaña Internacional STP 2012.

(STP-2012 2011b: s.p.)

Para reforzar su relevancia, a partir de 2010 se incluye la demanda de cobertura pública dentro de las cinco demandas principales de STP (STP-2012 2010[2009])²³⁶.

²³⁶ La primera versión de las cinco demandas compartidas de STP se puede consultar en: Red Internacional por la Despatologización Trans (2010a).

Exigimos: (...)

4. La cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica (acompañamiento terapéutico voluntario, seguimiento ginecológico - urológico, tratamientos hormonales, cirugías).

(STP-2012 2010[2009]: s.p.)

Belissa Andía Pérez, et al. (2009) hablan de un “falso dilema” (s.p.) entre la demanda de despatologización y la demanda de cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica, resaltando el “carácter universal” (s.p.) de ambos derechos.

Se ha planteado un falso dilema en esta campaña, porque se afirma que eliminar de los manuales de diagnóstico la consideración de trastorno de la personalidad y de identidad sexual, va en desmedro de un sector de personas trans, porque colisiona con el derecho al acceso a la salud, que incluye dentro de sus coberturas la provisión de hormonas y la prestación de los servicios en cirugías de reasignación genital.

Pero quienes temen que sus derechos en salud sean desatendidos si el diagnóstico que permite atenderlos es eliminado del Manual DSM y del CIE, quienes creen que un derecho pueda desplazar al otro, olvidan que el derecho a la identidad sexual, así como el respeto a la libertad expresada en ella, es consustancial a la población trans, no es un derecho que se pueda hipotecar, pues la dignidad no tiene precio. Todos los derechos tienen carácter universal, por lo que ser privado de este derecho mediante el recurso del no reconocimiento social es atentar contra la unicidad de la persona y hacerla ininteligible para el entorno social, por lo que quedará excluida, reforzándose esta medida con la estigmatización de su identidad.

(Andía Pérez, et al. 2009: s.p.)

Con el objetivo de romper con este ‘falso dilema’, STP propone concebir ambas reivindicaciones no como excluyentes, sino como dos derechos fundamentales, centrando la atención en su puesta en marcha progresiva (STP-2012 2012a).

Recordamos que la despatologización no puede implicar en ningún caso que las personas trans pierdan sus derechos sanitarios. Exigimos una atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta. El derecho a la identidad de género y a la cobertura sanitaria pública de las personas trans son derechos humanos fundamentales y no deberían de ser excluyentes.

(Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010a: s.p.).

Concebimos ambas demandas, la demanda de despatologización y la demanda de acceso a una atención sanitaria públicamente cubierta, no como irreconciliables y excluyentes, sino como dos derechos fundamentales. Proponemos enfocar la lucha activista a conseguir el máximo grado de cumplimiento de cada uno de estos derechos, combinando la puesta en marcha de estrategias a corto plazo con la propuesta de transformaciones en una perspectiva temporal más amplia.

(STP-2012 2012a: 8)

GATE, Global Action for Trans Equality* (2015b) hace referencia a la interrelación entre el Derecho Humano a la despatologización y el Derecho Humano al acceso sanitario, señalando la frecuente falta de acceso de las personas trans* a la atención sanitaria, mediante la denegación de la atención y la persecución, criminalización y estigmatización de las personas trans*, nombrando diferentes grupos de personas trans* especialmente expuestas a estas dinámicas de exclusión.

We cannot affirm a trans person’s human right to depathologization without affirming our human right to health. Access to healthcare is a basic right; however, it is a right routinely denied to many of us in many places and in many ways – by making hospitals, schools, toilets and other sanitation services inaccessible to us; by persecuting, criminalizing and incarcerating us; by stigmatizing us and discriminating against us, especially trans sex

workers, trans people living in poverty, trans youth, black trans people, trans homeless people, trans people from indigenous groups, trans people living with HIV, trans people who use drugs, trans people with disabilities and trans migrants, asylum-seekers and refugees; by bullying us, harassing us, torturing us and killing us^[referencia al final del texto].
(GATE 2015b: s.p.)

Grupos y redes activistas trans* y aliad*s procedentes de diferentes partes del mundo comparten la necesidad de un cumplimiento de un acceso tanto públicamente cubierto como libre de requisitos psiquiátricos²³⁷.

Reivindicamos el derecho de las personas trans a acceder a una atención sanitaria de calidad, públicamente cubierta y sin estar sujetas a un diagnóstico y evaluación de género en términos psiquiátricos.

(Frente Ciudadano Pro Derechos de Transexuales y Transgénero 2010: s.p.)

Cualquier campaña de despatologización de la transexualidad debe considerar, como su tarea propia y urgente, las condiciones materiales que determinan nuestras vidas. Es preciso asegurar que cada persona transexual tenga acceso a los tratamientos hormonales y quirúrgicos que demande, sin que el ejercicio de ese derecho esté condicionado por su situación socioeconómica, respetando la libertad de decisión sobre nuestros cuerpos, identidades, sexualidades y expresiones de género.

(Red Latinoamericana de Hombres Trans en el Activismo 2009: s.p.)

ILGA-Europe calls for depathologisation of trans identities with full assurances that all necessary health provisions remains at the disposal to trans individuals. Depathologisation needs to come along with the adequate considerations of the particular health needs of trans people.

(ILGA-Europe 2010: s.p.)

The five demands of the STP-2012 campaign are as follows: (...)

In addition, TGEU is calling for these additional actions: (...)

- The funding of hormonal and surgical medical assistance for trans people by national health insurance.

(TGEU 2009: s.p.)

Desde perspectivas teórico-activistas, se señala el efecto negativo de una aceptación de la patologización por razones de cobertura sanitaria, en el sentido de una disminución de la autonomía de decisión y medicalización de la vida de las personas trans* (Alessandrini 2013[2011]; Cabral 2011a: s.p.; González-Polledo 2010).

Sin embargo, aceptar la patologización de las identidades y experiencias trans en nombre de la accesibilidad implica aceptar, también, la disminución constitutiva de nuestra autonomía decisional y ceder a la psiquiatría la regulación de esa autonomía ya disminuida. Más aún: implica asumir la organización total de la vida generizada en los términos de lo normal y de lo patológico y el lugar que esa organización le reserva, indefectiblemente, a aquellas identidades y experiencias: la patología.

(Cabral 2011a: s.p.)

Esta crítica se sitúa dentro de las dinámicas de medicalización que muchas personas trans habitan en su vida cotidiana y parte de la premisa de que, si en un futuro las personas trans utilizarán tratamientos médicos en mayor o menor medida, es necesario que las revisiones del modelo de medicalización de la transexualidad incorporen alternativas viables a la psiquiatrización en las que no se pongan en entredicho las condiciones de acceso a los tratamientos que ha costado tantos años conseguir.

(González-Polledo 2010: 67)

²³⁷ APTN 2010; GATE 2011, 2013a, 2013b, 2013c, 2013d, 2014b; GATE y STP 2014; Frente Ciudadano Pro Derechos de Transexuales y Transgénero 2010; ILGA-Europe 2010; MSM-GF 2010; Red Latinoamericana de Hombres Trans en el Activismo 2009; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010b, 2010d; TGEU 2009, 2012a, 2014[2013]; TGEU e ILGA-Europe 2009.

[U]ne part, qu’elles incorporent les revendications Trans de dépathologisation. D’autre part qu’elles permettent de maintenir un système de remboursement pour toutes les personnes Trans en dehors de toute volonté de « correction normative d’autrui » par la médecine, et ce quelque soit le mode de « réalisation de soi » choisi par l’individu.
(Alessandrin 2013[2011]: 58)

Desde el contexto argentino, Mauro Cabral (2009c) señala las dificultades y desigualdades sociales en el acceso a una atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta, cuestionando la injusticia social inherente a un sistema en el que “*tiene derecho sólo quien puede pagarlos*” (3). La reflexión se aporta un momento anterior a la aprobación de la Ley de Identidad de Género de Argentina que establece el derecho a la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica (Congreso Argentino 2012; capítulo II, 3.5.5).

Cualquiera sea el significado de lo patológico en nuestras vidas es preciso reconocer que cuando se trata del acceso a hormonas y cirugías las opciones han sido siempre tan escasas como dos —y su misma posibilidad ha sido y es aún más escasa. O bien tenemos el dinero suficiente para pagarlas por nuestra cuenta o bien acudimos al Estado —o a nuestra obra social— para que las pague, diagnóstico diferencial mediante. Una vez que logramos librarnos de la diferencia diagnóstica, la escasez de opciones se mantiene. La primera nos sitúa en un mundo más bien deshabitado, ese en el que viven quienes cuentan con los medios económicos para prescindir del recurso al diagnóstico y acceder a hormonas y cirugías, justamente, por su cuenta. La segunda opción nos obliga a lidiar con una realidad feroz: ¿Qué sistema de salud público en Latinoamérica estaría dispuesto a pagar tratamientos hormonales y quirúrgicos cuya justificación no fuera estrictamente patológica? No podemos permitir, sin dudas, que estas coacciones materiales se impongan sobre la necesidad de la lucha; pero tampoco hay dudas de que el triunfo, para ser algo más que una proclama, tendrá que encarnarse de verdad en las posibilidades materiales de nuestra gente. Ahora, más que nunca, es necesario construir solidaridades comunitarias y políticas. Debemos evitar, como sea, el peligro de conjugar el derecho a encarnar nuestros cuerpos a través de medios biotecnológicos en los términos del liberalismo salvaje —tiene derechos sólo quien puede pagarlos.
(Cabral 2009c: 3)

Desde el análisis de la situación actual, se identifica como una tarea relevante elaborar modelos alternativos que permitieran el acceso a la atención sanitaria trans-específica sin la necesidad de un diagnóstico de trastorno mental (González-Polledo 2010; Missé y Coll-Planas 2010b).

Podríamos decir que hoy en día, exceptuando algún sector muy conservador, nadie en las comunidades trans piensa que la identidad de género de las personas trans implique por sí misma un trastorno mental. En cambio, sí existe un cierto consenso a que es la mejor estrategia hasta el momento para asegurar que las personas trans tengan acceso a hormonas y cirugías. Actualmente, el trabajo más importante está en encontrar la clave para salir del modelo patologizador sin perder el acceso a los tratamientos médicos.
(Missé y Coll-Planas 2010b: 52)

Esta crítica se sitúa dentro de las dinámicas de medicalización que muchas personas trans habitan en su vida cotidiana y parte de la premisa de que, si en un futuro las personas trans utilizarán tratamientos médicos en mayor o menor medida, es necesario que las revisiones del modelo de medicalización de la transexualidad incorporen alternativas viables a la psiquiatrización en las que no se pongan en entredicho las condiciones de acceso a los tratamientos que ha costado tantos años conseguir.
(González-Polledo 2010: 67)

3.5.1.3. Estrategias para la cobertura de la atención sanitaria trans-específica desde una perspectiva de despatologización

En respuesta a las preocupaciones nombradas, *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* desarrolla en un texto publicado en 2011 una reflexión sobre estrategias para compaginar el derecho a la despatologización y el derecho a la cobertura sanitaria, situando el debate en el marco más amplio de una revisión de los derechos de acceso sanitario de las personas trans* en diferentes partes del mundo (STP-2012 2011b).

En primer lugar, STP indica la importancia de tener en cuenta la situación desigual de acceso sanitario a escala global, así como el carácter culturalmente diverso de las trayectorias, identidades de género y necesidades sanitarias de las personas trans* en diferentes partes del mundo (STP-2012 2011b). En consecuencia, resalta la necesidad de *"situar la lucha por la despatologización trans en el marco más amplio de una lucha contra la estigmatización y violencia transfóbica, así como de una crítica al modelo occidental de enfermedad mental y a las tendencias colonializadoras inherentes a un proceso de expansión del modelo occidental de clasificación diagnóstica"* (STP-2012 2011b: 5).

En segundo lugar, y con el objetivo de romper con la construcción del derecho a la despatologización y el derecho a la atención sanitaria trans-específica como excluyentes e incompatibles, se propone concebir los dos derechos como Derechos Humanos fundamentales, de realización progresiva (STP-2012 2011b).

En segundo lugar, frente a una argumentación que parte del carácter incompatible entre el objetivo de despatologización y el objetivo de una garantía de los derechos sanitarios trans, consideramos ambos derechos – el derecho a la despatologización y el derecho a una atención sanitaria trans-específica – como dos derechos humanos básicos y no excluyentes. La consecución de ambos derechos sigue siendo el objetivo prioritario de la Campaña STP 2012.

(STP-2012 2011b: 5)

Para facilitar la puesta en práctica de ambos derechos, STP recomienda *"diferenciar, por un lado, entre estrategias compartidas a nivel internacional y estrategias localmente diferenciadas, adaptadas a los contextos sociopolíticos y culturales concretos, así como, por el otro lado, entre estrategias a corto y largo plazo, desde la idea de que las prioridades concretas a corto plazo no deberían invalidar la propuesta de cambios más amplios a un mediano y largo plazo"* (STP-2012 2011b: 5).

En tercer lugar, señala *"la diferenciación entre una defensa del derecho de acceso y cobertura pública de la modificación corporal trans-específica, y la lucha por un mayor reconocimiento social de la diversidad de expresiones, trayectorias, identidades y cuerpos trans. Ambas reivindicaciones no deberían entenderse como luchas contrapuestas, sino como dimensiones complementarias del activismo por la despatologización trans"* (STP-2012 2011b: 6).

Desde la conciencia de la diversidad de situaciones en diferentes partes del mundo, STP propone dos estrategias para facilitar la cobertura pública de la atención sanitaria trans-

específica: 1. El desarrollo de un marco argumentativo basado en una perspectiva de Derechos Humanos (STP-2012 2012a) y 2. La introducción de una mención no patologizante de la atención sanitaria trans-específica en la CIE, fuera del Capítulo ‘Trastornos mentales y de comportamiento’, como un proceso no basado en enfermedad o trastorno (Red Internacional por la Despatologización Trans 2009b; STP-2012 2011a, 2011b, 2011c, 2011d, 2012a, 2012c; STP 2013a, 2013c, 2013d, 2014b).

3.5.1.3.1. Un marco argumentativo para la cobertura sanitaria desde una perspectiva de Derechos Humanos

Desde la consideración de la importancia de desarrollar marcos teóricos nuevos que posibilitaran una justificación de la cobertura sanitaria pública desde un marco no patologizante, STP esboza un marco de justificación para la cobertura sanitaria basado en una perspectiva de Derechos Humanos (STP-2012 2012a).

Entre las líneas de argumentación para justificar la cobertura de la atención sanitaria a personas trans, desde STP 2012 partimos de una consideración del **derecho a una atención sanitaria trans-específica de calidad y públicamente cubierta** como un **derecho humano básico**, apoyado por declaraciones internacionales y coherente con la definición de salud de la OMS.
(STP-2012 2012a: 6)

En este sentido, STP hace referencia a los siguientes enfoques y principios establecidos en documentos estratégicos internacionales y europeos (STP-2012 2012a)²³⁸.

- El concepto de salud y bienestar establecido en el texto de constitución de la OMS (OMS 1948).
- La misión de los sistemas de Salud Pública, no solo limitada a un tratamiento de enfermedades, sino incluyendo conceptos como la prevención, la promoción de la salud y la mejora de la calidad de vida (OMS 2010a).
- Los principios de autonomía personal, libre desarrollo de la personalidad y bienestar como valores reconocidos en el ámbito clínico.
- Un modelo de determinantes de la salud y el rol del acceso sanitario como un determinante social de la salud en sí (OMS 2009).
- Un enfoque de salud basado en los Derechos Humanos (Nygren-Krug 2008; OMS y OACDH s.a.).
- Diferentes documentos estratégicos publicados por la ONU, entre ellos la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU 1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ONU (1966a), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (ONU 1979), la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU 1989) y las observaciones generales del Comité de Derechos

²³⁸ La siguiente lista es un resumen del marco argumentativo desarrollado por STP, citando los documentos nombrados en el texto, bajo adaptación de las referencias bibliográficas al estilo de referencias utilizado en la presente tesis doctoral (STP-2012 2012a).

Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, específicamente el Comentario General Nº 14 y 19 (ONU 2007).

- Los Principios de Yogyakarta (2007), especialmente el Principio Nº 17 “*El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*” (23).
- Los informes anuales del *Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental* (ONU 2003a, 2003b, 2004, 2006b).
- Las recomendaciones del *Consejo de Europa* (Hammarberg 2009; Consejo de Europa 2010, 2011[2010], 2011) y del *Parlamento de Europa* (2011) dirigidas a los estados miembros en las que insisten en la importancia de garantizar una cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica, afirmando el derecho de acceso sin necesidad de un diagnóstico de trastorno mental.

Como ejemplos actuales de la presencia de una perspectiva de Derechos Humanos en la atención sanitaria, STP (STP-2012 2012a) nombra su aplicación a diferentes áreas de atención sanitaria, entre ellas la salud sexual y reproductiva, citando como ejemplo la justificación del acceso a la interrupción voluntaria del embarazo desde una argumentación basada en la dignidad y autonomía personal en el contexto español, establecida en la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* (Gobierno de España 2010).

En el ámbito trans-específico, STP (STP-2012 2012a) destaca como ejemplo reciente la *Ley de Derecho a la Identidad de Género* aprobada en Junio de 2012 en Argentina (Ley 26.743) (Congreso Argentino 2012), que, aparte de posibilitar un reconocimiento del cambio registral del nombre y género sin requisitos médicos, garantiza la cobertura sanitaria pública de la atención sanitaria trans-específica mediante su inclusión en el “*Plan Médico Obligatorio*” (3). La justificación de la cobertura parte del reconocimiento del “[d]erecho al libre desarrollo de la personalidad” y del “*goce de la salud integral*” (Congreso Argentino 2012: 3; capítulo II, 3.8).

En una entrevista publicada en 2014, Mauro Cabral hace referencia a los avances introducidos por la Ley de Identidad de Género de Argentina (Congreso Argentino 2012), en el sentido de un reconocimiento legal de género sin requisitos médicos y acceso a una atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta desde un marco de Derechos Humanos, señalando el carácter aún excepcional de estos derechos en la comparación internacional.

¿Por qué no luchar por eliminar de una vez y para siempre toda mención diagnóstica?

–La respuesta sigue siendo motivo de orgullo y dolor: sólo un país en el mundo –el nuestro– admite el acceso al reconocimiento legal de la identidad de género y el acceso a la salud transicional sin requerir un diagnóstico, psiquiátrico o de cualquier tipo. Dinamarca se sumó recientemente a la lista, pero sólo en lo que respecta al reconocimiento legal. Esto significa que en el resto del mundo aquellas personas trans que aspiran a modificar su inscripción registral o su configuración corporal, continúan requiriendo de códigos en el DSM o en la CIE para tener acceso a esas modificaciones (toda vez que acceso no sólo significa autorización sino también la cobertura de salud pública o privada). (Cabral 2014: s.p.)

Diferentes grupos activistas hacen referencia a un concepto de salud integral para

demandar la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica. En este sentido, citan la definición de la OMS como punto de partida para argumentar el derecho de acceso a la atención sanitaria trans-específica (OTD 2010; VV.AA. 2011).

La despatologización de las identidades trans, no significa en ningún caso, el desentendimiento por parte del estado y las entidades prestadoras de salud, de las necesidades específicas de las personas trans en este ámbito. La propia Organización Mundial de la Salud define que: La Salud, es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. Instamos a todas las personas, especialmente a los actuales y futuros profesionales de la salud y la psicología, a no ser cómplices de la violencia simbólica que se ejerce sobre nuestros cuerpos e identidades. Instamos a todas/os quienes crean en la defensa de los Derechos Humanos, en la libertad de cada quien a decidir sobre su cuerpo, en la igualdad e inclusión social de todas las personas sin importar su sexo o apariencia física, a que apoyen esta declaración y la difundan.

(OTD 2010: 2)

A este respecto es necesario insistir en que despatologizar la condición trans no exenta de responsabilidad a los sistemas de salud pública ni a las aseguradoras, etc., puesto que, conforme al ordenamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS, de la ONU), el Protocolo de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), y otros, se establece que el concepto de salud no significa solamente la "ausencia de enfermedad", sino "el mayor nivel de bienestar físico, emocional y social". En el logro de este nivel de bienestar en el caso de las personas trans, tienen una responsabilidad superlativa las instancias públicas encargadas de garantizar el derecho a la salud, pero también aquellas instancias privadas, que como las aseguradoras, todavía establecen controles discriminatorios para no dar cumplimiento a la obligación de brindar sus servicios sin exclusiones ni distinciones arbitrarias.

(VV.AA. 2011: s.p.)

Desde el contexto ecuatoriano, se hace referencia al concepto indígena de "*alli kawsay* o '*buen vivir*'", como un concepto reconocido en la Constitución ecuatoriana, incluyendo una atención sanitaria no limitada al tratamiento de enfermedades (Proyecto TRVNSG3NERO en: Vásquez 2010[2009]: 18).

EXIGIMOS: (...)

La concepción de un sistema de salud, entendido, como lo recoge la actual Constitución ecuatoriana, como parte del *alli kawsay* o "buen vivir", y de cuyos servicios no tienen derecho a beneficiarse sólo las personas enfermas, sino también las personas sanas con necesidades específicas.

(Proyecto TRVNSG3NERO en: Vásquez 2010[2009]: 18)

Desde perspectivas teórico-activistas y aliad**s*, se contribuyen reflexiones para trabajar hacia la despatologización trans* sin poner en peligro el acceso a la atención sanitaria trans-específica (Alessandrin 2013[2011]; Andía Pérez, et al. 2009; Cabral 2009c, 2010a, 2010b, 2011a, 2014; García Becerra y Missé 2010; Missé 2010a, Missé y Coll-Planas 2010b; Reucher 2013[2011]; Suess, et al. 2014; Theilen 2014).

En este sentido, Theilen (2014) construye, desde una perspectiva jurídica y marco de Derechos Humanos, el 'derecho a la despatologización trans*' ("*right to trans deopathologisation*", 327), basando el mismo en el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (artículo 12) y el derecho a la non-discriminación (artículo 2.2), tal como lo establece el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (ONU 1966a).

El autor hace referencia a potenciales objeciones a este derecho, en concreto el argumento de un impacto negativo de la despatologización en el derecho de acceso a la atención sanitaria (Theilen 2014). Partiendo de la observación del impacto de estigmatización del diagnóstico psiquiátrico en la vida de las personas trans*, Theilen señala que *"the right to health is implicated and may be violated in any number of scenarios, for example, by failing the obligation to respect when a State pathologises transsexuality itself (for example by requiring medical assessments) or by failing its positive obligations when others do so. Furthermore, the fact that only transsexual and transgender persons are pathologised, but not the large majority of cisgender persons, constitutes unequal treatment"*(6).

Para deconstruir la oposición entre el 'derecho a la despatologización trans' y el 'el derecho a la atención sanitaria trans-específica', Theilen (2014) señala que 1. Solo una parte de las personas trans* necesitan acceso a la atención sanitaria trans-específica, pero todas las personas están expuestas a las consecuencias de una clasificación diagnóstica estigmatizante, 2. El 'derecho a la atención sanitaria trans-específica' en sí mismo se debería concebir como un Derecho Humano, 3. El conflicto entre ambos derechos no deriva de su carácter excluyente, sino del modelo actual de acceso a la atención sanitaria trans-específica. Para desactivar el conflicto entre ambos derechos, Theilen (2014) propone la introducción de una legislación que garantizara el acceso a una atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta sin conceptualizar a la transexualidad como una enfermedad, así como un reconocimiento legal de género sin requisitos patologizantes.

El autor deriva diferentes obligaciones de este derecho a la despatologización trans*, tanto dirigidas a los Estados, como a la OMS (Theilen 2014). A nivel de los Estados, hace referencia a la obligación de los estados de cumplir con los principios establecidos en el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, incluyendo el derecho a la salud y el derecho a la no discriminación. En relación al proceso de revisión de la CIE, Theilen (2014) observa una contradicción entre la categoría diagnóstica de '*Gender identity disorder*' y el mandato de la OMS establecido en su texto de constitución (OMS 1948).

To sum up the findings thus far: a human right to trans depathologisation, as advocated by the CESCR, does indeed exist. It need not necessarily come into conflict with the right to trans-specific health care, since such health care can be provided even if transgenderism is not considered an illness. That the two rights can coexist peacefully is reflected in the demands of various organisations and institutions advocating trans depathologisation: they call for both depathologisation and access to health care without seeing any contradiction between the two.^[nota a pie de página]
(Theilen 2014: 11)

Finalmente, Theilen (2014) señala que el 'derecho a la despatologización trans*' no debería implicar la aceptación de la estigmatización de enfermedades en general. Además, hace referencia a los *"critical disability studies"* (11) que parten de una conceptualización de la discapacidad como causada por el entorno social, como un enfoque aplicable a los procesos de estigmatización de las trayectorias trans*.

Two caveats are in order on what accepting a right to trans depathologisation does not mean. First, it does not imply acceptance of the stigmatisation of illnesses in general. Transgenderism is a special (though not necessarily unique) case in that there is no justification for considering it an illness in the first place; one can therefore tackle the problem at the meta-level, as it were. Where an actual illness is concerned (for example, HIV/AIDS), the general destigmatisation of illnesses remains important. ^[nota a pie de página] And secondly, advocating depathologisation of transgenderism does not preclude (though nor does it entail) seeing transgenderism as a disability, in the critical disability studies sense that disabilities are caused by the social environment: ^[nota a pie de página] in fact, the stigma that follows in part from trans pathologisation is the main reason why some scholars consider transgenderism to be a disability in that sense. (Theilen 2014: 11)

Otr*s autor*s nombran como posibles argumentos el carácter inclusivo de un sistema de Salud Pública no limitado a una atención a enfermedades (Missé en García Becerra y Missé 2010; Missé y Coll-Planas 2010b), la reforma de la categoría diagnóstica actual (Cabral 2010a), el desarrollo de un marco estratégico basado en el derecho al bienestar y libertad de expresión (Cabral 2010a) o el reconocimiento de la atención sanitaria trans-específica como una práctica médica no basada en una patología (Cabral 2010a).

En este tiempo hemos discutido y debatido largamente con activistas que planteaban la cuestión del “esencialismo estratégico” y creo que es una de las críticas más frecuentes a nuestra reivindicación. Por ello, creo que vale la pena que de nuevo discutamos, hablemos y acerquemos posiciones.

Sin duda, creo que es importante que construyamos algo juntos, más allá de las estrategias y de los infinitos debates terminológicos que actualmente escinden nuestro movimiento. A mí no me interesa tanto la lucha identitaria como la lucha por unos determinados derechos sociales. Digo esto porque para mí no se trata tanto de una cuestión trans como de una cuestión de salud pública, de un sistema sanitario inclusivo y universal para tod@s, un sistema para usuari@s y no para enferm@s.

(Miquel Missé en: García Becerra y Missé 2010: 201-202)

Más allá de sus diferencias, todas y cada una de las distintas iniciativas despatologizadoras –desde las que proponen reformas en la nomenclatura hasta aquellas que promueven la completa liberación trans de la codificación psiquiátrica– coinciden en una cuestión clave: cualquiera sea la fórmula que finalmente adopte la despatologización, esa fórmula debe ser capaz de garantizar el acceso a tecnologías de modificación corporal. (...) Y hay varias estrategias en juego para hacerle frente. Una de esas estrategias es la reformulación crítica del propio diagnóstico (por ejemplo, a través de despatologizar las identidades trans, manteniendo la disforia de género como vía de acceso a cirugías y hormonas). Otra estrategia se plantea la elaboración de un marco conceptual y normativo capaz de justificar el acceso a esas tecnologías sin caer en ningún tipo de patologización, basándose, en cambio, en argumentos tales como el derecho al bienestar o a la libertad de expresión. Otra estrategia, que intenta conciliar ambas posiciones, sostiene la necesidad de reinscribir los procedimientos quirúrgicos y los tratamientos hormonales como prácticas médicas cuya orden de necesidad no está justificada por una patología (el ejemplo privilegiado ha sido, hasta ahora, el embarazo).

(Cabral 2010a: s.p.)

Además, se alegan ejemplos de procesos sanitarios, entre ellos el embarazo (Cabral 2010a; Missé en: Sacayán 2010), las cirugías reconstructivas de pecho (Missé en: Sacayán 2010), la interrupción voluntaria del embarazo (Missé en: Sacayán 2010), así como las operaciones de nariz u orejas (Pérez Fernández-Fígares 2010) para señalar la existencia de situaciones de salud que requieren atención sanitaria sin constituir enfermedades y en las que se ha conseguido el derecho a un acceso públicamente cubierto.

¿Cuál es el click que debería hacer el sistema sanitario?

—Comprender a la transexualidad como un fenómeno que no es una patología, es decir, es una decisión que las personas toman sobre sus propios cuerpos porque prefieren vivir en otro género y ya está. Asumámoslo así, sin entrar al debate de las causas, al igual que el aborto y embarazo, como muchas cirugías estéticas que se producen desde el sistema sanitario público. Por ejemplo, cuando hay que extirpar un pecho a causa de un cáncer de mama y poner o reconstruir con un implante se considera una cirugía orgánica. No es que la persona esté enferma si le falta ese pecho, es que los médicos saben que si sale con un solo pecho a la calle la van a estigmatizar. Entonces se preocupan de ponerle un nuevo pecho y no la consideran una enferma mental. Esto es, el sistema sanitario público ya ha reconocido que hay una presión brutal con el cuerpo. Habría que introducir una categoría desde donde abordar la categoría transexualidad que no implique diagnóstico. (Miquel Missé en: Sacayán 2010: s.p.)

3.5.1.3.2. Inclusión de una categoría no patologizante en la CIE

El carácter de la CIE como clasificación no solo de trastornos mentales o enfermedades, sino de diferentes tipos de procesos de salud que requieren atención sanitaria (capítulo II, 2.2.2.3), abre la posibilidad de nuevas estrategias para el activismo por la despatologización trans* en la búsqueda de vías para garantizar el acceso a la atención sanitaria trans-específica desde un paradigma de despatologización. En este sentido, STP propone la introducción de una mención no patologizante de la atención sanitaria trans-específica en la CIE-11, fuera del capítulo ‘Trastornos mentales y de comportamiento’, como un proceso de salud no basado en trastorno o enfermedad (Red Internacional por la Despatologización Trans 2009b; STP-2012 2011a, 2011b, 2011c, 2011d, 2012a, 2012c; STP 2013a, 2013c, 2013d, 2014b).

[L]a Red Internacional por la Despatologización es consciente de la importancia de garantizar los derechos sanitarios de las personas trans. Por eso, incluye entre sus objetivos la demanda de libre acceso a la hormonación e intervención quirúrgica, sin necesidad de autorización psiquiátrica para aquellas personas que lo requieran, y su cobertura por los Sistemas de Salud Públicas. Para garantizar estos derechos sanitarios, la Red Internacional por la Despatologización apoya una mención no patologizante en el CIE, siempre que esta mención no signifique una reclasificación de la transexualidad como enfermedad mental, orgánica o neurológica.

(Red Internacional por la Despatologización Trans 2009b: s.p.)

En este sentido, demandamos la **retirada de los criterios diagnósticos relacionados con las identidades trans del DSM y de la sección de trastornos mentales de la CIE**. A la vez, como ya hemos constatado en declaraciones anteriores y con el objetivo de facilitar la garantía de cobertura sanitaria, proponemos la **inclusión de una mención no patologizante de la atención sanitaria trans-específica en la CIE-11**, como un proceso de salud no basado en una enfermedad.

(STP-2012 2011b: 6)

[N]uestras demandas dirigidas a la Organización Mundial de la Salud (OMS) siguen siendo las siguientes:

- La retirada completa de los bloques / categorías F64, F65.1 y F66 del capítulo V de la CIE.
- La inclusión de una referencia no patologizante de la atención sanitaria trans-específica, como un proceso de salud no basado en enfermedad o trastorno, en la CIE-11, fuera del capítulo V.

(STP 2013c: 5)

Diferentes otros grupos y redes activistas, así como autor*s individuales con trayectoria teórico-activista, procedentes de contextos sociopolíticos diferenciados publicaron propuestas para la introducción de una referencia no patologizante en la CIE (ATPN 2010; ILGA-Europe

2010; GATE 2012, 2013a; TGEU 2009, 2012a, 2014[2013]; TGEU e ILGA-Europe 2009).

En este sentido, *TGEU, Transgender Europe*, en su *Call for Action / Call for Support* de la Campaña STP publicado en agosto de 2009, incluye la propuesta de una mención no patologizante en la CIE entre las demandas adicionales propuestas desde TGEU.

The European Transgender Network "Transgender Europe" (TGEU) supports the annual campaign of the Trans Depathologization Network and calls upon its member organizations and other European trans organizations as well as our allies in other world regions to join the campaign and organise actions in their cities or countries.

The Steering Committee of TGEU has adopted three additional demands in relation to the removal of Gender Identity Disorder from the DSM and ICD. We have added these demands because we want trans people to have access to health insurance funded hormones and surgery options without having to be pathologized as disordered in terms of their identity. We also want all trans people to be able to change their name and gender in all documents without requiring any compulsory medical treatment or diagnosis:

- The creation of an alternative non-pathologizing category in the ICD 11, recognizing that our gender identities are not mental health disorders while still enabling hormonal and surgical medical assistance to be provided for those trans-people who seek such assistance.
- The funding of hormonal and surgical medical assistance for trans people by national health insurance.
- The creation of processes for changing legal name and gender without compulsory treatment or any form of diagnosis.

(TGEU 2009: s.p.)

Asimismo, se menciona la propuesta de una categoría no patologizante en la CIE en la *Malta Declaration*, aprobada por l*s participantes de la *Trans Rights Conference* organizada por *TGEU e ILGA-Europe*, celebrada en octubre de 2009 (TGEU e ILGA-Europe 2009). *ILGA-Europe* adopta el mismo texto en una declaración publicada con motivo del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans* en 2010 (ILGA 2010).

We observe with great concern that trans identities are still pathologized and considered a mental health condition. Given its strong implications on the living of trans people in Europe we therefore demand the removal of gender identity disorder from the International Classification of Diseases (ICD) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

- We call upon the World Health Organisation to safeguarded the human rights of trans people in the current revisions of the ICD 10 and DSM IV.
- We call for an alternative non-pathologizing category in the ICD 11, which establishes quality standards for medical treatments ample to support the gender expression of trans people. No national or international health institution shall render transgender identities as mental health disorders. They should nonetheless enable access to hormonal, surgical and or psychological medical assistance to be provided to those trans-people who seek such assistance.

(ILGA-Europe 2010: s.p.; TGEU e ILGA-Europe 2009: s.p.)

Además, en 2009 se publica una declaración conjunta de *TGEU, Transgender Europe, IDAHOT, International Day against Homophobia and Transphobia* y *Gender Dynamix*, en la que las tres organizaciones, de procedencia europea, internacional y sudafricana, demandan a la OMS la retirada de la categoría de trastorno mental y la promoción del acceso a una atención sanitaria adecuada (TGEU, IDAHOT y Gender Dynamix 2009). Además, piden a los organismos de Derechos Humanos de la ONU la identificación y denuncia de las violaciones de Derechos Humanos cometidas contra personas trans* (TGEU, et al. 2009). Finalmente, instan a los gobiernos adoptar los *Principios de Yogyakarta*, garantizar el acceso de las personas trans* a la

atención sanitaria y establecer procedimientos para el reconocimiento legal de género (TGEU, et al. 2009).

The W.H.O. to stop considering Trans people as mentally disordered and to promote access to adequate health care and psychological support, as desired by Trans people.

- The United Nations Human Rights bodies to examine the human rights abuses that Trans people face around the world and to take action to combat these abuses.

- The States of the World to adopt the international Yogyakarta Principles and ensure that all Trans people benefit from appropriate health care, including gender reassignment if they so wish; be allowed to adapt their civil status to their preferred gender; live their social, family or professional lives without being exposed to transphobic discrimination, prejudice or hate crime and that they are protected by the police and justice systems from physical and non-physical violence.

We call on the UN, the W.H.O. and the nations of the world, in adopting these measures, to refuse transphobia and welcome the right of their citizens to live fully and freely in their preferred gender, assumed as an expression of cultural freedom.

(TGEU, et al. 2009: 2)

Desde diferentes contextos culturales y geopolíticos, se aportan propuestas para garantizar el acceso sanitario, incluyendo la recomendación de un uso de categorías existentes en la CIE, así como propuestas relacionadas con las características y el emplazamiento de una referencia no patologizante de la atención sanitaria trans-específica en la CIE.

Desde el contexto francés, se propone la búsqueda de opciones para "*depathologisers les identifications de genre trans sans démedicaliser*" (Macé 2011: 7).

C'est ici me semble-t-il tout l'intérêt d'une discussion concernant la révision de la CIM de l'OMS car la CIM, contrairement au DSM, ne concerne pas que les pathologies mentales mais l'ensemble des pathologies, permettant ainsi cette opération consistant à dépathologiser les identifications de genre trans sans démedicaliser et même sans dépsychiatriser, si nécessaire, les particularités des parcours trans.

(Macé 2011: 7)

En consecuencia, se propone la introducción del concepto de 'identidad de género' en el Capítulo 'Factores que influyen el estado de salud y el contacto con los servicios de salud' (códigos Z en la CIE-10) (Reucher (2013[2011])).

[A] transidentité pourrait être classée (comme le sont la contraception et l'avortement non pathologique Z30.3) dans le CHAPITRE XXI. Voici plusieurs possibilités dans ce chapitre:

1.200-Z99 Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé

Z55-Z76 Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psycho-sociales [...]

Z60.5 Cible d'une discrimination et d'une persécution Discrimination ou persécution, réelle ou perçue comme telle, pour des raisons d'appartenance à un groupe (défini par la couleur de la peau, la religion, l'origine ethnique, l'identité de genre, etc.) et non pour des raisons liées à la personne.

Concernant Z60.5, il serait utile d'ajouter à la liste «*l'identité de genre*» même si le «*etc.*» laisse le champ libre.

2.Z70-Z76 Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs qui après ajout d'un point Z77 devient:

Z70-Z77 Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs [...] Z77 Variation de l'identité de genre ou «identité de genre atypique» ou «transidentité» ou «trans-identité» ou «trans identité»

3.Z40-Z54 Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et soins spécifiques

Z40 Opération prophylactique [...]

Z40.1 Traitements prophylactiques pour variation de l'identité de genre ou «identité de genre atypique» ou «transidentité» ou «trans-identité» ou «trans identité»

(Reucher 2013[2011]): 46)

En cambio, la asociación LGBT Denmark (2011) da preferencia a la utilización de categorías ya existentes en la CIE, como ‘hirsutismo’ o ‘disfonía’.

A specific case of transgender treatment proves that the diagnosis F64.0 is not necessary in order to obtain care. A transgender woman has in fact received treatment for unwanted growth of hair related to the diagnosis *hirsutism*, voice-training related to the diagnosis *dysphonia*, depositing genetic material related to the diagnosis *donor of other tissue or organs*. The Department of Sexology, National Danish Hospital did not even use the diagnosis F64.0 during the course of the assessment, which lasted 2 1/2 years. The only occasion where the diagnosis was used was for the gynecologist referral. She later described the person in treatment as “a woman lacking sufficient hormonal production”. This description indicates that hormone treatment could be offered for *hypogonadism*, if the hierarchy of F64.x did not exist. This shows that the diagnoses F64.x are not necessary for treatment of transgender people.
(LGBT Denmark 2011: 4)

Desde el contexto alemán, se aporta una propuesta que combina un enfoque de Derechos Humanos con una argumentación basada en la hipótesis de una etiología neurológica de la transexualidad, concibiendo la misma como una forma de intersexualidad (ATME e.V. 2011).

We demand the WHO once more to remove transsexualism from the F-section of the ICD in order to clarify that transsexual people may no longer be force pathologized. In all likelihood, transsexuality is a form of intersexuality.
The WHO should remind international psychologist and psychiatry associations that the forced pathologization of transsexual people is a violation of human rights.
The WHO should, in particular, demand that the APA, the American Psychiatrists Association, delete the term "gender identity disorder" or „gender dysphoria“ from the DSM without replacement and discontinue their practice of human rights violations against transsexual people. In addition, psychologists, psychiatrists and doctors worldwide should be committed to human rights and scientific knowledge. (...)
At the same time, transsexuality must be recognized internationally as an innate affliction, by which the body or parts of the body deviate from the person's actual sex. Transsexuality is suffering in one's own body - it is not a physical disease or insanity.
(ATME e.V. 2011: 19-20)

Asia-Pacific Transgender Network (APTN 2010) comparte la demanda de retirada de las categorías trans-específicas actuales del DSM y de la CIE, así como la propuesta de inclusión de una categoría no patologizante en otra sección de la CIE, fuera del capítulo ‘Trastornos mentales y de comportamiento’. APTN (2010) propone centrar esta nueva categoría diagnóstica en el concepto de incongruencia entre identidad y apariencia física o en la vivencia de disforia, sin patologizar las identidades de las personas trans*.

We note that the APA and WHO are currently engaged in revisions of DSM and ICD respectively. We join other professionals and organisations in calling upon the APA, in the next DSM revision (DSM-V), to remove diagnoses which pathologise gender identity variance, as well as those which pathologise cross-dressing. We call upon the WHO, in the next ICD revision (ICD-11), to remove transsexualism and related diagnostic categories from the section dealing with mental disorders, instead providing a diagnostic category elsewhere in ICD that will provide for the needs of those gender identity variant people who require medical care for their condition, but without the stigma attached to mental disorder.
We appreciate that some gender identity variant people, particularly those growing up in parts of the world intolerant towards gender variance, may experience a gender dysphoria that is both persistent and highly distressing. For such persons counselling and medical support aimed at helping them transition will be a medical necessity. For them a diagnosis may be appropriate for facilitating access to transgender healthcare. But we agree with others community groups and professionals that the most appropriate diagnosis is not to pathologise their identity. It would be more appropriate to focus the diagnosis either on the

physical incongruence they experience (their problem is that their body does not match their identity) or their dysphoria (their problem is that they are depressed or distressed about their body). Once again, their identity should not be pathologised.
(APTN 2010: 1)

Desde el contexto venezolano y experiencia en el ámbito internacional como asesora de WPATH, Tamara Adrián (2013) aporta una reflexión sobre las discusiones actuales relacionadas con el proceso de revisión del DSM y la CIE, bajo el título *Cuadrando el círculo: despatologización vs derecho a la salud de personas trans en DSM-5 y CIE-11*. Partiendo de la necesidad de “desestigmatizar las identidades trans, ante la evidencia de que la patologización contribuye a la exclusión social, cultural, educativa y laboral de dichas personas” y la importancia de asegurar “el acceso al derecho a la salud para esta población”, la autora hace referencia a “las dificultades de lograr el equilibrio necesario” (Adrián 2013: 58). Adrián (2013) indica que en caso del DSM, compaginar ambas necesidades parece más difícil, por el carácter del DSM como manual de trastornos mentales, mientras en caso de la CIE, resalta la posibilidad de “la creación de una categoría de condición de salud no patologizante ubicada en un capítulo diferente de las enfermedades mentales” (65). Hace referencia a la existencia de un “consenso preliminar” acerca de esta categoría no patologizante, con diferentes contribuciones, sin que (en el momento de publicación del artículo) se hubiera llegado a un resultado, por tratarse de “un proceso en pleno desarrollo” (Adrián 2013: 65).

En el contexto norteamericano, se puede observar una propuesta diferente para compaginar despatologización y derechos sanitarios, en concordancia con las características de las políticas de cobertura de los seguros sanitarios existentes en los Estados Unidos (Ehrbar, Winters y Gorton 2010). En un capítulo de la antología *El género desordenado. Críticas acerca de la patologización de las identidades trans*, I*s tres autor*s, desde perspectivas activistas y profesionales, aportan diferentes visiones sobre el proceso de reforma del DSM y la disponibilidad de estrategias para compaginar el objetivo de despatologización con la cobertura de la atención sanitaria trans-específica por las agencias aseguradoras (Ehrbar, et al. 2010).

Desde un reconocimiento de posiciones diferenciadas respecto al rol de la despsicopatologización, Ehrbar, et al. (2010) identifican “valores básicos” compartidos, entre ellos “la justicia social, el valor innato de la diversidad de género, el acceso a los tratamientos médicos como un derecho civil y la auto-determinación de la identidad como un derecho humano” (173). Partiendo de la conciencia de la dificultad de la cobertura sanitaria sin un diagnóstico relacionado con una enfermedad o trastorno, en vez de una retirada completa de las categorías trans-específicas proponen su reforma, mediante el cambio de la terminología, un mayor foco en el malestar, así como la inclusión de una cláusula de salida del diagnóstico (Ehrbar, et al. 2010). Al mismo tiempo, demandan la retirada completamente de la categoría diagnóstica de ‘Travestismo fetichista’ (Ehrbar, et al. 2010).

En un texto de reflexión publicado en julio de 2011, STP revisa diferentes propuestas

presentes en el ámbito activista (STP-2012 2011b), entre ellas 1. La reforma de la clasificación actual como trastorno mental, evitando una terminología patologizante, bajo mantenimiento de la clasificación psiquiátrica, 2. La abolición de la clasificación actual como trastorno mental y sustitución por un diagnóstico de enfermedad neurológica u orgánica, grado de discapacidad o malestar clínicamente significativo, 3. El uso de códigos existentes en la CIE para la cobertura de la atención sanitaria trans-específica, previo reconocimiento de la identidad de género de la persona trans* (ej. cobertura de la cirugía genital en mujeres trans* usando el diagnóstico de agenesia vaginal o justificación de la mastectomía en hombres trans* bajo uso del diagnóstico de ginecomastia), así como 4. La abolición de la clasificación actual como trastorno mental y justificación de la cobertura sanitaria sin una utilización de criterios diagnósticos de enfermedad, mediante el uso de los siguientes argumentos: a) Un cálculo de costo-eficacia, teniendo en cuenta los potenciales riesgos de salud asociados a la no atención, b) La definición de salud de la OMS, c) Un modelo de prevención, d) La inclusión de una mención no patologizante de la atención sanitaria trans-específica en la CIE, como un proceso de salud no basado en enfermedad y e) Una argumentación de Derechos Humanos.

Finalmente, STP hace explícita su propia posición, apoyando las propuestas que parten de una argumentación de Derechos Humanos y la definición de salud establecida por la OMS (STP-2012 2011b). A la vez, rechaza una sustitución de la clasificación actual por una categoría de enfermedad orgánica o neurológica, patologización de características corporales específicas o justificación mediante un estatus de discapacidad (STP-2012 2011b).

Consideramos que una reforma de los criterios diagnósticos actuales dentro de una clasificación psiquiátrica, así como la propuesta de su sustitución por otros criterios diagnósticos de enfermedad orgánica / neurológica, patologización de características corporales o atribución de un estatus de minusvalía, se traduciría a la continuación de una situación de patologización de las personas trans que puede contribuir a un riesgo de discriminación, transfobia y exclusión social.

(STP-2012 2011b: 6)

3.5.2. Procesos activistas y reflexiones teórico-activistas precedentes

En reflexiones activistas y teórico-activistas precedentes al actual momento de debate sobre despatologización trans*, ya estaba presente la preocupación por la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica.

En este sentido, los *Health Law Standards of Care for Transsexualism* (ICTLEP 1993a) establecen principios relacionados con el derecho de acceso a la atención sanitaria trans-específica. Partiendo de la conceptualización del transexualismo como "*an ancient and persistent part of human experience*" y "*not in itself a medical illness or mental disorder*" (ICTLEP 1993a: s.p.), se nombra el principio del derecho a una expresión de la identidad de género a través de la modificación corporal, incluyendo el tratamiento hormonal y de cirugía. Además, se señalan los efectos potenciales de malestar, sufrimiento y disminución de la capacidad de funcionamiento social, económico y sexual en consecuencia de una denegación

del control sobre el propio cuerpo, la expresión de género y el acceso informado a servicios médicos. Asimismo, se hace referencia al derecho de l*s profesionales de salud a pedir un pago razonable para sus servicios, así como el principio de no discriminación de las personas trans* en el ámbito sanitario (ICTLEP 1993a).

Principle 1. Transsexualism is an ancient and persistent part of human experience and is not in itself a medical illness or mental disorder. Transsexualism is a desire to change the expression of one's gender identity.

Principle 2. Persons have the right to express their gender identity through changes to their physical appearance, including the use of hormones and reconstructive surgery.

Principle 3. Persons denied the ability to exercise control over their own bodies in terms of gender expression, through informed access to medical services, may experience significant distress and suffer a diminished capacity to function socially, economically and sexually.

Principle 4. Providers of health care (including surgical) services to transsexuals have a right to charge reasonable fees for their services, to be paid in advance, and to require a waiver of all tort liability except negligence.

Principle 5. It is unethical to discriminate in the provision of sex reassignment services based on the sexual orientation, marital status, or physical appearance of a patient.

(ICTLEP 1993a: s.p.)

En concordancia con estos principios básicos, se establecen como estándares 1. El deber de l*s profesionales sanitari*s de facilitar tratamiento hormonal bajo firma de un Consentimiento Informado por parte de la persona que busca tratamiento, siempre que su estado de salud permitiera el tratamiento y el permiso de la pareja de la persona trans*, 2. El deber de l*s médic*s de registrar las prescripciones de hormonas, con el objetivo de crear datos científicos sobre potenciales riesgos, 3. El deber de l*s cirujan*s de realizar cirugías de 'reasignación sexual', bajo firma de un Consentimiento Informado y el permiso de la pareja, siempre que el estado de salud permitiera la intervención y se hubiera completado un año de tratamiento hormonal, 4. El deber de registro de las intervenciones quirúrgicas y 5. El derecho de l*s usuari*s a la privacidad (ICTLEP 1993a).

Bajo el pseudónimo de Katherine Wilson, Kelley Winters revisa en un artículo publicado en 1997 las categorías de 'Trastornos de Identidad de Género' y 'Fetichismo Transvestista' en el DSM-IV (Wilson 2000[1997]). La autora constata un lenguaje ambiguo, la presencia de contradicciones internas y estereotipos sexistas, el carácter contradictorio de una psiquiatrización de actitudes de género no-conformistas en niñ*s, así como la falta de una *exit clause* en la clasificación actual (Wilson 2000[1997]). En vez de su abolición, propone una reforma de la categoría actual en el DSM, en el sentido de un reemplazo del criterio actual de diferencia del 'sexo' asignado por un criterio de malestar e impedimento, así como de una sustitución de la categoría actual de trastorno mental en la CIE por una categoría médica (Wilson 1997). En un artículo posterior, Kelley Winters (2006) revisa el efecto estigmatizante de la categoría 'Gender Identity Disorders', proponiendo una reforma de los criterios diagnósticos, centrando los mismos en la experiencia de malestar, con referencia a enfoques de atención sanitaria trans-específica basados en el Consentimiento Informado y reducción del daño, como realizados en el *Tom Waddell Health Center*, San Francisco (2011; capítulo II, 3.6). Además,

propone un cambio del nombre de la categoría diagnóstica a "*Gender Dissonance*"; por focalizar en la experiencia de "*incongruence or disconnection of experienced gender and physical sex as the focus of clinical interest rather than gender identity itself as pathological or disordered*" (Winters 2006: 86).

Como otro ejemplo de la presencia de un debate sobre propuestas de reforma de la clasificación existente en el DSM, se puede nombrar la discusión de argumentos pro y contra de un mantenimiento de la clasificación de los tránsitos en el género como trastorno mental en la edición de 1997 de la revista *Transgender Tapestry* (O'Hartigan 1997; Wilkins 1997; capítulo II, 3.1.2). Mientras Wilkins (1997) destaca el efecto estigmatizante de la clasificación psiquiátrica, proponiendo su sustitución por una categoría de minusvalía física, O'Hartigan (1997) aboga por el mantenimiento del estatus de trastorno mental como garantía de la cobertura sanitaria y herramienta en la lucha por los Derechos Humanos de las personas trans*.

3.5.3. Críticas

La elaboración de estrategias para compaginar la demanda por el derecho a la despatologización y el derecho a la atención sanitaria trans-específica se puede leer como una reacción del activismo por la despatologización trans* a una preocupación y crítica interna al movimiento trans*, el miedo a la pérdida de derechos sanitarios.

Al mismo tiempo, esta necesidad plantea un reto complejo al activismo por la despatologización trans*, el imperativo de un balance entre la demanda de abolición o reforma de la clasificación diagnóstica, el rechazo del sistema establecido o su mejora, la protesta o la negociación. Desde perspectivas teórico-activistas, se aportan diferentes reflexiones sobre esta ambivalencia (Fernández 2010; Missé 2012b).

En este sentido, se observan diferentes momentos en el activismo por la despatologización trans*, un primer momento de crítica radical hacia el modelo diagnóstico actual de la transexualidad y un segundo momento de negociación con organismos internacionales o regionales, con el objetivo de defender el derecho a la despatologización paralelamente al derecho de acceso a una atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta de la más alta calidad posible (Missé 2012b). En esta segunda fase, se constata una contradicción entre un proceso de negociación con un sistema (médico, psiquiátrico, diagnóstico) y el rechazo de sus fundamentos (Missé 2012b).

Podemos decir que en la lucha por la despatologización se diferencian dos etapas básicas (o por lo menos, son las que hemos identificado hasta el momento). Una primera que ha consistido en hacer público el T.I.G. y colocar este tema en la agenda política del movimiento social. Una segunda etapa, en la que nos encontramos ahora, que implica realizar un trabajo más burocrático. Hasta ahora este activismo era un ejercicio de visibilidad y de crítica social, pero tras socializar la crítica hace falta una nueva perspectiva propositiva, es decir elaborar una propuesta oficial para eliminar el diagnóstico y establecer una alternativa viable, real y que tenga sentido a nivel internacional. Hace falta generar un diálogo con las instituciones públicas y las comisiones que revisan tanto el DSM como el CIE. Es el momento de incorporar a una lucha basada en la acción directa un discurso estructurado sobre cómo abordar el tratamiento de las personas trans proponiendo una

solución legal y médica coherente. Seguramente, ahora vivimos el momento más complejo de esta lucha: defender que tenemos derecho a la sanidad pública aunque no tengamos ninguna enfermedad es la cuestión más difícil de resolver. Podríamos decir que ahora nos encontramos en este punto, construyendo con estrategia la mejor respuesta posible para que nuestra reivindicación sea lo más sólida posible, y cada vez más implacable a las críticas. Ahora estamos perfeccionando el discurso, generando un espacio de estudio, de reflexión y de discusión sobre las consecuencias de la despatologización.

(Missé 2012b: 7).

En este sentido, se abre una reflexión sobre los límites de los procesos de reconocimiento y los peligros inherentes a un paso de la reivindicación del cambio hacia la negociación dentro del sistema establecido, bajo riesgo de su perpetuación (Cabral 2014; Fernández 2010).

La despatologización como horizonte se parece, en este sentido, a una cinta de Moebius: la apuesta por el máximo de libertad pareciera hacerle el juego al enmascaramiento de la biomedicina como principio regulador del deseo de transicionar; la apuesta por el mínimo, en tanto, pareciera hacerle el juego a la perpetuación de la lógica biomédica, diagnosticando el deseo transicional como patología personal y política.

(Cabral 2014: s.p.)

El reconocimiento en sí mismo nunca ha demostrado devolvernos tanto como la posibilidad de disputar lo que significa el propio reconocimiento, de cuestionar sus normas y transformar continuamente sus –nuestras– fronteras; de dignificar lo que queda en sus márgenes. La apuesta es un proceso siempre inconcluso en el que sabemos que las fórmulas de reconocimiento que (re)creamos, si no amenazan el statu quo en el que vivimos, acabarán por reforzar las mismas exclusiones que combatimos.

(Fernández 2010: 192)

Al mismo tiempo, se señala que el objetivo de negociación con instituciones internacionales o regionales no es el único fin del activismo por la despatologización trans*, anteponiendo el objetivo de una creación de nuevos imaginarios y reflexión interna al espacio activista (Missé 2012b; capítulo II, 3.11).

No se trata tanto de llegar a la American Psychiatry Association o a la Organización Mundial de la Salud sino de modificar el imaginario de nuestro entorno, cuestionar nuestras políticas locales, y hacer reflexionar críticamente a la sociedad sobre las cuestiones trans. Y por encima de todo: hacer reflexionar a las personas trans sobre la cuestión trans.

(Missé 2012b: 9)

3.5.4. Aportaciones desde la perspectiva de profesionales de la salud

Desde la perspectiva de profesionales de la salud, se pueden identificar reflexiones sobre la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica desarrolladas por parte miembros de los Grupos de Trabajo de *WPATH*, *World Professional Association for Transgender Health*, otras asociaciones profesionales y autor*s individuales.

3.5.4.1. Recomendaciones de WPATH para el proceso de revisión del DSM

Como indicado más arriba (capítulo II, 3.1.4.2.1), en el proceso de elaboración de recomendaciones de WPATH para el proceso de revisión del DSM, se incluyó un Grupo de Trabajo encargado de analizar el impacto de los cambios en la clasificación diagnóstica de los tránsitos en el género en el DSM en el acceso y la cobertura o reembolso de la atención

sanitaria trans-específica (Corneil, et al. 2010). En el artículo, l*s autor*s revisan el marco de Derechos Humanos sobre acceso sanitario, las consecuencias de la clasificación diagnóstica de los procesos de tránsito en el género como trastorno mental, las necesidades de atención sanitaria general y trans-específica, así como el actual modelo de evaluación en el acceso a los tratamientos hormonales y cirugías trans-específicas (Corneil, et al. 2010).

El Grupo de Trabajo discute diferentes opciones y sus implicaciones para el acceso sanitario. En primer lugar, hacen referencia a la opción de un mantenimiento de la terminología actual para describir y clasificar la experiencia trans* en el DSM (Corneil, et al. 2010). Como consecuencia, identifica un continuado des-empoderamiento a través de una categoría basada en el malestar, paralelamente a una limitación del acceso a la atención sanitaria general y trans-específica, el mantenimiento del modelo de evaluación y la continuación de un *"disease focus"* en la CIE (Corneil, et al. 2010: 111).

Como segunda opción, se identifica la introducción de cambios en la terminología usada para describir la experiencia trans* en el DSM *"from a disordered identity to a normative identity which, in some persons, can cause distress"* (Corneil, et al. 2010: 111), bajo participación de las personas trans* en el proceso de revisión, creando un efecto de empoderamiento. Según l*s autor*s, este enfoque mejoraría el acceso a la atención sanitaria general desde un marco de Derechos Humanos y contribuiría a un cambio del modelo de evaluación y un cambio en la CIE (Corneil, et al. 2010).

En tercer lugar, se nombra la opción de una retirada completa de la terminología usada para describir y clasificar la experiencia trans* en el DSM (Corneil, et al. 2010). En este caso, l*s autor*s prevén una *"perpetuating misinformation and institutional erasure of transgender people, threatening further obstruction of access to health care"* (Corneil, et al. 2010: 111).

Teniendo en cuenta los riesgos identificados en la opción 1 y 3, l*s autor*s optan por la recomendación del mantenimiento de una categoría diagnóstica trans-específica en el DSM, cambiando el foco hacia la vivencia de malestar, a ser desarrollada bajo participación del movimiento trans* y en concordancia con los Estándares de Cuidado y la CIE (Corneil, et al. 2010). A la vez, l*s autor*s expresan su esperanza de un cambio social más amplio a mediano o largo plazo, permitiendo la retirada completa de la clasificación diagnóstica de la identidad de género (Corneil, et al. 2010).

We hope that over time a transnormative state will exist within society, where there is no need for a gender identity-based diagnosis. Pathological descriptions would be limited to the psychological response of a person to gender–sex incongruence. Intermediary decision makers would not be necessary, as standards of care and therapeutic relationships would form the basis on which decisions regarding the health of transgender persons are made. (Corneil, et al. 2010: 112).

3.5.4.2. Declaraciones de asociaciones profesionales

Diferentes asociaciones profesionales publicaron declaraciones en apoyo de la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica (ACOG 2011; APA 2012b; Conselho Regional e Federais de Psicologia 2011; SOCUMES 2011[2010]; WPATH 2008, 2012a).

WPATH (2008) emitió en 2008 una declaración en apoyo a la inclusión de la atención sanitaria trans-específica en los seguros sanitarios en el contexto norteamericano, bajo el argumento de “*medical necessity*” (1), citando la definición del término usada por las compañías aseguradoras en el contexto norteamericano.

Medical necessity is a term common to health care coverage and insurance policies in the United States, and a common definition among insurers is:

“[H]ealth care services that a Physician, exercising prudent clinical judgment, would provide to a patient for the purpose of preventing, evaluating, diagnosing or treating an illness, injury, disease or its symptoms, and that are: (a) in accordance with generally accepted standards of medical practice; (b) clinically appropriate, in terms of type, frequency, extent, site and duration, and considered effective for the patient’s illness, injury, or disease; and (c) not more costly than an alternative service or sequence of services at least as likely to produce equivalent therapeutic or diagnostic results as to the diagnosis or treatment of that patient’s illness, injury or disease”.

(WPATH 2008: 2)

En la declaración, la Junta Directiva de WPATH (2008) pide a las compañías aseguradoras y servicios de atención sanitaria de los Estados Unidos “*to eliminate transgender or trans-sex exclusion and to provide coverage for transgender patient and medically prescribed sex reassignment services necessary for their treatment and well-being, and to ensure that their ongoing healthcare (both routine and specialized) is readily accessible*” (3).

Con una argumentación diferente basada en el principio de no discriminación, el *Committee on Health Care for Underserved Women* del *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG 2011) demanda a las compañías aseguradoras públicas y privadas en el contexto norteamericano cubrir la atención sanitaria trans-específica, así como facilitar el acceso de las personas trans* a la atención sanitaria general. Como argumento a favor de la cobertura alegan que las personas trans* están especialmente expuestas a dinámicas de discriminación y rechazo, contribuyendo a un acceso inadecuado, una infrautilización de los servicios sanitarios y vivencia de desigualdades en el sistema sanitario (ACOG 2011).

Transgender individuals face harassment, discrimination, and rejection within our society. Lack of awareness, knowledge, and sensitivity in health care communities eventually leads to inadequate access to, underutilization of, and disparities within the health care system for this population. (...) The American College of Obstetricians and Gynecologists opposes discrimination on the basis of gender identity and urges public and private health insurance plans to cover the treatment of gender identity disorder (ACOG 2011: 1454)

En 2012, *APA, American Psychiatric Association* publica una declaración en la que apoya la cobertura de la atención sanitaria trans-específica por parte de las compañías aseguradoras, alegando que “*[s]ignificant and long-standing medical and psychiatric literature exists that demonstrates clear benefits of medical and surgical interventions to assist gender variant*

individuals seeking transition” (APA 2012b: 1). En la declaración, APA (2012b) resume su posición como sigue:

APA Position:

Therefore, the American Psychiatric Association:

1. Recognizes that appropriately evaluated transgender and gender variant individuals can benefit greatly from medical and surgical gender transition treatments.
2. Advocates for removal of barriers to care and supports both public and private health insurance coverage for gender transition treatment.
3. Opposes categorical exclusions of coverage for such medically necessary treatment when prescribed by a physician.

(APA 2012b: 1)

En un contexto geopolítico diferente, la Declaración de la *Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad* (SOCUMES 2011[2010]) parte de la consideración de que *"el derecho a la salud pública y el acceso universal y gratuito a sus servicios están garantizados por el Estado cubano para todas y todos, pero que aun se requiere de legislaciones complementarias que protejan integralmente los derechos de las personas transgénero"* (2), reafirmando *"que la transexualidad y otras expresiones transgéneros son manifestaciones de la diversidad sexual, a las cuales se les deben garantizar todos los tratamientos psicológicos, médicos y quirúrgicos que requieran para aliviar las alteraciones a la salud mental de estas personas, resultantes del estigma y la discriminación"* (2).

En el ámbito brasileño, donde el *"Processo Transexualizador"* se incluyó en el *"Sistema Único de Saúde (SUS)"* (s.p.) en 2008 y en 2010 se dio paso a la inclusión de los *"procedimientos de retiradas de mamas, ovários e útero no caso de homens transexuais"* (s.p.), los *Conselhos Federal e Regionais de Psicologia* (2011) demandan, en un manifiesto publicado en apoyo a *STP, Campanha Internacional Stop Trans Pathologization*, el acceso a los tratamientos hormonales y cirugías trans-específicas en el Sistema Sanitario Público sin un diagnóstico psiquiátrico.

Embora a instituição do chamado "Processo Transexualizador" no SUS tenha sido uma grande conquista, entendemos que o **acesso à saúde é um direito de tod@s** e que a assistência médica e psicológica a pessoas trans, o tratamento hormonal e cirúrgico pelos serviços públicos de saúde não devem estar condicionados a um diagnóstico psiquiátrico.

Defendemos o princípio da **integralidade do SUS**, considerando uma concepção positiva de saúde, em que a mesma não é sinônimo de ausência de doença, e, sim, do bem estar bio-psíquicosocial das pessoas.

(Conselhos Federal e Regionais de Psicologia 2011: s.p.)

En los SOC-7, se incluye una declaración explícita a favor de la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica, partiendo de la observación de una falta de acceso a y cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica en muchas partes del mundo (WPATH 2012a).

In many places around the world, access to health care for transsexual, transgender, and gender-nonconforming people is also limited by a lack of health insurance or other means to pay for needed care. WPATH urges health insurance companies and other third-party payers to cover the medically necessary treatments to alleviate gender dysphoria (American Medical Association, 2008; Anton, 2009; The World Professional Association for Transgender Health, 2008).

(WPATH 2012a: 33)

Además, los SOC-7 hacen referencia a la falta de profesionales cualificad*s de Salud Mental en muchas partes del mundo, recomendando la facilitación de formación continuada, así como la provisión de una atención en Salud Mental a distancia (WPATH 2012a). En caso de una falta de acceso a la atención sanitaria trans-específica, se recomienda *"referral to available peer support resources (offline and online)"*, así como la aplicación de enfoques de reducción del daño *"to assist clients with making healthy decisions to improve their lives"* (WPATH 2012a: 33).

3.5.4.3. Autor*s individuales

Aparte de las declaraciones por parte de asociaciones profesionales, se pueden identificar aportaciones de autor*s individuales procedentes del ámbito clínico, entre ell*s profesionales con experiencia profesional en la atención sanitaria trans-específica.

Desde el contexto norteamericano, se hace referencia a las dificultades actuales en el acceso y la cobertura de la atención sanitaria trans-específica (*"[c]urrent policies denying medical coverage for sex reassignment surgery contradict standards of medical care and must be amended"*, Stroumsa 2014: e-31). En consecuencia, se recomienda la formulación de políticas federales para facilitar el acceso de las personas trans* a la atención sanitaria trans-específica, en coherencia con recomendaciones de asociaciones profesionales (Stroumsa 2014).

Desde una perspectiva filosófica y bioética, Giordano (2012b) discute en el artículo *Sliding doors: should treatment of gender identity disorder and other body modifications be privately funded?* argumentos a favor y en contra de la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica. Partiendo del escenario de una retirada completa de las categorías trans-específicas del DSM y de la CIE, Giordano (2012b) esboza dos posiciones opuestas, una posición a favor del pago privado de todo tipo de modificaciones corporales, resaltando la importancia de que la medicina no fomentara imperativos sociales, y una segunda posición que defiende la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica, partiendo de los riesgos del no tratamiento para la salud y el bienestar de la persona trans* y la falta de comparabilidad de la atención sanitaria trans-específica con otros procesos de modificación corporal de carácter estético. En el artículo, Giordano (2012b) contrapone ambas argumentaciones visualmente a través de dos columnas en el texto. A la vez de reconocer la presencia de argumentos plausibles en ambas posiciones, Giordano (2012b) llega a la conclusión de que *"in case of gender identity issues we have prima facie stringent moral reasons to offer funded medical treatment"* (32).

En el contexto español, Esther Gómez Gil y Josep María Peri Nogués (2002), con afiliación del Instituto de Psiquiatría y Psicología Clínica del *Hospital Clinic* de Barcelona, en el que en 2000 se creó una *UTIG*, *'Unidad de Trastorno de Identidad de Género'*, realizan una estimación de la costo-eficacia de la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica en el contexto español, desde la consideración de su 'prevalencia' relativamente baja y la

observación de que *"si se analizan de forma aproximada los gastos sanitarios y el coste social derivado de las repercusiones sanitarias, laborales y sociales que se generan en los pacientes que no completan el proceso de reasignación sexual, podemos comprobar que, en la práctica totalidad de casos, superan notablemente los gastos originados por la cirugía y el tratamiento hormonal"* (Gómez Gil y Peri Nogués 2002: 419).

Esteva de Antonio, Gómez-Gil, Cruz Almaraz, et al. (2012), profesionales de diferentes UTIGs, 'Unidades de Trastorno de Identidad de Género' en el contexto español, junto con el Grupo GIDSEEN, Grupo Español de Identidad y Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología, aportan un resumen del proceso de implementación de la atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta en nueve Comunidades Autónomas entre 1999 – 2012, a partir de la apertura de la primera unidad especializada en 1999 en Andalucía. Señalan el carácter históricamente reciente de la introducción de la atención sanitaria trans-específica en el Sistema Sanitario Público, una distribución geográfica y oferta terapéutica dispar, con servicios de cirugía genital solo disponibles en algunas UTIGs (Esteva de Antonio, et al. 2012).

En otro artículo publicado en el mismo número de la revista, Carrasco-Portiño (2012: 210) confirma la situación de desigualdad geográfica en el acceso a la atención sanitaria trans-específica en el contexto español, abogando por un acceso geográficamente igualitario y haciendo referencia a *"los objetivos fundacionales del Sistema Nacional de Salud español"*, entre los que nombra *"la universalidad, la provisión gratuita en el momento de uso y la asistencia de calidad, eficiente y equitativa"*, la celebración del *Día Internacional por la Despatologización Trans*, así como el apoyo a la retirada de la clasificación diagnóstica de los tránsitos en el género como trastorno mental en la CIE y propuesta de introducción de una categoría diagnóstica no patologizante por parte del Parlamento Europeo (2011).

El pasado 22 de octubre se celebró el Día Internacional por la Despatologización de la Transexualidad, y junto con ello, que el 28 de septiembre el parlamento europeo acordó eliminar la consideración como una patología de la transexualidad con el 75% de los/as eurodiputados/as a favor^[referencia]. Algo que cabe destacar es que el parlamento europeo reconoce que los derechos humanos son universales e indivisibles, y que se aplican a todos por igual, con independencia de la orientación sexual y la identidad de género. (Carrasco Portiño 2012: 2012)

Bajo consideración del momento actual de crisis económica, Carrasco-Portiño (2012) señala la necesidad de evaluar la eficacia de la atención sanitaria trans-específica, a la vez de defender su cobertura pública.

3.5.5. Desarrollos en el ámbito institucional

Los *Principios de Yogyakarta* (2007) hacen referencia explícita al derecho a la salud, en el *"Principio 17. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud"* (23).

Principio 17. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud

Todas las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género." (...)

E. Velarán por que todas las personas estén informadas y su autonomía sea promovida a fin de que puedan tomar sus propias decisiones relacionadas con el tratamiento y los cuidados médicos en base a un consentimiento genuinamente informado, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género; (...)

G. Facilitarán el acceso a tratamiento, cuidados y apoyo competentes y no discriminatorios a aquellas personas que busquen modificaciones corporales relacionadas con la reasignación de género.

(Principios de Yogyakarta 2007: 23-24)

En un informe recientemente publicado en colaboración con *UNDP, United Nation Development Programme* (Health Project, et al. 2015), se señala la falta de acceso a la atención sanitaria trans-específica en muchos países en la región de Asia y el Pacífico, la frecuente presencia de actitudes discriminatorias, así como la falta de su cobertura pública, contribuyendo al uso de técnicas de modificación corporal por inyección de silicona (Health Project, et al. 2015).

In this region, with the exception of Hong Kong SAR, China and parts of India, the costs of most gender-affirming health services are not covered by public health systems or private health insurance. As a result, trans people have to pay to access counselling, a diagnosis, laboratory tests, hormone treatment, hair removal, surgeries, and/or other. The lack of coverage, absence of specialist expertise, scarce protocols for trans healthcare, and the negative attitudes of many healthcare personnel drive trans people into the arms of unregulated and non-qualified practitioners. As a result, silicone and other soft tissue fillers may seem to be the only accessible form of body modification for some trans people. (Health Project, et al. 2015: ix)

En el contexto europeo, a lo largo de los últimos años se puede observar una mención del acceso a la atención sanitaria trans-específica y su cobertura en recomendaciones y resoluciones emitidas por organismos europeos.

En este sentido, en varios documentos estratégicos publicados por instituciones europeas se incluye la recomendación de garantizar el acceso a una atención sanitaria trans-específica de calidad (Consejo de Europa 2010, 2011[2010], 2011, 2015a; Hammarberg 2009; Parlamento Europeo 2011, 2015a), sin necesidad de un diagnóstico de trastorno mental (Hammarberg 2009) u otros requisitos (Consejo de Europa 2010) o dinámicas de estigmatización (Gunnarsson en: Consejo de Europa 2015b), garantizando su cobertura pública (Consejo de Europa 2015a; Hammarberg 2009; Parlamento Europeo 2011). A la vez, se resalta la importancia de que los tratamientos se efectuaran bajo el Consentimiento Informado de la persona interesada (Consejo de Europa 2010), así como el rol destacado de la formación de l*s profesionales sanitari*s en el respeto de la dignidad y el reconocimiento de las necesidades de atención sanitaria de las personas LGBT (Consejo de Europa 2011).

Desde una perspectiva de derechos humanos y de la asistencia sanitaria, no es necesario que se realice ningún diagnóstico de trastorno mental para dar acceso al tratamiento de una situación que requiere asistencia médica. (...)

Los Estados miembros del Consejo de Europa deberían: (...)

5. Hacer accesibles para las personas transgénero los procedimientos de reasignación de género, como el tratamiento hormonal, la cirugía y el apoyo psicológico, y asegurar que sean reembolsados por los sistemas de seguros de la sanidad pública; (Hammarberg 2009: 12, 20)

6. In the light of these considerations, the Assembly calls on member States to: (...)
6.3. as concerns gender reassignment treatment and health care:
6.3.1. make gender reassignment procedures, such as hormone treatment, surgery and psychological support, accessible for transgender people, and ensure that they are reimbursed by public health insurance schemes; limitations to cost coverage must be lawful, objective and proportionate;
(Consejo de Europa 2015a: 2)

The European Parliament, (...)

89. Deplores the fact that transgender people are still considered mentally ill in the majority of Member States and calls on them to review national mental health catalogues, while ensuring that medically necessary treatment remains available for all trans people;
(Parlamento Europeo 2015a: 3, 30-31)

En el contexto español, el proceso de establecimiento de Unidades especializadas de atención sanitaria trans*-específica en Hospitales públicos de algunas Comunidades Autónomas a partir de 1999 (Esteva, et al. 2012) fue precedido por un proceso de revisión, discusión y elaboración de recomendaciones por parte de paneles de expert*s y grupos de trabajo coordinados por organismos públicos en los que se revisan y evalúan la utilidad clínica, viabilidad y costo-eficacia de la atención sanitaria trans-específica (Briones Pérez 2000; Muñoz 2001).

En 2001, la *Agencia de Tecnologías Sanitarias del Instituto Carlos III* publicó el informe *Ética y Transexualismo*, basado en los resultados de una revisión bibliográfica y un panel de personas expertas (Muñoz 2001), en el que se apoya la cobertura de la atención sanitaria trans-específica, cuya no inclusión en el catálogo de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud se reafirmó en 1995 a través del *Real Decreto 63/1995, de 20 de enero* (Gobierno de España 1995a)²³⁹. En su decisión, el panel de personas expertas parte de los principios de una ética consecuencialista, bajo consideración de los derechos de las personas trans* sobre su propio cuerpo, el daño potencial asociado a la no intervención, en el sentido de problemas psicológicos relacionados con la discriminación o la insatisfacción corporal, así como consecuencias negativas de prácticas de autotratamiento (Muñoz 2001). Además, se hace referencia a la dimensión colectiva, resaltando el coste relativamente bajo para el Sistema Sanitario Público (Muñoz 2001).

En el contexto andaluz, tras la recomendación de la inclusión de la atención sanitaria trans-específica entre las prestaciones sanitarias por parte del *Defensor del Pueblo Andaluz*, se creó en 1998 un grupo de trabajo en la *Consejería de Salud de Andalucía* para estudiar las necesidades de atención de las personas trans* en el contexto andaluz, la viabilidad de la introducción de un servicio de atención sanitaria trans-específica y la estimación de sus costes, cuyas conclusiones se recogen en un informe publicado en 2000 por la *Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria* (Briones Pérez 2000). En el informe se hace referencia a la posibilidad

²³⁹ En el Anexo III del *Real Decreto 63/1995, de 20 de enero*, se nombra entre las “[p]restaciones que no son financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales destinados a la asistencia sanitaria (...) 5. La cirugía de cambio de sexo, salvo la reparadora de estados intersexuales patológicos” (Gobierno de España 1995a: 4543).

de inclusión de prestaciones sanitarias no cubiertas por el Sistema Nacional de Salud a cargo de los Sistemas Sanitarios Públicos de las Comunidades Autónomas, establecida en el *Real Decreto 63/1995*²⁴⁰, así como la estimación de un coste relativamente bajo de la atención sanitaria trans-específica para el Sistema Sanitario Público (Briones Pérez 2000). En las conclusiones, se recomienda su inclusión en el *Sistema Sanitario Público de Andalucía*, bajo seguimiento de los estándares de cuidado SOC y establecimiento de programas de formación y evaluación continua (Briones Pérez 2000).

3.5.6. Modelos teóricos y procesos activistas relacionados

La demanda de cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica se puede relacionar con diferentes marcos teóricos aportados desde perspectivas de Derechos Humanos y Salud Pública, entre ellos el “derecho al más alto nivel de salud accesible”, establecido en el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (ONU 1966a: s.p.) y desarrollado en la *Observación General Nº 14* del *Comité Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (ONU 2000), así como diferentes enfoques aportados por la OMS, entre ellos el enfoque de salud basado en los Derechos Humanos (Nygren-Krug 2002; OMS y OACDH s.a.), el modelo de determinantes sociales de la salud (OMS 2009, 2010a, 2015h), así como el concepto de cobertura sanitaria universal (Stuckler, et al. 2010; OMS 2008, 2010a, 2010b, 2015h).

En el artículo 12 del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* se establece el “derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (ONU 1966a: s.p.). En la *Observación General Nº 14* del *Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* se desarrollan las características y condiciones de este derecho (ONU 2000). Se identifican cuatro aspectos relevantes para su puesta en práctica, 1. Disponibilidad, en el sentido de la existencia de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud, 2. Accesibilidad, incluyendo tanto la garantía del principio de no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica y el acceso a información, 3. Aceptabilidad, entendida como el respeto de la ética médica y el carácter culturalmente apropiado de los servicios de salud y 4. Calidad de la atención (ONU 2000).

Desde la conciencia de una desigualdad en relación a los recursos disponibles, la *Observación General Nº 14* establece el principio de “realización progresiva” (ONU 2000: 12), en función de las posibilidades socioeconómicas de cada país, señalando explícitamente la inaceptabilidad de medidas regresivas, siempre que no se aportara una justificación de la reducción de prestaciones. Además, el documento hace referencia a “la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos, los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los

²⁴⁰ “Disposición adicional quinta. Lo dispuesto en este Real Decreto no afecta a las actividades y prestaciones sanitarias realizadas por las Comunidades Autónomas, con cargo a sus propios recursos o mediante precios, tasas u otros ingresos, con arreglo a sus Estatutos de Autonomía y normas de desarrollo” (Gobierno de España 1995a: 4543).

solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos” (ONU 2000: 13).

Partiendo de los principios desarrollados en la *Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (ONU 2000), la *OMS, Organización Mundial de la Salud* desarrolló diferentes modelos conceptuales.

En primer lugar, propone un *"enfoque de la salud basado en los derechos humanos"* (Nygren-Krug 2002: 16), basado en la incorporación de la perspectiva de Derechos Humanos en la atención sanitaria y las políticas sanitarias (Cohen y Ezer 2013; Nygren-Krug 2002; OMS y OACDH s.a.).

Por enfoque de la salud basado en los derechos humanos se entiende:

- Utilizar los derechos humanos como marco para el desarrollo sanitario.^[referencia a pie de página]
 - Evaluar las consecuencias que tiene cualquier política, programa o legislación sanitaria para los derechos humanos y adoptar medidas al respecto.
 - Tener en cuenta los derechos humanos en la concepción, la aplicación, la supervisión y la evaluación de todos los tipos de políticas y programas (políticos, económicos y sociales, entre otros) que guarden relación con la salud.
- (Nygren-Krug 2002: 16)

Como principios básicos, se nombran 1. El respeto de la dignidad humana, 2. La atención a *"los grupos de la sociedad considerados como más vulnerables"*, 3. La garantía de accesibilidad, especialmente para *"los sectores más vulnerables o marginados de la población"* y 4. La inclusión de una perspectiva de género (Nygren-Krug 2002: 16). Según Nygren-Krug (2002), el enfoque refuerza la conceptualización del acceso sanitario de las personas trans* como un Derecho Humano, incluyendo la necesidad de la adopción de medidas específicas desde su consideración como grupo de población en situación de vulnerabilidad social específica.

De forma análoga, Cohen y Ezer (2013) hablan de *"human rights in patient care"* (s.p.), en el sentido de una aplicación de principios de Derechos Humanos al ámbito de la atención sanitaria, como una perspectiva complementaria a la mirada bioética, bajo diferenciación de un enfoque de *"patients rights, which is rooted in a consumer framework"* (s.p.). Desde la identificación de múltiples vulneraciones de Derechos Humanos en el ámbito sanitario y la referencia a documentos internacionales de Derechos Humanos, establecen como principios relevantes el derecho a la libertad, la seguridad, la privacidad y la información (Cohen y Ezer 2013). Además, nombran el derecho a la integridad corporal y a la vida, el derecho al nivel más alto de salud alcanzable, el derecho a la libertad de tortura y tratamiento cruel, inhumano y degradante, así como el derecho a la participación en políticas públicas, la no-discriminación y la igualdad (Cohen y Ezer 2013).

En el modelo de determinantes sociales de la salud desarrollado por la OMS (2009, 2010a; capítulo 3.2), el sistema sanitario se nombra como un aspecto que influye tanto a los determinantes intermedios como directamente en la desigualdad en salud y el estado de salud. En este sentido, el acceso sanitario se identifica como un determinante social en sí (OMS 2009).

Al mismo tiempo, se reconoce el reparto desigual de este acceso en diferentes partes del mundo (OMS 2009).

Los sistemas de atención de salud^[nota a pie de página] constituyen determinantes esenciales de la salud. Sin embargo, a excepción de los sistemas de los países ricos industrializados, casi nunca cuentan con los recursos necesarios y brindan servicios desiguales en todos los aspectos.
(OMS 2009: 94)

En relación a las personas trans*, el modelo de determinantes sociales de la salud se nombra como referencia para resaltar la relevancia del acceso sanitario para su salud (Bradford y Reisner 2013; MacDonnell y Grigorovich 2012; Müller 2013; Pega y Veale 2015; Rainbow Health Network 2014). Además, se destaca la necesidad de formación de l*s profesionales sanitari*s en temáticas trans*, con el objetivo de mejorar el acceso sanitario de las personas trans* (Dysart-Gale 2010; MacDonnell y Grigorovich 2012; Müller 2013).

L*s autor*s revisad*s señalan que el carácter interseccional del modelo permite vincular la discriminación de las personas trans* en el acceso sanitario con dinámicas de exclusión social relacionadas con otros determinantes sociales de la salud, entre ellos el empleo, la educación y la vivienda (Bradford, et al. 2013; MacDonnell y Grigorovich 2012; Rainbow Health Network 2014).

Finalmente, la OMS propone el concepto de ‘cobertura sanitaria universal’ (OMS 2008, 2010a, 2010b, 2015h; Stuckler, et al. 2010). Como objetivo de la “cobertura sanitaria universal” se define “asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos” (OMS 2015h: s.p.). Partiendo de la reflexión sobre las limitaciones en relación a recursos y el principio de realización progresiva del derecho al más alto nivel de salud posible, se propone a los estados miembros aumentar, de forma progresiva, la cobertura sanitaria pública en tres dimensiones 1. La población asegurada, 2. Las prestaciones incluidas y 3. La proporción de cobertura de costes (OMS 2008, 2010b). El grado de cobertura pública de un país en relación a cada una de las dimensiones nombradas queda reflejado en una representación gráfica tridimensional (OMS 2008).

En este sentido, el modelo no presupone una cobertura pública completa, una limitación que recibió críticas (O’Connell, Rasanathan y Chopra 2014; Stuckler, et al. 2010). Entre las limitaciones del enfoque de cobertura sanitaria universal se identifican los siguientes aspectos: 1. La falta de recursos para avanzar hacia la cobertura sanitaria completa, 2. La conceptualización del acceso sanitario como responsabilidad individual en algunos países, 3. La falta de una definición clara en relación al equilibrio entre cobertura pública / privada y 4. Dificultades en el proceso de implementación y seguimiento (Stuckler, et al. 2010). Además, se revisan críticamente las discrepancias en la interpretación de los términos ‘cobertura’, ‘universal’ y ‘atención sanitaria’, que según O’Connell, et al. (2014), pueden dar lugar a barreras en el acceso y exclusión de algunos grupos de población de la cobertura sanitaria universal.

En una aplicación del modelo de cobertura sanitaria universal a la situación de la atención sanitaria trans-específica, se podría analizar el grado de extensión de la cobertura tanto en relación a los grupos de población incluidos (diferencias en el acceso por nacionalidad, estatus administrativo, empleo, expresión o identidad de género versus inclusión de toda la población), en relación a prestaciones (tipo de tratamientos relacionados con la atención sanitaria trans-específica incluidos) y grado de cobertura (cobertura parcial o completa de los costes).

Un análisis comparativo de los modelos de financiación de sistemas de salud indica una mayor facilidad de cobertura de un proceso de salud desde argumentos de Derechos Humanos, reducción de riesgos o atención a determinantes sociales de la salud en Sistemas Sanitarios Públicos basados en impuestos y/o contribuciones que en modelos organizados por procesos de reembolso a través de compañías aseguradoras públicas o privadas (Thomson, Osborn y Squires, et al. 2013). Esta diferencia se refleja en los discursos sobre despatologización y acceso sanitario revisados, con experiencias, necesidades y priorizaciones diferenciadas según el contexto geopolítico (capítulo II, 3.5.1).

En la actual situación de crisis económica, en el contexto español se puede observar una reducción del nivel de cobertura en las tres dimensiones esbozadas en el modelo de cobertura sanitaria universal (OMS 2008), tanto en relación a la población asegurada (limitación del acceso sanitario en caso de personas migrantes en situación irregularizada), las prestaciones incluidas (reducción de la cartera de servicios) y la proporción de los costos cubiertos (aumento del co-pago de medicamentos y servicios), introducida a través del *Real Decreto-ley 16/2012* (Gobierno de España 2012) y otras medidas recientes (López Fernández, et al. 2012; Suess, et al. 2014a, 2014b).

Organizaciones de la sociedad civil y asociaciones profesionales en el contexto español y europeo critican las limitaciones en el acceso, reducción de prestaciones y aumento del co-pago introducidas por el *Real Decreto-ley 16/2012* (Gobierno de España 2012) y otras medidas, identificando una vulneración de principios de Derechos Humanos, un incumplimiento del principio de "realización progresiva" establecido en la *Observación General Nº 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (ONU 2000: 12), riesgos para la salud individual y pública y conflictos éticos (Suess, et al. 2014b). A través de estudios de casos realizados entre 2012 y 2015, diferentes organizaciones y asociaciones profesionales analizan el grado diferenciado de implementación del *Real Decreto-Ley 16/2012* (Gobierno de España 2012) en diferentes Comunidades Autónomas, identificando incidentes relacionados con la limitación del acceso, la no atención y la falta de cobertura (Médicos del Mundo 2012, 2014; REDER 2015). En el informe de revisión periódica del cumplimiento del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (ONU 1966a) en el contexto español, el *Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (ONU 2012c) expresa preocupación por la limitación del acceso sanitario a través del *Real Decreto-ley 16/2012* (Gobierno de España 2012),

recomendando al Estado español retirar la limitación del acceso sanitario para migrantes en situación irregularizada (Suess, et al. 2014b).

Este proceso también puede afectar a personas trans*, tanto en relación a limitaciones en el acceso sanitario y aumento de co-pago (Médicos del Mundo 2012, 2014; REDER 2015; Suess, et al. 2014b)²⁴¹, así como por re-abrir el debate sobre la legitimidad de la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica (Carrasco Portiño 2012). El análisis del impacto de la situación actual de crisis económica en la situación de las personas trans* y la cobertura sanitaria de la atención sanitaria trans-específica excede el alcance de este trabajo, abriendo la posibilidad de futuras líneas de investigación.

3.6. “Todavía tenemos mucho trabajo por delante”²⁴²: Recomendaciones para el proceso de revisión del DSM y de la CIE



Cartel de convocatoria del Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans
Imagen 37: Convocatoria 2013, STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization
Imagen 38: Convocatoria 2012, STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization
Imagen 39: Convocatoria 2010, STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization

A lo largo de los últimos años, tanto grupos y redes activistas, autor*s individuales, así como asociaciones profesionales han seguido pendientes del proceso de revisión de las categorías trans-específicas del DSM y de la CIE, elaborando recomendaciones para los Grupos de Trabajo y revisiones de los borradores del DSM-5, de la versión publicada del DSM-5, así como del *ICD-11 Beta Draft*.

²⁴¹ *Médicos del Mundo* realiza en dos informes un mapeo del grado de implementación de la limitación del acceso sanitario para migrantes en situación no regularizada en diferentes Comunidades Autónomas, observando tres situaciones diferenciadas en 2012 (aplicación plena de la limitación, regulaciones específicas y no aplicación), así como un panorama aún más diferenciado en 2014 (*Médicos del Mundo* 2012, 2014). *REDER*, *Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012*, compuesta por 300 miembros (personas a título individual, asociaciones profesionales y organizaciones de la sociedad civil) recoge en un informe publicado en septiembre de 2015 de 1.567 casos de personas que experimentaron limitaciones en el acceso sanitario en consecuencia del RDL 16/2012, entre ellas varias personas trans* (1% de la muestra) (*REDER* 2015).

²⁴² Fuente de la cita: GATE y STP 2014b: s.p.

3.6.1. Discursos activistas y teórico-activistas

Desde perspectivas activistas y teórico-activistas, se aportan recomendaciones, propuestas y revisiones relacionadas con el proceso de revisión de las categorías trans-específicas en el DSM y la CIE.

3.6.1.1. Aportaciones activistas y teórico-activistas: Proceso de revisión del DSM

Después de la publicación de los borradores de las categorías trans-específicas en la página web DSM-5 en febrero de 2010 y mayo de 2011 (APA 2010a, 2010b, 2011a, 2011b), así como, en caso de las categorías relacionadas con el *cross-dressing*, en febrero de 2010, octubre de 2010, junio de 2011 y abril de 2012 (APA 2010c, 2010g, 2011d, 2012a), diferentes grupos, organizaciones y redes activistas²⁴³ publicaron valoraciones de los borradores, así como propuestas y recomendaciones, siguiendo la convocatoria para el envío de propuestas a través de la página web del *DSM-5 Draft*.

Después de la publicación del primer borrador de las categorías trans-específicas en febrero de 2010, STP envió una carta dirigida a la APA a través de la aplicación online, en la que realiza una crítica del cambio terminológico de '*Gender Identity Disorder*' a '*Gender Incongruence*', cuestionando la continuación de un modelo patologizante (Red Internacional por la Despatologización Trans 2010b). Además, critica la inclusión de las personas intersex dentro de un modelo psiquiátrico, en vez de facilitar un acceso públicamente cubierto y sin requisitos patologizantes a la atención sanitaria trans-específica a todas las personas que lo requirieran, incluyendo a personas con un diagnóstico relacionado con la intersexualidad.

Consideramos que la modificación terminológica propuesta en el borrador del DSM-V (de "trastorno de identidad de género" a "incongruencia de género") no significa un cambio de fondo, sino que perpetúa un modelo patologizante de las expresiones e identidades de género, fomentando el riesgo de exclusión social y transfobia de las personas trans, y ahora también el de las personas intersex.
(Red Internacional por la Despatologización Trans 2010b: s.p.)

Asimismo, STP denuncia la ampliación de la categoría de '*Transvestic Disorder*' (anteriormente: '*Transvestic Fetishism*') a una amplia gama de expresiones de género no normativas mediante el concepto de 'autoginefilia' (Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a). Desde la consideración de que la existencia del diagnóstico refuerza la penalización de hábitos de *cross-dressing* en diferentes partes del mundo, se demanda la abolición tanto de la categoría de 'Trastorno Transvestista' como de 'Trastornos de Identidad de Género' del DSM (Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a).

En lo que se refiere a la denominación en el borrador del diagnóstico de "Trastorno Travestista", se amplía enormemente su alcance de diagnóstico de enfermedad mental a todo aquel que sea legalmente hombre que se travista, incluyendo también a aquellos que sean gays y bisexuales (excluidos del "fetichismo travestista" del anterior DSM-IV-R).

²⁴³ Egale Canada 2010; GID Reform Advocates 2010a, 2010b, 2011a; National Coalition for LGBT Health 2010; OII Australia y OII Aotearoa 2012; Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a, 2010b; STP-2012 2011c.

Incluso mujeres trans podrían caer en esta categoría patologizante bajo el término “autoginefilia”, en la cual se deduce que estas mujeres realizan su transición por razones más “oscuras” que su mero bienestar respecto a su identidad de género. Queremos resaltar que no ocurre así con aquellas mujeres que se travistan de hombre, un hecho que ilustra la ventaja socialmente atribuida de la imagen masculina sobre la femenina. En este sentido, el diagnóstico está impregnado de una ideología de género machista.
(Red Internacional por la Despatologización Trans 2010b: s.p.)

Además, en diferentes textos, STP critica el concepto de ‘Incongruencia de Género’ establecido en el primer borrador de las categorías trans-específicas, publicado en febrero de 2010 en la página web del *DSM-5 Draft* (APA 2010a, 2010b; Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a, 2010c).

Ante todo, queremos resaltar que la demanda principal de STP-2012, la descatalogación de las identidades y expresiones de género trans del DSM, sigue sin cumplirse. Consideramos que las modificaciones terminológicas introducidas en el borrador, que con su lenguaje parecen querer recoger y capturar un discurso activista crítico, no suponen un cambio de fondo, sino una continuación y la ampliación de un modelo profundamente patologizante.
(...)

Además, nos gustaría señalar la relación intrínseca entre un concepto de “incongruencia de género” y el sistema binario vigente que percibe a los procesos de tránsito como patológicos en sí. Según la lógica subyacente al borrador del DSM-5, la “incongruencia de género” cesa cuando la persona que transita adopta un género estable. En este sentido, la “vía de salida” del diagnóstico equivale a una vuelta al sistema de género establecido.
(Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a: s.p.)

¿Por qué nos engañan insinuando que van a modificar el trastorno de identidad de género por un nuevo trastorno llamado “incongruencia de género”? ¿De qué incongruencia hablan? ¿Quiénes son realmente los incongruentes?
(Red Internacional por la Despatologización Trans 2010c: s.p.)

Desde esta revisión, STP mantiene su demanda principal, la retirada completa de las categorías diagnósticas del DSM (Red Internacional por la Despatologización Trans 2010b).

Por estas razones, demandamos la descatalogación de los “trastornos de identidad de género” y del “trastorno travestista” del futuro DSM-V.
(Red Internacional por la Despatologización Trans 2010b: s.p.)

En julio de 2011, después de la publicación de la versión actualizada del borrador de la sección relacionada con los tránsitos en el género en el DSM (APA 2011a, 2011b), STP envió nuevamente una carta de propuesta a la APA, dentro del periodo de envío de propuestas anunciado en la página web del *DSM-5 Draft* (STP-2012 2011c), señalando la insuficiencia de los cambios introducidos que no responden a la demanda de STP de una retirada completa de las categorías trans-específicas del DSM. Además, expresa preocupación ante la ampliación de los criterios diagnósticos en niñ*s, bajo riesgo de una psiquiatrización de expresiones de género no conformes con normas sociales establecidas, así como la ampliación de los criterios diagnósticos del ‘Trastorno Transvestista’ (STP-2012 2011c).

Consideramos insuficientes los cambios terminológicos, modificaciones parciales en los criterios diagnósticos y cambios estructurales introducidos en el borrador del DSM-5 mientras las categorías relacionadas con las expresiones, trayectorias e identidades trans siguen formando parte del DSM, en su carácter y función de “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”.
(STP2012 2011b: s.p.)

Diferentes otros grupos y redes activistas publicaron valoraciones sobre los cambios propuestos en los borradores del DSM, procedentes mayoritariamente del ámbito estadounidense y canadiense (Daley y Mulé 2014; Egale Canada 2010; National Coalition for LGBT Health 2010; Winters 2010a, 2010b, 2011a, 2012), así como del contexto australiano y neozelandés (OII Australia y OII Aotearoa 2012).

En este sentido, *National Coalition for LGBT Health* (2010) se posiciona a favor de la retirada completa de las categorías trans-específicas del DSM-5. Por considerar improbable la posibilidad de una retirada completa, recomienda las siguientes modificaciones: 1. El cambio del nombre de ‘Trastornos de Identidad de Género’ a ‘Incongruencia de Género’, como propuesto en el borrador del DSM publicado en febrero de 2010, 2. La introducción de una *exit clause*, 3. La retirada del criterio de gravedad, 4. La eliminación de la categoría de ‘Trastornos de Identidad de Género’ en niñ*s, así como 5. La abolición de la categoría de ‘Fetichismo Transvestista’ (National Coalition for LGBT Health 2010).

In summary, the National Coalition for LGBT Health advocates the removal of all diagnoses regarding transsexuality, gender nonconformity, or gender identity from the DSM-5. Though we recognize that this is unlikely, we continue to hope that the proposed DSM revisions will constitute a step towards the eventual elimination of these stigmatizing and unnecessary diagnoses. In the meantime, we would like to offer the following recommendations and critiques of relevant sections of the proposed DSM-5:

- Permanently change “Gender Identity Disorder” to “Gender Incongruence”;
 - Clarify the “exit clause” and any anticipated interface between psychiatric diagnosis for initiating treatment for GI and medical diagnosis for continuing any necessary maintenance treatment after the alleviation of GI;
 - Remove Severity Criterion A7 in draft Section 302.85, “Gender Identity Disorder in Adolescents or Adults”;
 - Remove Severity Criterion A8 in draft Section 302.85, “Gender Identity Disorder in Adolescents or Adults”;
 - Eliminate draft Section 302.6, “Gender Identity Disorder in Children,” as well as “Gender Incongruence in Children”; and
 - Eliminate draft Section 302.3, “Transvestic Fetishism.”
- (National Coalition for LGBT Health 2010: s.p.)

Kelley Winters (2010a) aporta una revisión del primer borrador de las categorías trans-específicas publicado en febrero 2010 (APA 2010a, 2010b), señalando algunos avances, en concreto el cambio del título de ‘*Gender Identity Disorders*’ a ‘*Gender Incongruence*’, así como puntos críticos, como la falta de focalización en la vivencia del malestar. En relación al segundo borrador publicado en 2011 (APA 2011a, 2011b), Winters (2011a) señala positivamente el cambio en el lenguaje y la conceptualización de los procesos de tránsito de género. Al mismo tiempo, critica una continuada consideración de los procesos de tránsito en el género como trastorno mental, así como la falta de una posibilidad de salida del diagnóstico (Winters 2011a).

The proposed diagnostic criteria and categorical placement in the DSM continue to contradict transition and describe transition itself as pathological.
(Winters 2011a: s.p.)

En un artículo posterior, Winters (2012) señala la intención de una reducción de daño, mediante una despatologización de las identidades trans* paralelamente a un mantenimiento de una codificación diagnóstica, con el objetivo de facilitar el acceso sanitario. En consecuencia,

propone una reforma de la categoría diagnóstica en el DSM, centrando su foco en el criterio de malestar e impedimento (Winters 2012).

En referencia a la categoría diagnóstica "*Transvestic Fetishism*", Winters (2010b) aportan diez razones para su retirada completa, 1. El diagnóstico de la diversidad que no coincide con las definiciones establecidas de 'trastorno mental', 2. El estigma de la clasificación diagnóstica como trastorno mental, 3. El uso de la clasificación como trastorno mental como argumento contra la aprobación de legislación anti-discriminación, 4. La patologización de comportamientos cotidianos, 5. El daño causado a mujeres trans* y 6. Hombres trans*, 7. El daño causado a personas que practican el *cross-dressing* sin excitación sexual y 8. Con excitación sexual, considerando su carácter no patológico, 9. El daño causado a "*ego-dystonic cross-dressers*"(s.p.), así como 10. La adherencia indirecta a terapias reparativas.

Desde el contexto canadiense (Egale Canada 2010), se propone al Grupo de Trabajo la retirada completa del diagnóstico de 'Trastorno Transvestista' y la revisión del diagnóstico de 'Incongruencia de Género en Niñ*s' en el borrador del DSM-5, adaptando su redacción al reconocimiento de la diversidad de género presente en la categoría dirigida a personas adultas, así como la revisión del concepto de 'Trastornos del Desarrollo Sexual' mediante la consulta a grupos activistas intersex, con el objetivo de facilitar su acceso a la atención sanitaria.

Egale recommends that the Sexual and Gender Identity Work Group implement the following points:

- 1) Completely remove the diagnosis of *Transvestic Disorder* from the DSM V.
 - 2) Revise the diagnosis of *Gender Incongruence in Children* to reflect the gender diversity and 'experience oriented' spirit of the adult diagnosis.
 - 3) Completely revise *Disorders of Sexual Development* through mindful consultations with members of intersex communities towards the goal of facilitating accessible and affordable health services for these groups.
- (Egale Canada 2010: s.p.)

Desde una perspectiva queer, Dailey y Mulé (2014) analizan el proceso de aportación de sugerencias para el proceso de revisión de los borradores de las categorías de '*Gender Dysphoria*' y '*Paraphilic Disorders*' por parte de *Rainbow Health Network*, una red activista en el contexto canadiense de la que forman parte. Como puntos de crítica identifican las nociones dicotomizadas de género y sexualidad inherentes a los criterios diagnósticos, así como la falta de atención a una intersección de las expresiones de género y sexualidades con dimensiones de etnia y clase, reforzando, según su análisis, "*an unjust and inequitable gendered, racialized, classed, and sexualized social order*"(Dailey y Mulé 2014: 1295). Además, cuestionan el criterio de 'malestar clínicamente significativo' e 'impedimento', señalando el carácter social del malestar, en el sentido de un "*minority stress*"(Dailey y Mulé 2014: 1305). Asimismo, Dailey y Mulé (2014) critican la estructura del proceso de envío de propuestas a través de la página web del *DSM-5 Draft*, que solo permite la aportación de sugerencias para cada diagnóstico, pero no la contribución de "*a broader structural/systemic analysis (taken up here) that considers the social construction of mental disorders, the influences of race and class, the heteronormative*

and cisgendered pressures of society at hegemonic proportions, and the stigmatization of those who do not express themselves within the norm” (1306). Desde la observación de una amplia movilización del movimiento LGBT, y específicamente del activismo trans*, en relación al proceso de revisión del DSM, Dailey y Mulé (2014) critican la permanencia de una continuada clasificación diagnóstica de identidades y expresiones sexuales y de género en la versión final del DSM-5 que evalúan como *“the ongoing surveillance, pathologizing, and regulating of otherwise variant expressions of gender and sexuality”* (1307).

Desde perspectivas del activismo intersex (OII Australia y OII Aotearoa 2012), se añade una crítica de los criterios diagnósticos de la categoría ‘*Gender Dysphoria*’ propuestos en la segunda versión de los borradores (APA 2011a, 2011b), por estar basados en un modelo binario de género, sin ajustarse a las necesidades de las personas intersex que pueden desear un cambio en el género asignado al nacer en la edad adulta. Además, se critica la falta de reconocimiento de la base biológica de la intersexualidad en la terminología utilizada en el DSM-5 (OII Australia y OII Aotearoa 2012).

The DSM-5 draft discusses gender assignment and actual sex characteristics rather than the congruence of gender identity and sex. These are defined in dyadic terms. The rationale, similarly, describes “gender dysphoria” as having “unusual status as a mental condition treated with cross-sex hormones” (our emphasis)^[referencia a final del texto].

Intersex people have a biological sex that is not clearly male or female, and intersex people may possess characteristics of both or neither binary sexes. Intersex people are invariably assigned a binary gender that, even at best, can only approximate our actual sex. As a result, gender nonconformity is widespread, and non-standard gender identities are common.

We believe that the language in the draft DSM-5 fails to recognise the biological basis of intersex, and so will not lead to an improvement in the treatment of intersex people.

We welcome the recognition that intersex people may not be happy with an earlier assignment, and may wish to pursue options to live more comfortably as male or female. We particularly welcome the recognition that some people, including intersex people, may not feel comfortable living as either gender.

“Gender dysphoria”, as defined by the DSM-5, in its references to “natal male”, “natal female” and “cross-sex” medical treatments is a very poor fit with the intersex experience. For intersex people, “gender confirming” treatments are as life changing as “cross gender” treatments.

(OII Australia y OII Aotearoa 2012: 11).

Asimismo, OII Australia y OII Aotearoa (2012) cuestionan el fomento de medicalización de la experiencia de diversidad de género inherente a la categoría de ‘Disforia de género’, así como el uso del concepto de ‘disforia’ por no describir adecuadamente el carácter social o médico del malestar. En consecuencia, dirigen las siguientes recomendaciones a la APA:

2. If intersex is to be included in the DSM-5, it should acknowledge that gender nontypical behaviour or gender distress by intersex people is situational, the result of inappropriate societal, familial or medical preferences and standards.

3. The language used to support the needs of intersex people should reflect the biological basis of intersex.

4. Intersex children, and other children who express “gender dysphoria”, should be given support and be allowed to grow into an understanding of wider gender possibilities – without being constrained into accepting or rejecting one gender identity for another.

5. Intersex people and gender non-conforming children need acceptance of our variance from gender expectations and need to be given appropriate support. Intersex people should be able to obtain this based purely on the original diagnosis that marked us as intersex.

6. Intersex people should be able to access mental health support for our unique biologies that doesn't assume crisis in our differences, or normalization as a goal. (OII Australia y OII Aotearoa 2012: 12; la lista empieza con 2.)

Desde perspectivas teórico-activistas, los editores de *El género desordenado. Reflexiones acerca de la patologización de la transexualidad* aportan, en una nota añadida al final del libro, reflexiones sobre el primer borrador del DSM, publicado poco antes de la fecha de cierre de edición del libro, valorando los cambios propuestos como insuficientes (Missé y Coll-Planas 2010a).

Los psiquiatras de la Comisión de trabajos sobre Trastornos Sexuales y de la Identidad de Género (*Sexual and Gender Identity Disorder Workgroup*) del DSM-V señalan, en ese documento, que son conscientes de la estigmatización que supone la etiqueta del “trastorno” para las personas trans. Por ello, proponen cambiar “trastorno de identidad de género” por “incongruencia de género”. Esta modificación de la denominación resulta un puro cambio cosmético pues, de hecho, continúa ubicado en el marco de la patología. Parecería como si quisieran hacer frente a las críticas de parte del activismo trans modificando únicamente las formas para seguir manteniendo el contenido patologizante. (Missé y Coll-Planas 2010a: 277)

Con referencia a la definición establecida en el *Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua*, Missé y Coll-Planas (2010a) critican el concepto de ‘incongruencia’ por presuponer la existencia de un estado de ‘congruencia’ e ‘incongruencia’, patologizar el proceso de cambio y limitar la salida del diagnóstico a la adopción del género opuesto.

Además la palabra *incongruencia* significa, según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, un “dicho o hecho falto de sentido o de lógica”. ¿Respecto a qué criterio o lógica el género de alguien resulta incongruente? ¿Por qué tener un cuerpo asignado como hombre es incongruente con sentirse mujer? ¿En qué sentido haber nacido en un cuerpo asignado como mujer es incongruente con vivir en masculino? (...) En cambio, desde nuestro punto de vista, no hay vínculo necesario entre el sexo y el género, de manera que la incongruencia no es en absoluto inherente sino fruto de un modelo hegemónico que nos clasifica en función de nuestros genitales y legitima las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres con argumentos biologistas. Asimismo, la noción de incongruencia implica que existe una manera congruente, coherente y lógica de que el sexo se corresponda con el género (que las personas trans puedan alcanzar a través de la operación de reasignación sexual) mientras que todas las demás identidades se consideran patológicas. (Missé y Coll-Planas 2010a: 277-278)

Además, los editores de *El género desordenado* cuestionan la conceptualización del malestar como biológico e interno a la persona trans*, en vez de su entendimiento como consecuencia de la discriminación (Missé y Coll-Planas 2010a). La inclusión de referencias a un discurso crítico por parte del movimiento trans* se percibe como un intento de captación acompañado por la continuada presencia de un paradigma patologizante.

El debate fundamental en torno a la patologización tiene que ver con si el malestar que experimentan las personas trans es inherente a la transexualidad es fruto del rechazo social. De lo que hasta ahora conocimos del futuro DSM-V, se percibe que se sigue considerando el sufrimiento de las personas trans como algo biológico, determinado y patológico. A pesar del intento por parte de los psiquiatras miembros del comité de capturar el discurso crítico del movimiento trans, su propuesta sigue reforzando un paradigma según el cual el problema lo tiene la persona y no el entorno que la discrimina. (Missé y Coll-Planas 2010a: 278)

Después de la publicación del DSM-5 en mayo de 2013 (APA 2013a), presentado en el encuentro anual de la *American Psychiatric Association* (APA 2013b), desde el activismo por la despatologización trans* se aportan revisiones críticas de las categorías diagnósticas trans-específicas (STP 2013c, 2013d; Winters 2013).

En un comunicado publicado en julio de 2013, STP (2013c) señala que los cambios terminológicos y matices introducidos en los criterios diagnósticos (foco en la vivencia de un malestar clínicamente significativo) no se consideran suficientes ante la continuada clasificación de la diversidad de género como trastorno mental.

Consideramos insuficientes estas matizaciones, ya que ambas categorías diagnósticas continúan formando parte del DSM-5, 'Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales', perpetuando una conceptualización y tratamiento de la diversidad de género como trastorno mental.
(STP 2013c: 6)

En relación al concepto de 'disforia de género', STP (2013c) observa un intento de reducir el carácter estigmatizante de la categoría diagnóstica. Además, en la redacción de los criterios diagnósticos se constata la intención de reconocer la diversidad de género más allá de un modelo binario (STP 2013c). A la vez, se cuestiona el carácter patologizante del concepto de 'Disforia de Género', así como del proceso de inclusión de la diversidad de género dentro de un modelo patologizante (STP 2013c).

En relación a la categoría de 'Gender Dysphoria' ('Disforia de Género') (APA 2013a: 451), observamos un cierto eco de los debates críticos surgidos a lo largo de los últimos años. En este sentido, se puede señalar el intento de reducir la carga estigmatizante de la categoría a través del cambio del título (de 'Trastorno de la Identidad de Género' a 'Disforia de Género')^[nota a pie de página], así como la intención de un reconocimiento de la diversidad de género más allá de un modelo binario mediante la introducción del término "*or some alternative gender different from one's assigned gender*" (APA 2013a: 452)^[nota a pie de página] en los criterios diagnósticos.

Sin embargo, nos gustaría señalar el carácter problemático del concepto de 'Disforia de Género', por asociar los procesos de tránsito en el género a un estado de sufrimiento o malestar. Además, los criterios diagnósticos hacen referencia al término de 'incongruencia'^[nota a pie de página], cuyas connotaciones problemáticas ya mencionamos en el apartado sobre el proceso de revisión de la CIE.

Consideramos que el reconocimiento de la diversidad de género constituye un aspecto relevante para una práctica clínica trans-afirmativa. Sin embargo, no estamos de acuerdo con la inclusión de un espectro amplio de expresiones e identidades de género dentro de un modelo psicopatológico, como se produce en el DSM-5 mediante la introducción de la expresión "*or some alternative gender*" ('o algún género alternativo', APA 2013a: 452).
(STP 2013c: 6)

Además, se denuncia la amplificación de los criterios diagnósticos en la categoría '*Transvestic Disorder*' mediante la introducción del concepto de '*autogynephilia*', señalando la falta de utilidad clínica de la categoría (STP 2013c), así como la continuada clasificación de la diversidad de género en la infancia en el DSM-5 (STP 2013c; capítulo 3.9).

Por las razones nombradas, STP (2013c) reitera su demanda de una retirada completa de las categorías trans-específicas del DSM.

A modo de resumen, nos gustaría resaltar que sigue vigente nuestra demanda de una retirada completa de las categorías trans-específicas del DSM.
(STP 2013c: 9)

Kelley Winters (2013) resume su revisión de las categorías diagnósticas en el DSM-5 con las palabras "*The DSM-5 Falls Short, Despite Some Significant Improvements*" (s.p.). Valora positivamente el cambio de '*Gender Identity Disorder*' a '*Gender Dysphoria*', por representar un cambio de una patologización de las identidades trans* hacia un foco en el malestar, así como el reconocimiento de expresiones e identidades de género no binarias en los criterios diagnósticos. A la vez, critica la continuada clasificación como trastorno mental, bajo el riesgo de reforzar la aplicación de terapias reparativas, el mantenimiento de un lenguaje binario en caso de la categoría diagnóstica dirigida a niñ*s, así como la amplificación de los criterios diagnósticos patologizantes en la categoría 'Trastorno Transvestista' mediante los conceptos de 'autoginefilia' y 'autoandrofilia' (Winters 2013).

3.6.1.2. Aportaciones activistas y teórico-activistas: Proceso de revisión de la CIE

De forma análoga, durante el proceso de revisión de la CIE se pueden identificar recomendaciones y propuestas aportadas desde perspectivas activistas y teórico-activistas, así como revisiones de las categorías trans-específicas publicadas en el *ICD-11 Beta Draft* (OMS 2015a).

Como mencionado más arriba (capítulo 2.2.1.2), en 2011 la OMS lanzó una convocatoria para el envío de propuestas sobre el proceso de revisión de las categorías trans-específicas en la CIE (Drescher, et al. 2012). Diferentes redes y grupos activistas enviaron propuestas a la OMS (Drescher, et al. 2012), entre ellos *GATE, Global Action for Trans* Equality* (GATE 2012). A partir de este momento, se inicia un proceso de elaboración de recomendaciones y diálogo con la OMS que abre un nuevo escenario de acción en el activismo por la despatologización trans* mediante la interlocución con organismos internacionales, paralelamente a una continuada presencia de acciones por la despatologización en el espacio público, organizadas por grupos activistas locales en diferentes partes del mundo, así como negociaciones a nivel estatal y regional.

Con el objetivo de preparar el documento de recomendaciones para la OMS, *GATE, Global Action for Trans* Equality* organizó en noviembre de 2011 una reunión internacional de expert*s en La Haya (GATE 2012). La reunión contó con la participación de activistas trans* de diferentes partes del mundo y miembros de redes internacionales, entre ell*s *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization*, expert*s a título individual, así como representantes de la OMS, con el objetivo de elaborar propuestas para el grupo de trabajo de la OMS encargado de revisar las categorías trans-relevantes en la CIE²⁴⁴. Los resultados de la reunión se resumieron en un informe que se envió a la OMS, en respuesta a su convocatoria de propuestas para la revisión de las categorías diagnósticas trans-específicas en la CIE (GATE 2012).

En el informe (GATE 2012), se retratan tanto los puntos de consenso como los aspectos de

²⁴⁴ Tuve la oportunidad de participar en la reunión (GATE 2012).

divergencia identificados en el proceso de debate, con un resumen de ventajas y desventajas en aquellos aspectos en los que se observó una diversidad de opiniones.

Mientras en el Grupo de Trabajo existe acuerdo acerca de la necesidad de retirada de la categoría 'F64 Trastornos de identidad de género', la subcategoría 'F65.1 Fetichismo transvestista' y la categoría F66 'Trastornos psicológicos y de comportamiento asociado con el desarrollo y la orientación sexual', así como la propuesta de inclusión de un código nuevo relacionado con la atención sanitaria trans-específica, se puede observar un mayor disenso respecto a las características y el lugar de esta referencia nueva (GATE 2012).

En la reunión, se desarrolla un "Modelo Estrella de Mar", entendido como "un sistema descentralizado de códigos, ubicados en distintos bloques y capítulos, que podría ser utilizado por y para las personas trans* con el objeto de garantizar su acceso a la atención de la salud en contextos muy diferentes" (GATE 2012: 10). En este modelo, se propone la introducción de categorías trans-específicas en diferentes capítulos de la CIE, entre ellos en el "Capítulo IV. Enfermedades endocrinológicas, nutricionales y metabólicas (Códigos E)", "Capítulo V. Trastornos mentales y de comportamiento (Códigos F)", "Capítulo XIV Enfermedades del sistema genito-urinario (Códigos N)", o "Capítulo XXI Factores que influyen en el estado de la salud y contacto con servicios de salud (Códigos Z)", desde la idea de ofrecer "diferentes puntos de entrada para orientar a l*s prestador*s de servicios de salud de los diferentes ámbitos y grados de especialización acerca de las necesidades de las personas trans* en materia de salud", así como diferentes posibilidades para justificar la cobertura (GATE 2012: 11). Como preguntas abiertas relacionadas con el 'Modelo Estrella de Mar' se plantean las siguientes cuestiones:

- Para que el modelo funcione, ¿se necesitan diagnósticos específicos para personas trans* en cada extremidad de la estrella de mar? Si la respuesta es "no", ¿cómo funcionarán los diagnósticos generales y los específicos juntos en el mismo modelo? ¿Cómo se conectarán entre sí?
 - ¿Todas las extremidades de la Estrella de Mar tienen la misma importancia? Y, si la respuesta es "no", ¿en torno a qué principios deberían estructurarse (p.ej. según su relevancia en cuanto al tratamiento, a la cobertura, etc.)?
 - ¿Qué capítulo/s, bloque/s y código/s deben formar parte de la Estrella de Mar?
- (GATE 2012: 11)

En el proceso de elaboración del 'Modelo Estrella de Mar', se discute de forma controvertida la propuesta de inclusión de una categoría nueva trans-específica en el capítulo 'Trastornos mentales y comportamiento', enfocada en la vivencia de malestar y bajo el nombre de "disforia de género" (GATE 2012: 18). En el debate, se aportan tanto argumentos a favor de su inclusión para facilitar el acceso públicamente cubierto a la atención psicoterapéutica, tratamientos hormonales y cirugías trans-específicas para aquellas personas trans* que desean recibir tal atención, como advertencias de la repatologización inherente a su introducción. En este sentido, se señala que "[p]oner énfasis en la angustia para el diagnóstico será una forma de continuar patologizando determinados sentimientos de las personas trans* (p.ej. la angustia)" (GATE 2012: 19). Además se considera "dado el funcionamiento histórico y actual de los

trastornos mentales, el nuevo diagnóstico continuará patologizando a las personas trans y sus identidades”* (GATE 2012: 19).

Asimismo, se observa controversia respecto al uso de códigos existentes, así como la introducción de un nuevo código o bloque en los capítulos *“IV Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas”* y *“XIV Enfermedades del aparato genitourinario”*, por el *“desafío asociado”* a su uso *“sin reforzar los binarismos de género o patologizar la diversidad corporal”* (GATE 2012: 13-14).

En relación a los códigos Z (capítulo *“Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud”*), se propone que dentro del *“modelo Estrella de Mar”*, un nuevo código Z *“podría constituir un centro no patológico que modifique a otros bloques o códigos”* (GATE 2012: 12). Además, se nombran códigos Z ya existentes relacionados con la experiencia trans*, como los códigos que hacen referencia a la experiencia de exclusión, rechazo social o discriminación, orientación sexual y contacto con los servicios de salud.

Además, se explora *“la posibilidad de crear un nuevo capítulo de la CIE centrado en salud sexual y reproductiva, ubicando allí un bloque trans* específico”*, así como *“la creación de un bloque Z independiente dedicado a la atención de salud que específicamente requieren las personas trans”*, sin desarrollar en profundidad estas dos propuestas, la última *“[d]ebido al temor a perder la cobertura en diversos sistemas de salud”* (GATE 2012: 11). Asimismo, se aportan reflexiones respecto a la necesidad de retirada de la clasificación actual de la diversidad de género en la infancia como trastorno mental y posibilidades de un uso de códigos Z para facilitar la cobertura de servicios de asesoramiento y apoyo psicológico dirigidos a niñ*s, sin desarrollar la propuesta (GATE 2012, capítulo II, 3.9).

En un texto de reflexión publicado en julio de 2012, STP aporta reflexiones sobre las características y lugares preferentes de una referencia no patologizante en la CIE, con referencia a la reunión del Grupo de Trabajo en La Haya (STP-2012 2012a).

Partiendo de la situación actual de patologización, psiquiatrización, falta de acceso sanitario, discriminación y exposición a violencia transfóbica directa e institucional a la que están expuestas las personas trans* en diferentes partes del mundo, en el texto se vuelven a reafirmar las demandas principales de STP, la retirada de las categorías ‘Trastorno de Identidad de Género y ‘Fetichismo Transvestista’ del DSM, así como de la categoría F64 ‘Trastornos de identidad de género’, la subcategoría F65.1 ‘Transvestismo fetichista’ y la categoría F66, ‘Trastornos psicológicos y de comportamiento asociados con el desarrollo y la orientación sexual’ de la CIE (STP-2012 2012a).

Respecto a las diferentes propuestas existentes en el debate acerca de la introducción de una referencia nueva en la CIE, STP no comparte el mantenimiento o la reforma de F64 o F65.1, ni la introducción de una categoría nueva en el Capítulo ‘Trastornos mentales y de comportamiento’, resaltando *“el riesgo de una continuada psicopatologización de las*

expresiones, trayectorias e identidades trans” (STP-2012 2012a: 5). En cambio, señala la importancia de que *“las personas trans que acuden a un servicio de salud mental para buscar ayuda por vivencias relacionadas con el proceso de tránsito de género o reacciones de discriminación por parte de su entorno social, puedan contar con profesionales con formación en una perspectiva de despatologización y una actitud de reconocimiento de su identidad de género”* (STP-2012 2012a: 5).

Asimismo, STP muestra su desacuerdo con la propuesta de introducción de nuevas categorías o del uso de categorías existentes en los capítulos ‘Enfermedades endocrinológicas, nutricionales y metabólicas’ o ‘Enfermedades del sistema genito-urinario’, al considerar los *“riesgos de una repatologización de los procesos de tránsito en el género y cuerpos de las personas trans”*, así como el peligro de *“reforzar dinámicas de patologización de personas intersex, al fomentar presupuestos y normas sociales sobre el carácter generizado de características corporales o niveles hormonales”* (STP-2012 2012a: 5-6).

Como *“lugar menos patologizante”* (STP-2012 2012a: 6) para la introducción de una categoría sobre ‘atención sanitaria trans-específica’, STP identifica el capítulo ‘Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud’. STP especifica algunas características que debería tener esta categoría, entre las que resalta la inclusión de una nota explicativa de que se trata de una atención afirmativa de la identidad de género elegida, una descripción basada en procedimientos, no en hipótesis etiológicas, bajo la inclusión de diferentes tratamientos, incluyendo atención ginecológica / urológica y salud sexual y reproductiva, así como el carácter voluntario de los tratamientos, basados en un modelo de Consentimiento Informado (STP-2012 2012a). Además, aporta reflexiones acerca de la relevancia de retirada de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia (STP-2012 2012a; capítulo 3.9). Asimismo, señala la importancia de mantener un lenguaje no patologizante, así como de tener en cuenta las expresiones, identidades y necesidades culturalmente específicas de las personas trans* en diferentes partes del mundo (STP-2012 2012a).

Al mismo tiempo, STP hace referencia a las dudas que acompañan la propuesta de una referencia no patologizante en el capítulo ‘Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud’, en relación a la utilidad de los códigos Z para la cobertura sanitaria pública en algunas regiones del mundo (STP-2012 2012a). Frente a este reto y con el objetivo de salir del conflicto entre la demanda de despatologización y la demanda de cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica, STP señala la importancia de desarrollar marcos teóricos nuevos que posibilitaran una justificación de la cobertura sanitaria pública desde un marco no patologizante (STP-2012 2012a), como mencionado más arriba (capítulo II, 3.5.1.3.1).

A lo largo de los últimos años, diferentes redes activistas trans* demandaron a la OMS la publicación de la propuesta del WGSDSH (GATE 2013c; STP 2013a, 2013c), así como la

facilitación de oportunidades de participación del movimiento trans* en el proceso de revisión de la CIE (GATE 2013b, 2013c; ILGA-Europe 2012; STP 2013a, 2013c). Además, se resalta la importancia de una participación del movimiento trans* en la gestión sanitaria y elaboración de modelos de atención sanitaria trans-específica a nivel de cada estado (MSM-GF 2010).

Como mencionado más arriba (capítulos II, 2.2.1.2 y II, 3.1.4.1.2), durante el proceso de revisión de la CIE, miembros del *WGSDSH, Working Group on the Classification of Sexual Disorders and Sexual Health* publicaron dos artículos en los que ofrecen información respecto a las propuestas del Grupo de Trabajo (Drescher, et al. 2012; Drescher 2014[2013]), haciendo referencia a la disposición del Grupo de Trabajo de abandonar el modelo psicopatológico (Drescher, et al. 2012). Además, l*s autor*s anuncian la propuesta del término de "*Gender Incongruence*" para la categoría trans-específica (Drescher, 2012 et al.: 569; Drescher 2014[2013]: 11) y analizan diferentes opciones de emplazamiento, entre ellas la inclusión en un capítulo de "*Sexual Health and Sexual Disorders*" (Drescher, et al. 2012: 574; Drescher 2014[2013]: 12) o la creación de un capítulo propio nuevo.

En respuesta a los desarrollos anunciados en estos dos artículos que en el momento de su publicación constituían la única información accesible sobre el proceso de revisión de las categorías trans-específicas en la CIE, diferentes redes activistas elaboraron propuestas y recomendaciones (GATE 2013a; STP-2012 2012a; STP 2013a, 2013c, 2013d; TGEU 2014[2013]).

En dos comunicados publicados en 2013, STP (2013a, 2013c) revisa la información disponible en los artículos publicados por Drescher, Cohen-Kettenis y Winter (2012) y Drescher (2014[2013]), resaltando positivamente la voluntad del grupo de trabajo de 'abandonar el modelo psicopatológico'. A la vez, expresa su preocupación por el nombre propuesto, así como por la inclusión prevista de una categoría específica dirigida a la infancia. Desde la crítica del "*carácter psicológico-psiquiátrico del término [de 'Gender Incongruence']*" y el desacuerdo con el concepto de "*Gender/Body Divergence*" propuesto por WPATH (De Cuyper, Knudson, Green 2013: 8)²⁴⁵, STP (2013c) propone un término descriptivo de los procesos sanitarios trans-específicos, como "*Trans Health Care*" ('Atención sanitaria trans') o "*Health care related to Gender Transition*" ('Atención sanitaria relacionada con el proceso de tránsito en el género')" (2-3). En relación a las preferencias respecto al emplazamiento de la nueva categoría (Drescher, et al. 2012; Drescher 2014[2013]), STP (2013c) señala la importancia de su carácter no patologizante, criticando la inclusión del término 'Trastornos Sexuales' en el título propuesto para un nuevo capítulo del que podría formar parte la categoría trans-específica.

TGEU, *Transgender Europe* (2014[2013]) propone como emplazamiento la creación de un capítulo propio titulado "*Gender Incongruence*", compuesto por una única categoría diagnóstica "*Gender Incongruence in Adolescence and Adulthood*" (3).

²⁴⁵ Véase capítulo II, 3.5.3.

En abril de 2013, *GATE, Global Action for Trans* Equality* realiza una segunda reunión internacional de expert*s en Buenos Aires, con participación de expert*s en salud trans* y Derechos Humanos, en su mayoría con doble vinculación teórico-activista. La reunión, cuyos resultados se reflejan en un informe que se envió a la OMS (GATE 2013a), se centra en la crítica de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia, aportando argumentos contra su mantenimiento en la CIE-11, así como una propuesta de inclusión de la dimensión de “*sexual orientation, gender identity or expression*” en códigos Z relacionados con experiencias de discriminación, exclusión social y servicios de asesoramiento psicológico, con el objetivo de facilitar el acceso a estos servicios a niñ*s, padres y madres u otras personas cercanas que los pudieran necesitar (GATE 2013a: 13; capítulo 3.9).

En agosto de 2014 la OMS publicó la propuesta del WGSDDH en el *ICD-11 Beta Draft* (OMS 2015a). En respuesta a esta publicación, *GATE, Global Action for Trans* Equality* y *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* emitieron una nota de prensa conjunta aportando una primera valoración de la propuesta, incluyendo un resumen del proceso de revisión de las categorías trans-específicas en la CIE y de las reflexiones aportadas por redes activistas y asociaciones profesionales (GATE y STP 2014). En la nota de prensa, GATE y STP (2014) valoran positivamente la retirada de la clasificación diagnóstica trans-específica del capítulo de ‘Trastornos mentales y de comportamiento’. A la vez, señalan la necesidad de seguir analizando y discutiendo el término ‘Incongruencia de género’ y la construcción del capítulo ‘Condiciones relacionadas con la salud sexual’ (GATE y STP 2014). Como aspecto relevante de crítica, cuestionan la inclusión de una categoría dirigida a la diversidad de género en la infancia (GATE y STP 2014; capítulo II, 3.9).

La inclusión de estas categorías en un nuevo capítulo **no significa que la reforma esté aprobada**, puesto que **la CIE-11 solo será votada por la Asamblea Mundial de la Salud en el año 2017** (fecha prevista). Sin embargo, significa que la OMS ha atendido el reclamo histórico del movimiento, y que nuevos avances también serán posibles.

Todavía tenemos mucho trabajo por delante. Es preciso analizar y discutir colectivamente acerca de la categoría ‘Incongruencia de género’ y sus riesgos de re-patologizar las cuestiones trans* en la CIE-11. También es fundamental continuar insistiendo en que **el acceso a la salud y el reconocimiento de la identidad de género son derechos humanos**, y que su cumplimiento no debe depender de categorías diagnósticas. Es necesario atender a la construcción misma del capítulo propuesto, para avanzar en la despatologización de la diversidad corporal y romper la asociación entre cuestiones de salud trans* y otras categorías patologizantes. Debemos asegurarnos que la nueva versión de la CIE excluya la reproducción normativa de estereotipos de género. Y sobre todo, debemos trabajar unid*s para evitar la inclusión de la categoría de ‘Incongruencia de género en la infancia’ en la CIE-11.

(GATE y STP 2014b: s.p.)

En una entrevista publicada con motivo del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2014*, Mauro Cabral (2014) analiza las contradicciones inherentes a la categoría de ‘Incongruencia de género’ propuesta en el *ICD-11 Beta Draft*, en el sentido de “*invocar implícitamente un ideal cissexista de congruencia (corporal, identitaria, expresiva)*” (s.p.). Además, critica la presuposición de una vinculación de la incongruencia con el

sufrimiento y la congruencia con la felicidad, sin reconocer otros modos de vivir el género (Cabral 2014).

¿En qué sentido la nueva categoría, “incongruencia de género”, es mejor que la anterior?

–El “trastorno de identidad de género” es un diagnóstico tan nefasto que pareciera que cualquier categoría capaz de reemplazarlo tiene, por fuerza, que ser al menos un poco mejor. En ese sentido, la “incongruencia de género” también evita diagnosticar a las personas trans sólo por ser quienes son, atendiendo más bien al malestar que pudiera causar la incongruencia entre la identidad de género y el modo en el que se encarna. Sin embargo, como es obvio, sólo se puede patologizar la incongruencia a través de invocar implícitamente un ideal cisexista de congruencia (corporal, identitaria, expresiva). Y, además, se vincula taxonómicamente la incongruencia con el sufrimiento, y la congruencia con esa felicidad con certificación sanitaria de la que supuestamente gozan l*s congruentes y que l*s demás carecemos. Es decir: se ha propuesto que identificarse en un género distinto al que se nos dio al nacer deje de ser un trastorno (mental o de cualquier índole), pero lo que está en peligro de extinción es la posibilidad de vivir modos no estereotipados, disidentes, incongruentes, del género.

(Cabral 2014: s.p.)

De forma análoga a la nota de prensa publicada por GATE y STP (2014), TGEU, *Transgender Europe* publicó en agosto de 2014 una declaración en la que valora la retirada propuesta de las categorías trans-específicas del capítulo ‘Trastornos mentales y de comportamiento’ en el *ICD-11 Beta Draft* como “*a step in the right direction*” (TGEU 2014c: s.p.), así como el carácter no binario de la descripción de la categoría diagnóstica de ‘Incongruencia de género’. Al mismo tiempo, demanda la retirada de la categoría diagnóstica ‘Incongruencia de género en la infancia’ y señala la relevancia de un seguimiento del proceso de revisión de la CIE (TGEU 2014c), una demanda reiterada en una declaración publicada en octubre de 2015 (TGEU 2015g; capítulo II, 3.9). Con motivo del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2015*, TGEU (2015h) aporta además un resumen sobre el desarrollo del proceso de revisión de las categorías trans-específicas en la CIE.

En una nota de prensa publicada con motivo del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2015*, STP (2015b) reitera el reconocimiento de la retirada de las categorías diagnósticas trans-específicas del capítulo ‘Trastornos mentales y de comportamiento’, paralelamente a una crítica del concepto ‘Incongruencia de género’ y demanda de retirada de la categoría diagnóstica trans-específica dirigida a niñ*s.

[P]roponemos a la OMS seguir trabajando sobre la terminología y el enfoque usados en la nueva categoría ‘Gender incongruence in adolescence and adulthood’, para evitar e sesgo psicopatológico del término ‘Gender incongruence’. Como expresado en documentos de reflexión y notas de prensa anteriores^[nota a pie de página], sugerimos el uso de una terminología descriptiva para la categoría diagnóstica dirigida a adolescentes y personas adultas que desean emprender procesos de modificación corporal trans-específica, como ‘Atención sanitaria trans-específica’ o ‘Atención sanitaria relacionada con el proceso de transición en el género’.

(STP 2015b: 3)

A diferencia de las declaraciones nombradas, Kelley Winters (2013) evalúa positivamente la propuesta del concepto de ‘*Gender incongruence*’, por considerar que la terminología, a diferencia del término ‘*Gender dysphoria*’ usado en el DSM-5, y el emplazamiento en el capítulo

'*Conditions related to sexual health*' dejan claro que no se trata de un diagnóstico psiquiátrico. A la vez, critica la continuada clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia (Winters 2013).

A lo largo de los últimos dos años, el activismo por la despatologización trans* ha centrado su atención en la demanda de retirada de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia, aportando argumentos y propuestas ²⁴⁶. Por el carácter multidimensional de la temática que, aparte del debate sobre su clasificación diagnóstica, incluye aspectos relacionados con el modelo de atención sanitaria, la promoción del respeto en el ámbito educativo, familiar y social, así como el reconocimiento legal de género, desarrollaré las reflexiones sobre la diversidad de género en la infancia en un capítulo propio (II, 3.9).

3.6.1.3. Reflexiones sobre los cambios en las clasificaciones estatales desde perspectivas activistas y teórico-activistas

A lo largo de los últimos años, en algunos países se realizaron modificaciones en las clasificaciones estatales de enfermedades. Después de la eliminación de la categoría 'Transvestismo de doble rol' en 1994 y de la categoría 'Sadomasoquismo' en 1995 en Dinamarca (Revise65 1995), Suecia retiró las categorías 'Sadomasochismo', 'Fetishismo', 'Transvestismo', 'Transvestismo fetichista' y 'Trastornos múltiples de preferencia sexual' de la versión estatal de la CIE en 2009, Noruega en 2010 y Finlandia en 2011 (Revise65 2009, 2010, 2011). Suecia abolió además la categoría 'Trastornos de identidad de género en la infancia' (Revise65 2009). *TGEU, Transgender Europe* (2012a) valora positivamente estos cambios en una nota de prensa publicada con motivo del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2012*.

En Francia se eliminó la categoría de 'Trastornos de identidad de género' de la categoría ALD-23 (enfermedades psiquiátricas de larga duración), para reclasificarla como ALD-31 (enfermedades de larga duración de origen desconocido) (Ministère de la Santé et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes Publics, et al. 2010), un cambio revisado críticamente desde perspectivas activistas (Missé y Coll-Planas 2010a; OUtans 2011; Red Internacional por la Despatologización 2010a). Mientras en la prensa española esta noticia se acogió como un avance, bajo el titular "*Francia dejará de considerar la transexualidad una enfermedad mental*" (EFE 2009: s.p.), el grupo activista francés OUtans (2010, 2011) señala la falta de cambio en la práctica clínica, criticando la continuidad de la obligatoriedad de un proceso de evaluación psiquiátrica.

Le Ministère de la Santé vient de publier le décret qui reclasse la transidentité des ALD 23 (affections psychiatriques longue durée) à l'ALD 31. Ce décret ne va pas dans le sens d'une dépsychiatisation de la transidentité. En pratique, rien ne change pour les personnes trans

²⁴⁶ GATE 2013a, 2013c, 2013d, 2014a, 2015b; GATE y STP 2014; ILGA-Europe 2014; Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a; STP-2012 2012a; STP 2013c, 2013d, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b; TGEU 2014[2013], 2014c, 2015g, 2015h.

qui restent considérées comme des malades devant être soumises à un suivi psychiatrique. (OUTRANS 2010: s.p.)

Dans le même temps en France, l'heure est à l'inaction après l'annonce, en 2009 par Roselyne Bachelot alors ministre de la santé, d'une dépsychiatisation des parcours trans. Dépsychiatisation qui n'a de telle que le nom, puisqu'il ne s'agit en réalité que d'un changement de codification de l'Allocation Longue Durée accordée aux personnes trans. Dans les faits, la place de l'expertise psychiatrique dans les parcours trans n'est absolument pas remise en question. Loin de ce type de déclaration de principe, la France va devoir se positionner concrètement sur ce dossier.

La façon dont est prise en charge la question trans par la psychiatrie, et à travers elle, par l'État, est inacceptable.

(OUTrans 2011: s.p.)

STP hace eco de esta evaluación crítica aportada por los grupos activistas franceses en un comunicado publicado en abril de 2010 (Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a).

En cuarto lugar, nos gustaría señalar que el Ministerio de Sanidad francés publicó el pasado mes de febrero del 2010 un decreto que traslada las identidades trans dentro de la clasificación de ALD (afección de larga duración), un sistema que permite la cobertura sanitaria de los cuidados a personas trans. De hecho, las personas trans pasan de este decreto de una ALD 23 (afecciones psiquiátricas de larga duración) a una ALD 31 (afecciones no listadas de larga duración). Este decreto no va en el sentido de la despatologización de las identidades trans puesto que, a la práctica, nada cambia para las personas trans que siguen siendo consideradas como enfermas debiendo someterse a un seguimiento psiquiátrico.

(Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a: s.p.)

En relación al proceso de cambio de la clasificación de las categorías trans-específicas en Francia, Missé y Coll-Planas (2010a) señalan la necesidad de evitar las reclasificaciones y de diferenciar entre un concepto de "psiquiatización" y "patologización" (52).

Para evitar este tipo de reclasificaciones que continúan ubicando la transexualidad en el paradigma del trastorno, recientemente en el discurso del movimiento trans a nivel global se ha optado por dejar de utilizar el término psiquiatización y cambiarlo por el de patologización queriendo decir que la transexualidad no es una enfermedad mental pero tampoco orgánica.

(Missé y Coll-Planas 2010a: 52)

3.6.2. Reflexiones activistas y teórico-activistas precedentes

El actual proceso de aportación de propuestas y negociación con la *APA, American Psychiatric Association* y la *OMS, Organización Mundial de la Salud*, cuenta con el precedente de movilizaciones y desarrollo de propuestas en revisiones previas del DSM y de la CIE.

Como mencionado en el capítulo II, 3.1.2, a lo largo de las últimas décadas se pueden observar movilizaciones activistas por la despatologización trans* en el ámbito norteamericano y europeo, incluyendo acciones (Tosh 2014; Wilchins 1996), declaraciones de colectivos activistas (Existrans 2004; ICTLEP 1996[1993]; ICTLEP y NCLR 1996; GID Reform Advocates 2008[2004]; 2010[2000]; ReviseF65 2015[1996]; TGNB 2006[2001]), así como reflexiones individuales (O'Hartigan 1997; Wilchins 1997; Wilson 1998, 2000[1997]).

En los documentos activistas actuales, no pude encontrar referencias explícitas a estas

movilizaciones precedentes, a diferencia de la mención de otro precedente – la lucha activista por la retirada de la categoría diagnóstica ‘Homosexualidad’ del DSM y de la CIE en los años 70, nombrada por diferentes colectivos activistas (Guerrilla Travolaka, et al. 2009; MSM-GF 2010). En publicaciones recientes de autor*s trans* y aliad*s, se encuentran reflexiones sobre ambos procesos de movilización activista (Adrián 2013; Baldiz 2010; Missé y Coll-Planas 2010b; Nieto 2008; Tosh 2014).

3.6.3. Críticas

Las críticas expresadas desde dentro del activismo trans* sobre la aportación de propuestas para el proceso de revisión del DSM y de la CIE hacen referencia a aspectos ya nombrados en los capítulos II, 3.1.3, II, 3.5 y II, 3.6.2: El miedo a una pérdida del acceso a una atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta, la resistencia a una renuncia de los beneficios relacionados con el diagnóstico, en el sentido de un reconocimiento como ‘persona enferma’ y justificación del deseo de transitar entre los géneros, así como las contradicciones de un proceso de negociación dentro del sistema establecido y miedo a una pérdida de fuerza reivindicativa.

3.6.4. Aportaciones desde la perspectiva de profesionales de la salud

Después de la publicación del DSM-5, el *Sexual and Gender Identity Disorders Work Group* publicó un resumen de la argumentación que fundamenta los cambios introducidos en las categorías trans-específicas en el DSM-5. Además, diferentes grupos profesionales, así como autor*s individuales aportan valoraciones de los borradores de las categorías trans-específicas publicadas en la página web del *DSM-5 Draft*, así como revisiones de los códigos trans-específicos propuestos en el *ICD-11 Beta Draft*.

3.6.4.1. Sexual and Gender Identity Disorders Work Group

El *Sexual and Gender Identity Disorders Work Group* resume la justificación de los cambios introducidos en las categorías diagnósticas trans-específicas en el DSM-5 en el informe *Memo Outlining Evidence for Change for Gender Identity Disorder in the DSM-5*, publicado en 2013 en *Archives of Sexual Behavior* (Zucker, Cohen-Kettenis, Drescher, et al. 2013). El informe incluye la revisión bibliográfica realizada por el Grupo de Trabajo, sugerencias aportadas por consultor*s intern*s, otr*s profesionales y el público, así como los resultados de la revisión de dos comités de APA en la fase final de la revisión del DSM-5.

Zucker, et al. (2013) identifican once modificaciones relevantes que incluyen el cambio del nombre y emplazamiento, diferentes cambios en los criterios diagnósticos, la eliminación del indicador de orientación sexual, la inclusión de un subtipo relacionado con un diagnóstico paralelo relacionado con la intersexualidad, así como la inclusión de un indicador de ‘post-transición’.

En relación al cambio del nombre, el Grupo de Trabajo justifica la propuesta del término '*Gender Incongruence*' en el primer borrador publicado en febrero 2010 por la consideración del carácter estigmatizante del término '*Gender Identity Disorder*' presente en el debate actual (Zucker, et al. 2013). Al mismo tiempo, se describe el proceso de decisión para adoptar el término '*Gender Dysphoria*' en el segundo borrador y la versión final del DSM-5 en respuesta a las críticas y sugerencias recibidas (Zucker, et al. 2013).

Respecto al cambio de emplazamiento, se explica la decisión de separar las categorías trans-específicas del capítulo '*Sexual and Gender Identity Disorders*', lugar de su clasificación en el DSM-IV-TR, creando un capítulo específico ('*Gender Dysphoria*') en el DSM-5, por considerar las diferencias entre las condiciones nombradas, así como con el objetivo de disminuir la estigmatización inherente a una clasificación conjunta entre GID y parafilias (Zucker, et al. 2013).

Las modificaciones introducidas en los criterios diagnósticos incluyen, entre otras, el uso de un lenguaje no binario, la sustitución de '*sex*' por '*gender*', la retirada de la mención de '*perceived cultural advantages*' como criterio de exclusión, la introducción de una duración de seis meses como criterio diagnóstico, así como la introducción del carácter obligatorio del criterio A1 en niñ*s, haciendo referencia al deseo de ser de otro género o insistencia de ser de otro género, aportando una justificación de cada uno de los cambios (Zucker, et al. 2013).

Además, se hace referencia a la retirada del indicador de orientación sexual, desde la consideración de que la diferenciación en subtipos según orientación sexual había perdido de importancia en enfoques contemporáneos de atención sanitaria trans-específica (Zucker, et al. 2013).

La inclusión de personas con un diagnóstico paralelo de intersexualidad en el diagnóstico se justifica desde la observación de personas intersex que quieren transitar en el género (Zucker, et al. 2013). A la vez, se introduce un indicador específico, con el objetivo de tener en cuenta características clínicas específicas (Zucker, et al. 2013).

Además, el informe hace referencia a la introducción de un indicador 'post-transición', desde la idea de que personas que han realizado una transición médica y social no cumplen los criterios diagnósticos de '*Gender Dysphoria*', al mismo tiempo que siguen requiriendo acceso a atención sanitaria trans-específica (Zucker, et al. 2013).

Finalmente, se resumen argumentaciones relacionadas con el texto de descripción clínica incluida en el DSM, nombrando aspectos sociodemográficos y culturales, factores de riesgo, "*Patterns of Co-morbidity*", "*Diagnostic Stability*" y "*Course of Condition*" (Zucker, et al. 2013: 910).

En otro artículo publicado después de la publicación del DSM-5, Kenneth Zucker (2013), coordinador del '*Sexual and Gender Identity Disorders Workgroup*', revisa los trabajos sobre el proceso de revisión de las categorías diagnósticas relacionadas con la orientación sexual y la

expresión e identidad de género aportados por miembros del Grupo de Trabajo, miembros de WPATH y profesionales individuales, invitando al envío de comentarios futuros sobre *"conceptual issues, empirical issues, sociopolitical issues, or suggestions for further research in the post-DSM-5 era"* (671).

En agosto de 2015, Jack Drescher (2015), miembro de los Grupos de Trabajo encargados de revisar las categorías trans-específicas en el DSM y la CIE, publica el artículo *Queer diagnoses revisited: The past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD*, en referencia al artículo *Queer diagnoses: parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the diagnostic and statistical manual*, publicado en 2010 (Drescher 2010a). En el artículo, Drescher (2015) resume el desarrollo de las categorías trans-específicas a lo largo de diferentes ediciones del DSM y de la CIE, así como el proceso actual de revisión de las categorías trans-específicas en el DSM y en la CIE, nombrando como desafío en ambos Grupos de Trabajo *"to find a way to balance two conflicting concerns: Maintaining access to care (which requires retention of a medical diagnosis) while trying to reduce any stigma associated with having a psychiatric diagnosis"* (7).

En relación al DSM y en referencia al contexto estadounidense, Drescher (2015) nombra diferentes declaraciones de asociaciones profesionales en apoyo a la inclusión de la atención sanitaria trans-específica en las prestaciones cubiertas por las compañías aseguradoras. En cambio, en caso del CIE identifica posibilidades diferentes para resolver el conflicto entre acceso sanitario y estigma, mediante la retirada de las categorías diagnósticas trans-específicas del capítulo 'Trastornos mentales y de comportamiento' y la inclusión de una categoría en *"some other less stigmatizing part of the ICD"* (Drescher 2015: 7). Señala que en el momento actual *"this recommendation appears to have been accepted"* (Drescher 2015: 7).

Desde la observación de cambios culturales en la conceptualización de los trastornos mentales, como indica el reconocimiento del derecho al matrimonio homosexual en diferentes países 40 años después de la retirada de la categoría 'Homosexualidad' del DSM y de la CIE, Drescher (2015) señala la posibilidad, en un futuro no lejano, de una cobertura o un reembolso de la atención sanitaria trans-específica desde un reconocimiento como *"a normal life event"* (8), de forma parecida a otros procesos de salud no basados en enfermedad en el momento actual.

As times and cultural attitudes change, so have beliefs about what constitutes a mental disorder (Greco, 2015). Forty years after the APA decision, marriage equality (same sex marriage) is now the law of the land in many countries (Drescher, 2012). Therefore it is not unthinkable that people transitioning from one gender to another might be treated by medical specialists who, like obstetricians, use their interventions to facilitate what society considers to be a normal life event. After all, the ICD-10 diagnoses of 'single spontaneous delivery' (O80) and 'menopausal and female climacteric states' (N95.1) were long ago 'medicalized' as a way to provide access to care, despite being natural life events that are not 'pathological' in any strict sense. Perhaps in some not too distant future, the gender diagnoses in the ICD will be seen in the same way (Drescher 2015: 8)

3.6.4.2. Asociaciones profesionales

Después de la publicación de los borradores de las categorías trans-específicas en 2010 y 2011, WPATH envió dos respuestas a la APA, publicadas en el *International Journal of Transgenderism* (De Cuypere, Knudson, Bockting 2010, 2011).

En la revisión de la categoría de 'Incongruencia de género' propuesta en el borrador publicado en 2010 (APA 2010a), WPATH señala algunos aspectos de avance, entre ellos 1. El cambio terminológico de '*gender identity disorder*' a '*gender incongruence*', por considerarse menos patologizante, 2. El reconocimiento de la diversidad de identidades de género identificados en la práctica clínica, 3. La introducción de un criterio en la categoría "*Gender Incongruence in Children*" que hace referencia al deseo fuerte de ser de otro género, previniendo, según los autor*s, el riesgo de diagnosticar a niñ*s con expresiones de género diversas sin "*incongruence between gender identity and sex assigned at birth*", 4. La facilitación del acceso de personas con un diagnóstico relacionado con la intersexualidad al diagnóstico, 5. La retirada del indicador de orientación sexual y 6. La inclusión de una "*exit clause*" (De Cuypere, et al. 2010: 119-120).

Al mismo tiempo, WPATH expresa diferentes puntos de crítica y reflexiones. En relación al debate sobre retirada de la categoría diagnóstica, WPATH manifiesta su posición "*that gender variance is not in and of itself pathological and that having a cross-gender or transgender identity does not constitute a psychiatric disorder*" (De Cuypere, et al. 2010: 121), al mismo tiempo que constata una falta de consenso respecto a la conveniencia de retirada o reforma entre los miembros de WPATH. Respecto a los criterios diagnósticos propuestos en el borrador, WPATH critica su carácter amplio, recomendando "*a narrowing of the diagnosis to those who experience distress associated with gender incongruence*" (De Cuypere, et al. 2010: 121). Además, propone categorías diagnósticas separadas para adolescentes y personas adultas, así como un cambio del nombre hacia "*Gender Dysphoria*", en línea con un foco en la experiencia de malestar en vez de la identidad (De Cuypere, et al. 2010: 121). Asimismo, se recomienda no situar las categorías diagnósticas trans-específicas en el capítulo de "*Sexual Disorders*", sugiriendo su emplazamiento en un capítulo de "*Psychiatric Disorders Related to a Medical Condition*" o en un capítulo de trastornos con comienzo en la infancia (De Cuypere, et al. 2010: 122).

En respuesta a la segunda versión de los borradores publicados en 2011, WPATH valora positivamente 1. El cambio de nombre de "*Gender Incongruence*" a "*Gender Dysphoria*", 2. La inclusión de un criterio relacionado con el malestar y 3. El emplazamiento de la categoría fuera del capítulo sobre disfunciones sexuales y parafilias (De Cuypere, et al. 2011: 51). Además, WPATH añade diferentes recomendaciones, entre ellas 1. Especificar que el malestar no se debe solo al prejuicio o estigma exterior y 2. Sustituir el nombre del indicador "*post-transition*" por "*in remission*" para no excluir a las personas trans* de la atención sanitaria continuada (De

Cuyper, et al. 2011: 52).

Aparte de *WPATH, World Professional Association for Transgender Health*, otras organizaciones profesionales emiten valoraciones de los borradores de las categorías trans-específicas en el DSM.

El *Callen Lorde Community Health Center* (2010), critica la categoría de ‘Incongruencia de Género’ propuesta en el primer borrador publicado en febrero de 2010, observando una contradicción con el principio de no inclusión de diagnósticos en base a comportamientos o actitudes relacionados con conflictos con la sociedad, así como un riesgo de una justificación indirecta de terapias reparativas. Además, resalta la falta de justificación del mantenimiento de la categoría de ‘Fetichismo Transvestismo’ (Callen Lorde Community Health Center 2010). Desde la identificación de la causa subyacente del malestar experimentado por muchas personas trans* en la discriminación social, propone la retirada de las categorías diagnósticas del DSM y la introducción de una categoría médica en la CIE, con el objetivo de garantizar la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica (Callen Lorde Community Health Center 2010; capítulo II, 3.5).

In summary, we propose all diagnoses addressing gender non-conformity and identity be eliminated from the DSM-5. The mental health needs – when present – of gender non-conforming people are addressed by existing diagnoses. We ask the APA to formally renounce reparative therapy addressing gender non-conformity in children, adolescents and adults. We acknowledge that a diagnosis must exist for those who require medically necessary transgender-specific care, and ask the APA to advocate for a viable transgender-specific medical diagnosis in the ICD. Finally, we respectfully request that the APA include lesbian, gay, bisexual and transgender healthcare institutions and community centers in these processes.

(Callen Lorde Community Health Center 2010: s.p.)

En relación a la valoración de las categorías trans-específicas publicadas en el *ICD-11 Beta Draft, WPATH, World Professional Association for Transgender Health* realizó en 2014 una encuesta entre sus miembros sobre la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia (WPATH 2015g; capítulo II, 3.9.4.1.3).

3.6.4.3. Autor*s individuales

Aparte de las recomendaciones aportadas por asociaciones profesionales, autor*s individuales relacionad*s con el campo de la atención sanitaria trans-específica aportan revisiones de los borradores del DSM-5, así como de la versión publicada del DSM-5 (Lawrence 2010; Lev 2013).

En este sentido, Lawrence (2010) revisa la categoría de ‘*Gender Incongruence*’ propuesta en la primera versión de los borradores publicados en febrero de 2010 (APA 2010a, 2010b), señalando los siguientes puntos de crítica: 1. La sustitución del concepto ‘sexo’ por ‘género’, considerando que la incongruencia no surge entre la identidad de género y el género asignado al nacer, sino entre la identidad de género y el sexo biológico, 2. La inclusión de personas con un diagnóstico paralelo relacionado con la intersexualidad, por considerar que ya tienen acceso a la atención sanitaria, evitando el estigma asociado a la clasificación como

trastorno mental, 3. La provisión de una "exit clause" (1254), señalando que dificulta el acceso a la atención sanitaria trans-específica, 4. La consideración del término 'Gender Incongruence' como un eufemismo para 'Gender Identity Disorder', proponiendo el término "Gender Dysphoria" (1255), 5. La falta de inclusión de un criterio de 'malestar' y 6. La retirada de subtipos según la orientación sexual, por considerar su valor descriptivo y pronóstico.

Bajo el título *Gender Dysphoria: Two Steps Forward, One Step Back*, Lev (2013) revisa la categoría de 'Gender Dysphoria' incluida en el DSM-5. Desde la crítica de la continuada inclusión de categorías trans-específicas en el DSM, Lev (2013) señala que "*depathologizing gender identity in the DSM mirrors the slow process of change in removing homosexuality, incrementally through many versions of the DSM*" (291).

Lev (2013) observa diferentes avances, entre ellos el uso de un lenguaje no binario y el foco de los criterios diagnósticos en el malestar más que en la no-conformidad en el género. Al mismo tiempo, observa que "*the inclusion of Gender Dysphoria in the DSM-5—i.e., the inclusion in a diagnostic manual of psychopathology, ensures that transgender people will continue to be labeled with a mental illness for decades to come*" (292). En este sentido, Lev (2013) considera que "[I]ike Ego-dystonic Homosexuality, Gender Dysphoria represents a battle only half won" (292). Además, Lev (2013) revisa de forma crítica la categoría 'Transvestic Disorder', desde la consideración del carácter no dañino de la práctica de *crossdressing* para la persona que lo realiza o para otr*s. La autora expresa su preocupación por la continuada clasificación diagnóstica de la diversidad de género como trastorno mental, desde la consideración de un impacto en "*the feelings, experiences, and epistemologies of average people, many of whom do not know the meaning of the word epistemologies*" (Lev 2013: 292). En consecuencia, Lev (2013) recomienda una práctica clínica basada en el apoyo a la diversidad de expresiones e identidades de género, como si no existiera el diagnóstico de 'Gender Dysphoria', paralelamente a la conciencia de la existencia de vivencias de disforia en la experiencia de las personas trans*.

Aparte de estas aportaciones, se pueden identificar revisiones críticas de la categoría 'Gender incongruence in childhood' en el *ICD-11 Beta Draft* por parte de profesionales individuales (capítulo II, 3.9.4.1.4).

3.6.5. Desarrollos institucionales

Como mencionado en capítulos anteriores (II, 3.1.5, II, 3.4.5, y II, 3.5.5), varias instituciones europeas, entre ellas el *Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa* (Hammarberg 2009, 2011), el *Comisario Europeo de Salud y Política de Consumidores* (Borg 2012), el *Relator sobre los Derechos de las Personas LGBT del Consejo de Europa* (Gunnarsson en: Consejo de Europa 2015b), el *Consejo de Europa* (2011, 2015a), el *Parlamento Europeo* (2011, 2012b, 2015a, 2015b, 2015c), el *European Parliament's Intergroup on LGBT Rights* (2010, 2011) y el *Comisario Europeo de Salud y Protección de los Consumidores* de la Comisión Europea (Dalli

en: European Parliament’s Intergroup on LGBT Rights 2011), expresan en informes, declaraciones y resoluciones recientes la recomendación dirigida a la OMS de retirar la categoría de ‘Trastornos de identidad de género’ de la CIE-11, incluyendo la propuesta de retirada de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia (Parlamento Europeo 2015b, 2015c). Además, gobiernos estatales y regionales en el contexto europeo emiten declaraciones en las que piden a la OMS considerar la retirada de la clasificación diagnóstica de la transexualidad como trastorno mental (Gobierno de España 2010; Ministère des affaires étrangères et européennes et du ministère de la santé et des sports 2010; Parlamento de Andalucía 2010).

Asimismo, diferentes instituciones internacionales y europeas apoyan la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica (Consejo de Europa 2013b; Health Policy Project, et al. 2015; ONUSIDA 2014a; WPRO, et al. 2013).

Este apoyo institucional adquiere una relevancia destacada para el activismo por la despatologización trans*, que cita los documentos estratégicos nombrados en diferentes declaraciones y notas de prensa (GATE 2015b; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010b; STP-2012 2011b, 2012a; STP 2013a, 2015b; TGEU 2015f, 2015g).

TGEU welcomes the European Parliament’s adoption of the Ferrara Report^[referencia al final del texto] on the situation of fundamental rights in the European Union, this afternoon. The report sends a clear message to the European Commission and member states, and calls on them to provide better models to protect human rights, including the human rights of LGBTI people.

TGEU highlights the focus on gender identity in the following sections of the report^[referencia al final del texto], in particular the call on the Commission to prevent gender variance in childhood from becoming a new ICD – International Classification of Diseases^[referencia al final del texto], diagnosis.

(TGEU 2015f: s.p.)

Just yesterday Jonas Gunnarsson, the General Rapporteur on the rights of LGBT people at the Parliamentary Assembly of the Council of Europe, declared that, “Outdated classifications of diseases at national and international levels should be removed. Transgender people’s access to medical care should be simple and stigma-free” (1) Gunnarsson’s statement reflects a growing consensus that transgender people should not be pathologized for their gender identity.

(GATE 2015b: s.p.)

3.6.6. Marcos teóricos y procesos activistas relacionados

El proceso de reflexión y aportación de propuestas dirigidas a la *APA, American Psychiatric Association* y *OMS, Organización Mundial de la Salud* durante el proceso de revisión del DSM y de la CIE por parte del activismo por la despatologización trans* se puede relacionar con reflexiones teóricas sobre participación ciudadana en salud.

En la bibliografía actual, se puede identificar una diferenciación entre dos niveles de participación ciudadana en salud, la participación de l*s usuari*s en el propio proceso de salud

y la participación ciudadana en la gestión y las políticas sanitarias (Cahill 1996; Gallivan, Kovacs Burns, Bellows, et al. 2012; Ruiz y Perestolo Pérez 2010; Segura 2010).

La participación de los pacientes supone un nuevo modo de entender la relación entre éstos, los profesionales y sistemas de salud, no sólo desde el prisma del conocimiento, el manejo y el control de la propia salud, de manera individual o colectiva, sino también desde la influencia que puede llegar a tener en la planificación de políticas sanitarias. (Ruiz Azarola y Perestelo-Pérez 2012: 158)

Gallivan, et al. (2012) realizan una revisión crítica del concepto de *"patient engagement"* (s.p.), observando una falta de consistencia en la terminología y señalando la necesidad de un lenguaje compartido para facilitar su puesta en práctica. Partiendo de una revisión bibliográfica, l*s autor*s definen *"patient engagement"* como *"engagement in one's own health, care and treatment"* y *"patient and public engagement"* como *"active participation of patients, carers, community representatives and groups and the public in how services are planned, delivered, and evaluated"* (Gallivan, et al. 2012: s.p.). Bajo el término *"patient involvement"* incluyen ambos niveles de participación, definiendo el mismo como *"[t]he full participation of patients and their carers in their own care and treatment. Patient involvement can also be at the level of service delivery and quality monitoring"* (Gallivan, et al. 2012: s.p.).

En el siguiente capítulo, en el marco de la revisión de los discursos sobre modelos de atención sanitaria trans-específica, haré referencia al primer nivel, la participación de l*s usuari*s en su propio proceso de salud (capítulo II, 3.8.6).

En relación al segundo nivel, la participación ciudadana en la gestión y las políticas sanitarias, la *OMS, Organización Mundial de la Salud* recomienda su aplicación en varias declaraciones internacionales, entre ellas la *Declaración de Alma Ata* (OMS 1978) y la *Carta de Ottawa sobre Promoción en Salud* (OMS 1986). En la *Declaración de Alma Ata*, se reconoce el derecho y deber de una participación individual y colectiva en la planificación sanitaria (OMS 1978). En la *Carta de Ottawa* (OMS 1986), la participación ciudadana en salud, entendida como poder y control sobre los procesos de decisión, se nombra como un principio relevante de la promoción en salud.

IV. El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la aplicación de su atención de salud. (OMS 1978: 3)

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos. (OMS 1986: 3)

A nivel europeo, se puede nombrar la *Recommendation Rec(2000)5* en la que el *Consejo de Europa* (2000) recomienda a los estados miembros asegurar la aplicación de la participación ciudadana en todos los aspectos del sistema sanitario, a un nivel estatal, regional y local.

En la bibliografía revisada²⁴⁷ pude identificar múltiples reflexiones sobre modelos de participación ciudadana en salud, sus aportaciones, desafíos y limitaciones.

En un trabajo publicado en 1969, Arnstein (1969) desarrolla una escalera de participación ciudadana, diferenciando entre un nivel de "*non-participation*" (217), entendido como manipulación y terapia, un nivel de "*tokenism*" (217), comprendiendo la información, la consulta y el apaciguamiento, así como un nivel de "*citizen power*" (217), incluyendo la colaboración, el poder delegado y el control ciudadano. El modelo de Arnstein (1969) dio lugar a múltiples relecturas y desarrollos posteriores (Choguill 1996; Cornwall 2008; Segura 2010; White 1996).

En la bibliografía reciente, se constata la creciente relevancia de la participación ciudadana en salud, identificando como oportunidades la potencial democratización del sistema sanitario (Delgado Gallego, et al. 2005; Jovell y Navarro Rubio 2008), el fomento del empoderamiento (Delgado Gallego, et al. 2005; White 1996), la oportunidad de expresión de necesidades (Delgado Gallego, et al. 2005; Irigoyen 2011) y envío de reclamaciones (Cornwall 2008), la posibilidad de control y evaluación de los servicios sanitarios (Delgado Gallego, et al. 2005; Jovell y Navarro Rubio 2008), la identificación de prioridades para la asignación de recursos (Costa-Font 2005) y la legitimación de políticas sanitarias (Costa-Font 2005). Desde una perspectiva de "*human rights in patient care*", la participación en políticas sanitarias se nombra como un principio y derecho fundamental (Cohen y Ezer 2013: s.p.).

Al mismo tiempo, a lo largo de las últimas décadas se identificaron desafíos, conflictos y abusos en la aplicación de modelos de participación ciudadana, entre ellos una orientación hacia una conceptualización de la ciudadanía como clientes en vez de como personas con derechos civiles (Segura 2010), diferencias de opiniones sobre el alcance de la participación (Frankish, et al. 2002), conflictos entre intereses contrapuestos (White 1996), la utilización de la participación para los intereses de un grupo particular (Cornwall 2008), limitaciones de una participación impulsada desde organismos institucionales (Lipsky y Lounds 1976), así como un uso instrumentalizado de la participación (White 1996).

Irigoyen (2011) identifica dificultades en el desarrollo de la participación ciudadana en un momento actual de fragmentación de la sociedad y clientelización del sistema sanitario (Irigoyen 2011).

En una sociedad fragmentada y dual existen numerosos intereses *mudos* que carecen de representación en tanto que carecen de capacidad de elaborar discursos que avalen sus prácticas sociales. Éstas permanecen ocultas a observadores profesionales dotados de culturas científico-técnicas. Así, una parte sustancial de los segmentos en desventaja social comparecen en la realidad mediante microconflictos. El sistema clientelar, que otorga el estatuto de clientes a todos los usuarios, es ficcional. Carece de capacidad para desarrollar servicios aptos para *todos los públicos*.
(Irigoyen 2011: 77)

²⁴⁷ Arnstein 1969; Costa-Font 2005; Choguill 1996; Cornwall 2008; Delgado Gallego, Vázquez Navarrete, Zapata Bermúdez, et al. 2005; Frankish, Kwan, Ratner, et al. 2002; Irigoyen 2011; Jovell y Navarro Rubio 2008; Lipsky y Lounds 1976; Segura 2010; White 1996.

Como otra dificultad, se observa una falta de implicación de l*s supuest*s ‘beneficiari*s’ de los procesos participativos y la vivencia de cansancio con iniciativas de participación por parte de la ciudadanía (Cornwall 2008; White 1996).

Some communities have experienced so many such attempts to ‘participate’ them that they have become tired and cynical. ‘You can’t eat participation, can you?’, one disgruntled would-be community representative, who was expected to mobilize his fellow community members without receiving any of the handsome salaries that his NGO counterparts were paid, once said to me and asked, ‘what is in it for us?’.
(Cornwall 2008: 274-275)

Andreu Segura (2010) hace referencia al *graffiti* incluido en el artículo de Arnstein (1969) que representa otro de los potenciales problemas de la participación ciudadana, la utilización de la participación para fines políticos ajenos a la perspectiva ciudadana (*“su artículo reproduce un ‘graffiti’ del mayo del 68: yo participo, tú participas, él participa, nosotros participamos, vosotros participáis, ellos se benefician”*, 56).

En relación a la participación del activismo por la despatologización trans* en el proceso de revisión del DSM y de la CIE, desde perspectivas teórico-activistas se plantea la pregunta por su alcance, en el sentido del grado de democratización del proceso de revisión (Davy 2015a) y ambivalencias inherentes a la participación en un proceso de negociación sobre un modelo patologizante (Fernández 2010; Missé 2012b).

3.7. “El derecho a decidir sobre el propio cuerpo”²⁴⁸: Modelos de atención sanitaria trans-específica desde una perspectiva de despatologización



Carteles de convocatoria del Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans

Imagen 40: Manila, STRAP, Society of Transsexual Women of the Philippines, 2010

Imagen 41: Barcelona,

ATC, Guerrilla Travolaka, Plataforma d'Activistas sin Vergüenza i activistes independents, 2008

Imagen 42: Lisboa, Panteras Rosa, 2009

Donde más he sentido que soy diferente es en una sala de espera.

(Miguel en: Martínez Guzmán y Montenegro 2010: 256)

El género también es nuestro espacio público, nuestra calle, nuestro parque, nuestra plaza. Vamos a dónde queremos y cuando queremos porque el género es, ha sido y por supuesto será, también, lo que nosotrxs hagamos con él.

(Asamblea del Octubre Trans, Asamblea TransMaricaBollo de Sol, Acera del Frente, et al. 2011c: s.p.)

3.7.1. Discursos activistas y teórico-activistas

Aparte del proceso de revisión del DSM y de la CIE, las demandas del activismo por la despatologización trans* se centran en la revisión del modelo de atención sanitaria trans-específica actualmente vigente y la propuesta de enfoques basados en una perspectiva de despatologización y Derechos Humanos.

3.7.1.1. Estado de situación

La crítica del modelo actual de atención sanitaria trans-específica parte del análisis del estado de situación en diferentes partes del mundo (STP-2012 2012a).

En relación a la atención sanitaria trans-específica, estudios e informes recientes²⁴⁹ reflejan, como mencionado más arriba (capítulo II, 3.5), una frecuente situación de ausencia de

²⁴⁸ Fuente de la cita: Missé 2008: 7.

²⁴⁹ Balzer y Hutta 2012; Balzer, et al. 2012; Berkins y Fernández 2005; Borbogno 2010; Cabral y Hoffman 2009; Consejo de Europa 2011; Grant, et al. 2011; Namaste 2000; New Zealand Human Rights Commission 2008; Human Rights Watch 2011; Russian LGBT Network 2011; Sood 2010; UNDP 2013; UNDP y Winter 2012; Winter 2009; Winters 2008a.

disponibilidad, falta de cobertura pública o reembolso, así como, en algunos países, una prohibición legal de la cirugía genital, contribuyendo a prácticas de automedicación y automodificación corporal en situaciones inseguras. La observación de la falta de acceso a la atención sanitaria trans-específica se inserta en un análisis más amplio de barreras de acceso y dinámicas de discriminación contra las personas trans* en la atención sanitaria general (capítulo II, 3.2)²⁵⁰.

En aquellos países en los que existe una atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta, se observa la aplicación un modelo de evaluación psiquiátrica y psicológica²⁵¹, incluyendo el requisito de ‘experiencia de la vida real’ y seguimiento de un modelo de terapia triádica, dificultando el acceso para aquellas personas trans* que no cumplen con los criterios diagnósticos establecidos o no desean seguir el itinerario previsto, así como una frecuente falta de calidad de las intervenciones quirúrgicas disponibles. Además, se constata una continuada aplicación de ‘terapias reparativas’²⁵².

Desde este análisis de situación, el activismo por la despatologización trans* dirige sus reivindicaciones, aparte de demandar la promoción del respeto a la diversidad de género en la atención sanitaria general (capítulo II, 3.2) y la garantía de cobertura pública (capítulo II, 3.5), a un cambio del modelo de atención sanitaria trans-específica.

3.7.1.2. Demanda de cambio del modelo de atención sanitaria trans-específica

En consecuencia de la observación de dinámicas de discriminación, psicopatologización y falta de autonomía en la atención sanitaria trans-específica, STP incluye la reivindicación de un cambio del modelo de atención en sus cinco demandas prioritarias (STP-2012 2010[2009]), así como documentos posteriores²⁵³.

Exigimos: (...)

3. El libre acceso a los tratamientos hormonales y a las cirugías (sin tutela psiquiátrica).

(STP-2012 2010[2009]: s.p.)

Las principales demandas de STP 2012 son la retirada de la categoría de ‘Disforia de Género’ / ‘Trastornos de la Identidad de Género’ de los manuales diagnósticos DSM y CIE, así como la garantía de los derechos sanitarios trans, incluyendo la cobertura pública de la atención sanitaria trans específica y el cambio del modelo actual de evaluación hacia un enfoque basado en la autonomía y la decisión informada.

(STP-2012 2011d: s.p.)

Esta demanda está estrechamente vinculada con el tercero de los documentos relevantes para el activismo por la despatologización trans*: El proceso de revisión de los Estándares de Cuidado SOC-6, de *WPATH, World Professional Association for Transgender*

²⁵⁰ Cabral y Hoffman 2009; Consejo de Europa 2011; FRA 2013a, 2014; Hammarberg 2009; Grant, et al. 2011; Human Rights Watch 2011; New Zealand Human Rights Commission 2008; Sood 2010; UNDP 2013; Winter 2009, 2012.

²⁵¹ Consejo de Europa 2011; González-Polledo 2010; Grant, et al. 2011; Hammarberg 2009; New Zealand Human Rights Commission 2008; Spade 2006a; Whittle, et al. 2008; Winter, et al. 2009.

²⁵² O’Flaherty y Fisher 2008; SAMHSA 2015; Winters 2008a.

²⁵³ Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a; 2009b, 2010a, 2010b, 2010c; STP-2012 2011a, 2011b, 2011c, 2011d, 2012a, 2012b, 2012c; STP 2013d, 2014b.

Health, de influencia en el establecimiento y la revisión de protocolos clínicos sobre atención sanitaria trans-específica en diferentes partes del mundo (HBIGDA 2005[2001]).

STP critica el modelo de evaluación establecido en los SOC-6, incluyendo el requisito de ‘experiencia de la vida real’, proponiendo su sustitución por un modelo de autonomía corporal y Consentimiento Informado en el que l*s profesionales asumieran un rol de información, asesoramiento y acompañamiento (STP-2012 2011b). Además, critica la terapia triádica establecida en los SOC-6, demandando la adopción de un modelo de atención individualizada y abierta a la diversidad de expresiones e identidades de género (STP-2012 2011b).

A la vez, seguimos reivindicando la **introducción de cambios en los Estándares de Cuidados de la WPATH** cuya próxima edición se prevé para septiembre de 2011, desde su rol como referente para los protocolos de atención sanitaria trans-específica en diferentes partes del mundo.

[D]emandamos un cambio del actual modelo de evaluación, en el que el acceso a los tratamientos hormonales y quirúrgicos trans-específicos está restringido a un cumplimiento de los criterios diagnósticos establecidos en el DSM o de la CIE, por un modelo basado en el derecho de autonomía de la persona que desea realizar un proceso de modificación corporal trans-específico, mediante un proceso de información y asesoramiento voluntario. Asimismo, estimamos necesaria la sustitución del modelo actual de terapia triádica por una atención individualizada que tenga en cuenta la diversidad de trayectorias, identidades y prioridades sanitarias de las personas trans, así como la consideración de diferencias culturales en las necesidades y modelos de atención. Consideramos urgente la sustitución del actual rol evaluador del profesional sanitario por un rol de información y asesoramiento, así como la abolición del carácter obligatorio y uso como criterio de evaluación de la “experiencia de vida real”.

(STP-2012 2011b: 6)

3.7.1.3. Propuestas desde una perspectiva de despatologización y Derechos Humanos

Aparte de expresar críticas y demandas de cambio del modelo actual, tanto STP, como diferentes grupos activistas, autor*s trans* y aliad*s aportan propuestas para un modelo de salud trans* desde una perspectiva de despatologización y Derechos Humanos.

En diferentes documentos, STP resume las características principales de un modelo de atención trans-específica basado en una perspectiva de despatologización y Derechos Humanos (STP-2012 2012a, 2012b). En este sentido, en un texto de reflexión publicado en 2012 (STP-2012 2012a) nombra los siguientes principios bases:

Partimos de un modelo de salud trans basado, entre otros, en los siguientes principios:

- Una perspectiva de despatologización.
- El reconocimiento de los procesos de transición en el género como derecho humano.
- Un enfoque de autonomía y decisión informada en la atención sanitaria trans-específica.
- El reconocimiento de múltiples expresiones, trayectorias e identidades de género.
- El derecho de acceso a una atención sanitaria públicamente cubierta y de la más alta calidad posible.
- La atención a determinantes sociales de la salud.
- El principio de reducción de daños.
- La diversidad cultural de tránsitos en el género.
- La protección contra tratamientos no consensuados.
- El derecho a la no discriminación en la atención sanitaria.

(STP-2012 2012a: 8)

En otro texto publicado en el mismo año, STP (STP-2012 2012b) reitera los mismos aspectos, además de añadir el principio de participación de las personas trans* en el proceso de elaboración de los estándares de cuidado, el acceso de las personas intersex a la atención sanitaria trans-específica, así como, de modo general, el reconocimiento social de la diversidad corporal, sexual y de género.

- La participación activa de personas trans en el proceso de elaboración de estándares de cuidado o guías de actuación, con el objetivo de facilitar el desarrollo de documentos basados en las perspectivas, experiencias y necesidades de las personas trans.
 - El reconocimiento de los derechos sanitarios de las personas intersex. Demandamos el cese de la práctica clínica actual de mutilación genital y otras intervenciones normalizadoras y no consentidas practicadas a recién nacid*s, niñ*s y adolescentes intersex. Reivindicamos el derecho de acceso a la atención sanitaria trans-específica de personas con un diagnóstico paralelo relacionado con la intersexualidad que desean transitar en el género y realizar modificaciones corporales trans-específicas. (...)
 - El trabajo continuado por un mayor reconocimiento social de la diversidad corporal, sexual y de género.
- (STP-2012 2012b: 9-10)

A lo largo de los últimos años, grupos y redes activistas de diferentes regiones del mundo desarrollaron propuestas y guías para una atención sanitaria trans-específica basada en una perspectiva de despatologización y Derechos Humanos.

En 2010, la *Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español* (2010c) publicó una *Guía de Buenas Prácticas para un Modelo de Atención Sanitaria a Personas Trans en el marco del Sistema Nacional de Salud*.

Hoy, domingo 17 de octubre de 2010, publicamos una Guía de Buenas Prácticas para la Atención Sanitaria a personas trans en el marco del Sistema Nacional de Salud, editada por la Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español.

Con esta publicación, presentamos una propuesta de un modelo de atención sanitaria a personas trans en la que se sustituye el actual proceso de evaluación de género en términos psiquiátricos por un protocolo que otorga a la persona interesada el derecho de decisión sobre su cuerpo, dentro de un proceso de información, asesoramiento y consentimiento informado.

La Guía ha sido elaborada por activistas e investigadores trans y tiene como base las perspectivas y experiencias de las comunidades trans que luchamos por la despatologización. Nuestro objetivo es ofrecer una herramienta de trabajo y discusión para la elaboración de un protocolo de atención sanitaria a personas trans desde una perspectiva no patologizante y el reconocimiento de una amplia diversidad de identidades y trayectorias trans.

(Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010c: s.p.)

En la introducción, se especifica que el documento se elaboró desde la experiencia y para la realidad del contexto español, en respuesta al modelo de atención sanitaria trans-específica aplicado en las *UTIGs, Unidades de Trastorno de Identidad de Género* de diferentes Comunidades Autónomas²⁵⁴, invitando a los grupos activistas de otras regiones del mundo a desarrollar propuestas adaptadas a su propio contexto cultural (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d).

²⁵⁴ Asenjo-Araque, Rodríguez Molina, Lucio-Pérez, et al. 2011; Bergero Miguel, Cano Oncala, Giraldo Ansio, et al. 2004; Bergero Miguel, et al. 2008, 2010; Cano Oncala, Bergero Miguel, Esteva de Antonio, et al. 2004; Carrasco Portiño 2012; Esteva de Antonio, Gómez Gil, Almaraz, et al. 2012; Esteva de Antonio, Gómez-Gil y GIDSEEN Group 2013; Esteva de Antonio y Soriguer Escofet 2006; Moreno-Pérez y Esteva de Antonio 2012.

[Q]uieremos señalar que esta propuesta no pretende establecer un nuevo modelo universalizador, de modo que ha de entenderse dentro del contexto en el que se escribe. Esperamos que esta iniciativa sirva para impulsar otras, de modo que su situación política, cultural y social específica sirvan como una oportunidad antes que como un obstáculo. (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d: 16)

La *Guía de Buenas Prácticas* parte de los siguientes principios bases: 1. La despatologización, 2. La desmedicalización, 3. El derecho de acceso de las personas intersex a los tratamientos de modificación corporal, 4. El acompañamiento y el derecho a la decisión informada y 5. El asesoramiento y la vinculación a redes comunitarios (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d).

Para el desarrollo de un modelo de buenas prácticas en el ámbito de la salud trans, la función evaluadora de las/os profesionales que intervienen en el proceso ha de ser sustituida por una función de acompañamiento. En el acompañamiento, lo que se busca es promover y respetar la autonomía de la persona en lugar de sustituirla en el proceso. Las decisiones son competencia de la persona y el proceso es compartido. Existe una multiplicidad de vías y construcciones subjetivas, todas legítimas, y las/os profesionales deberían tener en cuenta esta multiplicidad de trayectorias, así como la influencia de la procedencia cultural o de clase social. (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d: 20)

Desde el contexto sudafricano, la organización activista *Gender DynamiX* (2010), en un taller de trabajo realizado con representantes indígenas, resalta la importancia de incluir conocimientos propios de las culturas africanas a los Estándares de Cuidado. L*s participantes del taller señalan que, en muchas regiones de África, l*s psicólog*s o trabajador*s sociales no serían las primeras personas de referencia para una persona que desea iniciar un tránsito en el género, sino l*s "sangomas" o "traditional health practitioners" (Gender DynamiX 2010: 4), haciendo necesario una adaptación de los Estándares de Cuidado a este contexto cultural específico.

Considering the predominance of traditional health practitioners in South Africa, in rural areas there must be involvement of traditional health practitioners when dealing with transgender people. Traditional Health practitioners can help with counseling and community acceptance, when they are sensitized to gender and transgender issues. (...) The western bio-medical model omits the diversity found in nature and other cultures than the West. Its conclusion to term transgender as "disordered" is wrong because it is based on a non-diversity model or theory. (Gender DynamiX 2010: 4-5)

En la *Trans Health & Advocacy Conference*, celebrada en Ciudad del Cabo en 2012 y organizada por *Gender DynamiX*, se identifica la necesidad de mejorar el acceso a la atención sanitaria trans-específica, bajo implicación de Atención Primaria. Como otras recomendaciones, se nombra la creación de programas de formación y guías de actuación sobre salud trans*, incluyendo perspectivas indígenas y teniendo en cuenta el acceso sanitario en un contexto de bajos recursos. Además, se propone la descentralización de la atención sanitaria trans-específica y la creación de espacios seguros para personas trans* (Gunguluza 2012). Como otros aspectos prioritarios, se nombra la exploración y el abordaje de intersecciones entre dinámicas de estigmatización y exposición a violaciones, trabajo sexual, falta de vivienda, desempleo y vulnerabilidad al VIH, así como la elaboración de estrategias bajo participación de

tod*s l*s agentes claves (Gunguluza 2012).

En 2014, *Capicúa Diversidad* publica una *Guía de Buenas Prácticas* desarrollada desde el contexto argentino, en la que resalta la importancia de una protección de Derechos Humanos, la adopción de un enfoque de despatologización, así como el reconocimiento de la autonomía de las personas trans* y de su derecho a participar en el proceso de atención sanitaria trans-específica.

Desde hace algunos años, ha surgido un nuevo paradigma que pone en el centro la perspectiva de los derechos humanos y reconoce como un derecho humano fundamental la expresión de género de las personas, institucionalizando y reconociendo la lucha que desde hace años sostienen a nivel mundial diversxs colectivxs LGTBQI. (...) Desde esta nueva perspectiva internacional, seguir considerando las expresiones o identidades de género no hegemónicas como enfermedades, ya sean mentales o físicas, implica una vulneración directa a los derechos humanos. Se impulsa, así, una reivindicación de las personas trans que obliga a reconocernos en la responsabilidad y autonomía de nuestros propios cuerpos, como sujetxs activxs, con capacidad para decidir por nosotrxs mismxs, para hablar por nosotrxs mismxs de nuestras propias vidas, experiencias y deseos, abandonando un viejo paradigma patologizante que desvalorizaba nuestras palabras desde los discursos médicos, psiquiátricos y/o jurídicos que, con diferentes argumentaciones, nos descalificaban, adjudicándose la legitimidad de hablar por y sobre nosotrxs. (Capicúa Diversidad 2014: 11)

Desde perspectivas teórico-activistas, se aportan diferentes análisis de las limitaciones del modelo de evaluación y requisito de ‘experiencia de la vida real’, así como propuestas para un modelo de atención sanitaria trans-específica basado en la autonomía, el acompañamiento y el Consentimiento Informado (Fernández 2010; Garaizabal 2010; González-Polledo 2010; Missé 2010a; Missé y Coll-Planas 2010b; Spade 2003, 2006a; Suess 2010; 2011b; Suess, Espineira y Crego Walters 2014).

A continuación, resumiré los principales puntos de crítica respecto al modelo de atención sanitaria trans-específica actual y propuestas de cambio desarrolladas desde perspectivas activistas y teórico-activistas.

3.7.1.3.1. Desde un modelo de evaluación hacia un enfoque de Consentimiento Informado

Uno de los principales puntos de crítica de STP hacia el modelo actual de atención sanitaria trans-específica constituye el modelo de evaluación externa establecido en los Estándares de Cuidado SOC (HBIGDA 2005; WPATH 2012a) que regula el acceso a los tratamientos hormonales y quirúrgicos, siguiendo los criterios diagnósticos establecidos en el DSM y la CIE (Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a, 2010a; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010c; STP-2012 2010[2009], 2012a, 2012b). El proceso de evaluación, en el que el acceso a los tratamientos trans-específicos depende de la autorización por parte de l*s profesionales de Salud Mental, se describe como un ejercicio de control, inherencia del Estado en la autonomía de las personas trans* y vulneración al derecho a la libre expresión de género (Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a).

La patologización de la transexualidad bajo el “trastorno de identidad sexual” es un gravísimo ejercicio de control y normalización. **El tratamiento de este trastorno se lleva a cabo en diferentes centros de todo el mundo. En casos como el del Estado**

Español, es obligatorio el paso por una evaluación psiquiátrica en las Unidades de Identidad de Género que, en algunas ocasiones, va asociada a un control semanal de nuestra identidad de género a través de terapias de grupo y familiares y todo tipo de procesos denigrantes que vulneran nuestros derechos.
(Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a: s.p.)

STP define la decisión sobre el propio cuerpo y la autodenominación como un derecho fundamental, con referencia a luchas sociales previas, como la lucha feminista por el derecho al aborto y el derecho a decidir sobre el propio cuerpo (Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a).

Hacemos nuestras las palabras del movimiento feminista en la lucha por el derecho al aborto y el derecho al propio cuerpo: **reivindicamos nuestro derecho a decidir libremente si queremos o no modificar nuestros cuerpos y poder llevar a cabo nuestra elección sin impedimentos burocráticos, políticos ni económicos, así como fuera de cualquier tipo de coerción médica.** Queremos que los sistemas sanitarios se posicionen frente al trastorno de identidad sexual, reconociendo la transfobia actual que sostiene su clasificación, y replanteen su programa de atención sanitaria a la transexualidad haciendo de la evaluación psiquiátrica un paso innecesario y del acompañamiento psicoterapéutico una opción voluntaria.
(Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a: s.p.)

Grupos activistas y autor*s con trayectoria teórico-activista y aliad*s procedentes de diferentes contextos geopolíticos aportan evaluaciones críticas del modelo de evaluación.

Desde el contexto latinoamericano, se identifica como punto de partida del proceso de evaluación la clasificación de los tránsitos en el género como trastorno mental, contribuyendo a una falta de reconocimiento del estatus de sujeto de las personas trans* (Bento 2010).

A defesa da obrigatoriedade de um protocolo rígido que obriga as pessoas trans a realizarem acompanhamento terapêutico, com o argumento de que se deve agir desta forma para o bem das(os) demandantes, escamoteia a posição hegemônica de que estas pessoas são transtornadas, portadoras de subjetividades desconectadas com realidade e, portanto, sem condições psíquicas de elegerem. Esta é uma estratégia discursiva que retira a autonomia e não reconhece a condição de sujeitos das pessoas transexuais e travestis.
(Bento 2010: 16)

Según el análisis del contexto brasileño aportado por Viviane Vergueiro (2015), la fundamentación de la atención sanitaria trans-específica en un paradigma patologizante tiene como consecuencia la homogeneización de la atención, sin tener en cuenta la complejidad de las vivencias trans*, la transferencia del poder de decisión a l*s profesionales sanitari*s, bajo falta de reconocimiento de los principios de Consentimiento Informado y autonomía corporal, así como la des-responsabilización del sistema respecto a la accesibilidad y calidad de la atención.

O ‘Processo Transexualizador’ a que me referi é a base para a atenção específica às populações trans no sistema público de saúde (SUS), e é significativamente fundamentado em perspectivas patologizantes sobre a diversidade de identidades de gênero. Isso implica, no meu ponto de vista, em duas limitações críticas dentro do contexto brasileiro: (1) problemas relacionados às restrições próprias do paradigma patologizante em compreender as complexidades das vivências trans, levando a um modelo de atenção à saúde que homogeneiza e simplifica as demandas feitas por pessoas trans neste sistema (algo que já levou à exclusão explícita das vivências travestis e das vivências trans não heterossexuais deste processo), além de conferir poderes decisórios às pessoas profissionais de saúde que colocam em risco as ideias de consentimento informado e autonomia corporal para pessoas trans; e (2) a desresponsabilização dos sistemas de saúde como um todo no atendimento a

peessoas trans, mesmo quando não se trate de alguma demanda específica às vivências trans; ou seja, em alguma medida o modelo patologizante do ‘Processo Transexualizador’ legítima que, fora dos pouquíssimos e insuficientes ‘ambulatórios trans’ existentes no país (são alguns 4, no total), as pessoas profissionais de saúde não sejam responsáveis por conhecer minimamente, durante e depois de suas formações profissionais, as características e necessidades específicas de saúde de pessoas trans a partir de uma perspectiva de diversidades corporais e de identidades de gênero (e não de normalidade saudável versus anormalidades transtornadas).
(Vergueiro 2015: s.p.)

En el contexto ecuatoriano, se expresa la demanda de abolición de la tutela psiquiátrica y reconocimiento del derecho a la modificación corporal en el marco de un proceso de Consentimiento Informado (Proyecto TRVNSGÉN3RO en Vásquez 2010[2009]: 18).

EXIGIMOS: (...)

La supresión de la tutela psiquiátrica sobre los actos de disposición sobre el propio cuerpo y como pre-requisito de ciudadanía. El derecho a la intervención corporal libre de riesgos y la correcta ubicación de la intervención médica, como garante del derecho a la vida y a la salud, previo consentimiento informado.
(Proyecto TRVNSGÉN3RO en Vásquez 2010[2009]: 18)

Desde el contexto norteamericano, Gehi y Arkles (2007) señalan como consecuencias del modelo médico de atención sanitaria trans-específica la conceptualización de las personas trans* como personas incapaces de tomar decisiones, situando a l*s profesionales sanitari*s en el rol de guardianes de sus derechos. En este proceso, identifican una analogía con la experiencia de personas con diversidad corporal (Gehi y Arkles 2007).

The medical model in many ways has a similar impact when used to view trans people as it does when used to perceive disabled people. This model, although it does have some value, permits dominant society to rest secure in its privilege by pathologizing and othering the individuals who do not fit easily into the way society has been set up. The medical model locates a problem within trans or disabled bodies and minds, rather than in a transphobic and ableist society. Thus, a medical model labels trans and disabled people as sick and tries to cure each individual’s body or mind instead of labeling society as discriminatory and fixing the problem by changing institutions so disabled and trans people can gain access to them with safety, equality, and dignity.^[nota a pie de página]
(Gehi y Arkles 2007: 15)

En una revisión crítica de los criterios aplicados en el proceso de evaluación, Judith Butler (2004) revisa la influencia de los requisitos de duración temporal del deseo de transitar y permanencia en otro género en la narración de la historia de vida de las personas trans*, identificando como narrativas excluidas la experiencia de fluidez en las expresiones e identidades de género y su interrelación con un contexto cultural y sociopolítico más amplio.

The diagnosis of gender dysphoria requires that a life takes on a more or less definitive shape over time; a gender can only be diagnosed if it meets the test of time. (...) The diagnosis, in this way, wants to establish that gender is a relatively permanent phenomenon. It won’t do, for instance, to walk into a clinic and say that it was only after you read a book by Kate Bornstein that you realized what you wanted to do, but that it wasn’t really conscious for you until that time. (...) You should be ill-advised to say that you believe that the norms that govern what is a recognizable and livable life are changeable, and that within your lifetime, new cultural efforts were made to broaden those norms, so that people like yourself might well live within supportive communities as a transsexual, and that it was precisely this shift in the public norms, and the presence of a supportive community, that allowed you to feel that transitioning had become possible and desirable.
(Butler 2004: 81)

Desde el contexto francés, se hace referencia a la contradicción entre una aceptación del principio de despatologización por parte del gobierno y la continuación de una práctica psiquiátrica de evaluación y control del acceso a los tratamientos trans-específicos y el proceso de reconocimiento legal (Collectif Existrans 2011). A la vez, se critica una falta de respuesta a otros problemas de salud de las personas trans*, como el VIH (Collectif Existrans 2011).

Pathologisation

Si l'État nous a accordé une dépsychiatisation de principe, il nous oblige toujours à passer par des psychiatres qui se donnent le droit d'accorder ou non l'accès à nos hormones, nos chirurgies, etc. Nous voulons être respecté, informé et libre de choisir les modalités de nos transitions. Nous voulons être pouvoir être accompagné et non contrôlé. La dépathologisation doit inclure une prise en charge de nos besoins en termes de reconnaissance légale et de nos parcours médicaux quel qu'ils soient. Les parcours de transition doivent s'effectuer par consentement éclairé, et non en étant forcé à des expertises psychiatriques et des démarches de changement d'état civil interminables qui nous placent en porte-à-faux et en victimes. De plus, ces psychiatres transphobes n'ont jamais su traiter le problème du VIH chez les trans, alors qu'aux USA, dès 1998, les pys sonnaient l'alarme !

(Collectif Existrans 2011: s.p.)

Desde el contexto español, Pérez Fernández-Fígares (2010) identifica la invención de narrativas coherentes con los criterios diagnósticos como una de las consecuencias del modelo de evaluación, señalando su impacto negativo en la confianza entre médic*s y usuari*s y validez de los resultados de los tests psicológicos.

Constituido el psicólogo en autoridad, disponiendo sobre vidas ajenas, fue natural que los usuarios hicieran averiguaciones sobre las respuestas que tenían efectos favorables y sobre las desfavorables, arruinando la confianza usuario-psicólogo e invalidando de camino cualquier estudio científico que se basara en test.

(Pérez Fernández-Fígares 2010: 105)

Como una característica destacada del modelo de evaluación se menciona la construcción de una oposición 'normalidad' / 'patología', interpretada como medida de protección contra un cuestionamiento de la trayectoria de género de l*s profesionales de Salud Mental (Fernández 2010).

Más allá del "error" conceptual, lo importante es que este juego de posiciones (psiquiatra normal/paciente disfórico) construye la escena en la que el primero emite su evaluación sobre el segundo. Por otro lado, es ilustrativo de los modos en que el género del psiquiatra se ve en todo momento persuadido, amenazado o, cuando menos, interpelado por el género del paciente (si este no fuera disfórico, él no podría considerarse tan normal).

(Fernández 2010: 189)

Como otro aspecto que contribuye "*a generar contextos de violencia ética y no reconocimiento*" (189), Fernández (2010) nombra la falta de reconocimiento del "*género como dispositivo cultural*" (189), tanto en relación al género de l*s usuari*s como de l*s profesionales, así como la conversión de la escena de consulta en "*una evaluación del grado en que la persona se adecua a las normas de género (una protección de las normas culturales que reproduce significados más o menos tradicionales y acotados sobre hombre y mujer, además del binomio mismo)*" (189).

De forma análoga, Pau Crego Walters (en: Martínez Guzmán y Montenegro 2010) identifica el rol de evaluación de l*s profesionales de psiquiatría y los presupuestos binarios

sobre los que se fundamenta como “*producto de un orden social determinado*”, describiendo su rol profesional como el de un “*vigilante del género*” (Pau Crego Walters: en Martínez Guzmán y Montenegro 2010: 248-249).

El psiquiatra es también un producto de un orden social determinado y, por lo tanto, uno se enfrenta a ese orden social que está detrás, reforzado por la creencia de poseer la “verdad”, es decir la ciencia. (...)

[H]oy por hoy, la figura del psiquiatra con respecto a la transexualidad no es de apoyo opcional para personas que pasan por momentos difíciles, sino de una obligatoria evaluación de cómo vives, de si cumples con sus criterios para que te permitan ser hombre o mejor: su rol consiste en ser un vigilante del género.

(Pau Crego Walters en: Martínez Guzmán y Montenegro 2010: 248-249)

En la re-narración de la vivencia del proceso de evaluación durante la adolescencia, se reflejan estrategias de resistencia contra la presuposición de un itinerario predeterminado desde el sistema médico-psiquiátrico (Miguel en: Martínez Guzmán y Montenegro 2010).

En la vida cotidiana libro una batalla constante por la autodeterminación, y ha sido muy difícil. Desde antes de los 18 años estuve sometido a evaluaciones psiquiátricas, durante mucho tiempo estuve convencido de que a los 18, que es la edad permitida para la reasignación, me iba a operar y me iba a hormonar. Cuando por fin llegó el día en que me dieron el certificado, ya había visto a mi alrededor a muchas personas transexuales pasar por el proceso de reasignación: había aprendido que esa “vida nueva” que supuestamente inicia tras la reasignación era más bien un mito, era sobre todo un construcción psicológica. Cuando por fin llegó el día y me dieron el certificado, lo guardé en un cajón y no fui a comprar las hormonas.

(Miguel en: Martínez Guzmán y Montenegro 2010: 250- 252)

Otra crítica recurrente se centra en el requisito de ‘experiencia de la vida real’ establecido en los Estándares de Cuidado SOC 5 y SOC-6 (HBIGDA 2005[1989], 2005[1991]). Se denuncia la falta de consideración de las circunstancias personales, familiares o laborales en el requisito de ‘experiencia de la vida real’ que pueden dificultar vivir de forma abierta en el género deseado, así como la falta de reconocimiento de la diversidad de trayectorias trans*, incluyendo el deseo de modificación corporal sin cambio del género social (Asamblea del Octubre Trans, et al. 2011b; Guerrilla Travolaka 2006; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d; STP-2012 2011b).

14. Ningún protocolo ni intervención médica ha de servir para poner a una/un paciente la bajo prueba de la “Experiencia de la Vida Real” para que demuestre efectivamente cuál es su identidad. Esta prueba supone un ejercicio de poder por parte de la / del profesional que no se exige a ningún otro tipo de pacientes, y además pone a la / al paciente bajo una condiciones injustas e innecesarias y puede acarrear consecuencias negativas para la vida de ésta / éste.

15. Ningún/a profesional puede jerarquizar e impedir intervenciones quirúrgicas por encima de otras similares. Por ejemplo, haciendo el acceso a las mastectomías más complicado que a las mamoplastias (por consideración subjetiva de la / del profesional de que no es lo mismo “cortar” que “añadir”).

(Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d: 23)

Consideramos urgente la sustitución del actual rol evaluador del profesional sanitario por un rol de información y asesoramiento, así como la abolición del carácter obligatorio y uso como criterio de evaluación de la “experiencia de vida real”.

(STP-2012 2011b: 6-7)

Los efectos de este diagnóstico y de la legislación que lo exige son muy claros. En tanto que enfermxs, lxs trans perdemos nuestra autonomía ante los equipos médicos que deberían estar a nuestro servicio. En las Unidades de Trastornos de Identidad de Género (UTIG) se inventan y ejercen nuevas formas de violencia sobre la población trans. Así, mediante el llamado Test o Experiencia de la Vida Real se invade nuestra vida personal para vigilar si nos amoldamos o no a las expectativas que sobre nuestros géneros tienen los equipos médicos que nos tratan. Nuestro modo de comportarnos en nuestros empleos, con nuestras familias, cada uno de nuestros gestos y de nuestras ropas serán valorados en función de lo que esta Policía del Género entiende que hace un “verdadero” hombre o una “verdadera” mujer. De su aprobación dependerá que nos consideren aptxs para pasar o no por sus mesas de operaciones.

No son médicos, no son psicólogos, no son psiquiatras. Son patrullas de vigilancia de las fronteras del género.

(Asamblea del Octubre Trans, et al. 2011: s.p.)

Desde perspectivas teórico-activistas se comparte la crítica expresada por grupos y redes activistas sobre el requisito de ‘experiencia de la vida real’ (González-Polledo 2010; Pérez Fernández-Fígares 2010). En este sentido, se cuestionan los prejuicios de género inherentes a su planteamientos, la discriminación de personas trans* que no pueden o no quieren hacer un tránsito en el género en la vida cotidiana, así como la reproducción de una desigualdad social por la mayor posibilidad de evitación del requisito en la medicina privada (González-Polledo 2010; Pérez Fernández-Fígares 2010). Además, se señala la falta de consideración de potenciales riesgos sociales, laborales y familiares relacionados con la imposición de poner en práctica la ‘experiencia de la vida real’, así como la falta de reconocimiento de un deseo de modificación corporal sin necesidad de cambio en el género (Pérez Fernández-Fígares 2010). Asimismo, se hace referencia a la dificultad de poner en práctica la ‘experiencia de la vida real’ antes del acceso a las hormonas (González-Polledo 2010).

En consecuencia de estas vivencias, se demanda el cese de la conceptualización de los procesos de tránsito en el género como patología y el reconocimiento del principio de autonomía y derecho a decir sobre los procesos de modificación corporal (Colectivo Entre Tránsitos 2011; Frente Ciudadano Pro Derechos de Transexuales y Transgénero 2010; Guerrilla Travolaka 2006).

No queremos más psiquiatras, ni libro de psiquiatras/psicólogos, no queremos más "Test de la Vida Real"...

(Guerrilla Travolaka 2006: s.p.)

¡Nuestro cuerpo es nuestro y tenemos derecho a vivirlo y a modificarlo! ¡Viva la vida travestis, transgéneros y transexuales!

(Frente Ciudadano Pro Derechos de Transexuales y Transgénero 2010: s.p.)

Las personas Trans debemos decidir de una manera autónoma y libre sobre nuestros tránsitos, no debe ser un/a médicx quién decida cómo intervenir nuestros cuerpos y cómo debemos ser y comportarnos para ser respetadx y validadx. La DESPATOLOGIZACIÓN nos da la posibilidad de comprender nuestras existencias como posibles y no como una patología que debe ser “curada”.

(Colectivo Entre Tránsitos 2011: s.p.)

Desde perspectivas activistas y teórico-activistas no solo se critica el modelo actual de evaluación, sino se aportan diferentes propuestas acerca del modelo de atención deseado (Colectivo Entre-Tránsitos 2011; STP-2012 2011a, 2011b). En este sentido, se propone un

modelo basado en un enfoque de decisión informada, siguiendo el modelo de Consentimiento Informado existente en centros como el *Callen Lorde Community Health Center* (2014) o *Tom Waddell Health Center* (2011)²⁵⁵.

En este sentido, demandamos un cambio del actual modelo de evaluación, en el que el acceso a los tratamientos hormonales y quirúrgicos trans-específicos está restringido a un cumplimiento de los criterios diagnósticos establecidos en el DSM o de la CIE, por un modelo basado en el derecho de autonomía de la persona que desea realizar un proceso de modificación corporal trans-específico, mediante un proceso de información y asesoramiento voluntario.
(STP2012 2011a: 6)

Las personas Trans debemos decidir de una manera autónoma y libre sobre nuestros tránsitos, no debe ser un/a médicx quién decida cómo intervenir nuestros cuerpos y cómo debemos ser y comportarnos para ser respetadxs y validadxs.
(Colectivo Entre-Tránsitos 2011: s.p.)

En vez de una evaluación externa de la identidad de la persona trans* y proceso de diagnóstico, se propone un modelo de atención basado en el principio de reconocimiento de la identidad de género elegida por la persona y su capacidad para decidir activamente sobre su cuerpo, partiendo de una perspectiva de Derechos Humanos (Balzer 2010; Guillot 2011; Missé 2008; 2010a; Missé en Corcuera 2010; Missé y Coll-Planas 2010b).

“Eu acho transexual é aquele que disse ‘Eu sou transexual’”.
(Balzer 2010: 81)

Cuando se defiende la despatologización de la identidad trans no se persigue únicamente la desclasificación del trastorno de los manuales de enfermedades, sino que se trata sobre todo de reivindicar que las personas trans en los tratamientos médicos que puedan requerir deben ser reconocidos como sujetos activos, con capacidad para decidir por sí mismos; se trata de reivindicar la autonomía y la responsabilidad sobre sus propios cuerpos, de tomar la palabra para hablar de sus propias vidas, algo que hasta ahora habían hecho exclusivamente los médicos.
(Missé y Coll-Planas 2010b: 46)

Se señala la importancia de no reducir el Consentimiento Informado a una firma del formulario, con fines de limitación de la responsabilidad médica, como presente en el modelo actual, sino comprender el enfoque de Consentimiento Informado como un proceso continuado de información, acompañamiento y asesoramiento voluntario, incluyendo la posibilidad de preguntar sobre riesgos y efectos secundarios (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d).

Lejos de esta visión, el sistema de salud debe sentar las bases para la agencia y la subjetivación. Tales decisiones van seguidas de un certificado de consentimiento informado en el que la persona toma responsabilidad de las mismas. Este certificado no habría de realizar ningún tipo de aseveración sobre la identidad de la persona con la que aquella se halle en desacuerdo.

El problema que genera el actual modelo de consentimiento informado es que va precedido por un proceso de evaluación y autorización, después de los cuales se entrega un documento de consentimiento informado a la / al paciente. Por tanto, explicitamos que ese proceso de control previo debe desaparecer, y que el documento de consentimiento informado debe de otorgar la flexibilidad suficiente a la / al paciente como para poder seguir un camino diseñado por y para ella / él, y debe ser modificable a lo largo del tiempo

²⁵⁵ Los enfoques de Consentimiento Informado se desarrollan en el capítulo II, 3.7.4.2.

para ajustarse a la realidad de la persona en cada momento, en vez de marcar un camino único para todas/os.

(Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d: 21)

En este sentido, se resalta la necesidad de un cambio de un *"régimen de autoridad"* hacia un *"régimen de autonomía"* basado en un proceso exhaustivo de información y deliberación y *"el pleno de derecho de decisiones sobre su vida y la plena responsabilidad sobre sus posibles errores, como corresponde a una persona mayor de edad"* (Pérez Fernández-Fígares 2010: 105).

Missé (2008) resalta que *"el derecho a decidir sobre el propio cuerpo"* (Missé 2008: 7) debe incluir tanto el derecho a no modificar el cuerpo, bajo retirada del requisito de hormonación en el proceso de reconocimiento legal de género (capítulo II, 3.8), como el derecho a la modificación corporal, actualmente limitado por el proceso de evaluación psiquiátrica.

Estos grupos han alzado la voz para reivindicar el derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Este derecho es una reivindicación doble. Por un lado se trata de tener derecho a no intervenirlo, cosa que no permite el Gobierno si lo que queremos es modificar la mención de sexo en la documentación puesto que debemos obligatoriamente pasar por dos años de tratamiento médico. Y por el otro se trata de decidir con autonomía sobre las intervenciones que realizamos a nuestro cuerpo, cosa que tampoco es posible puesto que tienen que ser aprobadas por médicos psiquiatras.

(Missé 2008: 7-8)

En consecuencia, se señala que la función de l*s profesionales que intervienen en el proceso debería ser de información, acompañamiento y asesoramiento, así como de puesta en contacto de las personas trans* con redes comunitarias, pero en ningún caso de evaluación de la identidad de género o trayectoria de vida de la persona que acude a la consulta (Fernández 2010; Missé y Coll-Planas 2010b; Guillot 2011; Pau Crego Walters en: Martínez Guzmán y Montenegro 2010; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d).

Para el desarrollo de un modelo de buenas prácticas en el ámbito de la salud trans, la función evaluadora de las/os profesionales que intervienen en el proceso ha de ser sustituida por una función de acompañamiento. En el acompañamiento, lo que se busca es promover y respetar la autonomía de la persona en lugar de sustituirla en el proceso. Las decisiones son competencia de la persona y el proceso es compartido.

(Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d: 20)

Se trata de pasar de un modelo médico a un modelo de derechos humanos, en que los profesionales de la salud acompañen pero no determinen las formas de entender y vivir la transexualidad. Tal y como señala Judith Butler (2010), para iniciar este cambio de paradigma es imprescindible el rol activo de los profesionales de la salud, su implicación y su propia transformación.

(Missé y Coll-Planas 2010b: 54)

Yo no podría aseverar con certeza cuál es el destino que debe tener la psiquiatría con respecto a las personas trans. Pero sin duda el rol de la psiquiatría debe pasar de ser completamente directivo, como ahora es, a ser de apoyo y acompañamiento.

(Pau Crego Walters en: Martínez Guzmán y Montenegro 2010: 248-249)

Se trata de contribuir a activar un proceso de subjetivación que al respetar las implicaciones de sostener el protagonismo del sujeto y no dar por sentado el resultado (el lugar al que

tiene que llegar), evita caer en el paternalismo, la victimización y el conocido maltrato institucional, tan escasamente analizado para el caso de la atención a personas trans. (Fernández 2010: 187)

Bajo el título "*Accompagner ou stigmatiser*"(283), Guillot (2011) plantea la necesidad de una atención sanitaria trans-específica basada en el concepto del acompañamiento, señalando que "*a psychiatrisation des trans' n'a plus lieu d'être, c'est un réseau d'accompagnement pour l'accès aux droits qu'il est nécessaire de construire*"(286).

En relación a la formación específica de l*s profesionales, se resalta la necesidad de conocimientos en perspectivas de despatologización y diversidad sexual / de género (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d).

En primer lugar, dado que de lo que se trata no es de establecer un diagnóstico sino de acompañar un proceso, la atención por personal de psiquiatría no es requerida. Si la función es asesorar y desarrollar un acompañamiento social, psicológico y sexológico en el caso de que la persona lo demande, hablamos de un conjunto de competencias que podrían desarrollarse desde diversas áreas (trabajo social, terapia sexológica y/o psicoterapia).

En segundo lugar, la formación en sexología y/o estudios de género con perspectiva despatologizante debe ser un requisito imprescindible y transversal para el conjunto de profesionales que intervienen en la salud trans.

(Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español (2010d: 20-21)

3.7.1.3.2. Desde un modelo binario hacia un reconocimiento de la diversidad de género

Otro punto de crítica expresado desde el activismo por la despatologización trans* constituye la exigencia de adecuación de la identidad de género de la persona trans* que acude a la consulta a un modelo de géneros estereotipado y binario, mediante la evaluación del cumplimiento de los criterios diagnósticos según la ropa y apariencia física, sin tener en cuenta la diversidad de modelos de género y estilos personales presentes en la sociedad actual (Colectivo Entre-Tránsitos 2011; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d). Se señala que el seguimiento de este modelo binario en la práctica clínica está estrechamente relacionado con una definición binaria de los procesos de tránsito en el género en las clasificaciones diagnósticas trans-específicas establecidas en el DSM y en la CIE (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d).

La evaluación de la identidad respecto a los cánones de género avalados por la práctica psiquiátrica: de este modo, es la/el profesional de la salud quien cataloga (o no) a la persona como transexual, permitiendo o bloqueando el acceso al resto del proceso. Esta evaluación se efectúa en relación con el grado de adecuación a las normas de género, esto es, a los rasgos físicos y psicológicos que este modelo atribuye (estereotípicamente) a mujeres y hombres. El conjunto mínimo de estos estereotipos de género que sirven de referente son los recogidos en los criterios diagnósticos de los manuales DSM y CIE.

(Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d: 17)

Patologizarnos, representa entrar en un proceso de "normalización de los cuerpos", que si bien es válido para lxs que quieran, no incluye a todxs aquellxs que NO deseamos ser hombres o mujeres con una figura corpórea que se identifique dentro de lo masculino o lo femenino; por tanto rechazamos ese discurso médico psiquiátrico que nos otorga la posibilidad de un único tránsito, dejando por fuera otras posibilidades de habitar el mundo que muchxs de nosotrxs imaginamos posible.

(Colectivo Entre-Tránsitos 2011: s.p.)

Además, se critica el biologicismo subyacente a la presuposición de una coherencia entre género, sexo, orientación sexual y apariencia física (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d).

11. Ningún protocolo puede inducir la feminización o la masculinización de una persona, sino que debe respetar en todo momento las vivencias particulares dentro de la multiplicidad de la diversidad de expresiones de género.

12. Ningún protocolo ni intervención médica puede basarse sobre la idea de que el género es una expresión de la biología, por tanto tampoco en la concepción de que de un determinado sexo debería derivarse un determinado género.

(Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d: 22)

Desde perspectivas teórico-activistas se reafirma esta crítica al carácter binario y biologicista del modelo de atención sanitaria trans-específica (Coll-Planas 2010a; Garaizabal 2010; González-Polledo 2010; Missé y Coll-Planas 2010b; Pérez Fernández-Fígares 2010).

¿Se puede imaginar a una comisión de expertos dictaminando sobre si el aspecto elegido es suficientemente “real”, es decir, binarista? ¿Y se puede admitir que ese dictamen condicione, en una fase temprana, la “elegibilidad” del candidato?

(Pérez Fernández-Fígares 2010: 104)

Además, los profesionales de la salud mental deben dejar de imponer el modelo binario hombre-mujer y dejar de lado una comprensión esencialista de las categorías de transexual, transgénero, travesti, ya que no permiten dar cuenta de la complejidad y diversidad de los procesos que viven las personas trans.

(Missé y Coll-Planas 2010b: 53)

Además, se resalta la interrelación entre el modelo binario de géneros, la presuposición de heterosexualidad y la idea de un inicio de la trayectoria trans* desde la infancia temprana, visible en los criterios diagnósticos (Garaizabal 2010).

En consecuencia, se identifica una exclusión del acceso a la atención sanitaria trans-específica o retraso en el proceso de evaluación de aquellas personas trans* que no siguen este modelo binario (González-Polledo 2010).

En este caso, el hecho de no haber elegido un nombre propio inequívocamente masculino y de confesarse confuso con respecto al género al que le gustaría llegar al final de su transición fueron determinantes en su relación clínica, obligándole a pasar más tiempo en terapia y retrasando el principio de su transición física.

(González-Polledo 2010: 74)

Frente a la presuposición de proceso de transición lineal entre un género binario y otro, las trayectorias no binarias se describen como *"un viaje, una evolución y como un fin en sí mismo donde la llegada a un nuevo cuerpo, a una nueva identidad social y a un nuevo rol de género no se produce de forma mecánica, sino a través de distintos tipos, temporalidad y escalas de experiencias"* en el que *"[el] uso de tratamientos médicos parte de ser una necesidad vital a ser uno de los caminos posibles"* (González-Polledo 2010: 75).

El así llamado ‘Test de Minnesota’ (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI*, Drayton 2009; Hathaway y McKinley 1989[1942]) se cita como ejemplo paradigmático de la presencia de estereotipos binarios de género en el proceso de evaluación que precede el acceso

a la atención sanitaria trans-específica (Erik, Miguel y Mónica en: Martínez Guzmán y Montenegro 2010)²⁵⁶.

Las críticas expresadas desde perspectivas teórico-activistas trans* sobre el *Test de Minnesota* se centran en el cuestionamiento del modelo de binario de género inherente a las preguntas, así como de la validez transcultural del cuestionario, desarrollado en el ámbito norteamericano, que puede no corresponder a aspectos generizados de la vida cotidiana en otros contextos culturales (Erik, Miguel y Mónica en: Martínez Guzmán y Montenegro 2010).

Pasas más de dos horas respondiendo a preguntas muy parecidas entre sí donde encuentras algunas preguntas como ¿te gusta torturar animales? (esto puntúa como masculino); más y más preguntas como “¿a tu padre le gustaban las flores? ¿Tu madre conduce? ¿Te gustan las revistas de mecánica?” cuando en Cataluña no son nada comunes las revistas de mecánica. (...)

El caso es que he pasado por el embudo de la institución médica. Y curiosamente pasé por ahí para conseguir hormonas y después dejé de hormonarme. (...) No quería hacerle daño a mi cuerpo para ganar la aceptación de los demás.

(Erik en: Martínez Guzmán y Montenegro 2010: 260)

A la categoría del TIG hay que sumar toda la violencia de los procesos que le acompañan: evaluaciones minuciosas por las que hay que pasar en lugares inhóspitos y aislados, como el Test de Minnesota. Ahí precisamente, en esas circunstancias, era donde te sentías diferente. Donde más he sentido que soy diferente es en una sala de espera. (...)

Las modificaciones necesarias pasan entonces por contribuir a la normalización de las identidades no-normativas y el cuestionamiento de los cuerpos estereotipados; por demostrar que hay muchos cuerpos posibles, que no solo hay dos.

(Miguel en: Martínez Guzmán y Montenegro 2010: 250- 252)

La demanda que podemos hacer a las instituciones es que las personas trans no tenemos por qué pasar por la humillación de los test psicológicos de trescientas preguntas que no nos llevan a nada y que solo sirven para hacer una evaluación y estudios que no pueden decir nada de cómo somos nosotras.

(Mónica en: Martínez Guzmán y Montenegro 2010: 236-240)

Las preguntas relacionadas con la dimensión de género en el MMPI han sido utilizadas en vídeos o performances críticos con los aspectos patologizantes del proceso de atención sanitaria trans-específica, entre ellos en un spot de la Campaña STP²⁵⁷ o el documental *El test de la vida real*²⁵⁸.

En sustitución del modelo actual basado en el binarismo de género, desde la perspectiva del activismo por la despatologización trans* se propone un modelo de atención enfocado en el reconocimiento de una amplia diversidad de expresiones, trayectorias e identidades de género y sexualidades (Capicúa Diversidad 2014; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d).

²⁵⁶ El MMPI es un test psicopatológico, publicado en 1942 por Hathaway y McKinley y revisado en 1989 (MMPI-2), que incluye diferentes escalas de personalidad, entre ellas preguntas sobre la dimensión de feminidad / masculinidad (Drayton 2009; Hathaway y McKinley 1989[1942]).

²⁵⁷ [Spot Manifestación Internacional Trans e Intersex](#) (vídeo, dirección: Red Internacional por la Despatologización Trans, 2010).

²⁵⁸ [El test de la vida real](#) (documental, dirección: Florencia P. Marano, 2011).

4. Ningún protocolo debe evaluar la adecuación a los roles y estereotipos de género dominantes ni potenciará la adquisición de estos para regular el acceso a los tratamientos.
 5. Ningún/a profesional debe privilegiar la elección heterosexual de la persona, ya que sea porque considera que esta apoya una elección de género correcta al “corregir” una supuesta homosexualidad o por cualquier otra causa.
- (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d: 22)

3.7.1.3.3. Desde un modelo de terapia triádica hacia recorridos asistenciales individualizados

Otro punto de crítica constituye el modelo de terapia triádica, establecido en los SOC-5 y SOC-6 como recorrido asistencial habitual de las personas trans*, incluyendo el diagnóstico, la terapia hormonal y la intervención quirúrgica (HBIGDA 2005[1998], 2005[2001]). Desde la perspectiva del activismo por la despatologización trans* se resalta la diversidad de las trayectorias y necesidades de modificación de las personas trans*, cuestionando el efecto de medicalización inherente al modelo triádico, así como la presuposición de su carácter universal (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d).

En el modelo tradicional, la medicalización se traduce en la trifase psiquiatría-endocrinología-cirugía, ya se entiendan cada una de ellas como etapas consecutivas o con susceptibilidad de variación. En el marco de este proceso triádico, se cuenta con diversas técnicas médicas orientadas a restituir un supuesto “género verdadero”, considerándolas soluciones universales y efectivas en todos los casos.

(Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d: 18)

Desde perspectivas teórico-activistas, se reafirma esta crítica del modelo de terapia triádica (Pérez Fernández-Fígares 2010).

El protocolo se dividía, en resumen, de manera tripartita (“triádica”), en valoración psicológica o psiquiátrica, tratamiento endocrinológico e intervención quirúrgica. Concebía el proceso transexual como una especie de línea de metro con solo tres estaciones, es decir, como un túnel unidireccional, con subsecciones fijas y concebido para llegar a un fin único.

(Pérez Fernández-Fígares 2010: 104)

En sustitución del modelo actual de terapia triádica, se propone un enfoque individualizado, centrado en las personas y basado en una perspectiva de derechos, partiendo del reconocimiento de una amplia diversidad intra e intercultural de necesidades de atención e intervención (Collectif Existrans 2015; MSM-GF 2010; STP-2012 2011b). Además, se señala la importancia de una formación adecuada de l*s médic*s y cirujan*s para facilitar una atención de calidad, respetuosa y despsiquiatrizada (Collectif Existrans 2015).

Asimismo, estimamos necesaria la sustitución del modelo actual de terapia triádica por una atención individualizada que tenga en cuenta la diversidad de trayectorias, identidades y prioridades sanitarias de las personas trans, así como la consideración de diferencias culturales en las necesidades y modelos de atención.

(STP2012 2011a: 6)

Libre choix des parcours médicaux, sur la base de consentement éclairé, avec le **maintien des remboursements en France et à l'étranger**.
Démantèlement des équipes et protocoles hospitaliers et formation des médecins et chirurgiens français pour un suivi médical de qualité, respectueux et dépsychiatrisé.
Formation et sensibilisation des personnels en contact avec les personnes trans et intersex.

(Collectif Existrans 2015: s.p.)

The Global Forum on MSM & HIV (MSMGF) recommends a rights-based and person-centered approach to developing guidelines that will help transgender persons receive non-discriminatory, non-judgmental and quality health care.
(MSM-GF 2010: 1)

3.7.1.3.4. Desde la conceptualización de los tránsitos en el género como enfermedad hacia su entendimiento como proceso social

Frente a un modelo médico que conceptualiza los procesos de transición en el género como trastorno mental, enfermedad o problema individual y desde la observación de una interrelación entre psicopatologización y violencia transfóbica (capítulo II, 3.2), se propone situar el foco de la atención sanitaria trans-específica en el carácter de la diversidad de género como proceso social y la necesidad de un abordaje de la transfobia (Guerrilla Travolaka, et al. 2009; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d).

El modelo tradicional de atención médica, basado en las clasificaciones internacionales de diagnóstico y en los protocolos conocidos como Standards of Care, enmarca la transexualidad como problema, de modo que es ésta la que se convierte en objeto de intervención. Un primer paso indispensable para poner en marcha un modelo de atención de buenas prácticas es reconceptualizar el paradigma médico. No es la transexualidad el problema que conduce a una persona a la consulta médica: es la relación con el conjunto de normas sociales que dificultan la vida cotidiana de las personas trans. Para decirlo de otro modo: el problema no es la transexualidad sino la transfobia.
(Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d: 16)

Desde perspectivas teórico-activistas se confirma el cambio de conceptualización de los procesos de tránsito en el género como ‘problema’ individual hacia un foco en la transfobia como fuente de los conflictos de las personas trans* (Missé y Coll-Planas 2010b).

En primer lugar, es importante cambiar el paradigma desde el que entienden los recorridos de las personas trans. Lo que lleva a una persona trans a una consulta médica es el malestar o la violencia que siente por el hecho de vivir una identidad de género no-normativa. El problema no es la transexualidad sino la transfobia.
(Missé y Coll-Planas 2010b: 53)

3.7.1.3.5. Condena de las terapias de modificación conductual

Como un aspecto importante a incluir en un enfoque de atención sanitaria trans-específica desde perspectivas de despatologización se nombra la condena explícita de las terapias de modificación conductual (‘terapias reparativas’) u otras formas de tratamientos no consensuados (Proyecto TRVNSGÉN3RO en: Vászquez 2010[2009]; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d).

1. Ningún protocolo de atención sanitaria a personas trans debe dirigirse a suprimir la transexualidad, el transgenerismo, etc. como opciones de vida. En la práctica actual, se da este proceso de supresión cada vez que se considera que lo único que puede ser una persona que acude a consulta es hombre o mujer, y que las maneras de serlo pueden prescribirse en cualquier manual, consulta o proceso médico.
2. Ningún protocolo, fase del protocolo o tratamiento ha de tener como objeto modificar la identidad de género de la persona, sino atender los malestares derivados del contexto social en el que ésta es vivida.
(Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d: 21-22)

Con estos antecedentes, reunid@s en Atuntaqui, provincia de Imbabura, en la sierra norte del Ecuador, personas y colectivos trans y transfeministas de Azuay, El Oro, Imbabura, Los Ríos, Manabí, Pichincha y Santo Domingo de los Tsáchilas, (...)

DENUNCIAMOS: (...)

Que en provincias como Guayas y Pichincha, existen clínicas privadas de rehabilitación que ofrecen tratamientos psicológicos para “curar” la homosexualidad femenina y la transexualidad [6]; y que la existencia de estas clínicas evidencia esa patologización grosera y abiertamente ilegal que, no obstante, encuentra la complicidad de familias enteras y la negligencia del Estado ecuatoriano; cuando, cinco años de denuncias, no han sido suficientes para clausurar definitivamente estos establecimientos, o evitar que reabran con facilidad.

(Proyecto TRVNSG3NERO en: Vásquez 2010[2009]: 15-16)

3.7.1.3.6. Desde la desigualdad en el acceso hacia la equidad social en la atención sanitaria trans-específica

Otra crítica expresada desde perspectivas activistas y teórico-activistas se dirige a la reproducción de desigualdades sociales en la atención sanitaria, relacionada con la observación de un proceso de evaluación más estricto en el acceso a tratamientos trans-específicos, mayores listas de espera, así como una frecuente falta de calidad de las intervenciones quirúrgicas en los Sistemas Sanitarios Públicos, creando diferencias entre las personas trans* según los recursos económicos para pagar tratamientos privados (Guerrilla Travolaka 2006; Mauro Cabral en: Ziddica 2011). Frente a esta situación, se demanda una equidad social en el acceso y transparencia respecto a la experiencia profesional en técnicas quirúrgicas complejas (Guerrilla Travolaka 2006; Mauro Cabral en: Ziddica 2011).

Creemos en el derecho a quitarse las vendas para respirar y el de no quitárselas nunca, en el derecho a operarse con buenos cirujanos y no con CARNICEROS, en el libre acceso a los tratamientos hormonales sin necesidad de certificados psiquiátricos, en el derecho a auto-hormonarse.

(Guerrilla Travolaka 2006: s.p.)

En todo caso yo soy trans pero soy blanco, tengo un buen trabajo y puedo pagar un profesional privado. Si hay algún tipo de transfobia o trato discriminatorio circula de otra forma pero es distinto ir a un hospital público y tener que enfrentar la brutalidad del sistema de salud desde otra posición no solo identitaria sino también de clase y no recibir atención médica o recibirla en condiciones indignas, cosa que sí les pasa a otras personas trans pero también a personas que no son trans en la misma ciudad en la que vivo.

(Mauro Cabral en: Ziddica 2011:s.p.)

3.7.1.3.7. Acceso de personas intersex a la atención sanitaria trans-específica

Asimismo, se critica la exclusión de personas con un diagnóstico paralelo relacionado con la intersexualidad del acceso a los tratamientos trans-específicos, establecida en el DSM-III, DSM-IV y DSM-IV-TR (APA 1980, 1994, 2000a). Desde la perspectiva del activismo por la despatologización trans*, se señala la importancia de una igualdad de derechos en el acceso a los tratamientos trans-específicos, pero no mediante la inclusión de personas con un diagnóstico paralelo de intersex en un modelo patologizador, sino en el marco de una atención sanitaria trans-específica basada en perspectivas de despatologización y diversidad de género

que estuviera abierta a todas las personas que lo desearan (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d).

Hasta la fecha, el diagnóstico de transexualidad ha dependido del descarte de las situaciones de intersexualidad. (...)

El descarte de la intersexualidad en los procesos con personas trans constituye una práctica médica a erradicar. Las personas diagnosticadas con distintos grados de intersexualidad y asignadas en su infancia a un sexo, quedan fuera del marco actual en el momento que decidan iniciar un proceso de transición de género. Debe imperar en estos casos una atención igualitaria con todas/os las/os pacientes, sin que se dé el más mínimo margen a la discriminación y al rechazo de aquellas/os pacientes que hayan sido diagnosticadas/os como intersexuales porque no son abordables dentro del marco actual de las clasificaciones internacionales y de los Estándares de Cuidado.

(Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d: 19)

3.7.1.3.8. Desde la universalidad hacia la diversidad cultural

Frente a la observación del carácter predominantemente occidental de los Estándares de Cuidado SOC-6 (HBIGDA 2005[2001]), desde el contexto africano se propone un modelo de salud trans* basado en el reconocimiento de la diversidad cultural, la necesidad de una adaptación de los Estándares de Cuidado al contexto sociocultural concreto y la introducción de enfoques procedentes de la cultura indígena (Gender DynamiX 2010).

Considering the predominance of traditional health practitioners in South Africa, in rural areas there must be involvement of traditional health practitioners when dealing with transgender people. Traditional Health practitioners can help with counselling and community acceptance, when they are sensitized to gender and transgender issues. Furthermore, as they are often the first point of intervention for people in rural areas, they will often be the first person that transgender individuals, or their family, seeks help from; in which case a referral system is needed.

It is important to note that in South Africa, traditional health practitioners are officially recognised through the Traditional Health Practitioners Act of 2007. While this act is still lacking implementation, its aim is to integrate traditional healthcare practitioners into the national primary health care system.

(Gender DynamiX 2010: 4-5)

Desde el contexto brasileño, Viviane Vergueiro (2015) señala la necesidad de un cuestionamiento del paradigma actual de atención sanitaria trans-específica, cuyos fundamentos describe como cissexistas, elitistas, racistas y colonialistas, bajo desarrollo de un modelo basado en la autonomía corporal y autodeterminación de género, atención sanitaria pública de calidad y cese de imposiciones colonialistas. En consecuencia, resalta la importancia de relacionar este proceso de cambio con un proyecto de transformación sociocultural más amplio.

O que me motiva em participar deste importante movimento global é a consciência de que um cuidado e atenção adequados às populações trans, em suas diversidades interseccionais e de demandas de saúde, somente pode ser alcançado com o questionamento incessante e crítico de um paradigma de saúde que é extremamente limitado e construído sobre bases normativas violentas (cissexistas, elitistas, racistas, colonialistas). Este enfrentamento, a meu ver, é um caminho necessário para que superemos estas limitações, em um processo que necessariamente se articula com a ampliação das autonomias corporais e de autodeterminação de gêneros, com a defesa de uma saúde não mercantilizada que seja pública, gratuita e de qualidade, e com o fim dos corporativismos médicos que violentam populações há séculos de imposições de colonialidades. Nestes sentidos, compreendo que a despatologização das vivências trans se insere em um amplo projeto de transformação

sociocultural, com enfoque particular nas diversidades corporais e de identidades de gênero e suas demandas específicas e complexas.
(Vergueiro 2015: s.p.)

3.7.1.3.9. Rol de las redes comunitarias y participación en el proceso de revisión

Con el objetivo de aportar a la persona trans* perspectivas alternativas al modelo médico y de abrir espacios de intercambio de experiencias, de ayuda mutua, de activismo y de empoderamiento, se señala la importancia de facilitar desde el sistema sanitario el contacto con redes comunitarias y grupos activistas (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010d).

La incorporación de una visión despatologizadora en las/os profesionales de la atención es condición necesaria pero no suficiente: hará falta el desplazamiento hacia una función de acompañamiento en el que el asesoramiento y la vinculación a las redes comunitarias existentes pueden jugar un papel vital. El asesoramiento implica el acceso a visiones y experiencias de vida en las que las identidades trans son opciones dignas de ser vividas. El conocimiento de espacios y grupos fuera del sistema médico permite descentrar la transexualidad de una visión medicalizadora y potenciar la autonomía de las personas trans. (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español (2010d: 20-21)

Además, se señala la importancia de posibilitar una participación activa del movimiento trans* en el desarrollo y la gestión de protocolos clínicos y modelos de atención trans-específicas (STP-2012 2012b).

Proponemos un modelo de atención sanitaria trans-específica basado en:
La participación activa de personas trans en el proceso de elaboración de estándares de cuidado o guías de actuación, con el objetivo de facilitar el desarrollo de documentos basados en las perspectivas, experiencias y necesidades de las personas trans.
(STP-2012 2012b: 9)

Desde perspectivas teórico-activistas, se resalta la importancia de un fortalecimiento de redes comunitarias y activistas, con el objetivo de facilitar a las personas trans* el conocimiento de una amplia gama de trayectorias trans* posibles (González-Polledo 2010; Miquel Missé en: Sacayán 2010; Missé y Coll-Planas 2010b; Raj 2008).

¿Cómo se llega a concientizar sobre esto dentro de la misma comunidad?

—Tenemos que inventar los mecanismos de información de comunicación comunitarias para que las personas trans no pasen por la medicina, y que la primera información que tengan no sea la que dice que te tenés que operar. Que haya personas, una especie de red de iguales que con asesoramiento de trabajo social puedan formar personas trans para que brinden información a sus pares. Para que tengan información de primera mano, esa que todxs necesitamos en un primer momento cuando no sabemos lo que nos está pasando y decidimos este recorrido vital. Puedes operarte si quieres, pero también puedes no querer hacerlo. El quirófano es una alternativa que a muchas personas les sirve y es legítima, pero a otrxs no. Yo no quiero un mundo en donde la técnica quirúrgica es perfecta, pero la gente se sigue obviando, ojalá nadie tenga que llegar al quirófano porque no se obvian y éste es un trabajo que les corresponde a las comunidades trans.
(Miquel Missé en: Sacayán 2010: s.p.)

En definitiva, están cambiando las formas existentes de ser un paciente trans. Por un lado, participa activamente en su proceso de transición a partir de aumentar sus posibilidades de elección de tratamiento y, por otro, al compartir su conocimiento y experiencia con grupos de apoyo extraclínicos y redes de información a nivel local, nacional e internacional, se generan contextos de agenciamiento y empoderamiento donde se gesta la posibilidad de nuevas formas de transición.
(González-Polledo 2010: 76)

3.7.1.4. Proceso de revisión de los SOC

En reacción a la presentación de los SOC-7 en el Simposio BIANUAL de WPATH celebrado en Atlanta en septiembre de 2011 (WPATH 2015b) y su publicación en 2012 (WPATH 2012a), STP elabora un texto de reflexión en el que revisa los puntos de avance y los aspectos de crítica de esta nueva edición de los Estándares de Cuidado (STP-2012 2012b). Además, otros grupos activistas y autor*s individuales aportan revisiones de los SOC-7 (OII Australia 2011a, 2011b; OII Australia y OII Aotearoa 2012; VV.AA. 2011; Winters 2011c; Wittich 2013)

Como aspecto de avance, STP nombra la intención de usar un lenguaje no patologizante, a la vez que señala que su uso no se mantiene en todo el texto (STP-2012 2012b). Además, resalta positivamente la consideración del carácter diverso de las expresiones e identidades de género, expresada en la inclusión de los términos "*Transgender*" y "*Gender Nonconforming*" en el título, así como en la flexibilización de los recorridos de tratamiento, considerando este cambio como reflejo de las demandas del activismo por la despatologización trans* (STP-2012 2012b: 2).

Este cambio constituye una adaptación de la práctica clínica a la existencia de una amplia diversidad de trayectorias y necesidades sanitarias de las personas trans, además de hacer eco de la crítica expresada por el movimiento por la despatologización trans respecto a la suposición de un 'camino único' de transitar en el género.
(STP-2012 2012b: 2)

Además, STP valora positivamente la referencia a una declaración anterior del Consejo Ejecutivo de WPATH (2010b) incluida en los SOC-7 (WPATH 2012a), en la que se reconoce el carácter no patológico de las expresiones e identidades de género (STP-2012 2012b). Asimismo, destaca una conceptualización del malestar no como inherente a las identidades trans, sino consecuencia de un "*minority stress*" (WPATH 2012a: 4; STP-2012 2012b). A la vez, STP señala que el continuado uso de un modelo diagnóstico basado en una conceptualización de los tránsitos en el género como trastorno mental establece una contradicción con este giro de despatologización (STP-2012 2012b).

Asimismo, STP nombra como avances el rechazo explícito de las terapias reparativas y de una discriminación en el acceso por motivos de seropositividad, la recomendación de cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica, así como el reconocimiento del carácter occidental de los SOC-7 y de la necesidad de adaptación cultural de los principios inherentes a los SOC-7 (STP-2012 2012b).

Finalmente, STP destaca positivamente la mención de aspectos de salud sexual y reproductiva, así como la atención sanitaria de seguimiento, advirtiendo los riesgos de "*tendencias de sobre-medicalización de los procesos de transición en el género*" (STP-2012 2012b: 4).

Paralelamente a los avances nombrados, STP identifica diferentes puntos de crítica en los SOC-7 (STP-2012 2012b).

En primer lugar, critica la continuada aceptación de una conceptualización de los tránsitos en el género como trastorno mental (STP-2012 2012b). En este sentido, constata una contradicción entre una conceptualización de la *"Gender Nonconformity"* (WPATH 2012a: 4) como no patológica y el reconocimiento del carácter social del malestar por un lado, y un uso del diagnóstico como trastorno mental en caso de un malestar elevado por otro lado (STP-2012 2012b). Asimismo, critica el mantenimiento de un diagnóstico psiquiátrico por razones de investigación (STP-2012 2012b).

En segundo lugar, STP cuestiona la continuidad de un modelo de evaluación externa en el acceso a los tratamientos trans-específicos mediante el requisito de cartas de recomendación, el criterio de una *"[p]ersistent, well-documented gender dysphoria"* (WPATH 2012a: 34, 59, 60, 104, 105), así como el mantenimiento del requisito de *"12 continuous months of living in a gender role that is congruent with their gender identity"* (WPATH 2012a: 60, 106) en caso de la cirugía genital (STP-2012 2012b). Según STP, este último requisito *"no tiene en cuenta las circunstancias sociales, familiares y laborales de las personas trans que, en algunos casos, pueden impedir una vida pública en el rol de género elegido"* y se basa *"únicamente en el consenso profesional, sin tener en cuenta la perspectiva y experiencia de las personas trans"* (STP-2012 2012b: 6). Además, señala que el requisito de 'disforia de género' puede limitar el acceso a los tratamientos trans-específicos para aquellas personas trans* que no sienten 'disforia' o contribuir a una reproducción de narrativas preestablecidas (STP-2012 2012b). Asimismo, identifica una limitación potencial en el requisito de terapia hormonal en el acceso a la cirugía genital (STP-2012 2012b).

Como otro punto de crítica, STP hace referencia a la falta de reconocimiento de enfoques de Consentimiento Informado y reducción de daño (STP-2012 2012b). En este sentido, identifica la limitación de una aplicación del concepto de Consentimiento Informado a una responsabilización de la persona trans* de los riesgos de la intervención y firma del formulario, *"en contraposición a un entendimiento del concepto de 'consentimiento informado' y 'decisión informada' como un proceso continuado de información, asesoramiento opcional y acompañamiento de l*s profesionales en el proceso de decisión"*, así como una restricción de *"un enfoque de reducción de daños a situaciones de escasez de recursos o circunstancias personales / sociales de la persona que busca atención"* (STP-2012 2012b: 7).

En relación al rol de l*s profesionales de Salud Mental, STP critica la priorización del rol de evaluación sobre tareas de información y asesoramiento (STP-2012 2012b).

Respecto a la atención sanitaria trans-específica dirigida a niñ*s y adolescentes, observa contradicciones entre un reconocimiento de una diversidad de expresiones e identidades de género y el mantenimiento de un lenguaje y criterios diagnósticos binarios (STP-2012 2012b).

En el capítulo sobre el acceso de personas con un tratamiento paralelo relacionado con la 'intersexualidad' a la atención sanitaria trans-específica, STP critica el uso de una terminología patologizante, constatando una contradicción con la intención de un uso de lenguaje no

discriminante en el resto del documento (STP-2012 2012b). Asimismo, denuncia "*la ausencia de una condena de la práctica clínica actual de mutilación genital y otros tratamientos normalizadores y no consentidos a recién nacid*s, niñ*s y adolescentes intersex*" (STP-2012 2012b: 8).

Otros puntos de crítica constituyen el continuado sesgo etnocentrista y occidental del documento, así como la falta de participación de activistas trans* en el proceso de elaboración de los SOC-7 (STP-2012 2012b).

Aparte de la crítica realizada por STP-2012, otros grupos activistas publicaron revisiones de los SOC-7. OII Australia (2011a, 2011b) y OII Australia y OII Aotearoa (2012) destacan como crítica principal el carácter patologizante de la mención de las personas intersex en el documento, mediante el uso de la terminología del *Consenso de Chicago ('Disorders of Sex Development')*, así como la necesidad de una evaluación psiquiátrica en el acceso a tratamientos de modificación corporal en caso de personas intersex. Asimismo, se critica la inclusión de esta referencia sin consulta previa a personas intersex (OII Australia 2011a, 2011b; OII Australia y OII Aotearoa 2012).

OII Australia regrets the inclusion of intersex in the WPATH Standards of Care, and regrets the manner in which intersex was incorporated, explicitly for the first time, without consultation with intersex representative bodies. OII Australia and OII Aotearoa question the capacity and appropriateness of WPATH in matters of intersex health. Indeed, the brevity and physical location of the SOC's 3½ page statement on intersex, which closes that document, demonstrates that inappropriateness. (OII Australia y OII Aotearoa 2012: 14).

Desde el contexto norteamericano, Winters (2011c) resalta positivamente en los SOC-7, entre otros aspectos, la condena de las terapias reparativas, considerada como "*long overdue*" (s.p.) y "*a new ethical standard for the mental health professions*" (s.p.), la "*de-psycho-pathologization of gender variance*" (s.p.), desde la esperanza de que tuviera influencia en el proceso de revisión del DSM y de la CIE, así como la sustitución del término "*Gender Identity Disorder*" por "*Gender Dysphoria*" (s.p.). A la vez, identifica como punto crítico "*the promotion of a widely held myth that gender dysphoria in children will persist in only a small minority by adolescence, in other words, that gender identity in children is malleable and impersistent*" (Winter 2011c: s.p.).

Desde el ámbito mexicano, se señala como positivo la despatologización de las identidades trans* en los SOC-7, al mismo tiempo que se critica el mantenimiento del concepto de 'Disforia de género' (VV.AA. 2011).

En la 7a Versión de los Estándares de Atención, de la influyente Asociación Mundial de Profesionales para la Salud de las Personas Transgenéricas (WPATH, por sus siglas en inglés), se aboga por la despatologización de la condición trans, pero se mantiene la "Disforia de Género" como enfermedad, argumentado su conveniencia para reclamar la atención en los servicios públicos de salud. (VV.AA. 2011: s.p.)

En el contexto español, Wittich (2013) resalta positivamente la eliminación del requisito de ‘experiencia de vida real’ en caso del acceso a la terapia hormonal, mastectomía o mamoplastia y la eliminación del término en sí, así como el reconocimiento de una amplia diversidad de expresiones e identidades de género, incluyendo opciones no binarias. Como aspecto crítico, nombra la falta de consideración de las circunstancias personales, entre ellas el riesgo de pérdida de empleo o situaciones familiares, en el requisito de vivir abiertamente durante 12 meses un rol de género coherente con la identidad de género, exigido en caso de la cirugía genital (Wittich 2013). La autora recomienda la utilización de los SOC “a modo de guía orientativa, con la flexibilidad necesaria para el bienestar del paciente, sin tomarlos como si fueran una normativa legal” (Wittich 2013: 602).

3.7.2. Procesos activistas y reflexiones teórico-activistas precedentes

La crítica al proceso de evaluación en el acceso a los tratamientos trans-específicos no surge en el momento actual, sino ya estaba presente en textos publicados hace varias décadas en el que se encuentran reflexiones críticas en relación a 1. La adaptación de las narrativas de las personas trans* a los criterios diagnósticos establecidos, 2. El requisito de ‘experiencia de vida real’ y 3. El binarismo de género inherentes al modelo de evaluación. Además, se aportan propuestas para modelos alternativos de atención sanitaria trans-específica.

En relación al primer aspecto, Sandy Stone (2006[1987]) aporta un cuestionamiento temprano de la narrativa médica sobre los procesos de tránsito en el género en “*The Empire Strikes Back – A Posttranssexual Manifesto*”²⁵⁹. La autora critica las dinámicas de reproducción de los discursos médicos en las narrativas de las personas trans* que acuden a la consulta, adaptando su historia de vida a las respuestas requeridas para obtener acceso a los tratamientos de modificación corporal, reflejando estereotipos de género y borrando complejidades y contradicciones en sus trayectorias (Stone 2006[1987]).

Según su visión, en esta narrativa se silencian experiencias, como expresiones de género no binarias o el ritual de “*wringing the turkey’s neck*”, entendido como “*the ritual of penile masturbation just before surgery*” (Stone 2006[1987]: 227-228). Según Stone (2006[1987]), este ritual constituye “*the most secret of secret traditions*” (228).

All these authors [autoras trans que han desarrollado relatos autobiográficos] replicate the stereotypical male account of the constitution of woman: Dress, makeup, and delicate fainting at the sight of blood. Each of these adventurers passes directly from one pole of sexual experience to the other. If there is any intervening space in the continuum of sexuality, it is invisible. And nobody *ever* mentions wringing the turkey’s neck. No wonder feminist theorists have been suspicious. Hell, *I’m* suspicious.
(Stone 2006[1987]: 227)

Según Stone (2006[1987]) esta omisión está relacionada con la necesidad de las personas trans* de acceder a la atención sanitaria trans-específica, reproduciendo y reforzando

²⁵⁹ El título incluye una referencia crítica a la deslegitimación de las trayectorias trans* inherente a “*The Transsexual Empire*” de Janice Raymond (1979; capítulo III, 1.1.2).

una narrativa médica preestablecida. En consecuencia, la autora se plantea la pregunta *"Who is telling the story for whom, and how do the storytellers differentiate between the story they tell and the story they hear?"* (Stone 2006[1987]: 228).

Tanto Stone (2006[1987]) como otras autor*s (Bornstein 1994; Meyerowitz 2006[2002]) explican la uniformidad en las narraciones de las personas trans* que acuden a la consulta con el hecho de que las personas trans* tenían conocimiento de los mismos manuales médicos que l*s profesionales aplicaban, adelantándose a sus expectativas a través de la construcción de su historia vital en conformidad con las exigencias de los criterios diagnósticos.

It took a surprisingly long time –several years– for the researchers to realize that the reason the candidates’ behavioral profiles matched Benjamin’s so well was that the candidates, too, had read Benjamin’s book, which was passed from hand to hand within the transsexual community, and they were only too happy to provide the behavior that led to acceptance for surgery.

(Stone 2006[1987]: 228)

Desde una perspectiva médica, Stoller (1973) confirma esta hipótesis.

Of course, those of us faced with the task of diagnosing transsexualism have an additional burden these days, for most patients requesting ‘sex change’ are in complete command of the literature and know the answers before.

(Stoller 1973: 536)

La crítica de un efecto de reproducción de una narrativa previamente establecida continúa presente en textos más recientes aportadas desde perspectivas teórico-activistas trans*. En este sentido Spade (2006a), en un texto publicado casi veinte años después del texto de Stone (2006[1987]), critica la necesidad de reproducción de una narrativa ‘transexual’ oficial en el acceso a los tratamientos.

The “successful” daily performance of normative gender is a requirement for receiving authorization for body alteration. Similarly, the successful recitation of the transsexual narrative in meeting after meeting with medical professionals, and in session after session with counselors, and psychiatrists, is essential to obtaining such authorization.

(Spade 2006a: 319)

Según su experiencia, la desconfianza ante la narración de la persona trans* por parte de l*s profesionales se encuentra en contraposición a la práctica de reconocimiento de la identidad de género elegida y autodeterminación de la persona trans* en el ámbito activista (Spade 2006a).

I’ve found that in trans contexts, a much broader conception of trans experience exists. The trans people I’ve met have, shockingly, believed what I say about my gender. The people I’ve met share with me what my counselors do not: a commitment to gender self-determination and respect for all expressions for gender.

(Spade 2006a: 325)

Además Spade (2006a), en un texto que combina reflexión teórica y renarración autobiográfica, critica el imperativo de construcción de una *"transsexual childhood"* (319) que debe corresponder a parámetros de evaluación previamente establecidos, invisibilizando otros ejes de desigualdad que pueden ser más relevantes en el recuerdo a la propia infancia que la experiencia de diversidad de género.

“When did you first know you were different?”^[nota final del texto] the counselor at the L.A. Free Clinic asked. “Well,” I said, “I knew I was poor and on welfare, and that was different from lots of kids at school, and I had a single mom, which was really uncommon there, and we weren’t Christian, which is terribly noticeable in the South. Then later I knew I was a foster child, and in high school, I knew I was a feminist and that caused me all kinds of trouble, so I guess I always knew I was different.” His facial expression tells me this isn’t what he wanted to hear, but why should I engage this idea that my gender performance has been my most important difference in my life? It hasn’t, and I can’t separate it from the class, race, and parentage variables thorough which it was mediated. Does this mean I’m not real enough for surgery?
(Spade 2006a: 319)

Spade (2006a) describe su esfuerzo para resistirse a la expectativa de una re-narración preestablecida.

I see these narratives as strategic, and I’ve always rejected the strategy that adopts some theory of innate sexuality and forecloses the possibility that anyone, gender-troubled childhood or not, could transgress sexual and gender norms at any time. (...)
My project would be to promote sex reassignment, gender alteration, temporary gender adventure, and the mutilation of gender categories, via surgery, hormones, clothing, political lobbying, civil disobedience, or any other means available. But that political commitment itself, if revealed to the gatekeepers of my surgery, disqualifies me.
(Spade 2006a: 320)

Desde esta posición de resistencia estratégica, Spade (2006a) se pregunta: “*What is the cost of participation in this selective recitation? What is the cost of not participating?*” (320).

Pat Califia (1997) hace referencia a los criterios de exclusión en el proceso de acceso a la atención sanitaria trans-específica, nombrando aspectos clínicos, entre otros una historia previa de problemas de salud mental, un diagnóstico relacionado con la homosexualidad, el fetichismo o el sadomasoquismo, problemas médicos que impiden la aplicación de la terapia hormonal, así como aspectos sociales, entre ellos la pobreza, la actividad en la industria del sexo o una historia de criminalidad.

Gender identity programs can turn down applicants for many reasons – age, a history of psychiatric illnesses, homosexuality, fetishism, sadomasochism, a criminal record, inability to tolerate hormones, a medical history of cancer, possessing a face or body that the surgeon believes will never pass muster as a member of the gender of preference (“somatically inappropriate”), poverty, employment in the sex industry, a refusal to aspire to be a feminine woman or a masculine man, or uppitiness.
(Califia 1997: 224-225)

Diferentes autor*s señalan la limitación de autonomía de decisión inherente al modelo de autorización y evaluación, la restricción del acceso a personas cuyo trayectoria se ajusta a los criterios diagnósticos, así como la imposibilidad del ejercicio de un rol de acompañamiento por parte de l*s profesionales en consecuencia de la función de evaluación (Franzen y Beger 2002; Green 2006[2000]; Namaste 2000; Singer 2006).

Transgendered people who choose transsexual treatment, who allow themselves to be medicalized, depend on a system of approval that grants them access to treatment. That approval may be seen as relieving them of their responsibility –or guilt- for being outside the norm. They then become either the justification for the treatment by embodying the successful application of ‘normal standards; or they become the victims of the treatment when they realize they are still very different in form and substance from non-transsexual people, and they still suffer from the oppression they wished to escape by looking to doctors to make them ‘normal’.
(Green 2006[2000]: 503)

Viviane Namaste (2000), analiza, mediante un estudio cualitativo, las dificultades de las personas trans* en el acceso a los tratamientos hormonales y quirúrgicos. En su estudio, señala los efectos sociales de una restricción del acceso a los tratamientos trans-específicos, en el sentido de un fomento de prácticas de autointervención y compra de hormonas en el mercado negro (Namaste 2000). La autora constata un sesgo social en el acceso a los tratamientos, por una menor regulación social del acceso en el ámbito de la medicina privada, restringido a aquellas personas que pueden pagar los tratamientos (Namaste 2000).

En segundo lugar, se puede encontrar una evaluación crítica del requisito de ‘test de la vida real’ o ‘experiencia de la vida real’. Namaste (2000) señala que “[a] majority of the interviewees objected to both the nature and function of the real-life test” (199) y cita estudios previos en los que se advierte de efectos potenciales de un ‘test de vida real’ fallado, entre los que nombra comportamientos auto-destructivos y suicidio (AEGIS 1992). Además, indica la contradicción entre el objetivo de los Estándares de Cuidado de establecer el ‘test de vida real’ como requisito en el acceso a la terapia hormonal y la observación de frecuentes prácticas de autohormonación en personas trans* durante el año de ‘test de vida real’ (Namaste 2000).

En relación al tercer aspecto, el cuestionamiento del binarismo de género inherente a la práctica clínica trans-específica, se pueden identificar múltiples referencias en textos publicados a lo largo de las últimas décadas que critican la reproducción de un modelo binario en la atención sanitaria trans-específica que no corresponde a la realidad de las personas trans*, como retratadas en el capítulo II, 3.3.2.

Además, en las perspectivas trans* precedentes se pueden encontrar diferentes aportaciones y propuestas respecto a alternativas al modelo de atención sanitaria trans-específica establecido.

Partiendo de una conceptualización de la transexualidad como experiencia humana y no como enfermedad médica o trastorno mental, en los *Health Law Standards of Care for Transsexualism*, adoptados en la *International Conference on Transgender Law and Employment Policy* en 1993 (ICTLEP 1993a), se nombra, entre otros, el derecho de las personas trans* a expresar su identidad de género a través de la modificación corporal, incluyendo hormonas y cirugía trans-específica y el derecho al control sobre el propio cuerpo en relación a la expresión de género, a través un acceso informado a servicios médicos. Estos principios se expresan desde el reconocimiento de las consecuencias sociales, económicas y sexuales negativas de una negación del acceso a estos servicios, así como el carácter no ético de una discriminación en la provisión de atención sanitaria trans-específica basada en la orientación sexual, el estado civil o la apariencia física de la persona usuaria (ICTLEP 1993a).

El documento establece una serie de estándares basados en un modelo de Consentimiento Informado, incluyendo criterios en el acceso, entre ellas 1. La comprobación de que la terapia hormonal o intervención quirúrgica no agravaría la salud de la persona trans*, 2.

La realización de exámenes de sangre en caso de la terapia hormonal, 3. La realización de una terapia hormonal al menos durante un año en caso de la cirugía trans-específica, así como 4. La firma de un Consentimiento Informado y documento de exención de la responsabilidad jurídica de l*s profesionales (ICTLEP 1993a). Además, se establece el deber de l*s profesionales de crear y publicar estadísticas sobre las prescripciones hormonales y cirugías trans-específicas, así como de guardar la confidencialidad de l*s usuari*s. El documento incluye formularios de Consentimiento Informado y declaraciones de exención de responsabilidad jurídica de l*s profesionales tanto para las personas trans* como para sus cónyuges (ICTLEP 1993a).

La propuesta de un modelo basado en un proceso de Consentimiento Informado y reconocimiento de la diversidad de trayectorias trans* también está presente en otros trabajos aportados desde perspectivas teórico-activistas (Burns 2005; Green 2006[2000]; Spade 2006a).

Burns (2005) propone un enfoque de atención centrada en las personas para la atención sanitaria trans-específica, señalando como conceptos básicos los siguientes aspectos: 1. El reconocimiento de que las personas trans* son *"Not Sick But Different"* y 2. La idea de que existen diferentes itinerarios de atención y *"Different Ways to Be Different"*, 3. El rechazo de las terapias reparativas y la importancia de un reconocimiento de la capacidad de la persona para tomar decisiones informadas, bajo la recomendación *"Help To 'Be', Rather Than to 'Not Be'"*, 4. La idea de que *"Autonomy and Independence Requires Choice"*, así como la responsabilidad de l*s profesionales sanitari*s de facilitar información exhaustiva para posibilitar una toma de decisión informada, 5. La importancia de concebir el tratamiento hormonal o las intervenciones quirúrgicas no como un fin, sino un paso en el viaje, facilitando el acceso a una atención sanitaria individualizada y adaptada a las necesidades de la persona, desde la idea de que *"Where Care Begins and Ends, Succeeds and Fails"*, 6. El seguimiento de un enfoque de colaboración, en el sentido de *"Determining Responsibility – Achieving Partnership"*, y 7. El derecho a *"Second Opinions"* (Burns 2005: 6-9).

Spade (2006a) resalta la relevancia de una atención a los múltiples objetivos que pueden tener las personas trans* que acuden a servicios de atención sanitaria trans*-específica, incluyendo la búsqueda de opciones no binarias.

I imagine that, like me, some people have a multitude of goals when they seek gender-related body alteration, such as access to different sexual practices, ability to look different in clothing, enhancement of a self-understanding about one's gender that is not entirely reliant on public recognition, public disruption of female and male codes, or any number of other things. (...) When the gatekeepers employ dichotomous gender standards, they foreclose such norm-resistant possibilities.
(Spade 2006a: 324)

3.7.3. Críticas

Paralelamente a un creciente consenso acerca de la importancia de un reconocimiento de la autonomía corporal, se expresan algunas reflexiones críticas hacia sus límites en el ámbito de la relación clínica.

Desde una postura de apoyo a la despatologización trans*, Butler (2010) señala la necesidad de aceptar la dependencia inherente a la escena clínica. A la vez, resalta la importancia de que el encuentro clínico se produjera desde un modelo de *"buen tratamiento"*, en el sentido de un tratamiento basado en el respeto, la igualdad y el reconocimiento (Butler 2010: 10). Para el ámbito de la atención sanitaria trans-específica, propone la sustitución de la escena de evaluación y adaptación a la norma por un enfoque de *"buen tratamiento"* (Butler 2010: 10).

Esto es un momento en el que todos, todas y todxs^[nota del traductor a pie de página] tenemos que pensar cuidadosamente cómo queremos ser tratados. En inglés, ser "tratado" de cierta manera tiene tanto un significado ético como médico o psicológico – también encontramos este uso en español: *buen tratamiento*^[nota del traductor a pie de página]. Ser tratado con respeto es ser tratado bien, lo que significa que se han cumplido ciertas obligaciones éticas. Lo mismo puede decirse del derecho político al "tratamiento igualitario frente a la ley". Y, sin embargo, ser "tratad@" médica o psicológicamente significa ser *corregido* o reajustado con respecto a la norma. De algún modo, este segundo sentido del término *tratamiento* siempre amenaza con entrar en contradicción con el primero y, en realidad, lo ha hecho en la mayoría de los casos. Esto abre un dilema de manera explícita: ¿puede haber un "tratamiento" médico psicológico en adecuación con las normas del buen tratamiento, del tratamiento honorable y respetuoso, del tratamiento igualitario? ¿No ha llegado acaso el momento de afirmar que adecuarse a las normas del tratamiento respetuoso es primordial mientras que adecuarse a las normas de género no lo es? (...)

Quizás deberíamos empezar por redefinir la escena de la evaluación y del diagnóstico intentando aproximar la idea del "tratamiento" médico-legal al "buen tratamiento". (Butler 2010: 10)

Desde la necesidad de aceptar la dependencia inherente a la solicitud de tratamiento, sin desistir de la demanda de ser tratad* con respeto, Butler (2010) propone cuestionar la relación de poder en el encuentro clínico, sustituyendo la misma por una relación de diálogo (Butler 2010).

Hay una aceptación de la dependencia, pero también, claramente, se hace una petición ética al otro. (...) Parece que no hay modo de escapar de los lazos de la dependencia y de la enunciación ética. "Ser" una persona transexual o transgénero es solicitar algo de un cierto modo, pedir ser mirado, mirada o miradx y ser tratado, tratada o tratadx como alguien que pertenece a un género particular, pero también, y con la misma importancia, es reivindicar ser tratado, tratada o tratadx con dignidad y respeto. (Butler 2010: 11)

Como salida del dilema entre la petición del tratamiento y la patologización, Butler (2010) señala la necesidad de subordinar el diagnóstico a la prioridad de una protección del deseo de tránsito y el objetivo de las personas trans* de *"habitar mejor y más corporalmente el mundo"* (12), en el sentido de una subordinación del diagnóstico a *"la escena del encuentro ético"*(13).

No hay manera de disociar la práctica y los términos del diagnóstico de la escena ética. La persona que hace la solicitud no sufre de una patología que necesita ser rectificad; la persona hace la solicitud a otra con el objetivo de efectuar transformaciones que la conducirán a habitar mejor y más corporalmente el mundo. (...). Se trata de cerrar la falla existente entre el tratamiento patologizante y el buen tratamiento, lo que implica establecer la primacía de protección del deseo que se ofrece respondiendo con reconocimiento a la solicitud. Esto significa que la escena del diagnóstico está siempre subordinada a la escena del encuentro ético o, más bien, debería estarlo. (Butler 2010: 12-13)

Desde una perspectiva antropológica, Annemarie Mol (2008) señala los límites del principio de elección en el encuentro clínico, cuestionando su priorización no reflexionada y sesgo occidental, proponiendo en cambio una ética del *"good care"* (1). Desde una perspectiva teórico-activista, González-Polledo (2010) retoma el marco teórico de Mol para revisar los procesos inherentes a la atención sanitaria trans-específica entre el derecho a la elección y la necesidad de cuidado médico.

En este sentido, el rol de la medicina en el tratamiento de la transexualidad se sitúa entre la elección de los tratamientos por parte de los pacientes y su necesidad de cuidado médico. (González-Polledo 2010: 69)

Desde dentro del activismo por la despatologización trans*, se cuestiona un orden de géneros en el que parece más fácil modificar el cuerpo en vez de transformar la sociedad, advirtiendo los riesgos inherentes a los progresos tecnológicos en materia de modificación corporal (Miquel Missé en: Pales 2010). Esta reflexión se expresa desde el respeto a la decisión de las personas trans* que optan por la vía de la modificación corporal, la observación de las dificultades para oponerse al modelo social binario y el reconocimiento del propio uso de este tipo de tecnologías médicas (Miquel Missé en: Palés 2010).

Creo que tendríamos que crear un sistema para conseguir que la gente que se siente mal con su cuerpo llegue a sentirse mejor. Intentar acompañarla en sus decisiones y si tiene que modificarlo pues que lo haga. Claro que haciendo esto reforzamos un modelo que nos oprime, que marca que hay un cuerpo que funciona como un patrón y que genera sufrimiento a los que no siguen ese único patrón. Y si la solución es seguir un mismo modelo no sé si arreglamos algo. No lo digo como una crítica, sino planteando una reflexión, porque yo también he modificado mi cuerpo. En el modelo social en el que vivimos es muy difícil luchar contra esta opresión. Es difícil plantárselo como "no me gusta mi cuerpo por lo tanto modificaré mi entorno". Eso supone un coste tan alto que sale más barato un quirófano. Transformar la sociedad es algo muy difícil. (...)

Hay quien dice que ahora los transexuales lo tenemos bien, porque nos podemos operar muy jóvenes. Para mí esto no es signo de progreso social, es signo de progreso tecnológico. Es diferente.

(Miquel Missé en: Palés 2011: s.p.)

3.7.4. Aportaciones desde la perspectiva de profesionales de la salud

En las declaraciones de asociaciones profesionales revisadas encontré diferentes reflexiones sobre modelos de atención sanitaria trans-específica, así como recomendaciones sobre el proceso de revisión de los SOC-7. Además, en la revisión sistemática de la bibliografía científica publicada entre enero de 2007 y octubre de 2015, pude identificar una amplia bibliografía sobre modelos de atención sanitaria trans-específica, recomendaciones para el proceso de revisión de los SOC y revisiones de los SOC-7 aportadas por autor*s individuales.

3.7.4.1. Asociaciones profesionales

En las declaraciones de asociaciones profesionales revisadas se incluyen reflexiones sobre el modelo de atención sanitaria trans-específica aportadas en el marco del proceso de revisión de los SOC, el modelo de atención sanitaria trans-específica seguido en los SOC-7, así como declaraciones de rechazo de las terapias reparativas.

3.7.4.1.1. Recomendaciones de WPATH para los SOC-7

Con motivo del proceso de revisión de los SOC, Estándares de Cuidado, *WPATH*, *World Professional Association for Transgender Health* encargó a diferentes miembros de la asociación profesional recomendaciones para los SOC-7, publicadas a lo largo de 2009 en tres ediciones especiales del *International Journal of Transgender Health* (Coleman 2009).

Varios de los artículos hacen referencia a fases o técnicas específicas en el proceso de atención sanitaria trans-específica. Una especial atención se otorga a la fase de evaluación y diagnóstico, incluyendo el cuestionamiento de la clasificación diagnóstica como trastorno mental (Bockting 2009), el rol de l*s profesionales de Salud Mental (Lev 2009), el requisito de 'experiencia de la vida real' (Levine 2009), los criterios de elegibilidad e idoneidad en el acceso a la terapia hormonal (Meyer 2009) e intervenciones quirúrgicas (De Cuypere y Vercruyse 2009), así como el proceso de evaluación y diagnóstico en niñ*s y adolescentes (De Vrier y Cohen-Kettenis 2009). Además, se revisan enfoques de terapia hormonal (Feldman y Safer 2009; Meyer 2009) y aspectos relacionados con las intervenciones quirúrgicas trans-específicas, incluyendo la evidencia disponible (Monstrey, Vercruyse y De Cuypere 2009), aspectos éticos (Brownstein 2009) y el rol de los enfoques multidisciplinarios (Schechter 2009). Otros artículos se centran en la psicoterapia (Fraser 2009a), incluyendo modalidades de e-terapia (Fraser 2009b), así como la salud sexual y reproductiva (De Sutter 2009; Van Trotsenburg 2009).

Además, varios de los artículos publicados por miembros de WPATH se dirigen a grupos de población específicos, entre ellos niñ*s y adolescentes (De Vrier y Cohen-Kettenis 2009), personas con un diagnóstico relacionado con la intersexualidad (Meyer-Bahlburg 2009) y personas en prisión (Brown 2009).

Finalmente, se incluyen artículos sobre aspectos específicos que a su vez constituyen puntos relevante de debate en el proceso de revisión de los SOC, incluyendo la epidemiología (Zucker y Lawrence 2009), la terminología (Matte, et al. 2009) y aspectos culturales (Winter 2009a).

Algunas de las recomendaciones expresadas por l*s autor*s invitad*s por WPATH a participar en las ediciones especiales del *International Journal for Transgenderism* introducen aspectos de cambio en el modelo de atención sanitaria trans-específica que coinciden con demandas del movimiento por la despatologización trans*. Entre estos aspectos, se puede nombrar la consideración de la relevancia de una despatologización de los procesos de tránsito en el género, cuestionando su clasificación como trastorno mental (Bockting 2009; Matte, et al. 2009; Winter 2009a), el reconocimiento del prejuicio contra las personas trans* como problema de salud (Winter 2009a), la importancia del uso de un lenguaje y una nomenclatura no patologizantes (Lev 2009; Matte, et al. 2009; Winter 2009a) y el seguimiento de Códigos Éticos (Brownstein 2009).

Como otros aspectos que coinciden con demandas del movimiento por la

despatologización trans* se puede resaltar el reconocimiento de una amplia diversidad de expresiones e identidades de género (Bockting 2009; Brownstein 2009; Lev 2009; Matte, et al. 2009; Winter 2009a), así como la importancia de una atención individualizada que permitiera diferentes itinerarios, adaptada a las necesidades de cada persona trans* (Bockting 2009; Brownstein 2009; Matte, et al. 2009) y teniendo en cuenta diferencias culturales (Matte, et al. 2009; Winter 2009a). Además, se hace referencia al rol de l*s profesionales de Salud Mental como defensor*s de las personas trans* (Lev 2009), la minimización de la función de *gatekeeping*, entendida como control de acceso a la atención sanitaria mediante el proceso de evaluación, así como el fomento de los procesos de Consentimiento Informado y reducción de daño (Lev 2009). Asimismo, se señala la importancia de la protección del derecho a la atención sanitaria trans-específica de personas trans* en entornos institucionalizados, entre ellos prisiones (Brown 2009). Como otros aspectos de cambio se puede identificar la inclusión de la salud sexual y reproductiva (De Sutter 2009; Van Trotsenburg 2009) y e-terapia (Fraser 2009b), la mejora de la comunicación en equipos multidisciplinarios (Schechter 2009), la promoción de posibilidades de formación de l*s profesionales en temas de género (Lev 2009), así como la importancia de una participación de las comunidades trans* en la revisión de los Estándares de Cuidado (Matte, et al. 2009; Winter 2009a).

Otros aspectos constituyen elementos de continuidad respecto al modelo de atención sanitaria establecidos en los SOC-6, coincidiendo con aspectos criticados por el activismo por la despatologización trans*. En este sentido, se puede nombrar la recomendación de mantener el modelo de evaluación en la atención sanitaria trans-específica (De Cuyper y Vercruyse 2009; Lev 2009; Levine 2009; Meyer 2009), incluyendo la reafirmación del rol de evaluación de l*s profesionales de Salud Mental en el proceso de atención trans-específica (Lev 2009) y de los criterios de elegibilidad e idoneidad en relación a la terapia hormonal (Meyer 2009) y cirugía trans-específica (De Cuyper y Vercruyse 2009). Además, se propone mantener los requisitos de diagnóstico (De Cuyper y Vercruyse 2009), ‘experiencia de la vida real’ (Levine 2009) y cartas de recomendación (Lev 2009).

En relación a la diversidad de género en la infancia, se puede señalar la recomendación de mantener su clasificación diagnóstica y el modelo de atención dirigido a niñ*s establecido en los SOC-6 (De Vrier y Cohen-Kettenis 2009), así como la sugerencia de una actitud de precaución en relación a un cambio social completo en niñ*s pre-adolescentes (De Vrier y Cohen-Kettenis 2009; capítulo II, 3.9). Otro elemento de continuidad respecto al modelo establecido en los SOC-6 constituye la consideración de la necesidad de una diferenciación entre personas con un diagnóstico de intersexualidad y personas sin tal diagnóstico en la atención sanitaria trans-específica (Meyer-Bahlburg 2009).

Si se comparan las recomendaciones aportadas por miembros de WPATH en 2009 con las modificaciones o aspectos de continuidad desarrollados en los SOC-7, publicados en 2012 (WPATH 2012a), se puede observar una incorporación de las sugerencias en relación a

diferentes aspectos de cambio, entre ellas la conceptualización de los procesos de tránsito en el género como no patológicos, la intencionalidad de usar un lenguaje no patologizante, el reconocimiento de una amplia diversidad de expresiones e identidades de género, la flexibilización de los itinerarios de atención sanitaria trans-específica, la consideración de diferencias culturales, la inclusión de referencias a la salud sexual y reproductiva y modalidades de e-terapia, la mención del rol de l*s profesionales como defensor*s de las personas trans*, así como el acceso a la terapia hormonal en entornos institucionalizados. En cambio, los SOC-7 (WPATH 2012a) no siguen la recomendación de minimizar los procesos de evaluación y de fomentar los modelos de Consentimiento Informado, como propone Lev (2009).

Por otro lado, los SOC-7 incorporan diferentes recomendaciones de los miembros de WPATH en relación a aspectos de continuidad, entre ellas la permanencia de un modelo de evaluación, los requisitos de cartas de recomendación y de un periodo de 12 meses de vida 'en un rol de género coherente con la identidad de género', así como la adherencia a la clasificación diagnóstica establecida en el DSM y la CIE. A diferencia de una actitud de cautela expresada por De Vrier y Cohen-Kettenis (2009) acerca de la conveniencia de una transición social completa en niñ*s antes de la pubertad, los SOC-7 resaltan el rol de apoyo de l*s profesionales de Salud Mental a las familias en la toma de decisión sobre el grado de transición social, sin establecer recomendaciones concretas respecto a su alcance (WPATH 2012a; capítulo II, 3.9).

3.7.4.1.2. Declaraciones de rechazo de las terapias reparativas

A lo largo de los últimos años, varias asociaciones profesionales publicaron declaraciones en las que expresan su rechazo respecto a la utilización de terapias reparativas, tanto en relación a la orientación sexual (APA, American Psychiatric Association 2000b; American Psychological Association 2009a; UK Psychotherapy Council 2014), como respecto a expresiones e identidades de género (SOCUMES 2011[2010]; WMA 2015; WPATH 2012a).

En este sentido, en la Declaración de SOCUMES (2011[2010]) se expresa el rechazo a *"la aplicación de terapias psicológicas reparadoras a las personas transgéneros, con el objetivo de revertir su identidad de género"*(2).

Como mencionado más arriba (capítulo II, 2.2.4.5), en los SOC-7 *WPATH, World Professional Association for Transgender Health* incluye una mención explícita de la condenación de las terapias reparativas, señalando que *"[s]uch treatment is no longer considered ethical"*(WPATH 2012a: 22, 32).

WMA, World Medical Association (2015) expresa explícitamente su rechazo a todas formas de tratamiento coercitivo o terapias de modificación del comportamiento dirigidas a personas trans*.

The WMA explicitly rejects any form of coercive treatment or forced behaviour modification. Transgender healthcare aims to enable transgender people to have the best possible quality of life. National Medical Associations should take action to identify and combat barriers to care.
(WMA 2015: 3)

3.7.4.2. Autor*s individuales

En la bibliografía revisada, pude identificar reflexiones sobre modelos de atención sanitaria trans-específica, recomendaciones para el proceso de revisión de los SOC-6, revisiones de los SOC-7, así como estudios de la situación de las personas trans* en la atención sanitaria general.

3.7.4.2.1. Modelos de atención sanitaria trans-específica

En relación a los modelos de atención sanitaria trans-específica, se puede diferenciar entre enfoques no afirmativos ('terapias de modificación conductual', 'terapias reparativas') y modelos afirmativos de atención sanitaria trans-específica.

En la bibliografía revisada publicada entre 2007 – 2015, pude observar ante todo una discusión sobre diferentes enfoques de atención sanitaria trans-específica afirmativa, diferenciando entre un modelo de evaluación y enfoques de Consentimiento Informado. A continuación, me centraré en este debate. En el capítulo II, 3.9, realizaré una revisión de la aplicación de enfoques de terapia de modificación conductual en niñ*s y adolescentes.

Desde perspectivas afirmativas, se expresa un rechazo explícito de modalidades de terapia de modificación conductual, proponiendo enfoques que reconocen y apoyan el deseo de tránsito (Benestad 2010; Raj 2002).

Rupert Raj (2002), terapeuta LGBT en Ontario, Canadá, utiliza el término "*clinical transphobia*" (s.p.) para hacer referencia a actitudes para desvaluar o desanimar a la persona trans* a expresar su expresión o identidad de género, así como al concepto de "*clinical transpositivity*" (s.p.) para describir un enfoque de afirmación y empoderamiento.

For our purpose here, I operationally define 'clinical transphobia' as follows: within the context of the professional working relationship between clinician and client, any belief, attitude, act or behavior (whether therapist- and/or client-generated) *which negatively values, denies, undermines, discourages or disempowers* trans-identified or GV clients in terms of their unique identities and subjective realities (including, but not restricted to, physical sex, gender identity, sexual orientation and sexual identity), quality of life, the pursuit of self-determination and human rights, and the right to comprehensive health care. (...) By comparison, 'clinical transpositivity' can be defined as its diametrical opposite, substituting, where appropriate, the phrase: *positively values, affirms, supports, encourages and empowers*.
(Raj 2002: s.p.)

Esben Esther Pirelli Benestad (2010), desde su experiencia como "*an open transperson, a medical doctor, a family therapist and a sexologist*" (225) con experiencia en el trabajo con personas trans*, describe como aspecto central de su enfoque terapéutico "*[f]rom gender dysphoria to gender euphoria*" (225) el objetivo de cambiar la percepción del entorno social sobre la diversidad de género, incluyendo opciones no binarias, en vez de modificar la autopercepción de la persona trans*.

Gender therapy does not aim at changing the clients' perception of self, but at changing the clients' surroundings perception of the client.
(Benestad 2010: 225)

En relación al debate sobre el modelo de evaluación en la atención sanitaria trans-específica, dentro de las perspectivas afirmativas se pueden identificar diferentes posturas a favor y en contra de su mantenimiento.

En reacción a las críticas del modelo de evaluación expresada desde perspectivas teórico-activistas, se desarrollan argumentos en defensa del rol del proceso de evaluación en la atención sanitaria trans-específica (Selvaggi y Giordano 2014). En este sentido, Selvaggi y Giordano (2014), desde una perspectiva bioética, plantean la pregunta si el proceso de evaluación por profesionales de Salud Mental previo a la cirugía genital constituye una discriminación injusta hacia las personas trans*. En el artículo, llegan a la conclusión de que el proceso de evaluación, “[f]ar from limiting the autonomy of the patient, and far from being a paternalistic attitude”, constituye parte de la responsabilidad de l*s profesionales y respeto de la igualdad, desde su entendimiento como una atención individualizada según las necesidades y características de l*s usuari*s y “a form of positive discrimination”, proponiendo su extensión a otros procesos quirúrgicos (Selvaggi y Giordano 2014: 1182).

A su vez, se pueden encontrar trabajos que critican el modelo de evaluación, proponiendo enfoques de acompañamiento y Consentimiento Informado (Ansara 2010; Callen-Lorde Community Health Center 2014; Deutsch 2011; Garaizabal 2010; Radix 2011; Radix y Einfeld 2014; Tom Waddell Health Center).

Ansara (2010) realiza una crítica de la “Gatekeeping Industry”(24)²⁶⁰ y los “Standards of (Unequal) Care” (24), señalando situaciones de denegación de acceso a los tratamientos hormonales y cirugías trans-específicos a causa de sesgos en el proceso de evaluación que “favor those who are financially independent, able-bodied, articulate, college educated, versed in theoretical jargon, and native speakers of the national languages in their countries” (24). Asimismo, critica la práctica de ‘experiencia de la vida real’ por constituir un obstáculo en el acceso a la atención sanitaria trans-específica para personas en situación de vulnerabilidad social (Ansara 2010). Identifica un conflicto de intereses en profesionales que defienden los SOC y el actual sistema de evaluación, por el lugar de privilegio social de l*s profesionales y/o interés en mantener el estatus profesional (Ansara 2010).

With few exceptions, people with affirmed gender identities who support the current system have ‘passing privilege’, come from dominant cultural backgrounds, are above poverty level, are citizens by birth rather than immigrants, and/or do not have physical disabilities that would hinder travel to counselling appointments. Among these apologists, those who are employed at gender clinics and other gatekeeping institutions have a clear conflict of interest in the related debate, as their continued employment depends upon their willingness to abide by workplace policies. It seems disingenuous to use the existence of a few privileged trans individuals who defend and promote the current system as proof that the ‘Real Life Test’, specifically, and gatekeeping, generally, are beneficial and ethical, when the system continues to fail the most vulnerable among us.
(Ansara 2010: 31)

²⁶⁰ La paginación citada hace referencia a la versión del capítulo publicada online en la página web del autor (Ansara 2010).

Ansara (2010) propone un enfoque psicoterapéutico con personas trans* basado en un enfoque de reducción de daño y Consentimiento Informado, así como el reconocimiento del carácter fluido, cambiante y tentativo de la búsqueda de expresiones e identidades de género, incluyendo opciones no binarias, así como la consideración de las circunstancias sociales y familiares en el grado de oportunidad para una vida cotidiana en el género elegido. Además, resalta la importancia de no presuponer la identidad de género de la persona, adoptar una actitud proactiva al preguntar por el nombre y pronombre preferido y abrir la oportunidad para una actualización del nombre o identidad de género (Ansara 2010).

En vez de un uso del término "*gender specialist*" o "*gender expert*" (15), que presupone un control y conocimiento sobre la identidad de género de la persona que busca atención, sin tener en cuenta su perspectiva, Ansara (2010) da preferencia a los conceptos de "*gender advocate*" (18) o "*gender affirmation counsellor*" (18) para una atención centrada en la persona trans*. Finalmente, Ansara (2010) plantea la reflexión de que desafiar el "*cisgenderism*" (41) es más que utilizar el pronombre correcto u ofrecer un lugar seguro para las personas trans*, comprendiendo también "*recognising the counsellor's ethical responsibility to challenge injustice, the 'activism as therapy' approach advocated by therapist-activist Rupert Raj (Raj 2007)*" (41).

Garaizabal (2010) nombra como argumentos contra el proceso de evaluación 1. El "*derecho inalienable de las personas a decidir sobre su vida, su género y su cuerpo de manera responsable, es decir con la máxima información y asumiendo las consecuencias de sus decisiones*" (131), 2. La falta de una prueba diagnóstica que pudiera determinar "*quién es verdaderamente transexual*" (131), 3. El fomento de la medicalización de la transexualidad y del poder médico, así como 4. La "*construcción de 'biografías adecuadas'*" (132) por parte de las personas trans*, "*escondiendo y camuflando la propia historia de manera que la historia que presentan resulte adecuada a los criterios previamente definidos por la clínica*" (132). Según Garaizabal (2010), estos elementos dificultan "*la labor de acompañamiento y apoyo terapéutico*" (132).

Además, se aportan trabajos que describen modelos de Consentimiento Informado, incluyendo guías clínicas y estudios de evaluación (Callen-Lorde Community Health Center 2014; Deutsch 2011; Radix 2011; Radix y Einfeld 2014; Tom Waddell Health Center 2011).

Entre las guías clínicas basadas en un modelo de Consentimiento Informado, se pueden nombrar los protocolos de terapia hormonal elaborados por el *Tom Waddell Health Center* (2011) y el *Callen-Lorde Community Health Center* (2014).

El *Tom Waddell Health Center* (2011) parte del objetivo de desarrollar criterios flexibles que posibilitaran el acceso al tratamiento hormonal trans-específico, teniendo en cuenta las realidades sociales y económicas de las personas trans*. Su enfoque se inserta en una práctica de Atención Primaria basada en principios de reducción de daño (Tom Waddell Health Center 2011). El protocolo parte de una conceptualización del término '*transgender*' como no

patológico y la consideración de la importancia de explorar las necesidades específicas de las personas trans* y de ayudarlas a tomar conciencia de las posibilidades y límites, efectos y riesgos del tratamiento hormonal, con el objetivo de facilitar una decisión informada (Tom Waddell Health Center 2011).

Desde la conciencia de una frecuente exposición de las personas trans* a experiencias de discriminación en la atención sanitaria, el *Callen-Lorde Community Health Center* (2014) propone una atención sanitaria trans-afirmativa, intentando llegar a usuari*s que de otra forma no tendrían acceso sanitario. Su protocolo de terapia hormonal está basado en los principios de "partnership, education, and self determination", la conceptualización del tratamiento como "cooperative effort between patient and provider" y la consideración de l*s profesionales como "partners in promoting health" (Callen-Lorde Community Health Center 2014: 3). Partiendo del derecho de l*s usuari*s a la decisión informada, se resaltan como aspectos relevantes el fomento de un entendimiento de los riesgos y beneficios de la terapia hormonal, así como el objetivo de mejorar la capacidad de l*s usuari*s para hacer decisiones informadas sobre su salud (Callen-Lorde Community Health Center 2014).

This partnership supports the patient's ongoing understanding of the risks and benefits of hormone therapy. By providing thorough education around hormones and general health, we also aim to enhance a patient's ability to make informed decisions about all aspects of their health. We believe patients who are well informed have a right to make their own decisions.

(Callen-Lorde Community Health Center 2014: 3)

Considerando la falta de investigación sobre modelos de atención sanitaria trans-específica como una forma de discriminación institucional, el centro indica partir en la elaboración de los protocolos del conocimiento colectivo de profesionales sanitari*s, usuari*s, miembros de las comunidades trans* y estudios científicos relacionados (Callen-Lorde Community Health Center 2014).

Desde su experiencia profesional como *Senior Director of Research and Education* en el *Callen-Lorde Community Health Center*, Asa Radix (2011), en una conferencia presentada en la *Gender Dynamix Trans Health & Advocacy Conference* celebrada en 2011 en Ciudad del Cabo, describe el modelo de Consentimiento Informado aplicado en el centro como un enfoque centrado en la persona que facilita un protocolo seguro de acceso a hormonas en un contexto de Atención Primaria. Como características del modelo, resalta el reconocimiento de la diversidad de la experiencia humana y el uso de códigos endocrinológicos en vez de las categorías diagnósticas trans-específicas establecidas en el DSM y la CIE, bajo el objetivo prioritario de evitar barreras no necesarias en el acceso al tratamiento hormonal, entre las que nombra el requisito de cartas de recomendación por parte de profesionales de Salud Mental en el proceso de derivación y el requerimiento de la 'experiencia de vida real' (Radix 2011). Como otro objetivo del enfoque aplicado en el *Callen-Lorde Community Health Center* señala facilitar a l*s usuari*s la posibilidad de decidir cuándo y cómo quieren empezar el proceso de transición,

incluyendo la gama completa de opciones médicas y quirúrgicas (Radix 2011).

At Callen-Lorde, the use of the Informed Consent Model has been in place for over a decade. This is a client centred approach that uses accepted principles to design effective and safe protocols and facilitates access to hormones in a primary care setting. The position of the clinic is that there is a deliberate range and diversity of the human gender experience. The clinic does not use ICD or DSM codes that are pathologising, and instead uses alternate and accepted codes that identify an endocrine disorder. The primary goal is to remove unnecessary barriers for patients, e.g. the requirements for specialist referrals, endocrinology, psychiatry referrals, real life experience, and allow the client to determine when and how to start transition, including the full spectrum of medical and surgical options.

(Radix 2011: 9)

Estudios recientes aportan evaluaciones del proceso de aplicación de protocolos de Consentimiento Informado en la atención sanitaria trans-específica (Deutsch 2011; Radix y Einfeld 2014). Deutsch (2011) resume los resultados de un estudio que analiza las características y experiencias de doce clínicas especializadas en atención sanitaria trans-específica que utilizan el modelo de Consentimiento Informado, de las que solo cuatro requieren el contacto con profesionales de Salud Mental con anterioridad al inicio de la terapia hormonal. En relación a casos de arrepentimiento, indica que se constatan varios casos, sin que se hubieran producido reclamaciones judiciales por mala práctica o arrepentimiento (Deutsch 2011). Desde una referencia a la conceptualización de los SOC-7 como una guía clínica flexible y estudios previos que muestran las limitaciones de una evaluación psiquiátrica en el acceso al tratamiento hormonal, Deutsch (2011) señala la importancia de futuros estudios sobre aspectos relevantes en la aplicación de enfoques de Consentimiento Informado en la atención sanitaria trans-específica.

Radix y Einfeld (2014) nombran como ventajas de un modelo de Consentimiento Informado en la atención sanitaria trans-específica la reducción de costes económicos y retrasos. Partiendo de la experiencia de aplicación en el *Callen-Lorde Community Health Center* y la concordancia del enfoque con los SOC-7²⁶¹, señalan que en los enfoques de Consentimiento Informado, la revisión de la salud mental de las personas que desean tener acceso a tratamientos hormonales trans-específicos pasa a ser tarea de l*s profesionales de Atención Primaria, en vez de profesionales de Salud Mental, reforzando el carácter integral de la

²⁶¹ Como mencionado más arriba (capítulo II, 2.2.2.2), en los SOC-7 se incluye una explicación acerca del enfoque seguido en los Estándares de Cuidado y los enfoques de Consentimiento Informado y reducción de daño, resaltando el mayor rol otorgado a l*s profesionales de Salud Mental en el modelo de evaluación seguido en los SOC-7 (WPATH 2012a). Al mismo tiempo se señala que los enfoques de Consentimiento Informado son consistentes con los SOC-7 (WPATH 2012a).

"The difference between the Informed Consent Model and SOC, Version 7, is that the SOC puts greater emphasis on the important role that mental health professionals can play in alleviating gender dysphoria and facilitating changes in gender role and psychosocial adjustment. This may include a comprehensive mental health assessment and psychotherapy, when indicated. In the Informed Consent Model, the focus is on obtaining informed consent as the threshold for the initiation of hormone therapy in a multidisciplinary, harm-reduction environment. Less emphasis is placed on the provision of mental health care until the patient requests it, unless significant mental health concerns are identified that would need to be addressed before hormone prescription" (WPATH 2012a: 36).

atención. En una revisión de los datos de 1.714 usuari*s en una franja temporal de dos años, no se detectan casos de arrepentimiento o reversión de la modificación corporal (Radix y Eisfeld 2014).

3.7.4.2.2. Recomendaciones de autor*s individuales para el proceso de revisión de los SOC

Aparte de los artículos encargados por WPATH para la edición especial del *International Journal of Transgenderism*, se pueden encontrar recomendaciones aportadas por autor*s individuales relacionad*s con el ámbito clínico para el proceso de elaboración de los SOC-7.

En este sentido, Ehrbar y Gorton (2010) revisan los SOC-6, con el objetivo de aportar recomendaciones para los SOC-7. Señalan como aspecto positivo en los SOC-6 la flexibilidad en la aplicación, permitiendo el desarrollo de modelos de atención desde modelo de evaluación hacia enfoques de reducción de daño y Consentimiento Informado (Ehrbar y Gorton 2010). A la vez, observan una falta de entendimiento de este principio de flexibilidad por parte de profesionales y usuari*s, haciendo hincapié en la responsabilidad de l*s profesionales de revisar los SOC, determinar su propio modelo de atención y comunicarlo a l*s usuari*s (Ehrbar y Gorton 2010). A modo de recomendación para l*s SOC-7, los autores proponen incluir sugerencias para profesionales con poca experiencia en la atención sanitaria trans-específica, revisar el concepto de ‘experiencia de vida real’, ampliar las posibilidades de transición a opciones no binarias, así como decidir los aspectos concretos con la persona trans*, en vez de establecer una lista de criterios predeterminados (Ehrbar y Gorton 2010). Además, recomiendan que la decisión sobre el momento adecuado para el cambio registral del nombre y género fuera responsabilidad de profesionales con experiencia en atención sanitaria trans-específica, y no de la administración (Ehrbar y Gorton 2010).

3.7.4.2.3. Revisiones de los SOC-7 aportadas por autor*s individuales

Aparte de las recomendaciones aportadas por asociaciones profesionales, se pueden encontrar revisiones de los SOC-7 elaboradas por autor*s individuales procedentes del ámbito clínico (Deutsch y Feldman 2013; Rodríguez, Mora y Vera 2014).

En su revisión de los SOC-7, Rodríguez, Mora y Vega (2014) valoran positivamente 1. La intención de despatologización inherente al cambio del término ‘Trastorno de Identidad de Género’ a ‘Disforia de Género’, 2. La ampliación de la población a la que se dirige la atención trans-específica, los itinerarios y las opciones terapéuticas, 3. La retirada de la distinción entre criterios de elegibilidad e idoneidad, 4. La abolición del requisito de ‘experiencia de la vida real’ o psicoterapia para el tratamiento hormonal, sin hacer referencia al requisito de ‘vivir 12 meses en un rol de género coherente con la identidad de género’, 5. La eliminación de la obligatoriedad del tratamiento hormonal con anterioridad a la mastectomía y 6. La posibilidad de acceso de personas con problemas de salud mental a la atención sanitaria trans-específica.

Además, l*s autor*s resaltan la "*superación del modelo dicotómico tradicional*" (Rodríguez, et al. 2014: 317).

Deutsch y Feldman (2013) aportan una revisión de los SOC-7, valorando positivamente el foco en la Atención Primaria como lugar ideal para la atención sanitaria trans-específica, el enfoque individualizado y centrado en la persona, el reconocimiento de diferencias culturales en relación al modelo de atención, situaciones de falta de recursos en la atención sanitaria trans-específica y estrategias de reducción de daño, así como la definición de la atención sanitaria trans-específica como médicamente necesaria y la llamada a su cobertura pública.

3.7.4.2.4. Reflexiones sobre los modelos de atención sanitaria trans-específica desde perspectivas bioéticas

En la bibliografía revisada, pude encontrar diferentes reflexiones sobre los modelos de atención sanitaria trans-específica aportadas desde perspectivas bioéticas (Hale 2007; Nelson 1998, 2012).

Hale (2007) analiza el modelo de evaluación y los criterios de elegibilidad e idoneidad presentes en los SOC-6, identificando objeciones basadas en el balance entre los principios de no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía.

Desde la comparación con la vasectomía electiva, Hale (2007) identifica un mayor riesgo médico en caso de la cirugía trans-específica, requiriendo una reflexión sobre la no maleficencia, al mismo tiempo que señala que la consideración de los riesgos no justifican el requisito de evaluación psiquiátrica, recomendando su abordaje a través de un proceso de Consentimiento Informado.

En relación al principio de beneficencia, Hale (2007) destaca los riesgos sociales de la no intervención, en el sentido de un mayor riesgo de exposición a la violencia transfóbica y falta de acceso al reconocimiento legal de género en muchas partes de los Estados Unidos. Además, señala que el proceso de evaluación constituye una barrera en el acceso a la atención sanitaria trans-específica, contribuyendo a una búsqueda de hormonas o realización de intervenciones quirúrgicas en condiciones no seguras fuera del sistema sanitario (Hale 2007).

En relación al principio de autonomía, Hale (2007) destaca la importancia de un reconocimiento de la capacidad de las personas trans* para hacer decisiones informadas sobre su cuerpo, cuestionando la construcción de la atención sanitaria trans-específica como un fenómeno de incapacidad, desde la observación de consecuencias sociales amplias inherentes a una denegación de la autonomía plena. Desde una evaluación del balance entre los diferentes principios bioéticos, Hale (2007) señala la necesidad de una eliminación del proceso de evaluación en el acceso a la atención sanitaria trans-específica, proponiendo su sustitución por un proceso de Consentimiento Informado.

En un artículo publicado en 1998, Nelson (1998) revisa el silencio de l*s bioeticistas sobre la transexualidad y la atención sanitaria trans-específica. Identifica dos discursos en

reflexiones teóricas aportadas desde diferentes perspectivas teóricas: Un discurso sobre el poder de la medicina en la construcción de la ‘transexualidad’ y su abordaje médico, así como un discurso sobre los valores implicados en las modificaciones corporales trans-específicas y su significado sociopolítico y cultural. Desde una revisión crítica del análisis de la construcción socio-médica de la ‘transexualidad’ aportado por Billings y Urban (1998[1982]) y su foco en el poder de la medicina, Nelson (1998) resalta la importancia de que una valoración bioética del proceso partiera del reconocimiento de la agencia de l*s usuari*s, reconociendo la interacción compleja entre instituciones sociales, relaciones interpersonales y agencia personal.

Comparando los SOC-4 (HBIGDA 2005[1990]) y los *Health Law Standards* (ICTLEP 1993a), Nelson (1998) observa en los SOC-4 el reflejo de un modelo médico tradicional, basado en estándares normativos internos a la profesión y la patologización de las personas trans*, mientras en los *Health Law Standards* constata la presencia de un enfoque basado en la autonomía de las personas trans* y el respeto de sus valores. Nelson (1998) invita a l*s bioeticistas a una reflexión sobre los dos modelos de atención sanitaria trans-específica, las cuestiones subyacentes relacionadas con la tensión entre patologización y derecho a la atención sanitaria (*"Is gender dysphoria a disease? Can one recognize the existence of a pathology without pathologizing the subject?"*, 225) y las demandas de un movimiento trans* politizado, señalando su interrelación con temas relevantes para la bioética contemporánea, entre ellos la pregunta por la autonomía de l*s usuari*s en el ámbito clínico y los límites éticos de las posibilidades tecnológicas de la medicina contemporánea. Además, destaca el interés de reflexionar desde una perspectiva bioética sobre el rol del sistema biomédico en el reforzamiento y la producción de sistemas opresivos de sexos/géneros (Nelson 1998).

14 años después de la publicación del artículo *The Silence of the Bioethicists* (Nelson 1998), el autor revisa el estado del debate en un artículo titulado *Still Quiet After All These Years. Revisiting "The Silence of the Bioethicists"* (Nelson 2012). Nelson (2012) observa un cambio en la conceptualización de la transexualidad y la atención sanitaria trans-específica, presente en los SOC-7 (WPATH 2012a), en enfoques de Consentimiento Informado aplicados en diferentes centros en el ámbito estadounidense, así como en reflexiones sobre la diversidad de expresiones e identidades de género aportadas desde diferentes perspectivas teóricas y reflejadas en los medios de comunicación. Desde una revisión de reflexiones contribuidas desde perspectivas bioéticas, Nelson (2012) constata una continuada escasez de un debate bioético sobre temáticas trans*. Partiendo de una revisión de las reflexiones de Judith Butler (2004) sobre las tensiones entre la demanda de despatologización y el acceso sanitario, el análisis de la diferenciación entre "*gender nonconformity*" y "*gender dysphoria*" (253) desarrollado en los SOC-7 y la revisión bioética de Hale (1997) del proceso de evaluación establecido en los SOC-6, Nelson (2012) invita a l*s bioeticistas a una reflexión sobre los fundamentos del derecho a la atención sanitaria trans-específica, el impacto social de la respuesta médica a la "*gender*

nonconformity” (255) en las normas de género presentes en la sociedad actual y el balance entre principios bioéticos en la atención sanitaria trans-específica y los conflictos éticos inherentes al proceso de evaluación.

Además, pude identificar diferentes reflexiones éticas sobre la atención a la diversidad de género en la infancia (Drescher y Byne 2012; Drescher y Pula 2014; Giordano 2012b; Stein 2012; capítulo 3.9.4.2.3).

3.7.5. Desarrollos en el ámbito institucional

A lo largo de los últimos años, diferentes instituciones europeas realizaron estudios sobre la atención sanitaria trans-específica, emitiendo recomendaciones para su mejora.

3.7.5.1. Análisis de la situación actual: Estudios publicados por instituciones europeas

Aparte de estudios sobre la salud de las personas trans* (Consejo de Europa 2011; Hammarberg 2009), situaciones de desigualdad en el acceso a la atención sanitaria general (Consejo de Europa 2013b) y prácticas de discriminación en el ámbito sanitario (Consejo de Europa 2011; FRA 2013a, 2014; Hammarberg 2009) (capítulo II, 3.2.5), varios estudios e informes recientes publicados por instituciones europeas revisan el estado de cuestión de la atención sanitaria trans-específica en relación a disponibilidad, cobertura y barreras en el acceso efectivo (Consejo de Europa 2011, 2015a; FRA 2014; Hammarberg 2009).

En los estudios revisados, se constata una frecuente falta de disponibilidad y/o cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica (Consejo de Europa 2011; Hammarberg 2009), así como situaciones de desigualdad en el acceso geográfico (Hammarberg 2009; capítulo 3.5). Además, se identifican dificultades en el acceso efectivo a la atención sanitaria trans-específica relacionadas con el modelo de evaluación, en el sentido de una limitación del acceso a aquellas personas trans* que cumplen los requisitos establecidos, falta de información o experiencias de discriminación (Consejo de Europa 2011, 2015a; FRA 2014; Hammarberg 2009). Asimismo, se señala la presencia de requisitos relacionados con la edad, con una frecuente restricción del acceso a la cirugía trans-específica a mayores de 18 años (Hammarberg 2009).

Además, el acceso a la cirugía de reasignación de género se ve todavía más obstaculizado o condicionado por los llamados “protocolos” y condiciones en relación con la infancia, la orientación sexual o las preferencias en el vestir, que son muy cuestionables. Hay informes de personas transgénero que han tenido que someterse a exámenes genitales realizados por psiquiatras y contar una historia prefijada de su infancia, que es la única admisible; a veces sus alegaciones sólo se consideran auténticas si existe al menos un intento de suicidio demostrado.

Otras personas transgénero se ven obligadas a estereotiparse de forma extrema en su género elegido para ajustarse a los criterios de elegibilidad, lo cual lleva al ridículo en su vida diaria. Los ejemplos son demasiado numerosos para citarlos, pero se puede afirmar que la mayoría de las pruebas y procesos que se llevan a cabo en la mayor parte de los países incluyen habitualmente aspectos que, en el mejor de los casos, se pueden calificar de incomprensibles.

(Hammarberg 2009: 13)

A person who wants to access gender reassignment treatment must usually meet a strict and unified “one size fits all” list of requirements. Such requirements may be based on legislation or regulations, though often this is rather a matter of custom and practice. Generally requirements include medical and psychological assessments of the applicant and/or the diagnosis of gender dysphoria or gender identity disorder (following the WHO classification). Yet other member states require applicants to undergo a “real-life experience” (RLE) by living in the preferred gender for a specified length of time, which varies by state. Doctors may assess the “success” of such RLE on the basis of the person’s clothing taste and gender-normative behaviour. According to transgender persons, they have to perform in a highly stereotypical way, often going to the extremes in their preferred gender to fit the eligibility criteria. Other requirements include the risk of suicide of the client, absence of “homosexual inclinations”, or vague concepts such as “no serious flaws in the ability for social adaptation”.^[referencia a pie de página] Concerns have also been raised by transgender persons in relation to medical professionals who have large decisionmaking powers over their access to treatment.

(Consejo de Europa 2011: 110)

[A]dministrative burdens and additional requirements, such as a period of “life experience” in the gender of choice, make recognition procedures generally cumbersome.

(Consejo de Europa 2015a: 1)

En el estudio *Being Trans in the EU* de la Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA 2014) que extrae los resultados trans-específicos del *EU LGBT Survey* (FRA 2013a), se observan frecuentes barreras en la búsqueda de ayuda psicológica o médica trans-específica. En el estudio, se señala que solo dos de cinco participantes (39%) buscaron ayuda psicológica o médica trans-específica. La mitad de las personas participantes indican no querer o necesitar ayuda. Aparte de una falta de necesidad, se identifican las siguientes razones para no buscar ayuda (por orden de frecuencia en %, después de excluir la categoría “*I do not want / need help*”): “*Other reason 47*”, “*I do not dare to 30*”, “*I do not know where to go 23*”, “*I am afraid of prejudice from the care providers 23*”, “*I do not have confidence in the services provided 16*”, “*I cannot afford it due to financial reasons 16*”, “*It is too complicated in terms of bureaucracy 14*”, “*It is not covered by my country’s public health insurance 10*”, “*It takes too much time (including waiting lists) 10*”, “*I have previous bad experiences with care providers 7*”, “*It is not available in the country where I live 4*” (FRA 2014: 85).

3.7.5.2. Recomendaciones de instituciones europeas

En consecuencia de este análisis de situación, diferentes organismos europeos recomiendan a los estados miembros garantizar la igualdad en el acceso a la atención sanitaria para todas las personas, con mención específica a las personas trans* (Consejo de Europa 2013b), promover la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica (Consejo de Europa 2010, 2015a; Hammarberg 2009; Parlamento Europeo 2011; capítulo 3.5), explorar un cambio en el modelo de atención sanitaria trans-específica (Consejo de Europa 2011, 2015a), adoptar medidas para evitar situaciones de discriminación (Consejo de Europa 2010, 2011[2010]; FRA 2013a, 2014a) y fomentar la formación de profesionales sanitari*s sobre temáticas trans-específicas (FRA 2013a, 2014; Hammarberg 2009).

En el estudio *Discrimination on grounds of Sexual Orientation and Gender Identity*, el Consejo de Europa (2011) señala la necesidad de un cambio de la práctica médica actual, sustituyendo el modelo actual de atención sanitaria trans-específica por un enfoque de Derechos Humanos.

A fundamental shift towards a human rights approach for transgender persons is necessary to address the excessively medicalised practices of today.
(Consejo de Europa 2011: 126)

En la *Resolution 2048 (2015). Discrimination against transgender people in Europe*, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (2015a) llama a los estados miembros a explorar modelos de atención sanitaria trans-específica alternativos, basados en el Consentimiento Informado.

6. In the light of these considerations, the Assembly calls on member States to: (...)
6.3. as concerns gender reassignment treatment and health care: (...)
6.3.2. include transgender people explicitly in suicide prevention research, plans and measures; explore alternative trans health-care models, based on informed consent;
(Consejo de Europa 2015a: 2)

En diferentes documentos estratégicos (FRA 2013a, 2014; Hammarberg 2009), se recomienda la provisión de formación a profesionales sanitari*s sobre temáticas LGBT y trans-específicas.

Los Estados miembros del Consejo de Europa deberían: (...)
10. Proporcionar formación a los profesionales sanitarios, incluyendo a psicólogos, psiquiatras y médicos de familia, teniendo en cuenta las necesidades y derechos de las personas transgénero y la obligación de respetar su dignidad;
(Hammarberg 2009: 20)

EU Member States should ensure that adequate training and awareness raising is offered to healthcare practitioners and health insurance personnel on the health needs of trans persons to eliminate prejudices and improve the provision of services to trans persons. (...)
EU Member States should reference trans-specific healthcare in their national health plans and policies and ensure that health surveys, training curricula and health policies also take into account trans persons and their needs.
(FRA 2014: 20, 49)

Aparte de desarrollos estratégicos a europeo, se pueden nombrar cambios legislativos recientes que incluyen una referencia al modelo de atención sanitaria trans-específica. En este sentido, la Ley de Identidad de Género de Argentina (Gobierno Argentino 2012) establece, aparte de un reconocimiento legal de género sin requisitos médicos, la garantía de cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica, así como el acceso a la misma mediante un modelo de Consentimiento Informado. El *Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act*, aprobado en 2015 en Malta (Government of Malta 2015b), hace referencia a la creación de un Grupo de Trabajo, con la participación de tres expert*s en Derechos Humanos, tres profesionales del ámbito psicosocial y tres expert*s médic*s, para la elaboración de un protocolo de atención sanitaria trans-específica.

En el contexto norteamericano, un estudio reciente publicado por SAMHSA, *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (2015) aporta información y recomendaciones

para poner fin a la aplicación de terapias reparativas a jóvenes LGBTQ (*“[l]esbian, gay, bisexual, and transgender youth, and those who are questioning their sexual orientation or gender identity”*, 1), partiendo de la consideración de la orientación homosexual y la variedad de expresiones e identidades de género como parte de la diversidad humana, la falta de investigación sobre las posibilidades de modificar la orientación sexual o identidad de género, así como la identificación de este tipo de intervenciones como dañinas. SAMHSA (2015) recomienda a l*s profesionales sanitari*s proveer información sobre el desarrollo de la orientación sexual y expresión e identidad de género, fomentar el apoyo en el ámbito familiar y educativo y contribuir a reducir reacciones de rechazo, mediante una atención centrada en las personas y su funcionamiento psicológico. Además, se propone permitir a l*s jóvenes la auto-exploración de su identidad dentro de un contexto afirmativo, incluyendo un apoyo a la transición social o intervención médica (SAMSHA 2015).

3.7.6. Modelos teóricos y procesos activistas relacionados

La demanda de un cambio del modelo de atención sanitaria trans-específica expresada por el activismo por la despatologización trans* se puede relacionar con diferentes enfoques teóricos y procesos activistas.

3.7.6.1. Procesos activistas

En este sentido, se puede identificar una analogía entre la reivindicación de autonomía en la atención sanitaria trans-específica y la demanda histórica del derecho sobre el propio cuerpo expresada por el movimiento feminista (Boston Women’s Health Collective 1971).

Además, se puede observar una interrelación entre la demanda de un cambio del modelo de atención sanitaria trans-específica y reivindicaciones del movimiento intersex que incluyen, entre otras, 1. Un cese de intervenciones no clínicamente necesarias efectuadas a recién nacid*s, niñ*s y adolescentes intersex, 2. El reconocimiento del derecho a la integridad corporal, autonomía física y autodeterminación, 3. El cese de diagnósticos prenatales relacionados con la intersexualidad, del infanticidio de fetos intersex y de esterilizaciones no consentidas, 4. La despatologización de la clasificación diagnóstica relacionada con variaciones en características sexuales en la CIE, 5. La disponibilidad de información exhaustiva sobre la propia historia clínica, 6. La formación de profesionales sanitari*s sobre aspectos de atención a personas intersex, así como 7. La disponibilidad de servicios de apoyo a personas intersex, asegurando su bienestar y autonomía corporal (GATE 2015c; Internacional Intersex Forum 2011, 2012, 2013; OII 2011a, 2011b; OII Australia y OII Aoteroa 2012; OII-Europe 2014; capítulo II, 3.2.6.1).

3.7.6.2. Enfoques de Salud Pública

Aparte de estos aspectos compartidos con movimientos activistas afines, la demanda de cambio del modelo de atención sanitaria trans-específica se puede relacionar con marcos teóricos relevantes en el ámbito de la Salud Pública contemporánea, como el enfoque de *"patient participation"*, *"patient engagement"*, *"patient involvement"*, *"participación del paciente"*, *"paciente activo"* o *"participación ciudadana en salud"*²⁶², *"shared decision making"*, *"toma de decisiones compartida"*²⁶³, *"people-centered health care"*, *"atención centrada en el paciente"*²⁶⁴, así como con el principio bioético de autonomía y derecho al Consentimiento Informado²⁶⁵. Además, la demanda de una promoción del respeto a la diversidad de expresiones e identidades de género se puede relacionar con modelos de *"cultural competence"* (Papadopoulos 2006: s.p.) e *"intercultural competences"* (UNESCO 2013: 16), así como enfoques de *"difference sensitivity"*, *"sensitivity to difference"* o *"diversity sensitivity"*²⁶⁶.

Como mencionado más arriba (capítulo II, 3.6.5), en el concepto 'participación ciudadana en salud' se pueden diferenciar dos niveles, la participación en el proceso de salud y la participación en la gestión sanitaria (Gallivan, et al. 2012; Ruiz Azarola y Perestelo Pérez 2012).

En la bibliografía, se pueden identificar múltiples reflexiones sobre el concepto de *"patient participation"*, *"patient engagement"*, *"patient involvement"*, *"participación del paciente"*, *"paciente activo"* o *"participación ciudadana en salud"*²⁶⁷.

La creciente relevancia que adquiere la participación de l*s usuari*s en su propio proceso de salud se relaciona con el aumento de la esperanza de vida, prevalencia de enfermedades crónicas y creciente acceso a la información, así como con un cambio en la relación entre profesionales y usuari*s, convirtiendo a l*s usuari*s en *"expertos en su propia enfermedad"* (Ruiz Azarola y Perestelo Pérez 2012: 158). Jovell, et al. (2006) relacionan el concepto de *"paciente activo"* (234) con el empoderamiento, la auto-responsabilización del propio proceso de salud y la ayuda a otr*s usuari*s en el ejercicio de sus derechos y mejora de la calidad de los servicios sanitarios, a modo de un *"paciente experto"* (234).

En una revisión bibliográfica de estudios sobre *"patient participation"*, se identifican como dificultades para su puesta en práctica la relación entre profesionales sanitari*s y

²⁶² Cahill 1996: 561; Coulter, Parsons y Askham 2008: 4; Gallivan, Kovacs Burns, Bellows, et al. 2012: s.p.; Jovell, Navarro Rubio, Fernández Maldonado, et al. 2006: 234; Ruiz Azarola y Perestelo Pérez 2010: 158; Segura 2010: 55.

²⁶³ Barry y Edgman-Levitan 2012: 780; Costa Alcaraz y Almendro Padilla 2009: 258; Coulter, Parsons y Askham 2008; Elwyn, Frosch, Thomson, et al. 2012: 1361; Ruiz Azarola y Perestelo Pérez 2010: 158.

²⁶⁴ Barry y Edgman-Levitan 2012: 780; Costa Alcaraz y Almendro Padilla 2009: 285; Ruiz-Azarola y Perestelo-Pérez 2010: 158; OMS 2007b: 7.

²⁶⁵ Entwistle, Carter, Cribb, et al. 2010; Ventura y Schramm 2007.

²⁶⁶ Cattacin, Chiarenza y Domenig 2013: 250; Chiarenza 2012: 78; Johnson 2012: 178; Renschler y Cattacin 2007: 45.

²⁶⁷ Cahill 1996: 561; Coulter, Parsons y Askham 2008: 4; Gallivan, Kovacs Burns, Bellows, et al. 2012: s.p.; Jovell, Navarro Rubio, Fernández Maldonado, et al. 2006: 234; Ruiz Azarola y Perestelo Pérez 2010: 158; Segura 2010: 55.

usuari*s, la falta de tiempo, conocimientos por parte de profesionales y usuari*s, actitudes de l*s profesionales, la gravedad de la situación de salud de l*s usuari*s y la edad (Angel y Frederiksen 2015: 1525).

En estrecha relación con enfoques de *"patient participation"* (Coulter, et al. 2008: 9), se puede nombrar el concepto de *"shared decision making"* o *"toma de decisiones compartida"*²⁶⁸. En un *Policy Brief* publicado por la *Organización Mundial de la Salud* y el *European Observatory on Health Systems and Policies*, Coulter, et al. (2008) hablan de *"patient engagement"* (4), en el sentido del rol de l*s usuari*s en la comprensión de las causas de su enfermedad, protección de su salud, elección de tratamientos apropiados y gestión de enfermedades crónicas, señalando la importancia de un apoyo por parte del sistema sanitario para el desarrollo de conocimientos en salud, toma de decisiones compartida y auto-cuidado.

L*s autor*s revisad*s²⁶⁹ describen la toma de decisiones compartida como un proceso de diálogo e intercambio de información entre profesionales sanitari*s y usuari*s, en el que l*s profesionales sanitari*s describen las opciones terapéuticas, sus riesgos y beneficios y l*s usuari*s sus preferencias y valores, para poder llegar a una decisión informada sobre el proceso terapéutico a seguir.

In shared decision making, both parties share information: the clinician offers options and describes their risks and benefits, and the patient expresses his or her preferences and values. Each participant is thus armed with a better understanding of the relevant factors and shares responsibility in the decision about how to proceed.
(Barry y Edgman-Levitan 2012: 780)

En relación a la aplicación de modelos de toma de decisiones compartida al ámbito de la atención sanitaria con personas trans*, Dewey (2013) identifica en una investigación cualitativa diferentes barreras, entre ellas la escasez de formación profesional específica, la falta de apoyo institucional, así como la interferencia del modelo de evaluación en el establecimiento de una relación de confianza entre profesionales y usuari*s.

Como otro concepto estrechamente vinculado se nombra el de *"people-centered health care"* o *"atención centrada en el paciente"*²⁷⁰. La Organización Mundial de la Salud (2007b: 7) define *"people-centered health care"* (7) como *"one in which individuals, families and communities are served by and are able to participate in trusted health systems that respond to their needs in humane and holistic ways"* (7), identificando como valores y principios fundamentales los Derechos Humanos, la dignidad, la no-discriminación, la participación, el empoderamiento, el acceso y la equidad, así como una colaboración entre iguales.

Costa Alcaraz y Almendro Padillo (2009) destacan el paso de una *"atención centrada en las enfermedades"* (285) hacia una *"atención centrada en el paciente"* (285), teniendo en

²⁶⁸ Barry y Edgman-Levitan 2012: 780; Costa Alcaraz y Almendro Padilla 2009: 258; Coulter, et. al. 2008; 4; Elwyn, et al. 2012: 1361; Ruiz-Azarola y Perestolo-Pérez 2010: 158.

²⁶⁹ Barry y Edgman-Levitan 2012; Costa Alcaraz y Almendro Padilla 2009; Coulter, et al. 2008; 4; Elwyn, et al. 2012; Ruiz-Azarola y Perestolo-Pérez 2010: 158.

²⁷⁰ Barry y Edgman-Levitan 2012: 780; Costa Alcaraz y Almendro Padilla 2009: 285; Ruiz-Azarola y Perestolo-Pérez 2010: 158; OMS 2007b: 7.

cuenta "no sólo la dolencia orgánica, sino cómo la vive el paciente en su entorno y cómo afecta a sus valores" (285). De forma parecida, Barry y Edgman-Levitan (2012) describen el surgimiento del concepto de "patient-centered care" (780) desde el objetivo "to call attention to the need for clinicians, staff, and health care systems to shift their focus away from diseases and back to the patient and family" (780) y "to stress the importance of better understanding the experience of illness and of addressing patients' needs within an increasingly complex and fragmented health care delivery system" (780).

Ard y Makadon (2012) propone un modelo de "patient-centered care" (10) en la atención sanitaria dirigida a personas LGBT, desde la idea de que los principios de una atención culturalmente competente a personas LGBT no se diferencian de la provisión de "patient-centered care" (10) a otros grupos de población.

In many ways, however, providing culturally competent care to LGBT patients does not differ from providing patient-centered care to any other group. As with all patient populations, effectively serving LGBT patients requires clinicians to understand the cultural context of their patients' lives, modify practice policies and environments to be inclusive, take detailed and non-judgmental histories, educate themselves about the health issues of importance to their patients, and reflect upon personal attitudes that might prevent them from providing the kind of affirmative care that LGBT people need.
(Ard y Makadon 2012: 10)

La demanda de autonomía en la atención sanitaria trans-específica expresada desde perspectivas teórico-activistas se puede poner en relación con el concepto bioético de "patient autonomy" (Entwistle, et al. 2010: 741; Gessert 2008; Varelius 2006: 377; Ventura y Schramm 2007) e "Informed Consent" (Clarke y Oakley 2004: 11).

Entwistle, et al. (2010) señalan el rol relevante del concepto de "patient autonomy" (741) como aspecto fundamental de la bioética contemporánea, entendiendo el mismo como "allowing or enabling patients to make their own decisions about which health care interventions they will or will not receive" (741). A la vez, resaltan la importancia de un entendimiento relacional del concepto, con foco en la relevancia de la relación profesional-usuari*, en el sentido de un acompañamiento de l*s usuari*s en el proceso de toma de decisiones, sin limitar su autonomía (Entwistle, et al. 2010).

El debate actual sobre 'patient autonomy' incluye además reflexiones sobre los límites del concepto en la práctica clínica (Varelius 2006), el abordaje de situaciones en las que las decisiones de la persona usuaria no parecen garantizar su bienestar (Varelius 2006), así como la evitación de un abandono de l*s usuari*s en los procesos de toma de decisión (Gessert 2008).

Clarke y Oakley (2004) proponen una reflexión sobre el rol del Consentimiento Informado en la práctica quirúrgica, desde su consideración como aspecto ético relevante. Señalan la necesidad de que, para que el Consentimiento Informado en caso de cirugía fuera completo, éste debe incluir "disclosure of material information about the comparative clinical performance of available surgeons" (Clarke y Oakley 2004: 11). Como dos posibles objeciones a

esta demanda se nombra la falta de obligatoriedad de una facilitación de información sobre la experiencia profesional más allá del umbral del título, así como el coste de responder a las expectativas de información de todas las personas usuarias.

Ventura y Schramm (2009) aportan una reflexión sobre la aplicación del concepto de autonomía a la atención sanitaria trans-específica. Describen cómo los requisitos en el acceso a la atención sanitaria trans-específica vigentes en el contexto brasileño limitan el ejercicio del principio bioético de autonomía, con potenciales efectos negativos para la salud de las personas trans* excluidas del acceso sanitario (Ventura y Schramm 2009). En este sentido, observan un incumplimiento de Derechos Humanos, entre ellos el derecho a la salud y el derecho al libre desarrollo de la personalidad (Ventura y Schramm 2009).

Observa-se que houve avanços no acesso aos recursos terapêuticos e legais, mas as limitações e restrições ainda impostas ao exercício da autonomia do/a transexual podem ter efeitos negativos para a saúde e os direitos daqueles não considerados pela norma vigente como “verdadeiros transexuais”. Os direitos da pessoa transexual à assistência integral à saúde, inclusive sexual, e ao livre desenvolvimento de sua personalidade são infringidos no momento em que a autonomia do paciente não é adequadamente preservada pelas normas vigentes, convertendo-se os direitos humanos num tipo de dever de a pessoa adequar-se à moralidade sexual dominante.
(Ventura y Schramm 2009: 66)

En relación a la demanda de una protección de las personas trans* de actitudes de discriminación en la atención sanitaria general y trans-específica, se puede establecer una interrelación con enfoques de *“cultural competence”* (Papadopoulos 2006: s.p.) e *“intercultural competences”* (UNESCO 2013: 16), *“difference sensitivity”*, *“sensitivity to difference”* o *“diversity sensitivity”*, desarrollados en el marco de una atención sanitaria a personas migrantes y minorías étnicas (Cattacin, et al. 2013: 250; Chiarenza 2012: 78; Johnson 2012: 178; Renschler y Cattacin 2007: 45).

Papadopoulos (2006: s.p.) define *“cultural competence”* como *“the capacity to provide effective healthcare taking into consideration people's cultural beliefs, behaviours and needs. Cultural competence is both a process and an output, and results from the synthesis of knowledge and skills which we acquire during our personal and professional lives and to which we are constantly adding”*. La UNESCO (2013: 16) describe *“intercultural competences”* como *“having adequate relevant knowledge about particular cultures, as well as general knowledge about the sorts of issues arising when members of different cultures interact, holding receptive attitudes that encourage establishing and maintaining contact with diverse others, as well as having the skills required to draw upon both knowledge and attitudes when interacting with others from different cultures”*.

A lo largo de los últimos años, se observa un cambio desde un foco en la competencia (inter)cultural hacia un paradigma de *“difference sensitivity”*, *“sensitivity to difference”* o *“diversity sensitivity”*, centrado en un respeto a la diversidad y atención a desigualdades interseccionales y transversales (Cattacin, et al. 2013: 250; Chiarenza 2012: 78; Johnson 2012:

178; Renschler y Cattacin 2007: 45).

As a starting-point, we need to modify the way the concept of culture is used in health care, going beyond mere ethnicity and race to include intersections of ethnicity, race, gender, age, class, education, religion, sexual orientation and physical ability. We should move the focus of our analysis from minority cultures to the dominant cultures in society, in order to understand how the unequal distribution of power allows certain groups and not others to acquire and maintain the majority of resources. We need to clarify that the notion of ‘difference’ relates more to power relations than to an ‘ethno-cultural’ trait about which it is possible to acquire specific knowledge. This calls for the development of improved sensitivity to difference, civic involvement and critical knowledge in the context of ‘super-diversity’, social inequalities and power imbalances.

(Chiarenza 2012: 78)

Desde la perspectiva de los estudios trans*, se puede encontrar una aplicación del concepto de *"cultural competence"* al ámbito de las personas trans*, bajo el término de *"[t]ransgender cultural competency"*, partiendo de la idea de que *"[t]ransgender cultural competency is imperative across the board for improved health, social service, legal, faith-based, employment, and educational outcomes"* (Wilkinson 2014: 68). Su adquisición se entiende como un proceso continuado de aprendizaje, requiriendo un abordaje de múltiples dimensiones interseccionales que influyen en la vida de las personas trans*, el uso de un lenguaje culturalmente apropiado y la comprensión de términos, identidades y conceptos relacionados con las comunidades trans* (Wilkinson 2014).

3.8. “Une opération forcée est une violation de nos corps!”²⁷¹: Reconocimiento legal de género sin requisitos médicos



Carteles de convocatoria del Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans

Imagen 43: París, Collectif Existrans, 2013

Imagen 44: París, Collectif Existrans, 2015

Imagen 45: Lisboa, Panteras Rosa, 2009

Imagen 46: Lisboa, Pantera Rosa, 2009

3.8.1. Discursos activistas y teórico-activistas

La perspectiva de despatologización no solo es relevante en el ámbito sanitario. La estrecha intersección entre una regulación médica y legal de los procesos de tránsito en el género, reflejada en la presencia de requisitos médicos en muchas de las leyes actuales de reconocimiento de género, dirige el foco de atención del activismo por la despatologización trans* al ámbito jurídico.

Se pueden distinguir diferentes demandas relacionadas con el ámbito jurídico, entre ellas 1. El reconocimiento legal de género sin requisitos médicos, 2. La abolición de leyes que prohíben prácticas de *cross-dressing* o la cirugía genital, 3. La reivindicación de legislación de anti-discriminación, incluyendo la demanda de inclusión de la dimensión de identidad de género como razón de discriminación en la legislación contra crímenes de odio, 4. La demanda de su inclusión en las leyes que regulan el derecho al asilo, así como 5. La demanda de abolición de la mención del género en los documentos de identidad. En este capítulo, me centraré en las demandas activistas y teórico-activistas, discursos profesionales y desarrollos institucionales relacionados con el proceso de reconocimiento legal de género (para los otros aspectos véase capítulo II, 3.2 y II, 3.3).

²⁷¹ Fuente de la cita: Collectif Existrans 2011: s.p.

A continuación, intentaré esbozar la situación del reconocimiento legal de género mediante algunos ejemplos puntuales. La complejidad de las diferentes situaciones jurídicas en diferentes regiones del mundo hace imposible un análisis comparativo exhaustivo en el marco del presente trabajo. En la bibliografía reciente, se pueden encontrar estudios comparativos internacionales y regionales sobre la situación jurídica de personas LGBT en general²⁷², y específicamente de personas trans*²⁷³.

3.8.1.1. Reconocimiento legal de género: La presencia de requisitos médicos

De forma prioritaria, el activismo por la despatologización trans* dirige su foco de atención a las leyes que regulan el cambio registral del nombre y género. Esta priorización parte de la observación de dificultades en el proceso en diferentes partes del mundo y el impacto de la falta de reconocimiento legal del nombre y género en la situación laboral y social de las personas trans*²⁷⁴.

Una mirada al panorama internacional²⁷⁵ muestra que solo en un número reducido de países del mundo existen leyes que regulan el cambio registral del nombre y género. En otros países, el cambio está sujeto a un proceso judicial. En un tercer grupo de países, se persiguen y penalizan expresiones e identidades de género que no coinciden con las expectativas sociales relacionadas con el género asignado al nacer. En aquellos países en los que existen leyes que regulan el cambio registral del nombre y género, el proceso de reconocimiento a menudo está sujeto a requisitos médicos, entre ellos el diagnóstico, el tratamiento hormonal, la cirugía genital o la esterilización. Además, se establecen requerimientos relacionados con el estado civil (requisito de soltería o divorcio), la edad y la nacionalidad.

Un análisis comparativo de las leyes de identidad de género aprobadas a lo largo de las últimas décadas, realizado en diferentes estudios e informes recientes²⁷⁶, permite observar diferencias en relación a los requisitos exigidos.

Entre las leyes aprobadas a lo largo de los años 70 – 90, se encuentra la presencia de requisitos de cirugía genital y/o esterilización, pero no explícitamente de un diagnóstico (incluido solo indirectamente en el requisito de modificación corporal), coincidiendo, en caso de algunas leyes, con un momento anterior a la inclusión de los procesos de tránsito en el género

²⁷² Consejo de Europa 2011; ILGALAC 2009; O’Flaherty y Fisher 2008.

²⁷³ Amnesty International 2014; Balzer y Hutta 2012; Balzer, et al. 2012; Byrne 2014; Comisión Europea 2012a; Hammarberg 2009; Köhler, et al. 2013; Ministry of Justice 2011; Sood 2010; TGEU 2015c; Turner, et al. 2008; Whittle 2002.

²⁷⁴ Amnesty International 2014; Balzer y Hutta 2012; Balzer, et al. 2012; Byrne 2014; Comisión Europea 2012a; Hammarberg 2009; Köhler, Ehart y Recher 2013; Ministry of Justice 2011; Sood 2010; TGEU 2015c; Turner, et al. 2008; Whittle 2002.

²⁷⁵ Amnesty International 2014; Balzer y Hutta 2012; Balzer, et al. 2012; Byrne 2014; Köhler, Ehart, Recher 2013; Ministry of Justice 2011; O’Flaherty, Fisher 2008; TGEU 2015c; Turner, Whittle, Combs 2008; Whittle 2002.

²⁷⁶ Amnesty International 2014; Balzer y Hutta 2012; Balzer, et al. 2012; Byrne 2014; Ministry of Justice 2011; TGEU 2015c.

en el DSM y la CIE o un momento incipiente de su implementación²⁷⁷. Esto es el caso, por ejemplo, de las leyes de identidad de género aprobadas en 1972 en Suecia (*Lag 1972:119; Sveriges Riskdag 2013[1972]*), en 1980 en Alemania (*Transsexuellengesetz; Bundesministerium der Justiz 2009[1980]*)²⁷⁸, en 1982 en Italia (*Legge 14 aprile 1982; Camara dei Deputati, Repubblica Italiana, 1982*), en 1985 en los Países Bajos (*Wet van 24 april 1985; Government of the Netherlands 1985*), en 1988 en Australia Meridional (*Sexual Reassignment Act, South Australia Government 1988*) o en 1997 en el Territorio de la Capital Australiana (*Birth, Deaths and Marriages Registration Act, Australian Capital Territory Government 1997*)²⁷⁹.

En cambio, entre las leyes aprobadas a lo largo de la primera y principio de la segunda década del siglo XXI, se pueden observar legislaciones que no incluyen el requisito de cirugía genital y/o esterilización, pero sí el requisito de diagnóstico, certificación médica, tratamiento hormonal y/o divorcio. A modo de ejemplo, se puede nombrar el *British Gender Act* (Government of the United Kingdom 2004)²⁸⁰, la *Ley 3/2007, de 15 de marzo*, en el contexto español (Gobierno de España 2007)²⁸¹, la *Ley 18.620* en Uruguay (República Oriental de Uruguay 2009)²⁸² y la *Lei n.º 7/2011 de 15 de Março* en Portugal (Assamblea da República 2011)²⁸³.

3.8.1.2. Reconocimiento legal de género: Demandas del activismo por la despatologización trans*

A continuación, describiré las demandas del activismo actual por la despatologización trans* que parten del estado de situación a finales de la primera década del siglo XXI. Más abajo, haré referencia a los últimos desarrollos en material de reconocimiento legal de género a partir de la aprobación de la Ley de Identidad de Género de Argentina en 2012 (Congreso Argentino 2012) y las respuestas activistas a estos avances.

²⁷⁷ Véase Anexo VI, Tabla 17 - Tabla 19.

²⁷⁸ En caso de la Ley de Identidad de Género aprobada en 1980 en Alemania, no se nombra explícitamente el diagnóstico, pero se requieren dos certificados de profesionales expert*s en materia de transexualidad (Bundesministerium der Justiz 2009[1980]).

²⁷⁹ El *Births, Deaths and Marriages Registration Act* establece como requisitos en el Art. 24.1c "(i) has received appropriate clinical treatment for alteration of the person's sex; or (ii) is an intersex person" (Australian Capital Territory Government 1997: 23). No se nombra explícitamente el requisito de diagnóstico.

²⁸⁰ El *British Gender Act* establece como requisitos dos informes de profesionales sanitari*s (o proceso de modificación corporal realizado o iniciado), un diagnóstico de disforia de género y el divorcio (Government of the United Kingdom 2004).

²⁸¹ La *Ley 3/2007, de 15 de marzo*, establece como requisitos un diagnóstico de disforia de género acreditado mediante un informe de un* médic* o psicólog* clínic*, un tratamiento médico de al menos dos años "para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado" o haber realizado "cirugía de reasignación sexual" (Gobierno de España 2007: 11252).

²⁸² La *Ley 18.620* nombra como requisitos la acreditación de que el nombre y/o sexo consignados en el acta de nacimiento sean "discordantes" con la identidad de género, así como la estabilidad y persistencia de esta "disonancia" durante al menos dos años, mediante un informe técnico de un equipo multidisciplinario y especializado en identidad de género, o haber realizado "cirugía de reasignación sexual" (República Oriental de Uruguay 2009: s.p.).

²⁸³ La *Lei n.º 7/2011 de 15 de Março* establece como requisito un informe incluyendo el diagnóstico de Trastorno de Identidad de Género, elaborado por un equipo clínico multidisciplinar (Assamblea da República 2011).

Desde la observación del estado de situación a finales de la primera década del siglo XXI, el activismo actual por la despatologización trans^{*284} demanda la abolición de todos los requisitos médicos de las leyes de identidad de género existentes y la aprobación de nuevas leyes basadas en una perspectiva de despatologización y Derechos Humanos. Esta demanda parte de la defensa del derecho a la personalidad jurídica e integridad corporal, la denuncia de la vulneración de Derechos Humanos inherente a la presencia de requisitos médicos en el proceso de reconocimiento legal de género, así como la advertencia de potenciales consecuencias negativas en el ámbito personal, social, laboral y familiar relacionadas con la dificultad del cambio registral del nombre / género.

Reivindicamos el derecho a cambiar nuestro nombre y sexo en los documentos oficiales sin tener que pasar por ninguna evaluación médica ni psicológica. Y añadimos que pensamos, firmemente, que el Estado no debería de tener ninguna competencia sobre nuestros nombres, nuestros cuerpos y nuestras identidades.
(Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a: s.p.)

La obligatoriedad del diagnóstico psiquiátrico y de la modificación corporal hormonal y quirúrgica presente en muchas de las leyes existentes, atenta contra los derechos humanos de integridad corporal y libre expresión de las identidades de género, derechos recogidos en declaraciones internacionales recientes como los Principios de Yogyakarta (2007) o las recomendaciones del Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa Thomas Hammarberg (2009). En este sentido, consideramos la despatologización de la transexualidad como un primer paso imprescindible para el pleno reconocimiento de los derechos humanos de las personas trans.
(Red Internacional por la Despatologización Trans 2009b: s.p.)

En la *Malta Declaration*, elaborada por *TGEU, Transgender Europe* e *ILGA-Europe* (2009) y aprobada por las personas participantes en la *Trans Rights Conference* celebrada en 2009 en Malta, se demanda una Europa en la que el reconocimiento legal de género no estuviese sujeto a requisitos como la esterilización, la cirugía genital o el diagnóstico (TGEU e ILGA-Europe 2009).

We, the participants of the European Trans Rights Conference, yearn for a Europe free from all discrimination^[referencia a final del texto], where all people are valued equally irrespective of their gender identity and gender expression. We envision a Europe where people of all gender identities and gender expressions are fully respected and can live freely without any violations to their human rights and institutions' interferences in their private lives, in accordance with the Yogyakarta Principles^[referencia a final del texto]. We want a Europe where health insurance funded adequate hormonal and surgical medical assistance is available in a non-pathologizing manner to all those trans people who seek it, and where no trans person is required to undergo any compulsory medical treatment (*such as sterilization or gender reassignment surgeries*) or a mental disorder diagnosis in order to change legal gender and/or name.
(TGEU e ILGA-Europe 2009: s.p.)

Además, grupos, organizaciones y redes activistas locales y regionales que apoyan STP y participan activamente en el *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans*, han ido elaborando demandas relacionadas con el proceso de reconocimiento legal de género en

²⁸⁴ Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a, 2009b, 2010a; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010a, 2010b, 2010c; TGEU, ILGA-Europe 2009.

sus contextos geopolíticos específicos. La lucha por la consecución de este objetivo tiene características localmente diferenciadas, según el contexto geopolítico concreto.

En el contexto latinoamericano, en consecuencia de la ausencia de una regulación legislativa del cambio registral de nombre y género en muchos países, la reivindicación de la aprobación de leyes de identidad de género adquiere un lugar relevante en las demandas local y regionalmente específicas de los grupos activistas que participan en el *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans* (Frente Ciudadano Pro Derechos Transexuales y Transgénero 2010; ODT 2010; Red Latinoamericana de Hombres Trans en el Activismo 2009).

2. Consideramos que la despatologización de la transexualidad debe avanzar más allá de su remoción del DSM IV y el CIE 10, hasta alcanzar todas aquellas instancias (institucionales, mediáticas, etc) donde la transexualidad es considerada de manera habitual como patología. Nos preocupa en particular la recurrencia de la patologización que tiene lugar en contextos jurídico-normativos, donde el diagnóstico se transforma en un requisito indispensable para el acceso a derechos. La demanda de ese diagnóstico, así como las pericias destinadas a establecerlo, disminuyen y vulneran nuestro status como sujetos de derecho. (Red Latinoamericana de Hombres Trans en el Activismo 2009: s.p.)

Somos seres humanos, requerimos igualdad de derechos y el alto a la violencia contra nuestros cuerpos e identidades trans e intersex. Por todo esto, y en conjunto a la Campaña Internacional Stop Trans Patologización, que este mes de octubre movilizará a más de 40 ciudades en todo el mundo, exigimos: (...)

- Acceso garantizado al derecho de cambio de nombre y sexo legal sin exigencia de ninguna operación, tratamiento hormonal ni aprobación previa de un autodenominado especialista del servicio médico legal, lugar donde nos desnudan, fotografían, introducen espéculos, interrogan y humillan para certificar nuestra masculinidad o femineidad.

(OTD 2010: 1-2)

En México, específicamente, activistas, organizaciones y organismos de la población trans, LGB y de defensa de los derechos humanos, profesionales e instituciones de la salud y el derecho demandamos y proponemos: (...)

- Que las y los legisladores de los partidos comprometidos con el reconocimiento, defensa y promoción de los derechos humanos, más allá de ideologías e intereses particulares, impulsen en la actual LXI legislatura la aprobación de las reformas y adiciones en la CPEUM y en leyes y códigos federales a fin de reconocer en el país la personalidad jurídica de la identidad de género de las personas trans, para garantizar su acceso a los servicios públicos de salud para la reasignación por concordancia sexo-genérica, y para combatir la discriminación y violencia que vive la población trans en toda la nación.

(Frente Ciudadano Pro Derechos de Transexuales y Transgénero 2010: s.p.)

En el contexto europeo, la demanda de retirada de los requisitos de esterilización, diagnóstico y divorcio de leyes de reconocimiento de género vigentes constituye una prioridad en declaraciones de grupos activistas que participan en el *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans* (Berliner Bündnis Stop Trans*-Pathologization 2011; Collectif Existrans 2011; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010a, 2010b).

Stérilisation

L'état français nous oblige à passer par des opérations stérilisantes pour obtenir des papiers en conformité avec notre genre. Apparaître sous un genre, mais avoir des papiers qui n'y correspondent pas est révoltant ! Une opération forcée est une violation de nos corps ! Le choix de vivre tel qu'on le souhaite ne devrait pas être affaire de lutte contre l'Etat, Etat censé nous donner à tou-te-s les mêmes droits ! Que l'Etat exige la stérilisation, c'est nous priver de notre vie privée, de notre droit à la parentalité, de notre droit à disposer librement de nos corps !

(Collectif Existrans 2011: s.p.)

En Alemania se requiere un diagnóstico para el cambio registral del nombre o género, siguiendo el F64.0 de la CIE, como trastorno mental de la identidad de género. Esta clasificación patologizante es estigmatizante y fomenta la reglamentación a través de la administración o l*s evaluador*s. La esterilización obligatoria, requerida como requisito para el cambio registral del género se encuentra en contradicción con el derecho fundamental a la integridad corporal y los Derechos Humanos. Con razón, el Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa, entre otr*s, critica duramente esta situación. (Berliner Bündnis Stop Trans*-Pathologization 2011: s.p.)²⁸⁵

En el contexto español, grupos y redes activistas por la despatologización trans*²⁸⁶ demandan la retirada de requisitos médicos de la así llamada Ley de Identidad de Género (*Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas*, Gobierno de España 2007). La crítica se dirige tanto a la presencia de requisitos médicos en la Ley 3/2007 (diagnóstico de disforia de género, dos años de tratamiento médico), como la continuada presencia de la prohibición de nombres “*que induzcan a error en cuanto a sexo*”, establecida en la Ley de Registro Civil y citada en la Ley 3/2007 (Gobierno de España 2007: 11253).

Nos dirigimos directamente a la clase política catalana y del Estado español, nuestra demanda es clara:

- Reivindicamos el derecho a cambiar nuestro nombre en nuestros documentos oficiales sin tener que pasar por ninguna evaluación médica ni psicológica. Y exigimos la derogación del artículo 54 de la ley de Registro Civil que dice que ningún ciudadano puede ponerse un nombre que “induzca a error sobre su sexo”. Pensamos firmemente que el Estado no debería de tener ninguna competencia sobre nuestros nombres, nuestros cuerpos y nuestras identidades.

(ATC, Guerrilla Travolaka, Plataforma d’Activistes Sin Vergüenza i activistes independents 2008: s.p.)

Además, nos gustaría señalar que la situación legal y sanitaria actual de las personas trans en el Estado español no sólo se encuentra en contradicción con las declaraciones recientes del Gobierno, sino también con declaraciones internacionales de Derechos Humanos, entre ellas los Principios de Yogyakarta (2007), el Informe temático “Derechos humanos e identidad de género” del Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa (2009) y la reciente Resolución 1728 (2010) sobre discriminación por razones de orientación sexual e identidad de género, adoptada el 29 de abril de 2010 por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, organismo del que España es estado miembro.

En estas declaraciones se señala que los requisitos obligatorios presentes en las legislaciones actuales atentan contra el derecho a la integridad física y se afirma que el derecho al reconocimiento legal del género no debería ser restringido por ningún procedimiento médico obligatorio. (...)

Actualmente, el Gobierno Español incumple en diferentes aspectos con los principios que establecen las declaraciones internacionales citadas, así como con sus propias declaraciones de interés (...).

(Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010e: s.p.)

²⁸⁵ Traducción propia, texto original: “*In Deutschland wird daher bei einer Änderung des Vornamens oder des Geschlechtseintrages eine Diagnose nach F64.0 des ICD, als psychische Störung der Geschlechtsidentität, gefordert. Diese pathologisierende Klassifizierung ist stigmatisierend und fördert diskriminierende Gängelei durch Behörden und Gutachter_innen. Die als Voraussetzung für einen geänderten Geschlechtseintrag verlangt Zwangssterilisation widerspricht dem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit und den Menschenrechten. Dies wird zu Recht u.a. vom Menschenrechtskommissar des Europa-Rates scharf kritisiert*” (Berliner Bündnis Stop Trans*-Pathologization 2011: s.p.).

²⁸⁶ Acera del Frente 2008, 2009; ATC, et al. 2008; Conjuntos Difusos 2011; Guerrilla Travolaka 2007a, 2007b; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010a, 2010b.

Desde perspectivas teórico-activistas, se afirma la crítica de los requisitos médicos presentes en la Ley 3/2007 (Missé 2012b; Missé y Coll-Planas 2010b; Platero 2009, 2011).

Juan no puede poner Clara porque induciría a confusión sobre su sexo. Esta situación ha sido interpretada como una discriminación por razón de sexo por buena parte del activismo trans. Algunos juristas explican incluso que este artículo pre-constitucional es en sí mismo anti-constitucional porque la Constitución Española resuelve en su artículo 14 que todos los ciudadanos son iguales ante la ley y que está prohibida la discriminación por razón de sexo, entre otras. Y en este sentido, para utilizar según que nombres los ciudadanos están limitados por su sexo y no siempre tienen derecho a modificar su nombre. Para escoger nuestro nombre y nuestra mención de sexo se han establecido requisitos muy concretos que hace falta cumplir.
(Missé 2012b: s.p.)

Partiendo de las demandas de la *Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español* (2010a, 2010e), en marzo de 2010 el Grupo Parlamentario de ERC-IU-ICV presentó una *Propuesta No de Ley* al Congreso de los Diputados que propone una modificación de la Ley 3/2007, así como un cambio de la Ley de Registro Civil. En 2010, la propuesta se admitió a trámite (Congreso de los Diputados 2010), sin llegar a llevarse a cabo una modificación de la ley hasta la fecha actual (octubre de 2015).

En 2011, se aprobó una nueva Ley de Registro Civil (*Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil*, Gobierno de España 2015[2011]) en la que se establece en el Art. 51 el "*Principio de libre elección del nombre propio*", aboliendo el requisito de 'coherencia' con el género, a la vez de mantenerse el requisito de que "[n]o podrán imponerse nombres contrarios a la dignidad de la personas ni los que hagan confusa la identificación", además de la prohibición de dar el mismo nombre que el de un* herman* viv* (Gobierno de España 2015[2011]: 18). Según la última versión actualizada del texto de la Ley 20/2011, su entrada en vigor está prevista para el 30 de junio de 2017 (Gobierno de España 2015[2011]).

3.8.1.3. Desarrollos recientes: Leyes de reconocimiento de género sin requisitos médicos

A lo largo de los últimos años, se adoptaron leyes de reconocimiento de género sin requisitos médicos en diferentes países.

En 2012, se aprobó la *Ley 26.743 Identidad de Género* en Argentina (Congreso Argentino 2012). La ley parte del derecho a la identidad de género, incluyendo una definición del concepto basado con una perspectiva de Derechos Humanos y despatologización.

ARTICULO 1º — *Derecho a la identidad de género*. Toda persona tiene derecho:

- a) Al reconocimiento de su identidad de género;
- b) Al libre desarrollo de su persona conforme a su identidad de género;
- c) A ser tratada de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad respecto de el/los nombre/s de pila, imagen y sexo con los que allí es registrada.

(Congreso Argentino 2012: 2)

ARTICULO 2º — *Definición*. Se entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente

escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales.

(Congreso Argentino 2012: 2)

Mediante la Ley 26.743, se reconocen los siguientes derechos 1. El derecho a la rectificación registral del género y nombre *"cuando no coincidan con su identidad de género autopercebida"*, mediante un procedimiento meramente administrativo, 2. El derecho a la confidencialidad del cambio registral, 3. El derecho de acceso a una atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta, mediante su inclusión en el *"Plan Médico Obligatorio"*, partiendo del *"[d]erecho al libre desarrollo personal"* y el objetivo de *"garantizar el goce de su salud integral"*, a través de un proceso de Consentimiento Informado y 4. El derecho al *"[t]rato digno"* en los ámbitos públicos y privados, con independencia de haber realizado o no el cambio registral del nombre y género (Congreso Argentino 2012: 2-3). En caso de menores de edad, se establecen procedimientos para permitir su acceso al reconocimiento legal de género y a la atención sanitaria trans-específica, bajo medidas de protección específicas y con referencia a los principios de capacidad progresiva e interés superior del niñ* establecidos en la *Convención sobre los Derechos del Niño* (ONU 1989), así como la legislación nacional en materia de protección de los derechos de l*s niñ*s (Congreso Argentino 2012).

La aprobación de la *Ley de Identidad de Género de Argentina* en 2012 (Congreso Argentino 2012) fue el punto de partida para la introducción de leyes de reconocimiento de género sin requisitos médicos a lo largo de los últimos años. Además, se pueden identificar propuestas de leyes de reconocimiento de género sin requisitos médicos en proceso de debate parlamentario, así como modificaciones en leyes de identidad de género actualmente vigentes y resoluciones judiciales favorables. A continuación, resumiré estos desarrollos recientes.

En 2014, se aprobó la *Ley de Identidad de Género de Dinamarca* (Government of Denmark 2014) que permite el reconocimiento legal del cambio registral del nombre y género mediante un acto administrativo sin requisitos médicos, estableciendo como únicos requerimientos para mayores de 18 años una declaración escrita en la que la persona interesada confirma que el deseo de una nueva identidad personal se basa en el sentido de pertenencia a otro género, así como un periodo de reflexión de 6 meses.

En febrero de 2015, se publicó en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* un Decreto que establece el procedimiento administrativo para el cambio registral del nombre y género en el ámbito de México D.F. (Administración Pública del Distrito Federal 2015). El decreto, elaborado bajo participación de organizaciones trans* y aprobado por la *Asamblea Legislativa del Distrito Federal* en noviembre de 2014 (CIDH 2015), posibilita el cambio del acta de nacimiento mediante un mero procedimiento administrativo. La regulación parte de la conceptualización de la identidad de género como *"la convicción personal e interna, tal como cada persona se percibe así misma, la cual puede corresponder o no, al sexo asignado en el acta primigenia"*, estableciendo que *"[e]n ningún caso será requisito acreditar intervención quirúrgica alguna,*

terapias u otro diagnóstico y/o procedimiento para el reconocimiento de la identidad de género” (Administración Pública del Distrito Federal 2015: 4).

El 1 de abril de 2015, el Gobierno de Malta aprobó el *Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act, 2015* (Government of Malta 2015b), desarrollado por un consejo consultivo (*LGBTI Consultative Council*) y sometido a un proceso de consulta online (Government of Malta 2015a). La ley posibilita un reconocimiento legal del nombre y género para l*s ciudadan*s de Malta, a través de un acto meramente administrativo, sin requisitos médicos y basado en el derecho al reconocimiento de la identidad de género, el desarrollo libre de la persona en concordancia con la identidad de género, el derecho a ser tratad* según la identidad de género e identificad* de esta manera en los documentos de identidad, así como el reconocimiento del derecho a la integridad corporal y autonomía física²⁸⁷. En caso de personas menores, se establece la posibilidad de un cambio registral del nombre y género, bajo el principio del interés superior de la persona menor y teniendo en cuenta su opinión, siguiendo lo establecido en la *Convención sobre los Derechos del Niño* (ONU 1989). La ley reconoce el derecho a la integridad corporal y autonomía física, declarando ilegal realizar tratamientos de asignación sexual y/o intervenciones quirúrgicas en las características sexuales de personas menores de edad que pueden ser retrasados hasta que la persona pudiera dar el Consentimiento Informado, y considerando una vulneración de la ley cualquier intervención médica realizada por factores sociales sin el consentimiento de la persona menor²⁸⁸. En relación a la atención sanitaria trans-específica, la ley prevé el establecimiento de un grupo de trabajo para elaborar un protocolo. En junio de 2015, el Ministerio de Educación y Empleo de Malta publicó un protocolo para proteger los derechos de *"Trans, Gender Variant and Intersex Students in Schools"* (Ministry for Education and Employment 2015a, 2015b).

El 4 de junio de 2015, el *Ministerio de Justicia y del Derecho* de Colombia (2015) adoptó el Decreto 1227, mediante el cual se regula el cambio registral del 'sexo' en la

²⁸⁷ "3. (1) All persons being citizens of Malta have the right to –
(a) the recognition of their gender identity; (b) the free development of their person according to their gender identity;
(c) be treated according to their gender identity and, particularly, to be identified in that way in the documents providing their identity therein; and
(d) bodily integrity and physical autonomy".
(Government of Malta 2015b: A344).

²⁸⁸ "14. (1) It shall be unlawful for medical practitioners or other professionals to conduct any sex assignment treatment and/or surgical intervention on the sex characteristics of a minor which treatment and/or intervention can be deferred until the person to be treated can provide informed consent: Provided that such sex assignment treatment and/or surgical intervention on the sex characteristics of the minor shall be conducted if the minor gives informed consent through the person exercising parental authority or the tutor of the minor.
(2) In exceptional circumstances treatment may be effected once agreement is reached between the interdisciplinary team and the persons exercising parental authority or tutor of the minor who is still unable to provide consent: Provided that medical intervention which is driven by social factors without the consent of the minor, will be in violation of this Act."
(Government of Malta 2015b: A349-A350).

inscripción de nacimiento, requiriendo únicamente una declaración realizada bajo juramento, en la que *"la persona deberá indicar su voluntad de realizar la corrección de la casilla del componente sexo en el Registro del Estado Civil de Nacimiento"*; haciendo referencia *"a la construcción sociocultural que tenga la persona de su identidad sexual"* (Ministerio de Justicia y del Derecho, República de Colombia 2015: 4).

En julio de 2015, el Parlamento de Irlanda aprobó el *Gender Recognition Act 2015* (Houses of Oireachtas 2015), precedido por un proceso prolongado de reivindicación activista y debate parlamentario (TENI 2015a, 2015b, 2015c). El proceso de cambio registral de nombre y género está basado en un proceso administrativo, requiriendo como único requisito la mayoría de edad, una declaración de soltería, tener *"a settled and solemn intention of living in the preferred gender for the rest of his or her life"* y tomar la decisión por voluntad propia (Houses of the Oireachtas 2015: 10). En caso de menores entre 16-18 años, se establecen como requisitos una decisión judicial, un certificado de *"the child's primary treating medical practitioner"* (Houses of the Oireachtas 2015: 10), declarando que la persona menor tiene la suficiente madurez para tomar la decisión de solicitar el reconocimiento legal de género, entiende completamente las consecuencias de esta decisión, la ha tomado sin influencias por otras personas y ha transitado o está transitando hacia su género preferido. Además, se exige un segundo certificado por parte de un* profesional de Endocrinología y Psiquiatría y el consentimiento de l*s padres o guardianes legales de la persona menor (Houses of the Oireachtas 2015).

En otros países, en el momento actual se pueden observar proyectos de ley de reconocimiento de género en proceso de debate parlamentario.

A modo de ejemplo, se puede nombrar el proceso actual de negociación parlamentaria del proyecto de ley de identidad de género en Chile. El proyecto de ley reconoce el derecho de toda persona al reconocimiento y a la protección de su identidad de género, el libre desarrollo de su persona y el derecho a ser tratada conforme a su identidad de género (Cámara de Diputados de Chile 2013). El texto incluye una referencia explícita a la ausencia de requisitos médicos (*"para acreditar la identidad de género y solicitar el cambio de nombre y sexo no será exigible por el Tribunal el uso de medios farmacológicos, psicológicos, psiquiátricos o de tratamientos quirúrgicos"*, Cámara de Diputados de Chile 2013: 3). Además, se establece que todas las personas *"podrán, si lo estiman necesario, acceder a intervenciones quirúrgicas o a los tratamientos integrales hormonales que deseen para adecuar su cuerpo a su Identidad de Género, bastando para ello que la persona preste su consentimiento informado, de conformidad a lo establecido en la Ley N° 20.584."* (Cámara de Diputados de Chile 2013: 5).

Aparte de la aprobación de legislaciones nuevas de reconocimiento de género, a lo largo de los últimos años se pueden constatar modificaciones de leyes de identidad de género existentes en algunos países, entre ellos, en el contexto alemán, la retirada del

requisito de soltería en 2009 (Bundesministerium der Justiz 2009[1980]) y la declaración de inconstitucionalidad de los requisitos de cirugía genital y esterilización en 2011 (Bundesverfassungsgericht 2011). Además, se puede señalar la abolición del requisito de esterilización en Suecia (Sveriges Riskdag 2013), la introducción de una nueva regulación del cambio registral de nombre y género en Australia, permitiendo la inscripción como hombre, mujer o X, bajo el requisito de un certificado psicológico (Australian Government 2013), la aprobación de una nueva Ley de Identidad de Género en los Países Bajos que no requiere cirugía ni diagnóstico, pero sí una evaluación por un* expert* (Government of the Netherlands 2013), sustituyendo la regulación anterior establecida en el Código Civil que incluía los requisitos de esterilización y ‘adaptación física al género deseado’, confirmados mediante informe experto y decisión judicial (Government of the Netherlands 1992[1838]), o la modificación del Código Civil de Québec que introduce la posibilidad de un cambio registral del nombre y género a través de un procedimiento administrativo (National Assembly 2013). En el contexto noruego, un Comité de Expert*s convocado por el Ministerio de Salud publicó en abril de 2015 un informe con recomendaciones para el desarrollo de una ley de identidad de género sin requisitos médicos, sustituyendo la práctica administrativa actual que requiere la esterilización (Helsedirektoratet 2015).

Asimismo, en el contexto europeo se constata un elevado número de casos judiciales favorables a los derechos de las personas trans*, tanto a nivel estatal como europeo, que a su vez constituyen precedentes para futuros procesos de reconocimiento de género (Comisión Europea 2012a; Köhler, et al. 2013).

Paralelamente a estos avances legislativos, los requisitos de cirugía genital y esterilización siguen presentes en muchas de las leyes actualmente vigentes (Amnesty International 2014; Balzer y Hutta 2012; Balzer, et al. 2012; Köhler, Ehrt, Recher 2013; Ministry of Justice 2011; O’Flaherty y Fisher 2008; TGEU 2015c; Turner, et al. 2008; Whittle 2002). Según una revisión publicada en 2013 por TGEU (2015c), 21 países en Europa requieren la esterilización previa al proceso de reconocimiento de género. Además, se observan casos judiciales con resoluciones negativas para los derechos de las personas trans* (Comisión Europea 2012a; Köhler, et al. 2013).

A su vez, a lo largo de la primera década del siglo XXI en algunos países se aprobaron leyes que incluyen el requisito de ‘cirugía de reasignación sexual’, ej. en Sudáfrica (Parliament of the Republic of South Africa 2003) o Bélgica (Ministère de la Justice 2007).

3.8.1.4. Valoración de los desarrollos recientes desde perspectivas teórico-activistas

Desde el activismo por la despatologización trans*, se aportan valoraciones de los desarrollos recientes en materia de reconocimiento legal de género.

Grupos activistas y autor*s individuales del contexto argentino celebraron la aprobación de la Ley 26.743 (Alabao 2012; FNLIG 2012; Ruchansky 2012).

Desde el Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género (FNLIG) celebramos la nueva conquista de derechos y expresamos nuestra alegría y orgullo por este histórico avance en la inclusión y la igualdad en el marco de la política de derechos humanos que lleva adelante la Argentina. En la votación en la Cámara de Senadorxs el proyecto consiguió un fuerte respaldo transversal de todos los bloques, con 55 votos a favor, NINGÚN voto negativo y una sola abstención.

(FNLIG 2012: s.p.)

La Ley de Identidad de Género argentina, aprobada el pasado 9 de mayo, **permite a cualquiera modificar su nombre y sexo en el DNI sin ningún requisito previo más que la expresión de su voluntad**. En la mayoría de países con leyes parecidas se exigen diagnósticos médicos, tratamientos hormonales y quirúrgicos e incluso la esterilización previa. Además, esta ley contempla el acceso gratuito a los tratamientos y operaciones de reasignación de sexo. En palabras del propio Cabral, “demuestra que se puede tener acceso al reconocimiento de la identidad y a modificaciones corporales sin que sea necesario un diagnóstico. Es la respuesta a algo que muchos activistas en muchos lugares estábamos buscando”.

(Alabao 2012: s.p.)

“A diferencia de las legislaciones pioneras, como la española o la sueca, que son bastante restrictivas, nuestra ley despatologiza las identidades trans, además de desjudicializarlas, descriminalizarlas y desestigmatizarlas”, evaluó el abogado Emiliano Litardi, uno de los redactores de la ley.

(Ruchansky 2012: s.p.)

Redes activistas internacionales resaltan el rol de la Ley de Identidad de Género de Argentina como referente para el activismo por la despatologización trans* a nivel mundial (GATE 2013a, 2015a; Köhler, et al. 2013; STP-2012 2012a; STP 2013a; TGEU 2012b).

Consideramos que la recién aprobada Ley de Derecho a la Identidad de Género de Argentina constituye un referente para la lucha por los derechos trans a nivel mundial que puede contribuir al desarrollo de leyes de reconocimiento de género sin requisitos médicos, así como a la garantía de acceso a una atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta desde un marco de despatologización y derechos humanos. En este proceso, nos parece decisivo poder contar con el apoyo de instituciones internacionales y la voluntad política de gobiernos estatales.

(STP-2012 2012a: 13)

The Argentinian “Ley de Identidad de Género” (Gender Identity Law) is a good example of human-rights compatible gender recognition legislation. (...)

As of this moment, the law is seen by human rights activists as the best legislation on legal recognition of trans identity worldwide. The law is ground breaking and unique because it takes a different approach towards legal gender recognition than other laws: a human rights approach.

(Köhler, et al. 2013: 49)

Grupos activistas de Irlanda y Colombia aportan una valoración de las leyes de identidad de género aprobadas en sus países (AboSex 2015; Aquelarre Trans 2015; TENI 2015b, 2015c).

TENI, *Transgender Equality Network Ireland* expresa su satisfacción con la aprobación de la ley en Irlanda, desde la consideración de que “*Ireland Leads the Way with Self-determination*” (TENI 2015c: s.p.), identificando Irlanda como el cuarto país del mundo en remover todos los criterios médicos del proceso de reconocimiento legal de género, después de Argentina, Dinamarca, Malta y Colombia. Al mismo tiempo señala que “*the legislation is still not perfect, and we must not forget those under 18, non-binary people and people with an intersex condition*” (TENI 2015c: s.p.).

Grupos activistas trans* y LGBT colombianos valoran positivamente la aprobación del Decreto 1227 (AboSex 2015; Aquelarre Trans 2015).

El Aquelarre Trans, coalición de organizaciones y activistas que trabajan por los derechos de las personas transgénero en Colombia*, celebra la expedición del Decreto 1227 de 2015, que reglamenta el trámite para corregir el sexo en el Registro Civil. Ahora, a través de un trámite notarial, las personas trans pueden corregir el registro civil de nacimiento, cuando el sexo que aparece en la cédula no corresponde con su identidad. (Aquelarre Trans 2015: 1)

Además, *Aquelarre Trans*²⁸⁹ hace una llamada a la administración pública para asegurar que las personas trans* que realicen el trámite "*reciban un trato digno y sean apoyadas para el decreto se cumpla de forma ágil y oportuna*" (Aquelarre Trans 2015: 3).

*AboSex, Abogad*s por los Derechos Sexuales*, que indican haber tenido "*el honor de poder colaborar en el proceso de redacción y discusión de la norma*", resaltan, bajo el título "*Colombia despatologiza y desjudicializa el reconocimiento de la identidad de género*", que la norma "*representa un enorme avance en el país y en Latinoamérica, convirtiéndose Colombia en uno de los pocos países del mundo con normas despatologizadoras (Argentina en 2012, Dinamarca en 2014 y Malta en 2015)*" (AboSex 2015: s.p.).

Además, redes activistas trans* internacionales celebran la aprobación de leyes de reconocimiento legal del género sin requisitos médicos en Argentina, Dinamarca, México D.F., Malta, Colombia e Irlanda (GATE 2015a, 2015b; ILGA 2015; STP 2015b; TGEU 2014b, 2015d).

Bajo el título "*Denmark goes Argentina!*" (1), *TGEU, Transgender Europe* (2014b) resalta en 2014 que con la adopción de esta ley, Dinamarca se convierte en el estado europeo cuya legislación en materia de reconocimiento de género muestra un mayor cumplimiento de los Derechos Humanos.

Denmark goes Argentina!
Denmark passes best legal gender recognition law in Europe
Today, the Danish Parliament introduced in the last reading a new regulation which allows legal gender recognition for trans people solely based on their self-determination and without any medical intervention or other opinion. The only requirements are a minimum age of 18 years and a six month waiting period. With this decision, Denmark becomes the European state whose respective regulation is in best compliance with Human Rights. Until today only Argentina had met this standard.
(TGEU 2014b: 1)

El *Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act* recibe una valoración unánimemente positiva por parte de redes y organizaciones activistas, entre ellos GATE (2015a, 2015b), ILGA-Europe (2015), STP (2015b) y TGEU (2015a), que resaltan la conceptualización

²⁸⁹ La coalición *Aquelarre Trans* se compone de "*Colectivo Entre Tránsitos, Colombia Diversa, Fundación Procrear, Grupo de Acción y Apoyo a Personas Trans (GAAT), Hombres en Desorden, Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social (PAIIS) de la Universidad de los Andes, Pares en Acción-Reacción contra la Exclusión Social (PARCES Ong), la Red Comunitaria Trans y Santamaría Fundación*" (Aquelarre Trans 2015: 3). Varios de los colectivos han participado en la convocatoria del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans* a lo largo de los últimos años (véase [página web de STP, Acciones](#)) y están adheridos a *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* (véase [página web de STP, Adhesiones](#)).

de la identidad de género como Derecho Humano, el reconocimiento legal de género sin requisitos médicos y la protección del derecho a la integridad corporal y autonomía física.

A week ago Malta passed the *Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics (GIGESC) Act*, which encompasses, in a new and radical combination, legal recognition, protection and anti-discrimination measures. (...)

GATE celebrates not only this victory and its legal, medical and bioethical outcomes, but also the tireless effort of Maltese advocates and politicians. In particular, we celebrate with those local and international trans and intersex activists whose hard work, deep thought, and indefatigable commitment created and expanded the conceptual and political framework that made possible this and other victories. Those same activists are helping to hold the ground in many countries, while leading other government towards the next steps forward.

(GATE 2015a: s.p.)

ILGA, the International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association applauds the unanimous approval of the *Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics (GIGESC) Act* by the Maltese Parliament. (...)

As of today Malta is the first country in the world where a law affirms the right to gender identity recognition and self-determination, promoting anti-discrimination and equality policies as well as bodily integrity and physical autonomy.

(ILGA-Europe 2015: s.p.)

Desde el activismo intersex, se valora positivamente la prohibición de cirugías genitales cosméticas y no clínicamente necesarias en recién nacid*s y niñ*s intersex a través del *Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act* de Malta (OII Europe 2014b).

As the year 2014 comes to a close historic reform is taking place within the Maltese law code. With the addition of sex characteristic's to the Gender Identity, Gender Expression And Sex Characteristics Act, historic steps are being taken to bring forth an end to non-medically necessary, cosmetic genital surgeries on intersex infants driven by social expectations enforced by the binary sex model. (...)

By making these procedures unlawful until the individual can provide informed consent Malta is taking vital steps to ensure that the individual's primary rights to self-determination, bodily integrity and personal dignity are respected. For the first time in history intersex individuals will no longer be forced to endure arbitrary surgical sex assignment based on sociological factors. (...)

OII-Europe emphatically urges the governments of other nations, along with the European Parliament and other law making entities to look towards the Malta law reform and adopt similar reform within their own countries and areas, ending decades of abusive reparative and gender confirming surgical intervention, taking place worldwide.

(OII Europe 2014b: s.p.)

En relación a la aprobación del *Gender Recognition Act* en julio 2015 en Irlanda (Houses of the Oireachtas 2015), TGEU (2015d) destaca el proceso prolongado de lucha activista que precipió a la adopción de la ley.

Transgender Europe welcomes today's adoption of a progressive gender recognition law by the Irish Senate, ending a 22 year long saga for trans people's recognition.

(TGEU 2015d: 1)

En declaraciones publicadas con motivo del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2015*, GATE (2015b) y STP (2015b) hacen referencia a los desarrollos legislativos recientes, resaltando el rol del activismo trans* y aliad*s en el proceso (GATE 2015b). Al mismo tiempo, se señala la ausencia de legislación de reconocimiento de género o presencia de requisitos médicos en la mayoría de las leyes de identidad de género vigentes en diferentes partes del mundo, requiriendo una continuada implicación activista en materia de

reconocimiento legal de género (STP 2015b), una reflexión presente también en declaraciones anteriores (GATE 2014b).

Clearly the advocacy of activists and our allies around the world is making a real difference. The 2015 Maltese Act on Gender Identity, Gender Expression and Sexual Characteristics, as well as the legislative changes in Ireland, Mexico and Colombia, are contributing decisively to the transformation of our legal landscape and horizon by granting trans people access to legal recognition without requesting psychiatric diagnoses^[referencia al final del texto]. (GATE 2015b: s.p.)

Finalmente, nos gustaría destacar los avances recientes en relación a **procesos de reconocimiento legal de género**. Siguiendo el referente de la Ley de Identidad de Género de Argentina^[referencia a pie de página], a lo largo del último año y medio se han aprobado leyes de reconocimiento de género sin requisitos médicos en Dinamarca^[referencia a pie de página], Malta^[referencia a pie de página], Colombia^[referencia a pie de página] e Irlanda^[referencia a pie de página]. Estas leyes establecen un nuevo estándar a seguir en materia de reconocimiento legal de género. A la vez, en la mayoría de los países del mundo, el cambio registral de nombre y género sigue siendo ilegal, pendiente de procesos judiciales o sujeto a requisitos como el diagnóstico, la terapia hormonal, la cirugía genital, la esterilización y/o el divorcio, vulnerando el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica y el derecho a la integridad corporal.

Por esta razón, demandamos la **modificación de leyes de identidad de género existentes** y la **aprobación de leyes nuevas** para facilitar **procesos de reconocimiento de género sin requisitos médicos o requerimientos relacionados con el estado civil**. (STP 2015b: s.p.)

Es necesario recordar que hoy [Día Internacional de la Memoria Trans*, 25 de noviembre], como todos los días, muchas personas trans se ven obligadas a pagar precios inauditos por acceder al derecho humano del reconocimiento legal de su identidad de género, incluyendo requisitos tales como la patologización de su existencia y la anulación de su capacidad reproductiva. (GATE 2014b: s.p.)

Además, grupos activistas que participan en el *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2015* demandan la aprobación de leyes de reconocimiento de género sin requisitos médicos o la modificación de la legislación vigente, como, a modo de ejemplo, OTD Chile (2015) en el contexto chileno y Collectif Existrans (2015) en el ámbito francés.

SEGUNDO.— Anunciamos que este sábado 10 de octubre, a partir de las 10:00 hrs., tendrá lugar #TransFest, **1.º Festival por la Despatologización de las Identidades Trans**, en el Parque Balmaceda, en la comuna de Providencia. Este evento es un hito importante en la lucha que damos las personas trans de este país por reconocimiento e inclusión, y tendrá como principales objetivos: (a) el generar conciencia en la población respecto de la realidad que vivimos a diario las personas trans; (b) llamar la atención respecto de la urgencia que reviste la despatologización de nuestras identidades —incluidas de forma espuria y anticientífica en varios manuales de psiquiatría como trastornos—; y (c) exigir la pronta aprobación del proyecto de Ley de Identidad de Género —que actualmente se encuentra en trámite en el Senado—, cuyo trámite debe perfeccionarse en sede administrativa, puesto que nadie tiene el derecho a determinar o restringir la identidad de género de otra persona. (OTD Chile 2015: s.p.)

Changement d'état-civil libre et gratuit devant un officier d'état-civil, sans conditions médicale, ni homologation par un juge. (Collectif Existrans 2015: s.p.)

Aparte de estas declaraciones recientes, se pueden nombrar estudios e informes sobre procesos de reconocimiento legal de género publicados a lo largo de los últimos años por

redes activistas, autor*s trans* y aliad*s (Balzer y Hutta 2012; Balzer, et al. 2012; Byrne 2014; Köhler, et al. 2014; TGEU 2013a, 2014a, 2015c; TGEU y Balzer 2015a, 2015b).

A lo largo de los últimos años, TGEU, *Transgender Europe* ha realizado actividades de investigación, información y *lobbying* relacionadas con el reconocimiento legal de género, a través del proyecto de investigación *Transrespeto versus Transfobia en el Mundo* (Balzer y Hutta 2012; Balzer, et al. 2012; TGEU y Balzer 2015a, 2015b), el *Trans Rights Europe Map & Index*, con las actualizaciones más recientes publicadas en 2015 (TGEU 2015c), la mesa redonda *Gender Recognition Legislation* (TGEU 2013c), así como la Campaña *ACCESS ALL AREAS! Recognition Opens Doors* (TGEU 2014a), en cuyo marco se desarrolló el informe y kit de herramientas *Legal Gender Recognition in Europe* (Köhler, et al. 2013).

En el informe *Legal Gender Recognition in Europe* (Köhler, et al. 2013), se realiza una revisión de la jurisprudencia europea y estatal en materia de reconocimiento legal de género. Tomando como referencia decisiones judiciales del *Tribunal Europeo de Derechos Humanos* y las *Recomendaciones CM/REC2010(5)* del Consejo de Europa (2010), se establecen estándares básicos para los procesos de reconocimiento de género en relación a procedimientos, requisitos y efectos (Köhler, et al. 2013).

En relación a procedimientos, se destaca la importancia de que fueran rápidos, transparentes y accesibles, sin incluir procedimientos degradantes o requisitos abusivos, garantizando el derecho a la privacidad y el derecho a un juicio justo en caso de la necesidad de procesos judiciales (Köhler, et al. 2013). Además, se recomienda facilitar la posibilidad del cambio de nombre en independencia del cambio de género, así como incluir a personas procedentes de otros países (Köhler, et al. 2013). Respecto a requisitos, el informe señala la importancia de que el procedimiento no creara un conflicto entre el derecho al reconocimiento legal del nombre y otros derechos fundamentales (Köhler, et al. 2013). Se recomienda retirar los requisitos de diagnóstico u opinión médica, experiencia de la vida real o examen físico, intervención médica obligatoria, esterilización y divorcio forzado. Además, se sugiere remover restricciones relacionadas con la edad. En referencia a los efectos, el informe resalta la importancia de una protección de la privacidad, la garantía de capacidad legal plena, así como la protección de las relaciones entre padres – hij*s (Köhler, et al. 2013). El informe cierra con una *Checklist* para revisar una propuesta de ley, en relación a procedimientos, requisitos y efectos, así como una lista de ‘deconstrucción de mitos’ (Köhler, et al. 2013).

Desde el ámbito internacional, se puede nombrar el Informe *Licence To Be Yourself. Laws and advocacy for legal gender recognition of trans people*, elaborado por el activista de Derechos Humanos Jack Byrne y publicado por la *Open Society Foundations* (Byrne 2014). En el informe, se revisa la situación actual de reconocimiento legal de género en diferentes partes del mundo, el marco estratégico disponible, así como leyes, regulaciones y decisiones judiciales afirmativas. Además, se incluyen seis estudios de casos que describen estrategias activistas exitosas relacionadas con procedimientos y políticas de reconocimiento legal de género en

Argentina, Kenia, Ucrania, Estados Unidos, Australia y Hong Kong (Byrne 2014). Además, el informe incluye una lista de aspectos positivos y aspectos a evitar para leyes y políticas progresivas de reconocimiento legal de género (Byrne 2014).

Ideally, progressive laws and policies will:

Be based on self-defined gender identity rather than verification by others

- Include more than two sex / gender options for those who identify outside the binary categories of male and female
- Include intersex people
- Apply to all residents, including those born overseas
- Link to broader human rights, particularly access to health services that enable someone to medically transition if that is their choice

And will not:

- Require a medical diagnosis of gender identity disorder, gender dysphoria, or transsexualism
- Require transition-related medical treatment, such as hormonal therapy or gender affirming surgeries
- Require sterilization, either explicitly or by requiring medical procedures that result in sterilization
- Require living continuously or permanently in one's gender identity
- Require divorce or dissolution of civil partnership
- Prohibit parenting now or the intention to have children in the future
- Be governed by age restrictions. Options for children and youth should recognize their evolving capacities

(Byrne 2014: 9)

De forma adicional a la demanda de reconocimiento legal de género, el activismo por la despatologización trans*²⁹⁰ propone la abolición de la mención del género de los documentos personales (D.N.I. o pasaporte), como demanda complementaria a la reivindicación de un reconocimiento legal de género sin requisitos médicos o requerimientos relacionados con el estado civil, mencionada en el capítulo II, 3.3.

3.8.2. Procesos activistas y reflexiones teórico-activistas precedentes

La demanda de reconocimiento legal de género y protección contra la discriminación y violencia transfóbica estaba ya presente en discursos activistas y teórico-activistas publicados en fechas anteriores al surgimiento del actual movimiento por la despatologización trans*.

En la *International Bill of Gender Rights*, adoptada en la *International Conference on Transgender Law and Employment Policy* en 1993 y actualizada en 1994, 1995 y 1996 (ICTLEP 1996[1993]), se incluyen varias demandas relevantes en el actual debate sobre el reconocimiento legal de género, entre ellas “#1: *The Right To Define Gender Identity*”, “#2: *The Right to Free Expression of Gender Identity*”, “#9: *The Right to Form Committed, Loving Relationships and Enter Into Marital Contracts*” y “#10: *The Right to Conceive, Bear, or Adopt Children; The Right to Nurture and Have Custody of Children and to Exercise Parental Capacity*” (ITCLEP 1996[1993]: s.p.).

²⁹⁰ Asamblea del Octubre Trans, et al. 2011; Guerrilla Travolaka 2006; Guerrilla Travolaka i activistes independents 2007; Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estados español 2010a, 2010e; Proyecto TRVNSGÉN3RO en Vásquez 2010[2009].

Además, la *International Bill of Gender Rights* (ICTLEP 1996[1993]) hace referencia a diferentes derechos relacionados con el proceso de modificación corporal trans-específica que tienen implicación jurídica. En concreto, se establece “#5: *The Right to Control and Change One's Own Body*”, “#6: *The Right to Competent Medical and Professional Care*” y “#7: *The Right to Freedom From Involuntary Psychiatric Diagnosis and Treatment*” (ICTLEP 1996[1993]: s.p.). Sin embargo, no se nombra explícitamente el derecho al cambio registral del nombre y género.

Aparte de esta aportación colectiva, autor*s trans* y aliad*s desarrollaron a lo largo de las últimas décadas reflexiones sobre el reconocimiento legal de género (Sharpe 2006; Whittle 2002; Whittle y Turner 2007).

Stephen Whittle (2002), profesor de Derecho en la Universidad de Manchester, ex presidente de *WPATH*, *World Professional Association for Transgender Health* y miembro de la organización activista *Press for Change*, revisa en el libro *Respect and Equality. Transsexual and transgender rights* los derechos de las personas trans* en el ámbito jurídico, centrando la atención específicamente en el ámbito británico, así como las decisiones del *European Court of Human Rights*.

Partiendo de una exploración de “*both the medico-legal construction of transsexualism as a syndrome and the socio-legal construction of the transsexual as a person*”, llega a la conclusión de la “*inadequacy of current legal thinking and law in practice to recognise the 'humanness' of transsexual people*” (Whittle 2012: xx). Como punto de partida de la situación actual, Whittle (2002) identifica la construcción jurídico-médica de la homosexualidad y transexualidad al principio del siglo XX en la que, según su análisis, la persona trans* fue separada “*from the rest of humanity and afforded special discriminatory treatment by law, through their being 'non-human'*” (xx). A la vez, observa que, a lo largo de los últimos años, el “*gender as fluid' approach*” (xx) permitió el desarrollo de nuevas formas de activismo, que Whittle (2002) considera “*sophisticated, complex, clever and thought provoking in their use of the law to challenge the law*” (xx).

En relación al reconocimiento legal de género y tomando como ejemplo su propia trayectoria, Whittle (2002) señala la falta de un marco jurídico adecuado en el contexto británico (refiriéndose a la situación anterior a la aprobación del *Gender Recognition Act* en 2004, Government of the United Kingdom 2004).

I have spent 27 of my (to date) 46 years of life being known as Stephen. Prior to my adoption of the name Stephen, regardless of the name used for me by others, in my head, my daydreams and my plans for the future, I referred to myself as Peter, a name I did not retain only because other people felt it was old fashioned. I have a beard, I wear a suit and tie to work – not to do so would be considered inappropriate. My partner and I have four children whom we chose to have together and the children all refer to me as daddy. My driving licence, passport, library card and video-club membership have only ever referred to me in the male gender. Yet my National Insurance pension scheme has only ever referred to me in the female gender, if I break the law, I will go to a women's prison and to cap it all, I will depart this life as Stephen Whittle, female.
(Whittle 2002: 1)

Desde una posición de reclamo y orgullo de su propia trayectoria como hombre trans*, Stephen Whittle (2002) señala las dificultades en la vida cotidiana debida a un reconocimiento legal solo parcial del género. Según su perspectiva, la emergencia de la transexualidad en la sociedad actual plantea una reflexión sobre *"the nature and construction of the legal culture, and the nature and construction of gender, in itself"* (Whittle 2002: 3). Whittle (2002) identifica como fundamento del sistema jurídico occidental actual la conceptualización de los géneros como binarios y el rol de ambos géneros en la reproducción. Desde la revisión del significado del término 'hombre', plantea la pregunta *"Can a trans person of my transsexual background claim a place in this taxonomy?" (...)* *Does not being a man make me a woman, or does not being a woman make me a man?"* (Whittle 2002: 5).

Whittle (2002) propone un reconocimiento como *"transsexual man in law"* (17) en vez de *"man in law"* (17), cuestionando de esta forma los enfoques existentes y reivindicando un nuevo lugar dentro de la ley.

I am not trying to valorise an incommunicable mental state, or an essential transsexual man. But the process of becoming the transsexual man in law rather than the man in law is a direct counter-discourse to the objectification of man by his own mechanisms. The place created undermines the essentialist approach of the judiciary, and although it bows to the cluster approach, it moves beyond either by demanding a new site, a place in outer space but within the law.
(Whittle 2002: 17)

Además, el autor denuncia el requisito de esterilización y cirugía genital en leyes de identidad de género vigentes, señalando la limitación implícita de los derechos reproductivos de las personas trans*, bajo referencia a discursos emergentes que demandan un reconocimiento legal basado en la autodefinición de la persona trans* (Whittle 2002).

The legislative requirements for sterility and specific surgery clearly illustrate the medico-legal discourse of the transsexual body, which highlights the ways in which particular bodies are constructed and controlled by the state. Further, they throw light on the particular eugenics and mental hygiene discourses that still surround deviant bodies today.
(Whittle 2002: 163)

Finalmente, desde una revisión de las aportaciones conceptuales de la teoría queer y de perspectivas trans*, especialmente de autor*s y artistas trans* como Kate Bornstein y Loren Cameron, Whittle (2002) plantea la pregunta por la posibilidad de una legislación que respetara el género sin imponerlo.

This is the challenge to the law: if Bornstein and Cameron can live their gender outside of gender, can the law respect gender without imposing gender? In fact, is there any reason whatsoever to have a gendered basis to law? There may be circumstances of 'sex' which need acknowledgment through law, such as special recognition of the needs of people who may become pregnant, or who are pregnant, but that is not dependent upon how that person identifies or portrays their gender. (...) The vision of the law is to provide, as near as possible, a fair and just context in which people can fulfil their lives. The placing of socially responsible citizens outside of its framework continues the law instead as an antiquated, moralistic tool based upon conservative understandings that lack vision. The vision of a non-gendered framework does not just belong to the trans community, but increasingly is also the vision of gay and lesbian people, of women as social movement and of young people who want to face a level playing field which simply does not curtail their lives because of how they 'look'.
(Whittle 2002: 78-79)

En un artículo publicado en 2007 por Stephen Whittle y Lewis Turner, los autores señalan el cambio conceptual introducido por el *Gender Recognition Act* (Government of the UK 2004) en la definición socio-legal del 'sexo', cuestionando la suposición de que "[s]ex cannot be changed" (1), alegado por un miembro del Parlamento británico. En este proceso, resaltan el cuestionamiento de la diferencia entre 'género' y 'sexo' y del carácter inmutable del 'sexo', aportado por autor*s como Judith Butler y otr*s autor*s feministas, la observación de la interrelación de ambos conceptos con dinámicas de poder y la contribución de estas reflexiones a un cambio en la conceptualización de procesos de tránsito en el género (Whittle y Turner 2007). Desde una revisión de la relevancia histórica de la categoría de 'sexo' en la jurisprudencia y el manejo de casos de hermafroditismo, los autores señalan que en marcos jurídicos contemporáneos basados en la igualdad, la diferenciación entre sexo y género perdió de relevancia (Whittle y Turner 2007). Indican que en el *Gender Recognition Act 2004*, que no requiere cirugía genital, pero sí un diagnóstico de disforia de género y el divorcio, "*one's acquired gender becomes one's legal sex*", partiendo de la idea de que "*[s]ex in this sense is determined by gender identity – the social role that one chooses to take*" y "*the body is irrelevant, as neither bodily modification, nor the presence or lack of a penis is determinative*" (Whittle, Turner 2007: 12).

En este sentido, Whittle y Turner (2007) señalan, con referencia a Judith Butler, que "*the Gender Recognition Act is performative*" (12), convirtiendo el género en sexo legal a través de un acto de habla. Según Whittle y Turner (2007), en el proceso de debate parlamentario, y en respuesta a la alegación del parlamentario acerca del carácter inmutable del sexo, se opta por dar preferencia a un uso fluido de los términos 'sexo' y 'género' que excede una definición estrechamente biológica. Los autores resaltan que el *Gender Recognition Act*, al facilitar un cambio legal del sexo sin necesidad de modificación corporal, "*does undermine the binary of two morphologically distinct sexes*" (Whittle y Turner 2007: 12). En este sentido llegan a la conclusión de que "*[c]hanging sex for the purposes of legal recognition then, is not about changing biology or changing bodies to 'match' genders, but about changing how sex is legally defined. In that sense 'having a sex change' has a different meaning with new political consequences and challenges*" (Whittle y Turner 2007: 12).

Sharpe (2006) analiza la lógica subyacente al requisito de cirugía genital en los casos jurídicos de reconocimiento de género, observando un cambio desde una lógica de funcionamiento heterosexual hacia la priorización de una preocupación estética y reducción de ansiedad homófoba, desde la consideración del cuerpo trans* no operado como próximo al cuerpo homosexual.

Importantly, this view of the pre-operative body as 'monstrous' is explicable in terms of judicial anxiety over proximity to the homosexual body. In the final analysis functionality and aesthetics, as means through which to resolve the question of legal sex, find their unity in keeping the homosexual body at bay.
(Sharpe 2006: 629)

3.8.3. Críticas

Desde perspectivas teórico-activistas afines al activismo por la despatologización trans*, se aportan reflexiones críticas sobre estrategias activistas relacionadas con el proceso de reconocimiento legal de género. Estas críticas no cuestionan la importancia de una defensa y protección de los derechos trans*, sino revisan críticamente los límites y riesgos de estrategias activistas que demandan el reconocimiento dentro del sistema jurídico-legal existente (Cabral en: Bimbi 2006; Missé en: Palés 2011; Radi 2013) y pueden relacionarse con las críticas a las políticas de reconocimiento nombradas en el marco de una revisión de las políticas anti-discriminación (capítulo II, 3.2), las reflexiones sobre ciudadanía trans* y la revisión de la aplicación de una perspectiva de Derechos Humanos al ámbito de las políticas trans-específicas (capítulo II, 3.4).

Partiendo de la necesidad de la garantía del derecho de acceso a un reconocimiento legal sin requisitos patologizantes, algunos autores alegan razones personales por las que optaron por no iniciar el proceso jurídico bajo una legislación que exige requisitos médicos: Como expresión de su crítica hacia la legislación vigente, como una forma de activismo micro y reivindicación de la identidad trans* y como un cuestionamiento del rol simbólico del nombre en la cultura occidental (Cabral en: Bimbi 2006; Missé en: Palés 2011).

¿Te cambiarás el nombre del DNI?

No estoy de acuerdo con los requisitos que me pide el Estado para cambiarlo. Así que de momento sigo sin modificarlo, porque ahora mismo puedo.

¿Qué condiciones?

Tengo que reconocerme como enfermo mental y presentar un certificado de trastorno de la identidad de género y otro conforme he modificado mi cuerpo con hormonas. Por eso no lo hago. Por otro lado, no sé si realmente quiero cambiarlo. Me parece bien que alguien, cuando le doy el DNI, tenga que pensar quién soy y cómo he llegado aquí. Es un ejercicio de visibilidad que no me cuesta. Cuando voy al hospital y me llaman en femenino, obligo a muchas personas a constatar que existen transexuales. Es mi mini militancia. Si toda la gente transexual se cambia el nombre, ¿cómo seremos visibles? A mí no me da vergüenza, no me supone ningún problema que la gente sepa que soy transexual. Me supone un problema no controlar esto. Yo quiero decidir cuando hago visibilidad y cuando no. Y sé que seguramente llegará un día en que no pueda más, me harte de la visibilidad y me cambie el nombre.

(Miquel Missé en: Palés 2011: s.p.)

-¿Cómo te llamas?

-Uso varios nombres distintos, para la academia, la escritura, la cama, etc. Pero por lo general, y desde hace más de una década, digo que me llamo Mauro Cabral. (...)

-¿En algún momento sentiste que el nombre que figura en los papeles no hablaba de vos?

- Mi nombre legal, y el nombre que uso cotidianamente forman parte de la misma narrativa biográfica, ambos hablan de mí en tiempos distintos, contextos distintos, relaciones distintas. La idea de que la identidad de las personas reside en su nombre es una idea occidental, vinculada a concepciones en torno a la autenticidad que son extrañas en muchos otros lugares del mundo -hay quienes tienen nombres religiosos, nombres legales y nombres étnicos, por ejemplo-. Me siento más cercano a ese entramado cultural que al sentido de autenticidad de nuestra propia cultura. En algún momento de mi vida sentí que la historia que podía contar de mí precisaba de un cambio en la posición enunciativa, que no tenía que ver con hacer más verdadero el relato, más aproximado a lo que *soy*, sino con el placer de pronunciar palabras desde cierto lugar, de experimentar la contradicción entre mi nombre y mi apariencia, explorar otros modos de la masculinidad, ser llamado de otro modo. Pero creo que nadie siente del todo que el nombre que figura en los papeles habla

de sí, sin fisuras. Me parece que del nombre propio tod*s estamos desplazad*s, sin remedio -y por suerte-. En nuestra cultura la asignación de género y la atribución de un nombre al nacer son instancias decisivas, dramáticas, pero son siempre apuestas, expectativas, esperanzas. Y no hay quien no las contradiga de un modo u otro: desde un principio no somos es* a quien nustr*s progenitor*s esperaban.
(Mauro Cabral en: Bimbi 2006: s.p.)

Desde el reconocimiento de la Ley de Identidad de Género de Argentina (Ley 26.743, Congreso Argentino 2012) como *"norma de vanguardia"* (Ruchansky 2012: s.p.), se observa la presencia de una crítica hacia la limitación de la Ley a las dos opciones de género binarias, expresada desde perspectivas activistas (Radi 2013). Blas Radi (2013), desde la doble posición *"como activista trans y como investigador"* (2) realiza una revisión crítica de la Ley 26.743 para responder a la pregunta: *"La Ley mantiene las categorías varón y mujer como únicas posibles en el registro de las personas, esto significa que conserva una clasificación binaria ¿pero mantiene 'el binario'?"* (3).

El autor señala que la definición de identidad de género establecido en el art. 2 de la Ley 26.743²⁹¹ desestabiliza el binario, ya que *"no subordina el reconocimiento legal de la identidad a la exploración psicofísica de lxs solicitantes ni a la portación del cuerpo 'correcto'"* (Radi 2013: 3). De esta forma, la Ley, según Radi (2013), mantiene *"un binarismo nominal"* (3) al no incluir más categorías identitarias. Paralelamente, según Radi (2013), pone este binarismo de género *"en ridículo"* (3) permitiendo múltiples trayectorias corporales.

3.8.4. Aportaciones desde perspectivas de profesionales de la salud

A lo largo de los últimos años, varias asociaciones profesionales emitieron declaraciones para demandar un reconocimiento legal de género sin requisitos médicos (Conselhos Federal e Regionais de Psicologia 2010; SOCUMES 2010; WMA 2015; WPATH 2010b, 2015a).

En 2010, *WPATH, World Professional Association for Transgender Health* publicó una declaración sobre el derecho de las personas trans* al reconocimiento legal de la identidad de género, en la que señala que ninguna persona trans* debería estar obligada a aceptar la esterilización como requisito para el reconocimiento del género, demandando a las autoridades competentes la retirada de los requisitos relacionados con procedimientos quirúrgicos de las leyes de identidad de género (WPATH 2010b).

The Board of Directors of the World Professional Association for Transgender Health (WPATH), in the interest of the health and wellbeing of transgender and transsexual people world-wide, issued today, 16 June 2010, the following identity recognition statement: No person should have to undergo surgery or accept sterilization as a condition of identity recognition. If a sex marker is required on an identity document, that marker could

²⁹¹ *"Se entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales"* (Congreso Argentino 2012: 2).

recognize the person’s lived gender, regardless of reproductive capacity. The WPATH Board of Directors urges governments and other authoritative bodies to move to eliminate requirements for identity recognition that require surgical procedures. (WPATH 2010b: s.p.)

En enero de 2015, WPATH publicó una nueva declaración sobre reconocimiento legal de la identidad de género, en la que reafirma la demanda de retirada del requisito de esterilización o cirugía (WPATH 2015a). Al mismo tiempo, amplía esta reivindicación, señalando que “[n]o particular medical, surgical, or mental health treatment or diagnosis is an adequate marker for anyone’s gender identity, so these should not be requirements for legal gender change” (WPATH 2015a: s.p.).

Además, señala que el estatus civil o parental no debería afectar el proceso de reconocimiento de la identidad de género (WPATH 2015a). Además, hace referencia a la existencia de una amplia diversidad de expresiones e identidades de género más allá de las opciones binarias que pueden no verse reflejadas en las opciones ‘hombre’ o ‘mujer’, por lo que se recomienda la inclusión de una opción X u ‘otras’ (WPATH 2015a). Asimismo, recomienda posibilitar el proceso de reconocimiento legal de género para adolescentes (WPATH 2015a).

The World Professional Association for Transgender Health (WPATH) recognizes the right of all people to legal identity recognition and to identity documents consonant with their gender identity. (...)

WPATH continues to oppose surgery or sterilization requirements to change legal sex or gender markers. No particular medical, surgical, or mental health treatment or diagnosis is an adequate marker for anyone’s gender identity, so these should not be requirements for legal gender change. WPATH Standard of Care 7 recognizes that there is a spectrum of gender identities, and that choices of identity limited to Male or Female may be inadequate to reflect all gender identities: an option of X or Other (as examples) may be advisable. (...)

Therefore, the World Professional Association for Transgender Health urges governments to eliminate unnecessary barriers, and to institute simple and accessible administrative procedures for transgender people to obtain legal recognition of gender, consonant with each individual’s identity, when gender markers on identity documents are considered necessary.

(WPATH 2015a: s.p.)

En la declaración publicada en octubre de 2015, *WMA, World Medical Association* expresa su rechazo de prácticas de esterilización forzadas y el requisito de esterilización inherente a muchas leyes de reconocimiento de género, reafirmando su postura expresada en una declaración anterior sobre esterilización forzada y coercitiva (WMA 2012).

The WMA reaffirms its position that no person, regardless of gender, ethnicity, socioeconomic status, medical condition or disability, should be subjected to forced or coerced permanent sterilisation (WMA Statement on Forced and Coerced Sterilisation). This also includes sterilisation as a condition for rectifying the recorded sex on official documents following gender reassignment.

(WMA 2015: 3)

Aparte de estas declaraciones de alcance internacional, asociaciones profesionales estatales y regionales hacen referencia al derecho de reconocimiento legal de género. En este sentido, la *Declaración sobre Despatologización de la Transexualidad* de *SOCUMES, Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad* incluye una mención del derecho al reconocimiento legal de género (SOCUMES 2011[2010]).

REITERAMOS la necesidad de que se consideren las legislaciones necesarias para garantizar el reconocimiento de estos derechos, especialmente la propuesta de Decreto Ley sobre Identidad de Género, en la que se incluye el cambio de identidad independientemente de la práctica de cirugía de reasignación sexual.
(SOCUMES 2011[2010]: 38-39)

En el *Manifesto pela Despatologização das Identidades Trans* de los *Conselhos Federal e Regionais de Psicologia* (2010) se reivindica el derecho a un cambio registral de nombre y género sin el requisito de un tratamiento obligatorio o diagnóstico (Conselhos Federal e Regionais de Psicologia 2010).

Defendemos: (...)

- Que o direito à mudança de nome e sexo nos documentos de identificação não seja condicionado a um tratamento obrigatório ou diagnóstico;
(Conselhos Federal e Regionais de Psicologia 2010: s.p.)

3.8.5. Desarrollos en el ámbito institucional

A lo largo de los últimos años, se puede constatar una inclusión de la recomendación de un reconocimiento legal de género sin requisitos médicos y condena del requisito de esterilización en documentos estratégicos publicados por instituciones internacionales y europeas.

A nivel internacional, los *Principios de Yogyakarta* (2007) hacen referencia al derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica. En el Principio 3, se nombra explícitamente que el reconocimiento legal de la identidad de género debería basarse en la autodeterminación, sin incluir procedimientos médicos, entre ellos la cirugía de 'reasignación de sexo', la esterilización o la terapia hormonal, o requisitos relacionados con el estado civil, como la disolución del matrimonio o la renuncia a la maternidad o paternidad (Principios de Yogyakarta 2007).

Principio 3: El derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica

Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica. Las personas en toda su diversidad de orientaciones sexuales o identidades de género disfrutarán de capacidad jurídica en todos los aspectos de la vida. La orientación sexual o identidad de género que cada persona defina para sí, es esencial para su personalidad y constituye uno de los aspectos fundamentales de su autodeterminación, su dignidad y su libertad. Ninguna persona será obligada a someterse a procedimientos médicos, incluyendo la cirugía de reasignación de sexo, la esterilización o la terapia hormonal, como requisito para el reconocimiento legal de su identidad de género. Ninguna condición, como el matrimonio o la maternidad o paternidad, podrá ser invocada como tal con el fin de impedir el reconocimiento legal de la identidad de género de una persona. Ninguna persona será sometida a presiones para ocultar, suprimir o negar su orientación sexual o identidad de género.

(Principios de Yogyakarta 2007: 12)

Para los procesos de reconocimiento legal de género, adquieren además relevancia el "Principio 6. Derecho a la privacidad", así como el "Principio 24. El derecho a formar una familia" (Principios de Yogyakarta 2007: 14, 29).

En una nota de prensa publicada en mayo de 2012, la *Oficina Regional para América del Sur del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos* felicita al Estado argentino por la entrada en vigor de la Ley de Identidad de Género de Argentina, resaltando su concordancia con los estándares internacionales establecidos en los *Principios de Yogyakarta*, la

posibilidad de cambio registral del nombre y género en conformidad con el género autopercebido, así como la inclusión de las intervenciones quirúrgicas y tratamientos hormonales trans-específicos en el Plan Médico Obligatorio bajo un enfoque de Consentimiento Informado. Según su representante regional, *"Argentina ha dado un paso importante para garantizar la igualdad, el respeto y la dignidad de las personas trans"* (ACNUDH-América del Sur 2012).

Desde la observación de requisitos de esterilización en muchas de las leyes de reconocimiento de género actualmente vigentes, en diferentes documentos estratégicos publicados por organismos internacionales se incluye una mención explícita de su condena (ONU 2013a; OHCHR, et al. 2014; ONUSIDA 2015).

En este sentido, en 2013, el *Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes* denuncia el requisito de esterilización presente en los procesos de reconocimiento legal de género de muchos países, haciendo referencia a decisiones judiciales recientes que clasifican el requisito de esterilización como *"una intrusión grave e irreversible en la integridad física de una persona"* (ONU 2013a: 20). En el informe, el Relator Especial señala que en Europa 29 Estados exigen la esterilización como requisito para el reconocimiento legal de género, y en 11 Estados que carecen de leyes de identidad de género *"aún se practica la esterilización forzada"* (ONU 2013a: 20). Además, hace referencia al contexto de Estados Unidos, donde en 2008 20 estados exigían la cirugía genital para el reconocimiento legal de género y al contexto de Canadá, en el que solo una provincia (Ontario) no exige una intervención quirúrgica para el reconocimiento legal de género (ONU 2013a). En consecuencia, exhorta a todos los Estados proscribir la esterilización involuntaria y otras prácticas coercitivas, entre ellas las terapias reparativas (ONU 2013a).

88. El Relator Especial exhorta a todos los Estados a que deroguen cualquier ley que permita la realización de tratamientos irreversibles e intrusivos, como la cirugía reconstructiva urogenital obligatoria, la esterilización involuntaria, la experimentación contraria a la ética, las demostraciones médicas y las "terapias reparativas" o "terapias de conversión", si se aplican o administran sin el consentimiento libre e informado del paciente. Los exhorta además a que proscriban la esterilización forzada o coaccionada en cualquier circunstancia y ofrezca una protección especial a los miembros de los grupos marginados. (ONU 2013a: 25)

En una publicación de OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF y WHO (2014) se hace referencia a los requisitos de esterilización en el proceso de reconocimiento legal de género, considerando a los mismos, al igual que las intervenciones quirúrgicas no clínicamente necesarias cometidas contra personas intersex, como formas de abuso y vulneración de Derechos Humanos.

Some groups, such as transgender and intersex persons, also have a long history of discrimination and abuse related to sterilization, which continues to this day. Such violations are reflected, for example, in the various legal and medical requirements, including for sterilization, to which transgender and intersex persons have been subjected in order to obtain birth certificates and other legal documents that match their preferred gender^[referencia al final del texto]. Intersex persons, in particular, have been subjected to cosmetic and other nonmedically necessary surgery in infancy, leading to sterility, without informed consent of either the person in question or their parents or guardians. Such practices have also been

recognized as human rights violations by international human rights bodies and national courts^[referencia al final del texto]
(OHCHR, et al. 2014: 2)

En consecuencia, se recomienda “[e]nsure that sterilization, or procedures resulting in infertility, is not a prerequisite for legal recognition of preferred sex/gender” (OHCHR, et al. 2014: 13).

En una declaración reciente, ONUSIDA (2015) insta a los estados miembros a garantizar “el reconocimiento legal de la identidad de género de las personas trans sin condiciones abusivas”, además de expresar su rechazo a las “esterilizaciones forzadas y coercitivas” (2).

En un informe publicado en colaboración con UNDP, *United Nations Development Programme* (Health Project, et al. 2015), se resalta la falta de procedimientos para el cambio registral de nombre y género en la mayoría de los países de Asia y el Pacífico, así como, en caso de existir regulaciones jurídicas, la presencia de requisitos médicos en el proceso de reconocimiento legal de género.

The vast majority of trans people in Asia and the Pacific cannot obtain official documents under their appropriate names and/or sex to match their gender identity. In many countries, there are no laws or policies allowing a trans person to change these details. Those that do exist typically limit gender recognition to a minority of trans people, with strict stipulations, including medical requirements, that violate other human rights.
(Health Project, et al. 2015: ix)

Aparte de estas recomendaciones publicadas por organismos internacionales, el derecho al reconocimiento legal de género y la recomendación de retirada de requisitos médicos o restricciones relacionadas con el estatus civil se nombran explícitamente en diferentes documentos estratégicos emitidos por instituciones europeas, entre ellas el *Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa* (Hammarberg 2009), el *Consejo de Europa* (2010, 2011[2010], 2011, 2013, 2015a) y el *Parlamento Europeo* (2015a, 2015b, 2015c). Los documentos incluyen informes (Consejo de Europa 2011, 2013; Hammarberg 2009), recomendaciones (Consejo de Europa 2010) y resoluciones (Consejo de Europa 2011[2010], 2013, 2015a; Parlamento Europeo 2015a, 2015b, 2015c).

En los documentos estratégicos revisados, se pueden identificar los siguientes temas:

- La condena de la esterilización, cirugía genital o tratamientos hormonales como requisitos en los procesos de reconocimiento de género, recomendando su abolición (Consejo de Europa 2010, 2011[2010], 2013, 2015a; Hammarberg 2009; Parlamento Europeo 2015a, 2015b, 2015c).
- La recomendación de la retirada del requisito de diagnóstico de trastorno mental y otros requisitos, como la ‘experiencia de la vida real’ del proceso de reconocimiento legal de género (Consejo de Europa 2015a).
- El reconocimiento de los derechos matrimoniales y derechos relacionados con la custodia de hij*as, recomendando una abolición del requisito de soltería o divorcio en los procesos de reconocimiento de género (Consejo de Europa 2010, 2011[2010], 2011, 2015a; Parlamento

Europeo 2015b, 2015c), así como el reconocimiento del matrimonio y/o la unión civil entre parejas del mismo género y su equiparación con el matrimonio y/o unión civil heterosexual (Consejo de Europa 2010, 2011[2010], 2011; Parlamento Europeo 2015a, 2015b, 2015c).

- La recomendación de un establecimiento de procedimientos rápidos, transparentes, accesibles y no discriminatorios para el proceso de reconocimiento legal de género (Consejo de Europa 2010, 2011[2010]; Hammarberg 2009; Parlamento Europeo 2015a, 2015b, 2015c).
- El reconocimiento recíproco de documentos personales relacionados con el reconocimiento legal de género, matrimonio y unión civil entre países europeos (Parlamento Europeo 2015b, 2015c).

La denuncia de los requisitos de esterilización, cirugía genital o tratamientos hormonales en las leyes de reconocimiento de género se puede identificar como el tema que centra la atención de los documentos estratégicos en el contexto europeo (Consejo de Europa 2010, 2011[2010], 2013, 2015a; Hammarberg 2009; Parlamento Europeo 2015a, 2015b, 2015c). Se considera que estos requisitos *"son claramente contrarios al respeto de la integridad física de la persona"* (Hammarberg 2009: 9), *"may seriously impair the autonomy, health or well-being of the individual"* (Consejo de Europa 2011: 13), constituyen *"violations of fundamental rights, notably the right to private life and to physical integrity"* (Consejo de Europa 2015a) y *"a breach of the right to bodily integrity and of sexual and reproductive health and rights"* (Parlamento Europeo 2015a: 37).

En el informe *"Derechos Humanos e Identidad de Género"*, el Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa señala *"[e]s motivo de gran preocupación que las personas transgénero pueden ser el único grupo en Europa sujeto a una esterilización legalmente prescrita, impuesta por el estado"* (Hammarberg 2009: 9).

En la resolución *Putting an end to coerced sterilizations and castrations*, aprobada en 2013, el Consejo de Europa destaca que *"[c]oerced, non-reversible sterilisations and castrations constitute grave violations of human rights and human dignity, and cannot be accepted in Council of Europe member States"*, nombrando como ejemplos de prácticas actuales de esterilizaciones y castraciones forzadas aquellas *"directed against transgender persons, Roma women and convicted sex offenders"* (Consejo de Europa 2013a: 2).

Los documentos estratégicos europeos revisados coinciden en la recomendación de una abolición de los requisitos de esterilización y cirugía genital de las leyes de reconocimiento legal de género (Consejo de Europa 2010, 2011[2010], 2013a, 2015a; Hammarberg 2009; Parlamento Europeo 2015a, 2015b, 2015c).

Como segundo aspecto relacionado con aspectos legales presente en los documentos estratégicos europeos revisados, se puede nombrar la recomendación de la retirada del requisito de diagnóstico de trastorno mental y otros requisitos médicos, como la `experiencia de

la vida real’ en el proceso de reconocimiento legal de género (Consejo de Europa 2015a). En este sentido, en la *Resolution 2048(2015) Discrimination against transgender people in Europe*, adoptada por el Consejo de Europa en 2015, se expresa la preocupación por la vulneración de derechos fundamentales inherente a los requisitos médicos establecidos en leyes de reconocimiento de género, nombrando, aparte de los requisitos de esterilización o cirugía genital, otros tratamientos médicos, la presencia de un requisito de “*diagnosis of mental illness*”, así como requerimientos adicionales como “*a period of 'life experience' in the gender of choice*” o el divorcio (Consejo de Europa 2015a: 1).

Además, en varios de los documentos revisados se recomienda la abolición del requisito de soltería y divorcio en los procesos de reconocimiento legal de género (Consejo de Europa 2010, 2011, 2015a), “*relationship recognition*” (Consejo de Europa 2011[2010]: 55), el reconocimiento de “*same-sex partnerships*”, con los mismos derechos que “*different-sex partnerships or marriage*” (Consejo de Europa 2011: 13), así como el reconocimiento del derecho de la persona trans* a contraer matrimonio y a adoptar niñ*s sin discriminación basada en la orientación sexual o identidad de género, teniendo en cuenta “*the child’s best interests*” (Consejo de Europa 2010: s.p.).

La recomendación de procedimientos rápidos, transparentes accesibles y no discriminatorios de reconocimiento legal de género (Consejo de Europa 2010, 2011[2010]; Hammarberg 2009) parte de la observación de procesos prolongados en el tiempo en el momento actual, incluyendo test psicológicos y revisiones físicas que pueden vulnerar la intimidad de la persona, en muchos de los procedimientos de reconocimiento actualmente vigentes (Hammarberg 2009). En el Informe “*Derechos Humanos e Identidad de Género*”, el *Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa* Thomas Hammarberg (2009) señala que, en consecuencia del carácter discriminatorio de estos procesos, muchas personas trans* deciden prescindir del reconocimiento legal de género, con consecuencias negativas en la vida cotidiana, incluyendo la imposibilidad de viajar fuera del país o restricciones en el acceso a la educación o el empleo.

Un rasgo común a la mayoría de procedimientos de reconocimiento del género, cuando existen, es la combinación de requisitos legales y médicos tediosos, cuyos límites a menudo son imprecisos. Largos procesos de tests psicológicos, psiquiátricos y físicos son características típicas de estos procedimientos. Algunos, como el examen de los genitales por parte de psiquiatras, constituyen una falta de respeto hacia la integridad física de la persona. Con frecuencia, las personas transgénero deciden no iniciar ningún procedimiento oficial debido a los procesos médicos discriminatorios y al inadecuado tratamiento o debido a que sólo hay una forma de tratamiento disponible. (...)

Los procedimientos para el reconocimiento del cambio de sexo y nombre, con frecuencia largos y burocratizados, tienen como consecuencia la imposibilidad de viajar con documentos válidos, incluso para visitar a parientes en un país vecino durante un fin de semana. También puede dar lugar a restricciones sobre la participación en la educación o el empleo, cuando es necesario el certificado de nacimiento o cuando se indica el sexo en los documentos nacionales de identidad.

(Hammarberg 2009: 9)

En la *Resolution 1728 del Consejo de Europa*, se nombra como una de las consecuencias de actitudes discriminatorias y obstáculos en el proceso de reconocimiento legal de género la prevalencia relativamente alta de suicidios entre personas trans* (Consejo de Europa 2011[2010]).

Transgender persons face a cycle of discrimination and deprivation of their rights in many Council of Europe member states due to discriminatory attitudes and to obstacles in obtaining gender reassignment treatment and legal recognition of the new gender. One consequence is the relatively high suicide rate among transgender people.
(Consejo de Europa 2011[2010]: 52)

En la *Resolution 2048(2015) Discrimination against transgender people in Europe*, adoptada por el Consejo de Europa en 2015 (Consejo de Europa 2015a), se hace referencia a procesos recientes de modificación de legislaciones existentes o procesos de introducción de leyes nuevas, basados en el principio de autodeterminación, con mención explícita del *Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act* aprobado en 2015 en Malta (Government of Malta 2015b).

4. A number of Council of Europe member States have recently reformed their legislation on legal gender recognition or are in the process of doing so. Some regulations are based on the principle of self-determination and do not require long and complex procedures or the involvement of medical practitioners or psychiatrists.

5. The Assembly welcomes, in this context, the emergence of a right to gender identity, first enshrined in the legislation of Malta, which gives every individual the right to recognition of their gender identity and the right to be treated and identified according to it.
(Consejo de Europa 2015a: 1)

Como indicado en el capítulo II, 3.3, en la misma Resolución se incluye la recomendación dirigida a los estados miembros de considerar la inclusión de una tercera opción de género en los documentos de identidad (Consejo de Europa 2015a).

Aparte de la mención del derecho al reconocimiento legal de género en documentos estratégicos internacionales y europeos, se pueden señalar las notas de prensa publicadas por el *Intergroup on LGBT Rights* del Parlamento Europeo con motivo de la aprobación de leyes de reconocimiento de género sin requisitos médicos en Dinamarca y Malta (European Parliament's Intergroup on LGBT Rights 2014, 2015).

Yesterday, the Danish Parliament voted a new regulation which will make it easier for transgender persons to see their preferred gender officially recognised.

By adopting this law, Denmark has become the first European country to delete the 'Gender Identity Disorder' diagnosis as a necessary requirement in the gender recognition process.
(...)

A six month waiting period is still foreseen. Furthermore, gender recognition procedures are only available to persons aged 18 or older.

(European Parliament's Intergroup on LGBT Rights 2014: s.p.)

Yesterday, Maltese parliamentarians wrote history by adopting the Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act (GIGESC). The law is a major step forward for trans and intersex persons in Malta, and shows the way forward for Europe.

The law introduces the right for individuals to determine their gender identity, without first having to undergo medical tests, forced sterilisation, a forced divorce or a mental health diagnosis. A simple declaration based on self-determination before a notary is sufficient. (...)

The law also introduces the right to bodily integrity and physical autonomy for all persons. This includes that so called 'normalizing' surgeries on intersex babies is prohibited and that

non-medically necessary treatment on the sex characteristics of a person without informed consent is unlawful. (...)

Furthermore, the possibility for parents to postpone the entry of a gender marker on the child's birth certificate exists, until the child's gender identity is determined. This allows time for an informed decision.

(European Parliament's Intergroup on LGBT Rights 2015: s.p.)

La CIDH, *Comisión Interamericana de Derechos Humanos* (2015) valora positivamente la aprobación de decretos que regulan el reconocimiento legal de género en México D.F. y Colombia.

La CIDH considera que estos decretos constituyen pasos fundamentales en el camino a garantizar el reconocimiento pleno de la identidad de personas trans, e insta a los Estados a continuar adoptando medidas garantistas, incluyendo medidas legislativas y en materia de políticas públicas, en favor de personas trans, y personas lesbianas, gays, bisexuales e intersex. La CIDH saluda asimismo a los Estados de México y Colombia por el diálogo sostenido con organizaciones de la sociedad civil que defienden los derechos de personas trans en la concreción de estas medidas.

(CIDH 2015: s.p.)

3.8.6. Marcos teóricos y procesos activistas relacionados

La lucha por el derecho a un reconocimiento legal de género sin requisitos médicos o restricciones relacionadas con el estado civil, y específicamente la demanda de abolición de la esterilización como requisito en el proceso de reconocimiento legal de género, se puede relacionar con diferentes marcos teóricos y procesos activistas.

En primer lugar, se puede identificar una interrelación directa con principios fundamentales de Derechos Humanos, reconocidos en pactos, convenciones y declaraciones internacionales, entre ellos el derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica, el derecho a la vida privada, el derecho a fundar una familia y el derecho a la integridad corporal, como establecido, entre otras, en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (ONU 1948), el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (ONU 1966a), el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* (ONU 1966b), la *Convención sobre el Estatuto de los Refugiados* (ONU 1951), la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* (ONU 1979), la *Convención sobre los Derechos del Niño* (ONU 1989), el *Convenio Europeo de Derechos Humanos* (Consejo de Europa 2010[1970]) y la *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea* (Parlamento Europeo 2000).

En segundo lugar, las reflexiones sobre los procesos de reconocimiento legal de género y las contradicciones inherentes a la reivindicación de derechos dentro de un marco jurídico que se cuestiona al mismo tiempo, se pueden relacionar con reflexiones teóricas sobre el concepto de 'transgender citizenship' o 'ciudadanía trans'²⁹², así como con la revisión crítica de las políticas de reconocimiento²⁹³ y aplicación de un modelo de ciudadanía²⁹⁴ y Derechos

²⁹² Cabral 2003a; Cabral y Viturro 2006; Hines 2009, Monro y Warren 2004.

²⁹³ Hines 2013; Jung 2006; Spade 2009, 2011, 2013.

²⁹⁴ Cabral 2003a; Evans 1993; Hines 2009; Monro y Warren 2004; Plummer 2003; Weeks 1998; Wilson 2009.

Humanos²⁹⁵ a la defensa de los derechos de las personas trans*, como desarrollada en los capítulos II, 3.2 y II, 3.4.

La mención del derecho a la integridad corporal en la demanda de abolición del requisito de tratamiento hormonal, cirugía genital y esterilización en las leyes de reconocimiento de género, presente en los discursos del activismo por la despatologización trans* (Red Internacional por la Despatologización Trans 2009b, 2010a) se puede relacionar con la demanda de reconocimiento del derecho a la integridad corporal por parte del movimiento intersex (International Intersex Forum 2011, 2012, 2013; OII Europe 2014a).

We affirm that intersex people are real, and we exist in all regions and all countries around the world. Thus, intersex people must be supported to be the drivers of social, political and legislative changes that concern them.

We reaffirm the principles of the First and Second International Intersex Fora and extend the demands aiming to end discrimination against intersex people and to ensure the right of bodily integrity, physical autonomy and self-determination.

(International Intersex Forum 2013)

En el *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes* publicado en 2013, se relacionan ambos temas, incluyendo entre los malos tratos sufridos por personas LGBTI tanto “*vejeciones verbales y humillaciones públicas, evaluaciones psiquiátricas, diversos procedimientos obligatorios como esterilizaciones, exámenes anales forzosos, (...) y reconocimientos invasivos*” dirigidas contra personas lesbianas, gay, bisexuales y trans, como “*intervenciones quirúrgicas irreversibles de reasignación de sexo, esterilizaciones involuntarias y cirugía reconstructiva urogenital involuntaria, practicadas sin su consentimiento informado previo ni de sus padres*” ejercidas en niños* intersex (ONU 2013a: 20). Asimismo, en la Declaración *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization*, publicada en 2014 por diferentes organismos internacionales (OHCHR, et al. 2014), se relacionan las prácticas de esterilización involuntaria a las que están expuestas personas trans* e intersex.

Some groups, such as transgender and intersex persons, also have a long history of discrimination and abuse related to sterilization, which continues to this day. Such violations are reflected, for example, in the various legal and medical requirements, including for sterilization, to which transgender and intersex persons have been subjected in order to obtain birth certificates and other legal documents that match their preferred gender^[referencias al final del texto]. Intersex persons, in particular, have been subjected to cosmetic and other nonmedically necessary surgery in infancy, leading to sterility, without informed consent of either the person in question or their parents or guardians. Such practices have also been recognized as human rights violations by international human rights bodies and national courts^[referencias al final del texto].

(OHCHR, UN Women, UNAIDS, et al. 2014: 2)

Finalmente, el debate sobre el grado de mantenimiento del binarismo de género en las leyes de reconocimiento de género (Radi 2013), así como la demanda de abolición de la mención del género en los documentos oficiales por parte del activismo por la despatologización

²⁹⁵ Hagland 1997; Hines 2009, 2013; Monro 2005a, 2005b; Thomas 2006; Wilson 2009.

trans*²⁹⁶ se puede relacionar con las reflexiones sobre no binarismo y diversidad de género aportadas por diferentes perspectivas teóricas, incluyendo a autores como Foucault (2007[1978]) o Deleuze y Guattari 2002[1980]), la teoría queer y autor*s afines²⁹⁷, estudios trans*²⁹⁸ o enfoques antropológicos²⁹⁹, como desarrollado en el capítulo II, 3.3.

3.9. “Stop Pathologizing Gender Diversity in Childhood”³⁰⁰: Despatologización de la diversidad de género en la infancia



Carteles de convocatoria del Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans

Imagen 47: Convocatoria 2013, STP, Campaña Stop Trans Pathologization

Imagen 48: Bogotá, Colectivo Entre-Tránsitos, 2013

Imagen 49: Convocatoria 2014, STP, Campaña Stop Trans Pathologization

3.9.1. Discursos activistas y teórico-activistas

A lo largo de los últimos años, la temática de diversidad de género en la infancia ha adquirido una creciente presencia en los discursos activistas y teórico-activistas por la despatologización trans*.

En 2013, 2014 y 2015, el lema de la convocatoria del *Día Internacional por la Despatologización Trans* incluye la frase “*Stop Pathologizing Gender Diversity in Childhood*” (STP 2013b, 2013d, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b). Se pueden identificar diferentes razones por este interés creciente, entre ellas 1. La preocupación por la continuada clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia en el DSM-5 (APA 2013a) y en el *ICD-11 Beta Draft* (OMS 2015a), 2. La creciente visibilidad de niñ*s y adolescentes con expresiones e identidades

²⁹⁶ Asamblea del Octubre Trans, et al. 2011; Guerrilla Travolaka 2006; Guerrilla Travolaka i activistes independents 2007; Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estados español 2010a; 2010e; Proyecto TRVNSGÉN3RO en Vásquez 2010[2009]).

²⁹⁷ Butler 2000[1990], 2002[1993]; De Lauretis 2000; Perko 2005; Sedgwick 1998[1990], Lacqueur 1994[1990], Preciado 2002[2000].

²⁹⁸ Asamblea del Octubre Trans, et al. 2011; Guerrilla Travolaka 2006; Guerrilla Travolaka i activistes independents 2007; Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a; Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estados español 2010a; 2010e; Proyecto TRVNSGÉN3RO en Vásquez 2010[2009].

²⁹⁹ Herdt 1996 ed., 1996; Nieto 1998 ed., 1998a, 1998b; Towle y Morgan 2002.

³⁰⁰ Fuente de la cita: Imagen 35, Imagen 36, Imagen 37, Lema de la convocatoria del Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2013, 2014, 2015, STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization; véase también STP (2013b, 2013d, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b).

de género diferentes al género asignado al nacer³⁰¹, 3. La emergencia de asociaciones de madres y padres que trabajan por sus derechos³⁰², y 4. La continuada observación de dinámicas de patologización y medicalización de la diversidad de género en la infancia en el contexto familiar, social, escolar y sanitario³⁰³.

La preocupación por procesos de patologización y medicalización en niñ*s y jóvenes estaba presente desde el inicio en el activismo actual por la despatologización trans*. En un primer momento, esta preocupación se dirigía ante todo hacia recién nacid*s, niñ*s y adolescentes con diagnósticos relacionados con la intersexualidad (Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a, 2010a; STP-2012 2010[2009]). Partiendo de la presencia de un trasfondo compartido de violencia estructural hacia cuerpos, expresiones e identidades de género que transgreden el orden binario, se incluyó la demanda de un cese de las cirugías no consentidas a recién nacid*s, niñ*s y adolescentes intersex entre las cinco demandas principales de STP (STP-2012 2010[2009]), en apoyo a una de las reivindicaciones principales del movimiento intersex internacional (GATE 2015c; Foro Intersex Internacional, 2011, 2012, 2013; OII-Europe 2014).³⁰⁴

Exigimos: (...)

La abolición de los tratamientos de normalización binaria a personas intersex.
(STP-2012 2010[2009])

A la vez, desde los primeros años STP cuestiona la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia (Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a; STP-2012 2012a; STP 2013c, 2013d, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b).

A lo largo del último tiempo, la temática de la diversidad de género en la infancia ha adquirido una creciente importancia en el activismo por la despatologización trans*.

Este interés por la temática parte de la preocupación ante la continuada clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia tanto en el DSM-5 (mediante la categoría "*Gender Dysphoria of Children*", APA 2013a: 452), como en el *ICD-11 Beta Draft*, a través de la inclusión de la categoría "*Gender Incongruence of Childhood*" (OMS 2015a: s.p.), denunciada por el activismo por la despatologización trans*³⁰⁵. Además, se observa un riesgo continuo de medicalización de la diversidad de género en la infancia en el ámbito familiar, educativo, social y sanitario (STP 2013d). Asimismo, adquiere relevancia la demanda de acceso de menores de edad a los procesos de reconocimiento legal de género (TENI 2015b, 2015c). Finalmente, se

³⁰¹ Le Heuzey 2013; Leibowitz y Spack 2011; Tuerk 2011.

³⁰² En el contexto español, véase [AMPGYL, Asociación de Madres y Padres de Gays, Lesbianas y Transexuales](#) y [Chrysallis, Asociación de Familiares de Menores Transexuales](#).

³⁰³ GATE 2013a, 2014a, 2015a; GATE y STP 2014; Missé 2013a; Platero 2014b; Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a; STP, 2013b, 2013c, 2014b, 2015b; Winter 2014, 2015.

³⁰⁴ El activismo intersex internacional y regional existió con anterioridad a los documentos citados. *OII, Organización Internacional Intersex* se fundó en 2003 (OII United States 2015). En el momento de redacción del documento, las declaraciones anteriores de OII ya no se podían encontrar online.

³⁰⁵ GATE 2013a, 2013c, 2013d, 2014a, 2015a; GATE y ST, 2014; Gender DynamiX 2014; ILGA-Europe 2014; Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a; STP-2012 2012a; STP 2013c, 2013d, 2014a, 2014b; TGEU 2014[2013], 2014c.

pueden observar reflexiones sobre el acceso de adolescentes a bloqueadores hormonales (STP-2012 2012a).

3.9.1.1. La clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia

Diferentes redes activistas demandan la retirada de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia, aportando reflexiones y propuestas³⁰⁶.

En un comunicado publicado en abril de 2010 (Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a), *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* expresa la preocupación por procesos de patologización de las expresiones e identidades de género en niñ*s y adolescentes en la categoría de ‘Incongruencia de Género’, propuesta en el primer borrador del DSM-5 publicado en 2010 en la página web del DSM-5 (APA 2010a, 2010b).

Observamos con preocupación la continuada patologización de las identidades y expresiones de género no normativas en niñ*s, así como la extensión de los criterios patologizantes en caso de adolescentes y adultos a una amplia gama de identidades y expresiones transgénero (ya no solo limitado a personas trans que deseen un tratamiento médico hormonal y/o quirúrgico). La grandísima amplitud que abarca el término “incongruencia de género” podría hacer que cualquier rastro de feminidad en varones o de masculinidad en mujeres fuera motivo de trastorno mental.

(Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a: s.p.)

En un texto de reflexión publicado en 2012, STP señala el riesgo de patologización y medicalización de la diversidad de género en la infancia y adolescencia inherente a la clasificación diagnóstica actual (STP-2012 2012a).

En los pocos países del mundo en los que existe una cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica, se observan además los siguientes aspectos: (..)

- El riesgo de patologización, medicalización e invisibilización de expresiones e identidades de género que no se corresponden a una norma social binaria y heterocentrada en niñ*s y adolescentes mediante la categorización actual.

(STP-2012 2012a: 3-4)

Revisando diferentes propuestas relacionadas con el proceso de revisión de la CIE, STP manifiesta el rechazo hacia la propuesta de una categoría diagnóstica específica dirigida a niñ*s y adolescentes en el Capítulo ‘Trastornos mentales y de comportamiento’ de la CIE (STP-2012 2012a).

En primer lugar, podemos identificar algunas **propuestas** con las que, partiendo de una perspectiva de despatologización, **no podemos estar de acuerdo:** (...)

- No consideramos conveniente la propuesta de introducción de una categoría específica relacionada con los tránsitos de género en niñ*s y adolescentes en el capítulo V de la CIE, por constituir un riesgo de psicopatologización de una alta diversidad de expresiones de género en niñ*s y adolescentes que difieren de la norma social establecida.

(STP-2012 2012a: 5)

³⁰⁶ GATE 2013a, 2013c, 2013d, 2014a; GATE y STP, 2014; Gender Dynamix 2014; ILGA-Europe 2014; Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a; STP-2012 2012a; STP 2013c, 2013d, 2014a, 2014b; TGEU 2014[2013], 2014c.

En el mismo documento, STP hace referencia al derecho de acceso de niñ*s y adolescentes a una atención sanitaria trans-específica, en el marco de un proceso de Consentimiento Informado (STP-2012 2012a). Al mismo tiempo, señala la importancia de evitar una medicalización de expresiones e identidades de género (STP-2012 2012a).

En el proceso de elaboración de un nuevo bloque de atención sanitaria trans-específica consideramos importante que se tengan en cuenta los siguientes aspectos: (...)

- El derecho de acceso de niñ*s y adolescentes a una atención sanitaria trans-específica, bajo el principio de su derecho a la participación en un proceso de decisión informada y protección de tratamientos no consentidos, a la vez de evitar una medicalización de expresiones e identidades de género diversas.

(STP-2012 2012a: 6)

En una reunión internacional de expert*s organizada en marzo de 2013 en Buenos Aires por *GATE, Global Action for Trans* Equality*, en la que participó STP, se realizó una revisión crítica de la propuesta de inclusión de una categoría diagnóstica trans-específica relacionada con la infancia en la CIE-11³⁰⁷. A partir de estas reflexiones, el Grupo Internacional de Expert*s desarrolló un documento (GATE 2013a) en el que se especifican diferentes razones contra la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia, alegando argumentos clínicos, bioéticos y de Derechos Humanos, con referencia a la *Convención sobre los Derechos del Niño* (ONU 1989), las *Observaciones Generales N° 7, 12-15, 17* del *Comité sobre los Derechos del Niño* (ONU 2005, 2009c, 2011a, 2013c, 2013d), así como resoluciones recientes del *Consejo de Derechos Humanos* (ONU 2012b, 2013b).

The Expert Working Group is extremely concerned about the proposed category of Gender Incongruence of Childhood (GIC) and is therefore submitting this document as a critique and alternative proposal for addressing the issues that gender-variant children experience.^[footnote]

The reasoning with regard to the proposed GIC diagnosis is based on the following concerns:

First, there is no clear consensus among researchers and health care providers with regard to the need for or global applicability of such a diagnosis.^[footnote]

Second, gender variance in childhood does not require any medical interventions such as hormone therapy or surgical procedures. Rather, children need information and support in exploring their gender identity and expression and dealing with sociocultural environments that are frequently hostile to gender variance.

Third, attaching a medical diagnosis to gender diversity in childhood contradicts WHO's commitment to respecting rather than pathologizing sexual diversity. Specifically, research indicates it is impossible to reliably distinguish between a gender-variant child who will grow up to become trans and a gender-variant child who will grow up to be gay, lesbian, or bisexual, but not trans.^[footnote] As such, by conflating gender variance and sexual orientation, the proposed GIC category amounts to a re-pathologization of homosexuality.

(GATE 2013a: 4)

A modo de alternativa, el Grupo de Expert*s propone la inclusión del concepto de "*sexual orientation, or gender identity or expression*" (GATE 2013a: 13) en los códigos Z, con el objetivo de facilitar el acceso a servicios de asesoramiento para niñ*s, familiares o personas del

³⁰⁷ Tuve la oportunidad de participar en la reunión (GATE 2013a) y en el Grupo Internacional de Expert*s de *GATE, Global Action for Trans* Equality*.

entorno social cercano. Además, se recomienda la inclusión de esta opción en el proceso de pruebas de campo desarrollado por la *Organización Mundial de la Salud* (GATE 2013a).

On the basis of this analysis, the Expert Working Group is submitting the following recommendations to WHO concerning the proposed category of “Gender Incongruence of Childhood”:

1. To consider the complete deletion of the proposed category of Gender Incongruence of Childhood.
2. To consider field-testing a combination of existing Chapter XXI codes and newly developed Z codes for the ability to facilitate access to appropriate counseling and adaptive environments for gender-variant children and their families.
3. If WHO moves forward with field-testing the proposed GIC category, the Expert Working Group strongly recommends that the proposed category be further analyzed and modified. We further recommend that this modified GID category be tested against the Z code alternatives and a “no specific children’s diagnosis” option.

(GATE 2013a: 5)

En un documento publicado en agosto de 2013, STP expresa su preocupación ante la continuada clasificación de la diversidad de género en la infancia en el DSM-5 y la posibilidad de su inclusión en la CIE-11 (STP 2013c). Como argumentos contra la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia resalta la falta de utilidad clínica, efectos iatrogénicos, en el sentido de un mayor riesgo de discriminación, así como la contradicción con un marco de Derechos Humanos (STP 2013c). STP resalta que la exploración de expresiones e identidades de género en niñ*s no está necesariamente relacionada con una experiencia de sufrimiento, especialmente en contextos afirmativos (STP 2013c). En caso de necesidades de asesoramiento psicológico y social dirigido a niñ*s, familiares u otras personas del entorno social cercano, señala la posibilidad de una cobertura pública de la atención a través de códigos Z (capítulo ‘Factores que influyen en el estado de la salud y contacto con servicios de salud’ de la CIE) (STP 2013c). Para facilitar una atención adecuada, STP destaca la importancia de una disponibilidad de profesionales con un enfoque abierto a la diversidad de género (STP 2013c). Además, recomienda la puesta en contacto con grupos y redes activistas (STP 2013c).

En este sentido, consideramos que la inclusión de una categoría específica de ‘Incongruencia de Género en la Infancia’ en la CIE-11 carece de utilidad clínica, además de aumentar el riesgo de una patologización y medicalización de la exploración libre de expresiones, trayectorias e identidades de género en niñ*s.

(STP 2013c: 4)

TGEU, Transgender Europe (2014[2013]) propone la retirada del diagnóstico de ‘*Gender identity disorder in childhood*’, resaltando un efecto potencial de estigma, discriminación y exclusión social, la ausencia de necesidad para su mantenimiento, así como la posibilidad de cobertura de servicios de psicoterapia o asesoramiento psicosocial a través de códigos Z (capítulo XXI de la CIE-10).

Transgender Europe

1. Does not see a need for a diagnosis of gender identity disorder in childhood in the ICD 11. The clinical needs of pre-pubescent children for psychotherapy and/or psychosocial counselling can be adequately covered in chapter XXI (Z) Factors Influencing health status and contact with health services.

(TGEU 2014[2013]: 2-3)

En julio de 2014, se publica la *Cape Town Declaration Gender Incongruence in Childhood*, desarrollada en el marco de la *2nd Trans* Health, Advocacy & Research Conference*, organizada por *Gender Dynamix*, *TIA, Transgender and Intersex Africa* y *SHE, Social Health and Empowerment Feminist Collective of Transgender and Intersex Women of Africa*, que tuvo lugar del 30 de mayo a 2 de junio de 2014 en Ciudad del Cabo. En la declaración, firmada por activistas y profesionales del contexto africano, se demanda a la OMS retirar el diagnóstico actual de "*Gender Identity Disorder of Childhood*" y abstenerse de reemplazar la categoría existente por otro diagnóstico patologizante, como la categoría de "*Gender Incongruence of Childhood*" (Gender Dynamix 2014: 2).

Having examined the ICD reform process and the proposals for ICD-11, we formally request that the WHO discard the current Gender Identity Disorder of Childhood diagnosis and refrain from replacing it with any new pathologising diagnosis, including GIC.
(Gender Dynamix 2014: 2)

La demanda de retirada de la categoría propuesta 'Incongruencia de género en la infancia' se reitera en notas de prensa publicadas por *GATE, Global Action for Trans* Equality* (GATE 2013c, 2013d) y *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* (STP 2013b, 2013d, 2014a). Estos documentos, previos a la publicación de la propuesta de categorías trans-específicas en el *ICD-11 Beta Draft* (OMS 2015a), toman como referencia la información disponible en los artículos publicados por Drescher, et al. (2012) y Drescher (2014[2013]).

STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization demanda la retirada de la propuesta de inclusión de una categoría de "Gender Incongruence of Children" / "Gender Incongruence of Childhood" en la CIE-11, la Clasificación Internacional de Enfermedades y Otros Problemas de Salud, 11^a revisión, de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta propuesta de inclusión se anuncia en dos artículos recientes publicados por miembros del grupo de trabajo de la OMS encargado de revisar las categorías trans-específicas en la CIE (Drescher, Cohen-Kettenis, Winter, 2012; Drescher 2013). Además, STP pide la eliminación de la categoría de "Gender Dysphoria in Children" del DSM-5, Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 5^a edición, de la American Psychiatric Association (...). (STP 2013d: 2)

La atención mediática creciente sobre la niñez trans* a menudo produce y reproduce formas naturalizadas de exposición que constituyen otra forma de violencia contra l*s niñ*s trans que debe ser desmantelada con urgencia. La patologización actual de la diversidad de género en la infancia es una forma particularmente insidiosa de violencia generizada, puesto que eleva los estereotipos de género al rango de indicadores para la salud mental. Por lo tanto, los diagnósticos se vuelven un modo normativo de asegurar la reproducción de esos estereotipos a través de su imposición medicalizada en la infancia. GATE llama hoy a rechazar con firmeza todas las formas de patologización de la diversidad de género en la infancia.
(GATE 2013d: s.p.)

La demanda de retirada de la clasificación diagnóstica está además presente en el vídeo *Gender Diversity in Childhood is not a Pathology*³⁰⁸, publicado por GATE, *Global Action for Trans* Equality* en 2014, en el que un* médic* revisa la historia clínica de un* niñ*, confirmando diferentes enfermedades infantiles, como la varicela o las paperas. Al mismo

³⁰⁸ [Gender Diversity in Childhood is not a Pathology](#) (vídeo, idea / realización: Mauro Cabral y Morgan Disalvo; actor: Diego Torben. Producción: GATE, Global Action for Trans* Equality, 2014).

tiempo, tacha los diagnósticos ‘Disforia de género en la infancia’ e ‘Incongruencia de género en la infancia’. En la página web de GATE (2014a), el vídeo se acompaña por el siguiente texto:

The man in this video is not a real doctor, but a committed ally in the international struggle for trans* depathologization. The medical record that he is reading is fake, but his conviction is true. We need more allies like him. We need more allies like you, and your knowledge, your strength, your passion and your imagination. Gender diversity in childhood is not a pathology. And that’s for real.
(GATE 2014a)

En una nota de prensa publicada por GATE y STP en agosto de 2014 con motivo de la publicación de la propuesta del Grupo de Trabajo de la OMS encargado de revisar las categorías trans-específicas en el *ICD-Beta Draft* (GATE y STP 2014), se resalta positivamente el avance que supone la propuesta de retirada de las clasificaciones diagnósticas trans-específicas del Capítulo ‘Trastornos mentales y de comportamiento’ de la CIE, al mismo tiempo que se señalan diferentes aspectos pendientes de cambio, entre otros la retirada de la categoría diagnóstica ‘*Gender incongruence in childhood*’ del *ICD-11 Beta Draft*.

La publicación incluye las dos nuevas categorías propuestas por el Grupo de Trabajo de la OMS: ‘Incongruencia de género en la adolescencia y la adultez’ e ‘Incongruencia de género en la infancia’. Ambas categorías forman parte de un nuevo capítulo de la CIE-11: el **Capítulo 06 ‘Condiciones relacionadas con la salud sexual’**. Esto significa que **por primera vez en la historia la OMS incluye las cuestiones trans* en un capítulo distinto al Capítulo ‘Trastornos mentales y del comportamiento’**. A pesar de los desafíos que representan tanto las nuevas categorías como el nuevo capítulo creemos que es posible celebrar este pequeño avance en la larga lucha por la despatologización. (...) Todavía tenemos mucho trabajo por delante. Es preciso analizar y discutir colectivamente acerca de la categoría ‘Incongruencia de género’ y sus riesgos de re-patologizar las cuestiones trans* en la CIE-11. También es fundamental continuar insistiendo en que **el acceso a la salud y el reconocimiento de la identidad de género son derechos humanos**, y que su cumplimiento no debe depender de categorías diagnósticas. Es necesario atender a la construcción misma del capítulo propuesto, para avanzar en la despatologización de la diversidad corporal y romper la asociación entre cuestiones de salud trans* y otras categorías patologizantes. Debemos asegurarnos que la nueva versión de la CIE excluya la reproducción normativa de estereotipos de género. Y sobre todo, debemos trabajar unid* para evitar la inclusión de la categoría de ‘Incongruencia de género en la infancia’ en la CIE-11.
(GATE y STP 2014: s.p.)

En una declaración de *Transgender Europe* emitida en agosto de 2014 con motivo de la publicación de las categorías trans-específicas en el *ICD-11 Beta Draft* (TGEU 2014c), así como en notas de prensa y declaraciones publicadas por GATE (2015b), ILGA-Europe (2014), TGEU (2015g) y STP (2014b, 2015b) con motivo del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans* 2014 y 2015*, se reafirma la demanda de retirada de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia de la CIE.

ILGA-Europe welcomes the proposal by the World Health Organisation (WHO) to remove the notion of “gender identity disorder” from the International Classification of Diseases. Moreover the WHO proposes a “gender incongruence” category under the new section 6: “Conditions related to sexual health”. Not labelling trans people as mentally ill anymore will be an important step forward and will help to reduce stigma. However, ILGA-Europe strongly regrets that WHO experts decided to maintain a diagnosis of “gender incongruence in childhood”. Gender variance in childhood does not require any medical intervention. Children before puberty do not need access to medical services, such as hormonal, surgical or other services. What they need above all is a supportive environment. In addition, childhood being a period of change and exploration, it is

impossible to know how gender-variant children will grow up; therefore, imposing on them such a diagnosis does not make sense.
(ILGA-Europe 2014: s.p.)

Al mismo tiempo, nos preocupa la continuada clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia en el Borrador Beta de la CIE-11, a través de la categoría 'Gender incongruence in childhood'. Consideramos que niñ*s con expresiones e identidades de género que difieren del género asignado al nacer no necesitan una categoría diagnóstica, sino un entorno abierto a la diversidad de género, incluyendo opciones fluidas y no binarias. Para aquell*s niñ*s, padres y madres u otras personas del contexto social cercano que desean tener acceso a servicios de apoyo psicológico, proponemos el uso de los así llamados códigos Z (códigos en el Capítulo 'Factores que influyen el estado de salud y el contacto con los servicios sanitarios')^[referencias a pie de página] (...).

Demandamos a la OMS, Organización Mundial de la Salud **retirar la categoría diagnóstica 'Gender incongruence of childhood' del Borrador Beta de la CIE-11.**

(STP 2015b: 2)

We will not stop until we depathologize our diverse experiences, including gender diversity in infancy, childhood and, adolescence (...).

We urge

- The World Health Organization to continue and deepen the process of depathologizing trans people, and to avoid the introduction of the proposed category of "Gender Incongruence of Childhood".

(GATE 2015b: s.p.)

On this **International Day of Action for Trans Depathologisation** [1], Transgender Europe calls on the World Health Organisation and governments to ensure that gender variant children are not labelled as sick. (...)

Gender variance, gender fluidity, gender creativity do not need fixing. Young, gender diverse children need supportive stigma-free environments to develop into confident young persons, not medical treatment.

TGEU calls upon the WHO to seriously consider the alternative proposals made by GATE Civil Society Expert Working Group [6] and to remove the proposed diagnosis. Governments and service providers must ensure that discrimination and hostile environments are addressed effectively while peer-support structures for children, parents and families that embrace and celebrate gender variance are top priority.

(TGEU 2015g: s.p.)

En un documento informativo sobre el proceso de revisión de las categorías trans-específicas en la CIE, TGEU (2015h) resume diferentes argumentos que fundamentan la demanda de retirada de la categoría diagnóstica '*Gender incongruence in childhood*'.

Trans activists call for the removal of this category based on:

- Lack of scientific evidence
- Irrelevance in terms of access to care and legal recognition
- Lack of clinical utility
- Risks of discrimination or stigmatisation

It is important to point out here that gender variance in childhood does not require any medical intervention. Children before puberty do not need access to medical services, such as hormonal, surgical or other services that would require the said diagnosis. What they need above all is a supportive environment. If children need support as a result of the distress related to their experiences of being gender-variant, other already existing codes can be used. (...)

In addition, it is impossible to know how gender-variant children will grow up: they might very well become cis lesbians, gays or bisexuals and therefore, this diagnosis of GIC somehow re-pathologises homosexuality. Furthermore, given that childhood is a period of change and exploration, it is non-sense to impose a diagnosis of gender incongruence on a child.

(TGEU 2015h: 3)

Desde posiciones teórico-activistas, se aportan argumentos contra la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia (Adams 2014; Winters 2013, 2014a).

Kelley Winters (2013, 2014a), fundadora de *GID Reform Advocates* y miembro del Grupo de Expert*s de *GATE, Global Action for Trans* Equality* critica la continuada clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia en el *ICD-11 Beta Draft*, señalando que “[c]hildren do not have medical needs, related to gender diversity, that require a specific diagnosis. Instead, their primary needs are for information, counselling, and support” (Winters 2014a: 9).

Desde su experiencia como madre y fundadora de la organización activista *Transgender Youth Education & Support*, Karen Adams (2014) abre su reflexión demandando la retirada de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia de la CIE: “*The proposed stigmatizing diagnosis of Gender Incongruence of Childhood should be completely removed from the ICD-11*” (Adams 2014: s.p.). Desde su experiencia con familias de “*gender expansive children*” (Adams 2014: s.p.), la autora señala el carácter único de la trayectoria de cada niñ* y cada familia.

Having facilitated a family support group for 7 years, personally worked with over 100 families and connected online with hundreds more, I have a great deal of experience with gender-expansive children. (...) What stands out most from my experiences is how incredibly unique each child and family can be. I often say that the only thing I know for certain, is that the next time I pick up the support line, I will hear a story that is unlike any other I've heard before.
(Adams 2014: s.p.)

Adams (2014) señala que, en caso de niñ*s pre-adolescentes, se requiere apoyo psicológico solo cuando l*s padres y madres necesitan ayuda para entender las necesidades de su niñ*, o cuando l*s niñ*s desean tener acompañamiento en la exploración de su expresión e identidad de género. La fundadora de *Transgender Youth Education & Support* considera que la diversidad de trayectorias desafía cualquier sistema de clasificación diagnóstica, proponiendo el acceso a servicios de atención bajo un código general (Adams 2014).

Como aspecto más relevante para mejorar la vida de niñ*s expansiv*s en el género nombra que “*each and every one of them needs to know that there is nothing wrong with them*” (Adams 2014: s.p.), en el sentido de un apoyo por parte de la familia y el entorno social cercano. La autora cierra su reflexión resaltando que “[c]hanging the perspective from an understanding of gender as a binary absolute to more accurately reflect the experiences of humanity is the only category modification that is needed” y “[d]e-pathologising gender difference is probably the most important step that can be taken to dramatically improve the lives of gender-expansive children” (Adams 2014: s.p.).

3.9.1.2. Promoción del respeto a la diversidad de género en la infancia

La preocupación por una creciente medicalización de la diversidad de género en la infancia no se refiere solo al proceso de clasificación diagnóstica, sino también a dinámicas de

patologización en el ámbito familiar, social, educativo y sanitario (Collectif Existrans 2015; GATE 2013b, 2013c, 2013d; Missé 2013a; Platero 2014a, 2014b; Pyne 2014a, 2014b; STP 2013d).

STP (2013d) resalta el derecho de l*s niñ*s a una libre exploración de expresiones e identidades de género, la importancia de un apoyo por parte del entorno familiar, social y educativo en este proceso de exploración, así como de una provisión de ayuda en situaciones de discriminación y transfobia.

Asimismo, STP reivindica el derecho a una libre exploración y expresión del género. Recomienda evitar una medicalización de la diversidad de género en la infancia y propone trabajar hacia un reconocimiento de expresiones de género que difieren de las expectativas sociales relacionadas con el género asignado al nacer en el ámbito familiar, social y educativo, un respeto de expresiones e identidades de género fluidas y no binarias, así como una provisión de apoyo a niñ*s con expresiones de género no-normativas en situaciones de discriminación y transfobia.
(STP 2013d: 2)

GATE (2013b, 2013c, 2013d) observa una especial vulnerabilidad de niñ*s y jóvenes con expresiones e identidades de género diferentes al género asignado al nacer a dinámicas de discriminación y violencia transfóbica, entre otros grupos en situación de vulnerabilidad social.

GATE notes with concern the persistence of those conditions that, very often, sustain, produce and/or aggravate transphobia: poverty; racism and xenophobia; institutional violence (including schools, hospitals and law enforcement); ableism; familiar and community violence; religious segregation and persecution; media degradation; pathologization; lack of access to gender recognition and/or transitional healthcare or access limited by unacceptable requirements, such as sterilization or psychiatric diagnosis; lack of adequate legal protections and responses to violence against trans* people, among others. These conditions, that affect our communities worldwide, strike with special virulence against trans* and gender-variant children and teenagers, sex workers, migrants and people living with HIV/AIDS.
(GATE 2013b: s.p.)

El *Collectif Existrans* (2015) demanda un acompañamiento de l*s niñ*s y adolescentes en su proceso de autodeterminación, el respeto y la protección de la expresión de género, pronombre y género elegido, el acceso a bloqueadores hormonales tratamientos hormonales y otros tratamientos en la adolescencia, así como al cambio registral del nombre y género.

Accompagnement des enfants et adolescents dans leur autodétermination, respect et protection de toute expression de genre, respect des prénoms et genre choisis, accès aux traitements hormonaux et/ou bloquant la puberté, comme aux autres traitements ou opérations, et l'accès au changement d'état-civil.
(Collectif Existrans 2015: s.p.)

Desde perspectivas teórico-activistas, se aportan reflexiones sobre la diversidad de género en la infancia (Green y Friedman 2015[2013] eds.; Edginton-Green, Edginton y Green 2015[2013]; Friedman y Green 2015[2013]; Missé 2013a; Platero 2014a, 2014b; Ward 2015[2013]; Witterick 2015[2013]).

Green y Friedman (2015[2013] eds.) publican en 2013 la antología *Chasing Rainbows: Exploring Gender Fluid Parenting Practices* sobre la experiencia de padres y madres de niñ*s 'independientes en el género' relacionad*s con el movimiento asociativo en el contexto canadiense, bajo el interés de explorar las formas que eligen l*s madres y padres para respetar

la fluidez de género de sus hij*s³⁰⁹.

Esta recopilación pretende explorar algunas de las opciones que están eligiendo las familias para respetar la fluidez de género a través de su expresión personal y/o las maneras en que están criando a sus hijos e hijas para respetar su expresión fluida de género. (...)

Esperamos que esta recopilación muestre que las prácticas de crianza desde la fluidez de género son profundamente saludables y totalmente normales y que, a su vez, forman parte de un cambio cultural emocionante, a menudo aterrador y profundamente radical. (Friedman y Green 2015[2013]: 15, 17)

Como punto de partida para la publicación de la antología se nombra la historia de Storm, cuy*s padres decidieron mantener su género asignado al nacer en secreto y el impacto mediática de esta decisión (Friedman y Green 2015[2013]).

En un capítulo de la antología, Kathy Witterick (2015[2013]), madre de Storm, nombra como motivos para su decisión la experiencia de exploración y fluidez de géneros en sus dos hij*s mayores. Witterick (2015[2013]) describe los desafíos inherentes al proceso de apoyar a sus hij*s en la exploración de expresiones e identidades de género no normativas en la vida cotidiana.

Este momento no permite optar por una salida neutral. A ninguna madre y a ningún padre. La neutralidad no es posible cuando se trata de la crianza y del género. El género es un experimento social^[referencia a pie de página] y cada elección familiar, etiquetada o no, activa u omitida, sensacionalizada o consentida, perfila la visión del mundo de una criatura y afecta a su manera de crecer, aprender y definirse a sí misma y a los demás. Las pruebas indican que la limitada perspectiva de género actual tendrá un impacto negativo social y en la salud de toda la infancia^[referencia a pie de página] no solo de los míos, que se autodeterminan de un modo que desafía la clasificación de niño o niña. Lo cierto es que la esencialización del género en un sistema binario perjudica a todos. (Witterick 2015[2013]: 37-38)

Además, Witterick (2015[2013]) hace referencia a la aportación de la exploración de sus niñ*s en su propio proceso de reflexión sobre su rol como padres.

Agradezco que Jazz, Kio y Storm me hayan reservado un lugar en su revolución. No es un punto muerto. (...) La crianza desde la neutralidad de género parece un oxímoron, ya que sugiere la idea imposible de que el género es imparcial. Esta es mi “estrategia radical de crianza”: intento escuchar. Suena aburrido, así que David y yo nos hemos inventado un nombre rebuscado. Lo llamamos *crianza comprometida con el género*. (Witterick 2015[2013]: 49-50)

Jane Ward (2015[2013]), autora colaboradora de la antología y profesional de estudios sobre las mujeres en la Universidad de *California Riverside*, describe las reacciones del mundo exterior que Witterick y su pareja recibieron por no querer revelar el género asignado al nacer de Storm.

Kathy y David estaban sorprendidos de que nadie pareciera escucharles cuando decían que Storm acabaría teniendo un género, pero que no iban a ser ellos (los padres de Storm) los que decidieran cuál. (Ward 2015[2013]: 62)

³⁰⁹ La antología se publica en 2015 en castellano bajo el título *Buscando al final del arcoíris. Una exploración de las prácticas de crianza desde la fluidez de género* (Green y Friedman 2015[2013] eds.).

Ward (2015[2013]), desde la doble perspectiva como madre y académica queer y feminista, aboga por el derecho a la autodeterminación de tod*s l*s niñ*s, no solo de niñ*s inconformes en el género.

Cuando aplicamos las ideas de la teoría *queer* y feminista a la labor de crianza, nos comprometemos a proporcionar a todas las niñas y niños (no solo a aquellos que “muestran señales” de disconformidad de género) las herramientas sociales, culturales y políticas que pueden usar para trabajar, simultáneamente, con y contra el género binario, un proceso al que denomino “autodeterminación de género”.
(Ward 2015[2013]: 63)

La autora ofrece diferentes recomendaciones para una ‘crianza queer’, entre ellas: 1. “No te refieras a las criaturas como chicos y chicas”, 2. “Familiarizarle con lo queer”, 3. “No le diagnostiques”, 4. “Cambiar las palabras de libros infantiles”, 6. “Cuando una persona adulta cercana cree que necesita saber su género, pregúntale por qué” (Ward 2015[2013]: 64-67).

Edginton-Green, Edginton y Green (2015[2013]) relatan en un diálogo a tres voces su vivencia con la diversidad de género en la infancia en la familia. Liam Edginton-Green compara su relación con el género durante la infancia con la experiencia de daltonismo, resaltando que el apoyo familiar le ayudó a percibir la diversidad de género como una oportunidad y riqueza personal (en: Edginton-Green, et al. 2015[2013]).

Soy “ciego al color” (daltónico), una expresión cargada de suposiciones. Normalmente, cuando se lo digo a alguien, suponen que no puedo ver ningún color (...) Entonces explico con más detalle que se trata de una incapacidad para distinguir los colores rojo y verde entendidos como tales: puedo ver bien los colores; el problema es que mi cerebro no comprende donde termina un color y dónde empieza otro. Lo que me resulta difícil es clasificar los colores, ya que los límites de cada color son fluidos y se mezclan entre sí en mi mente. Es un paralelismo perfecto con cómo veía el género de niño. (...) Ahora, tras haber vivido durante casi veinticinco años en una sociedad con divisiones de género y estructurada, he aprendido dónde se hallan esos límites; sin embargo, todavía percibo que son fluidos, se encuentran en proceso de cambio y se prestan a la interpretación.
(Edginton-Green en: Edginton-Green, et al. 2015[2013]: 212)

Barry Edginton, desde su rol como padre, explica su concepto de una crianza basada en el compromiso (en: Edginton-Green, et al. 2015[2013]).

Así, pasé a definir el proceso de crianza que ejerzo como un proceso de “compromiso”. No veo que este modelo sea específico de la crianza desde la fluidez de género, sino un modelo que abarca toda crianza.
(Edginton en: Edginton-Green, et al. 2015[2013]: 218)

Fiona Green, madre de Liam, define su conceptualización de las prácticas de crianza desde el feminismo y su implicación con el mismo (en: Edginton-Green, et al. 2015[2013]).

Mi feminismo es una parte integral de la conciencia de mi misma y de todos los aspectos de mi vida, incluida mi práctica maternal. También es la base de mi respeto por la autonomía de todos los seres humanos, sin tener en cuenta marcadores definidos socialmente como la capacidad, la educación, la etnicidad, el género, la raza, la religión, el sexo, la orientación sexual y la clase social.
(Green en: Edginton-Green, Edginton y Green 2015[2013]: 220)

En el contexto español, Platero (2014a) analiza, desde una perspectiva teórico-activista y enfoque de despatologización, en un estudio cualitativo la influencia de los discursos psiquiátricos y legales en los discursos, necesidades y estrategias de madres y padres de niñ*s

con expresiones e identidades diferentes al género asignado al nacer y profesionales del ámbito socio-sanitario y educativo.

Según los resultados de la investigación, l*s madres y padres reflejan una sensación de inseguridad, aislamiento, falta de información y apoyo, así como una experiencia de culpabilidad, mientras l*s profesionales del ámbito socio-sanitario y educativo expresan la vivencia de una falta de información y formación específica (Platero 2014a).

En relación al proceso diagnóstico, Platero (2014a) observa discursos en l*s madres y padres que parecen reproducir los criterios diagnósticos, al mismo tiempo que procesos de agencia activa. La actual situación de crisis económica se identifica como un factor que dificulta la negociación de objetivos y necesidades entre profesionales y madres / padres (Platero 2014a).

Nonetheless, parents are not passive actors, and instead show certain agency when acting in benefit of their children. Professionals are less likely to be influenced by parents or trans infancy, who on the other hand, are able to identify clearly their current needs. The current crisis situation in Spain makes it even more difficult to meet professionals' and parents' identified needs.
(Platero 2014a: 153)

En el proceso de reconocimiento de la expresión e identidad de género de l*s hij*s, Platero (2014a) identifica la utilización de diferentes estrategias, como ayudar a otr*s madres y padres, encontrarse con ell*s y sus hij*s, leer sobre el tema, participar en asociaciones, implicarse en la transición de sus hij*s o cambiarl*s de colegio, así como actitudes de negación o resistencia.

Parents seemed to adopt a medical perspective, using medical language and knowledge without questioning it. Interviews showed that after a period of shock of differing lengths, parents used different coping strategies, sometimes showing great acceptance, such as wanting to help other parents; meeting other parents and their children; reading as much as they could on the issue; becoming members of organizations; being extremely involved in their children's transition; and choosing a different school or playground to have a fresh start. A different coping strategy was denial, showing different types of resistance, which could be summarized as wanting to wait for these behaviors to pass once children grew up.
(Platero 2014a: 156)

Finalmente, Platero (2014a) señala la influencia del contexto geopolítico, nombrando el pasado franquista, las actuales políticas de austeridad y el giro político hacia posiciones conservadoras como elementos que dificultan la promoción del respeto a la diversidad y provisión de un apoyo adecuado a niñ*s divers*s en el género y sus familias.

Despite growing acceptance and the development of new legislation for sexual and gender minorities, Spanish society is also concerned with the gender ruptures, which are labeled as problematic, evidence of disorders, and linked to sexual minorities. The influence of the international framework where transgenderism is seen as a disorder has permeated Spanish legislation. As a result, gender-nonconforming children and trans youths lack assistance and proper information. (...)

Lacking specific research and professional training allows bad practice, as well as the emergence of different moral ideas towards sexual dissidence, influenced by Spain's repressive past. The lack of adequate knowledge paves the way for those who support discipline and suggest correcting inappropriate gender behavior. The current shift in Spain towards austerity and conservative positions may reflect an understanding of

transgenderism as transgressing upon well-respected notions of family and gender norms linked to the concept of “nature” that are vigorously promoted by the Catholic Church. (Platero 2014a: 162)

Desde el contexto catalán, Miquel Missé (2013a) expresa la preocupación por una medicalización de la diversidad de género en la infancia incluso en enfoques afirmativos, forzando a l*s niñ*s a adoptar una identidad de género binaria y fija, sin posibilitar una exploración de diferentes roles y expresiones de género.

Durante mucho tiempo y todavía ahora en muchos entornos, cuando un niño o una niña se identifican con el género contrario al que se les asigna durante un tiempo prolongado se les intenta explicar que este rol no les corresponde y se les acompaña para modificar estas conductas. En los últimos tiempos se ha entendido que posiblemente lo que les pasa a estos niños y niñas es que son transexuales y por lo tanto hace falta acompañarlos a hacer un cambio de sexo. Parecería que estamos asistiendo a un cambio de paradigma: hay un cierto consenso en que reprimir las conductas de los niños y niñas puede dañar su autoestima y su salud mental y, por lo tanto, lo que hacemos es ayudarlos a transitar hacia la casilla adecuada. Muchos piensan que los diagnósticos de transexualidad en la infancia son síntoma de progreso social. Y, por lo tanto, que esta idea de modificar su cuerpo con la mayor brevedad posible por ahorrarles padecimiento es la estrategia más adecuada para garantizar su buen desarrollo. (...) Hemos pasado del paradigma de la perversión, de pensar que estas conductas no son normales, al paradigma de la enfermedad, es decir que no es que no sean normales sino que son un trastorno mental. Ahora bien, lo que queremos plantear aquí es que existe una tercera vía para abordar estas situaciones, que implica entender este fenómeno desde el paradigma de la diversidad de género. (Missé 2013a: s.p.)

Aparte de publicaciones de autor*s individuales, se pueden identificar guías elaboradas por asociaciones de madres y padres de niñ*s con roles de género no normativos (AMPGYL y Missé 2013) y programas de salud LGTB (Rainbow Health Ontario s.a.).

AMPGYL, *Asociación de Madres y Padres de Niñ*s Gays, Lesbianas, Trans y Bisexuales* desarrolló en co-autoría con el sociólogo y activista trans* Miquel Missé la *Guía para madres y padres de niñ@s con roles y comportamientos de género no normativos* que parte de un enfoque afirmativo y no patologizante sobre la diversidad de género en la infancia (AMPGYL y Missé 2014).

En primer lugar, estos niñ@s no tienen ningún problema, ningún trastorno, ningún desajuste biológico. Si estuviéramos solos en una isla desierta con nuestr@s hij@s, seguramente no tendríamos dificultades de ningún tipo. Lo que es problemático es la mirada de las demás personas ante este tipo de conductas, los prejuicios sociales que existen entorno a estas vivencias. Por eso es más importante enseñar al entorno a comprender a los niñ@s que intentar cambiar el comportamiento de ést@s. (AMPGYL y Missé 2014: 5-6)

Desde la observación de frecuentes cambios en la expresión e identidad de género de l*s niñ*s, la Guía propone abrir un espacio de apoyo que permitiera la libre exploración de expresiones e identidades de género (AMPGYL y Missé 2014).

Ellos tienen que encontrarse a sí mismos por su cuenta, y decidir cómo se definen y cómo no. En este sentido, es importante no presionarles ni presuponer nada. Simplemente dejar que hagan su camino y estar allí para cuando nos necesiten. (AMPGYL y Missé 2014: 12)

En el contexto canadiense, *Rainbow Health Ontario* (s.a.) reafirma la importancia de una facilitación de espacios seguros y afirmativos para la exploración de expresiones e identidades de género para “[g]ender independent children” (1), desde el reconocimiento de una amplia diversidad respecto al grado de transición social.

- Gender independent children are very diverse. Some may strongly and consistently identify with a gender role which differs from their natal sex. Others may express a gender identity which blends aspects of multiple genders and is fluid or changing. And others may be comfortable in their assigned sex, but behave in ways which do not conform to social norms, for example preferring clothing and activities typically associated with the other gender. [referencias a final del texto] (...)
- Contemporary approaches to childhood gender non-conformity are moving away from pathologizing treatments and towards affirmative models in which the focus is not on children’s behaviours but on parents learning to support their child. In the affirmative approach, the goals of intervention with families are to: destigmatize gender variance; promote the child’s pride and self-worth; strengthen the parent-child bond; create opportunities for peer support among families; and offer parents the advocacy skills needed to create safe spaces for their child in daycares, schools and other social environments. [referencias a final del texto] (...)
- Peer support has been identified as a very valuable resource for families with gender independent children. [referencias a final del texto] (Rainbow Health Ontario s.a.: 1, 2, 4)

Además, en los últimos años se puede observar el desarrollo de recursos didácticos sobre diversidad de género en la infancia, dirigidos a profesionales de Educación Primaria y Secundaria (Coll-Planas y Vidal 2013; Platero 2014b).

Coll-Planas y Vidal (2013) presentan con *“Dibujando el género”* un libro didáctico sobre la construcción social del género, desigualdades, identidades trans* e intersex, así como experiencias de lesbianas, gays y bisexuales, mediante una combinación de textos y dibujos.

Partiendo de una reflexión teórica sobre diversidad de género de la infancia y despatologización, Platero (2014b) aporta en el libro *Trans*sexualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos* herramientas para trabajar sobre la temática en el aula, desde su entendimiento como *“una propuesta social y pedagógica transformadora, diseñada sobre la base de poner a las personas trans* en el centro, como protagonistas y sujetos que toman las riendas de sus vidas”* (21). Platero (2014b) parte de un enfoque interseccional, desde la idea de que *“[l]as personas tenemos identidades y necesidades heterogéneas, fruto de la combinación de la procedencia étnica, socioeconómica, de clase social, de diversidad funcional, de género, de edad y otras categorías sociales que dibujan experiencias “interseccionales”* (25). El libro incluye una sección de herramientas y actividades sobre diversidad de género para el entorno educativo, así como referencias de documentales, películas, literatura infantil y novelas sobre la temática (Platero 2014b).

3.9.1.3. Diversidad de género en la adolescencia

En caso de adolescentes que desean transitar en el género, *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* (STP-2012 2012a) apoya el derecho de jóvenes a tener acceso a bloqueadores hormonales, en concordancia con sus capacidades progresivas y los derechos

reconocidos en la *Convención de Derechos del Niño* (ONU 1989) y las *Observaciones Generales N° 7, 12, 13, 15, 17* del *Comité sobre los Derechos del Niño* (ONU 2005; 2009; 2011a; 2013c, 2013d). Al mismo tiempo, expresa preocupación sobre los riesgos de una creciente medicalización de los tránsitos en el género durante la adolescencia, así como acerca de los potenciales efectos secundarios clínicos y sociales del uso de bloqueadores hormonales (STP-2012 2012a).

En los pocos países del mundo en los que existe una cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica, se observan además los siguientes aspectos: (...)

- El riesgo de patologización, medicalización e invisibilización de expresiones e identidades de género que no se corresponden a una norma social binaria y heterocentrada en niñ*s y adolescentes mediante la categorización actual.

(STP-2012 2012a: 4)

En el proceso de elaboración de un nuevo bloque de atención sanitaria trans-específica consideramos importante que se tengan en cuenta los siguientes aspectos: (...)

El derecho de acceso de niñ*s y adolescentes a una atención sanitaria trans-específica, bajo el principio de su derecho a la participación en un proceso de decisión informada y protección de tratamientos no consentidos, a la vez de evitar una medicalización de expresiones e identidades de género diversas.

(STP-2012 2012a: 6)

3.9.1.4. Reconocimiento legal de género en menores de edad

El tema del reconocimiento legal de género de personas menores de edad es otro aspecto discutido desde perspectivas activistas y teórico-activistas. Mientras muchas de las leyes actualmente vigentes restringen el acceso al cambio registral de nombre y género a personas mayores de edad (Byrne 2014; TGEU 2015c), a lo largo de los últimos años se aprobaron leyes de identidad de género que permiten el reconocimiento legal de género a menores de edad, estableciendo medidas de protección específicas. En este sentido, la *Ley de Identidad de Género de Argentina* permite el cambio registral del nombre y género a personas menores de edad, bajo referencia a la *Convención sobre los Derechos del Niño* (ONU 1989) y el establecimiento de mecanismos específicos de protección (Congreso Argentino 2012).

ARTICULO 5° — Personas menores de edad. Con relación a las personas menores de dieciocho (18) años de edad la solicitud del trámite a que refiere el artículo 4° deberá ser efectuada a través de sus representantes legales y con expresa conformidad del menor, teniendo en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño/a de acuerdo con lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Asimismo, la persona menor de edad deberá contar con la asistencia del abogado del niño prevista en el artículo 27 de la Ley 26.061.

Cuando por cualquier causa se niegue o sea imposible obtener el consentimiento de alguno/a de los/as representantes legales del menor de edad, se podrá recurrir a la vía sumarísima para que los/as jueces/zas correspondientes resuelvan, teniendo en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño/a de acuerdo con lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

(Congreso Argentino 2012: 3)

El *Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act 2015 (GIGESC)*, aprobado en 2015 en Malta (Government of Malta 2015b), incluye la posibilidad de un cambio

registral del nombre y género de una persona menor, con referencia a los principios del interés superior y reconocimiento del punto de vista de la persona menor, establecidos en la *Convención sobre los Derechos del Niño* (ONU 1989). En caso de que se hubiera optado por no inscribir el género al nacer, el registro se debe efectuar antes de los dieciocho años (Government of Malta 2015b).

7. (1) The persons exercising parental authority over the Minor or the tutor of the minor may file an application in the registry of the Civil Court (Voluntary Jurisdiction Section) requesting the Court to change the recorded gender and first name of the minor in order to reflect the minor’s gender identity.

(2) When an application under sub-article (1) is made on behalf of a minor, the Court shall:
(a) ensure that the best interests of the child as expressed in the Convention on the Rights of the Child be the paramount consideration; and
(b) give due weight to the views of the minor having regard to the minor’s age and maturity.

(3) If the Court accedes to the request made in accordance with sub-article (1), the Court shall order the Director to change the recorded gender and first name of the minor in the act of birth of the minor.

4) The persons exercising parental authority over the minor or the tutor of the minor whose gender has not been declared at birth, shall before the minor attains the age of eighteen, file an application in the registry of the Civil Court (Voluntary Jurisdiction Section) in order to declare the gender and the first name of the minor, if the minor wants to change the first name, and following the express consent of the minor, taking into consideration the evolving capacities and the best interests of the minor. The Civil Court (Voluntary Jurisdiction Section) shall order the Director to record the gender and first name of the minor in the act of birth of the minor.

(Government of Malta 2015b: A347)

Además, el *GIGESC Act* establece el derecho a la integridad y autonomía física, declarando como ilegales los ‘tratamientos de reasignación de sexo’ u otras intervenciones quirúrgicas en las características de la persona menor cuando éstos pueden ser postergados hasta que la persona menor pudiera dar Consentimiento Informado (Government of Malta 2015b).

14. (1) It shall be unlawful for medical practitioners or other professionals to conduct any sex assignment treatment and/or surgical intervention on the sex characteristics of a minor which treatment and/or intervention can be deferred until the person to be treated can provide informed consent: Provided that such sex assignment treatment and/or surgical intervention on the sex characteristics of the minor shall be conducted if the minor gives informed consent through the person exercising parental authority or the tutor of the minor.

(2) In exceptional circumstances treatment may be effected once agreement is reached between the interdisciplinary team and the persons exercising parental authority or tutor of the minor who is still unable to provide consent: Provided that medical intervention which is driven by social factors without the consent of the minor, will be in violation of this Act.

(Government of Malta 2015b: A349-A350)

Desde perspectivas activistas, se valora positivamente el reconocimiento del derecho a la integridad física y autonomía corporal en el *GIGESC Act*, como avance en materia de protección de l*s recién nacid*s, niñ*s y adolescentes intersex (GATE 2015a).

The Maltese *Act* goes further, introducing a radical change to other gender identity laws – and to any other human rights legislation in recognising a right to ‘bodily integrity and physical autonomy’ as an integral part of the Right to Gender Identity [3(d)]. (...)

The Maltese *GIGESC Act* not only defends children’s rights in Malta, including those of bodily integrity, self-determination and health. It also makes a fundamental contribution to intersex people’s human rights by recognizing in law the pervasive role that “social factors” play in justifying medically unnecessary procedures aimed to “normalize” intersex bodies.

The Maltese *Act* explicitly exposes the vulnerability of intersex infants, children and adolescents in medical settings, while affirming, at the same time, that this can be successfully addressed as a matter of law. We hope this clear and strong message to be heard and followed not only by other governments around the globe, but also by the World Health Organization.
(GATE 2015a: s.p.)

Además, se resalta positivamente la posibilidad de cambio registral de nombre y género en caso de menores, bajo consideración del principio del interés superior de la persona menor, así como la posibilidad de posponer la inscripción registral del género en el certificado de nacimiento (TGEU 2015a).

Application by a legal minor is regulated in analogy through a court procedure. Thus, parents or legal guardians of an underage person can apply. The best interest of the child and the views of the minor have to be given due consideration.
The Bill foresees that parents or guardians may decide to postpone the inclusion of a gender marker on the birth certificate until the child's gender identity is determined. This has to be welcomed as it allows for time the child to make an informed decision about it.
(TGEU 2015a: s.p.)

En cambio, como nombrado más arriba (capítulo II, 3.8.1.4), el mantenimiento de requisitos médicos en el proceso legal de reconocimiento de género de jóvenes entre 16-18 años y la exclusión de menores de 16 años en el *Gender Recognition Act* aprobado en julio de 2015 en Irlanda (Houses of the Oireachtas (2015) suscitó la crítica del movimiento trans*, paralelamente a una valoración general positiva de la ley (TENI 2015b, 2015c; TGEU 2015d).

Desde perspectivas teórico-activistas se recomienda la inclusión de opciones de reconocimiento legal de género para menores de edad, teniendo en cuenta sus capacidades progresivas (Byrne 2014).

Ideally, progressive laws and policies (...) will not: (...)

- Be governed by age restrictions. Options for children and youth should recognize their evolving capacities.

(Byrne 2014: 9)

3.9.2. Procesos activistas y reflexiones teórico-activistas precedentes

En discursos desarrollados desde perspectivas teórico-activistas trans* a lo largo de las últimas décadas, se puede observar la presencia de reflexiones sobre dinámicas de patologización de la diversidad de género en la infancia y adolescencia.

3.9.2.1. Reflexiones precedentes: Clasificación diagnóstica

En septiembre de 1996, la *San Francisco Human Rights Commission* adoptó una resolución contra el uso del diagnóstico de '*Gender identity disorder (GID)*' en niñ*s y jóvenes, denunciando su uso para justificar terapias reparativas, además de criticar el efecto de una continuada discriminación de niñ*s y jóvenes no conformes con su género, así como personas LGBT en general.

[T]he diagnosis of GID in children and youth was established to identify so-called "pre-homosexual" and "pre-transsexual" children for the purpose of preventing them from growing up to be gay or transsexual; and GID of childhood and adolescence is currently

used to subject children and youth to coercive treatments and therapies, including forced institutionalization, for the purpose of preventing adult homosexuality and transsexualism; and GID of childhood and adolescence is also used to stigmatize and scapegoat children and youth who have been harassed or abused because of their gender nonconformity and/or perceived sexual orientation or gender identity; and children labeled with GID are frequently subjected to behavior modification, counseling or psychoanalysis to force them to conform to' sexist and heterosexist norms; and the misuse of GID of childhood and adolescence reinforces and perpetuates bias and discrimination against gender atypical children and youth, as well as against lesbian, gay, bisexual, transgender, and transsexual people; (San Francisco Human Rights Commission 1996: s.p.)

Desde la observación de barreras de acceso en consecuencia de experiencias previas de discriminación, la comisión resalta la importancia del acceso a servicios de asesoramiento y atención sanitaria afirmativa para jóvenes, partiendo del Derecho Humano a la autodeterminación y al trato respetuoso de l*s niñ*s y jóvenes con expresiones e identidades de género no normativas (San Francisco Human Rights Commission 1996).

[Y]outh who identify as transsexual have a particular need for supportive counseling and for competent, appropriate health care; and fear of coercive and inappropriate treatment prevents many lesbian, gay, bisexual, transgender, transsexual, queer, and questioning youth from accessing health care and mental health care services; and gender atypical children and youth have a fundamental human right to self-determination and to be treated with dignity and respect; (San Francisco Human Rights Commission 1996: s.p.)

En diciembre de 1996, *NGLTF, National Gay and Lesbian Task Force* adoptó una declaración sobre la categoría diagnóstica 'Trastorno de identidad de género', incluyendo una revisión crítica de la categoría 'Trastorno de identidad de género en niñ*s'. Señala que, mientras en caso de adult*s, el diagnóstico puede ser utilizado para posibilitar el acceso a la atención sanitaria trans-específica, se observa un uso para patologizar a personas trans* adult*s, jóvenes y niñ*s divers*s en el género (NLGTF 1996).

While some transgender people use a GID diagnosis to qualify for hormone treatment, surgery and, in limited cases, anti-discrimination protections based on disability, the diagnosis can be used to pathologize transgender people and "gender-variant" youth -- i.e., those children who exhibit behavior that may be viewed as "pre-homosexual" or "pre-transsexual." GID is a controversial subject that deserves sensitive treatment. It has broad implications for the civil rights, health and well-being of transgender people. (NLGTF 1996: s.p.)

Teniendo en cuenta la necesidad de las personas trans* de acceder a la atención sanitaria trans-específica, NLGTF (1996) no demanda la retirada completa de la categoría diagnóstica GID, sino su reforma, con el objetivo de evitar una patologización de las personas trans* y niñ*s y jóvenes divers*s en el género, aumentar la financiación en investigación y fomentar la participación de las personas trans* en las decisiones políticas que les conciernen. A la vez, reitera su preocupación por un uso de la categoría diagnóstica en niñ*s y jóvenes divers*s en el género (NLGTF 1996).

Kelly Winters, bajo el pseudónimo de Katherine Wilson, critica en un artículo publicado en 1998 la ampliación de criterios diagnósticos dirigidos a la diversidad de género en la infancia en el DSM-IV (APA 1994) en comparación con ediciones anteriores, la presencia de requisitos

diferenciados según el género, así como una reproducción de estereotipos de género que, según su perspectiva, ya no corresponden a la realidad de una frecuente vestimenta infantil unisex en la sociedad norteamericana actual, reforzando procesos de discriminación sexual (Wilson 1998).

In the case of gender non-conforming children and adolescents, the GID criteria are significantly broader in scope in the DSM-IV (APA, 1994, p. 537) than in earlier revisions, to the concern of many civil libertarians. A child may be diagnosed with Gender Identity Disorder without ever having stated any desire to be, or insistence of being, the other sex. Boys are inexplicably held to a much stricter standard of conformity than girls. A preference for cross-dressing or simulating female attire meets the diagnostic criterion for boys but not for girls, who must insist on wearing only male clothing to merit diagnosis. References to "stereotypical" clothing, toys and activities of the other sex are imprecise in an American culture where much children's' clothing is unisex and appropriate sex role is the subject of political debate. Equally puzzling is a criterion which lists a "strong preference for playmates of the other sex" as symptomatic, and seems to equate mental health with sexual discrimination and segregation. (Wilson 1998: s.p.)

En el libro *Gender Madness in American Psychiatry*, Kelley Winters (2008a) aporta un análisis de la categoría de 'Gender Identity Disorder in Children' en el DSM-IV-TR, cuestionando la presencia de estereotipos de género en cuatro de los cinco criterios. Según su perspectiva, solo el primer aspecto del criterio A (*"repeatedly stated desire to be, or insistence that he or she is, the other sex"*, APA 2000a: 581) describe características específicas de niñ*s que desean transitar en el género, mientras los otros cuatro subcriterios, relacionados con la vestimenta, los roles, juegos, fantasías y compañer*s de juego *"are based strictly on nonconformity to social birth sex stereotypes"* y *"pathologize, as mental illness and sexual disorder, behaviors and self-expression that would be considered ordinary for other children"* (Winters 2008a; 21).

Además, critica el uso de la terminología *"cross-sex"* o *"cross-dressing"*, por partir del género asignado al nacer y no del género actual de l*s niñ*s (Winters 2008a: 22), la exclusión de menores con un diagnóstico relacionado con la intersexualidad, así como la falta de diferenciación entre un malestar relacionado con la 'disforia de género' y actitudes de prejuicio o intolerancia social. Según Winters (2008a), la falta de claridad puede servir para promover enfoques de terapia reparativa. De modo general, Winters (2008a) resalta que l*s niñ*s no necesitan transición médica, sino un entorno de apoyo para expresarse sin culpa o miedo.

In the context of children, transition is not assignment or coercion by parents or clinicians. Transition means simply creating an environment where gender-variant or transcendent^[referencia al final del capítulo] children may safely express their inner sense of gender identity without shame or fear (...). In the Byzantine language of the current Gender Identity Disorder in Children (GIDC) diagnosis, gender transcendent children should be closeted and neither seen nor heard. In fact, gender role transition itself is misconstrued as symptomatic of psychosexual illness in the diagnostic criteria for GIDC. (Winters 2008a: 20)

Desde la consideración del carácter sobre-inclusivo de la categoría GIDC, Winters (2008a) llama al Grupo de Trabajo de APA *"to remove all references to gender expressions that differ from birth sex roles from the diagnostic criteria"* (28).

Spade (2006a) aporta una revisión crítica de la categoría diagnóstica de GIDC en el DSM-IV, cuestionando la posibilidad de diferenciación entre “*wrong gendered kids*” (321) y niños ‘normales’, criticando la producción discursiva de una ‘infancia normal’. Además, pone en entredicho el criterio de exclusión de un deseo de adoptar el ‘otro’ género por una situación de ventaja cultural, argumentando que los roles de género siempre están mediados culturalmente (Spade 2006a).

If we start from an understanding that gender behavior is learned, and that children are not born with some innate sense that girls should wear dresses and boys shouldn't like Barbie or anything pink, tan how can a desire to transgress an assigned gender category be read outside of cultural meanings?
(Spade 2006a: 321)

Según el autor, la clasificación de expresiones de género concretas como trastorno mental parte de la ficción de que existiera una expresión de género ‘natural’, creando un efecto normalizador en todos los niños a través del establecimiento de un sistema de vigilancia (Spade 2006a).

The diagnostic criteria for GID produces a fiction of natural gender, in which normal, non-transsexual people grow up with minimal to no gender trouble or exploration, do not crossdress as children, do not lay with the wrong-gendered kids, and do not like the wrong kinds of toys or characters. This story isn't believable, but because medicine produces it not through a description of the norm, but through a generalized account of the transgression, and instructs the doctor/parent/teacher to focus on the transgressive behavior, it establishes a surveillance and regulation effective for keeping both non-transsexuals and transsexuals in adherence to their roles.
(Spade 2006a: 321)

En el acceso a la atención sanitaria trans-específica en la edad adulta, Spade (2006a) observa la obligación de reproducir una narrativa de ruptura con la trayectoria de infancia normativa producida por la medicina.

In order to get authorization for body alteration, this childhood must be produced, and the GID diagnosis accepted, maintaining an idea of two discrete gender categories that normally contain everyone but occasionally are wrongly assigned, requiring correction to reestablish the norm.
(Spade 2006a: 321)

De forma autobiográfica, Spade (2006a) relata su propia resistencia al requisito de reproducción de esta narrativa de ruptura con el género asignado al nacer durante la infancia, y el precio de esta resistencia – la negación del acceso a la cirugía trans-específica.

It's always been fun to reject the gay childhood story, to tell people I 'chose' lesbianism, or to over articulate a straight childhood narrative to suggest that lesbianism could happen to anyone. But not engaging a trans childhood narrative is terrifying – what if it means I'm not 'real'? Even though I don't believe in real, it matters if other people see me as real – if not I'm a mutilator, an imitator, and worst of all, I can't access surgery.
(Spade 2006a: 321)

3.9.2.2. Reflexiones precedentes: Promoción del respeto

Aparte de estas reflexiones sobre la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia y requisitos en el acceso a la atención sanitaria trans-específica, desde perspectivas teórico-activistas trans* se aportaron, a lo largo de las últimas décadas, reflexiones sobre el

impacto de la discriminación en niñ*s y jóvenes con expresiones e identidades de género diferentes al género asignado al nacer (Bornstein 1994, 2006) y la vivencia de la diversidad de género en la infancia en entornos culturales afirmativos (Gómez 2004).

En *Gender Outlaws*, la activista, artista y autora trans* Kate Bornstein (1994) relata su propia infancia en el contexto norteamericano, describiendo una experiencia temprana de extrañamiento con el binarismo de género, sensación de ‘estar loc*’ o ‘tener un defecto’ y vivencia de una falta de referentes positivos.

When I was a kid, everyone else seemed to know they were boys or girls or men or women. That’s something I’ve never known; not then, not today. I never got to say to the grownups “Hold on there - just what is it about me that makes you think I’m a little boy?” As a kid, I just figured I was the crazy one; I was the one who really had some serious defect. (...) See, I was a lonely, frightened little fat kid who felt there was something deeply wrong with me because I didn’t feel like I was the gender I’d been assigned. I felt there was something wrong with me, something sick and twisted inside me, something very very bad about me. And everything I read backed that up.
(Bornstein 1994: 8, 12)

En *Hello, Cruel World. 101 Alternatives to Suicide*, Bornstein (2006) se dirige a “*Teens, Freaks & Other Outlaws*” (título), abriendo un diálogo con lector*s jóvenes a l*s que intenta disuadir de un potencial suicidio, desde una re-narración de su propia trayectoria como persona trans* que transgrede los géneros e identificación como “*traveler*”(22).

Today could be the last day of your life. Whether or not you’re thinking of killing yourself, you could die at any moment.
Still here?
Excellent! That’s called staying alive. (...)
You have every right to know more about me. So, here’s me coming out to you: My name is Kate Bornstein, and I’m a transsexual.
Still here?
Excellent! That’s called being interest in life’s possibilities.
I’m not exactly a transsexual. A transsexual is a man who becomes a woman, or a woman who becomes a man, and I’m not a man, and I’m not a woman. I break too many rules of both those genders to be one or the other. I transgress gender. You could call me transgressively gendered. You could call me transgender. Me, I call myself a traveler.
I’m traveling through all sorts of identities, picking and choosing what works and leaving the rest behind.
(Bornstein 2006: 21-22)

A lo largo del libro, Bornstein (2006) realiza un alegato del derecho a ser un* mism*, invitando a sus lector*s a “[g]o ahead, give yourself permission to become the kind of person you’ve always dreamed you could be”(32).

Después de alistar varias actuaciones de emergencia ante una situación de pensamientos de suicidio, entre ellas llamar a una persona de confianza o a un servicio de apoyo telefónico, buscar la ayuda de un* profesional de la salud, o conectar con otras personas online, esboza 101 alternativas al suicidio, incluyendo aspectos como “1. *Keep moving*”, “6. *Just say no*”, “13. *Ask for help*”, “19. *Make art out of it*”, “26. *Join a group that wants you as a member, or start one of your own*”, “28. *Give yourself permission*”, “30. *Get out here and be a star*”, “35. *Dance for your life*”, “41. *Make a dream become true for someone else*”, “45. *Come out, come out, whatever you are*”, “47. *Find a friend*”, “*Find your tribe*”, “50. *Be your own*

hero/ine”, “62. *Stay in bed*”, “63. *Travel and have adventures*”, “74. *Frame your own debate*”, “76. *Learn another language for love*”, “86. *Ignore the Golden Rule*”, “89. *Shatter some family value*”, “91. *Believe in your own paradox*”, “97. *Take a walk in the Woods*” o “101. *Try to keep someone else alive*” (Bornstein, 2006: 100-106).

Desde el contexto mexicano (Juchitán), identidad muxhe y perspectiva teórico-activista (como activista y antropóloga), Amaranta Gómez (2004) describe la vivencia de diversidad de género en la infancia en un contexto cultural afirmativo, en el que el entorno social adscribe roles específicos a niñ*s y jóvenes considerad*s como muxhe.

Dentro de las ciudades que arropan el Istmo de Tehuantepec está Juchitán —Xhavizende o Ixtaxochitlan (ciudad de las flores)— misma que forma parte de los valles bajos del estado oaxaqueño. Juchitán se encuentra ubicada al sur de México atravesada por la línea de asfalto panamericano y eje “natural” migratorio de ciudadanos centroamericanos. Este lugar se caracteriza por su vida festiva, sus pachangas, sus velas —fiestas patronales realizadas en los meses de mayo, agosto, septiembre y diciembre—, sus mayordomías, la sacra comparsa a la Santa Cruz de los pescadores o del lagarto, la veneración por el campo, la cosecha, el barro, la tierra, el ciruelo y el alimento; por las estrellas y los santos, por el paganismo y el mito. Se caracteriza también por su tolerancia, permisividad y respeto por la diferencia sexual y por la conservación de sus costumbres y su lengua natural, el zapoteco. (Gómez, 2004: 199)

Gómez (2004) inicia la descripción de su propia experiencia aportando una definición de la identidad muxhe.

La palabra muxhe proviene de la palabra mujer de la lengua española del siglo XVI, mujer, muller, muxhe, esta definición trata de arropar el término de hombre-femenino y con el cual se nos nombra a todas las personas que nacemos varón y crecemos con identidades genéricas femeninas, es una identidad similar a la gay y lo transgé-nero, pero con características sui generis. A partir de aquí nos referiremos a las personas heterosexuales femeninas como guna (mujer), a los masculinos como nguiu (hombre) y ngüü a las mujeres con identidad genérica masculina, que es una connotación de la palabra varón (nguiu) en lengua zapoteca.

(Gómez 2004: 200)

La autora señala la interrelación del reconocimiento cultural de la identidad muxhe con la valoración específica del nacimiento de niñas, desde su rol como futuras cuidadoras de sus padres en la vejez, mediante una toma de conciencia de su identidad específica entre los cinco y los doce años (Gómez 2004).

Señalo la edad de cinco a doce años como el comienzo de la toma de conciencia temprana del muxhe ya que yo y la mayoría de ellos —con los que he conversado y convivido— reportamos que éste es el rango de edad en donde identificamos nuestros primeros rasgos de identidad diferente, una edad en donde comienza de manera muy fina un largo camino para aquellos que nacemos y crecemos como muxhe’s. Es una etapa de sensaciones internas y externas que pasa desapercibida ante los ojos de los demás, es esa sensación que a veces no sabemos qué es y cómo llamarle, pero que en términos de la sexología humana es ese espacio al que se pertenece y que desde el principio se tiene la sensación o la percepción de haber nacido en un huevecillo equivocado, y que el psicoanálisis llamaría de identidad sexo-género.

(Gómez 2004: 200-201)

Según Gómez (2004), esta toma de conciencia va acompañada por comportamientos y amaneramientos, expresados en el espacio público, una temprana asunción de roles específicos

en la economía familiar, búsqueda de personas muxhe mayores como referentes y comienzo de vivencia de una sexualidad específica. La autora describe como una experiencia compartida entre personas muxhe los procesos de acercamiento sexual entre jóvenes muxhe y otros niños varones en el marco de un juego de escondite (Gómez 2004). Identifica las reacciones de curiosidad, pero no de rechazo por parte de otr*s niñ*s como ilustración de la tolerancia hacia las identidades muxhe en Juchitán (Gomez 2004). El proceso de aceptación de la identidad muxhe en el seno familiar se describe como caracterizado por la presencia de referentes a otras personas muxhe en el entorno cercano, una vivencia del proceso *"de manera colectiva / comunitaria"*, la adopción de una *"perspectiva del 'cuidado', para que crezca y se desarrolle 'bien'"* y la consideración de que *"tener un muxhe es una 'bendición de Dios'"*, paralelamente a algunos casos puntuales de negación por parte de la familia (Gómez 2004: 202).

Desde esta experiencia de reconocimiento social y familiar, Gómez (2004) describe cómo las personas muxhe adultas asumen roles específicas, incluyendo el establecimiento de relaciones erótico-afectivas con hombres que disfrutaban de una aceptación específica dentro del contexto cultural zapoteca, por no estar ligadas a roles de reproducción y responsabilidad familiar. Además, refleja la asunción de tareas específicas en la vida comunitaria comercial, social y festiva, entre ellas el bordado de trajes regionales, la decoración de elementos tradicionales en celebraciones como cumpleaños o bodas, la venta de pescado, así como roles como *"espiritistas, cantineros, rezadores, agiotistas"* (Gómez 2004: 205).

Gómez (2004) relata como a lo largo de las últimas décadas y como respuesta a la epidemia del VIH/Sida, a estos roles tradicionales se sumó una creciente autoorganización de la comunidad muxhe y participación socio-política.

3.9.3. Crítica

La demanda de retirada de la clasificación diagnóstica trans-específica actual dirigida a adolescentes y adult*s suscitó preocupaciones y críticas dentro del movimiento trans*, relacionadas con el miedo a una pérdida de derechos sanitarios, dando lugar a una amplia discusión sobre estrategias y propuestas alternativas, así como reflexiones internas al movimiento por la despatologización trans* respecto al grado de negociación dentro del sistema establecido (capítulo II, 3.1.3, II, 3.5.3 y II, 3.5.3). En cambio, en caso de la reivindicación *"Stop Pathologizing Gender Diversity in Childhood"* parece observarse un mayor consenso dentro del activismo trans* acerca de la necesidad de retirada de la clasificación diagnóstica, visible en la organización de actividades bajo este lema en el marco del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2013 – 2015* (STP 2013d, 2014b, 2015b; capítulo II, 1)³¹⁰, así como la publicación de declaraciones y notas de prensa (capítulo II, 3.9.1)³¹¹.

³¹⁰ Las acciones realizadas en el marco del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2013 - 2015* se pueden consultar en la página web de STP, [Acciones](#).

Al mismo tiempo, se puede observar la vivencia de un beneficio indirecto del diagnóstico en algun*s madres y padres, en el sentido de una justificación de la diversidad de género de su hij* a través del diagnóstico (Missé 2013a; Platero 2014a), así como una mayor crítica ante la propuesta de retirada del diagnóstico por parte de autor*s procedentes del ámbito clínico, incluyendo miembros de los Grupos de Trabajo de revisión de las categorías trans-específicas en el DSM y la CIE, miembros de asociaciones profesionales y autor*s individuales, paralelamente a profesionales clínic*s que apoyan la retirada (capítulo II, 3.9.4).

3.9.4. Perspectivas de profesionales de la salud

[N]o one should mistake expert consensus for the truth.
(Hyman 2003 en Zucker 2010b: 477)

En los discursos de miembros de los Grupos de Trabajo del DSM y de la CIE, asociaciones profesionales y autor*s individuales con afiliación profesional en el ámbito socio-sanitario, se pueden observar tanto reflexiones sobre la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia, como respecto a modelos de atención y apoyo a niñ*s y jóvenes con expresiones e identidades de género diferentes del género asignado al nacer.

3.9.4.1. Discursos profesionales: Clasificación diagnóstica

En relación al proceso de revisión de las categorías diagnósticas relacionadas con la diversidad de género en la infancia, revisé 1. Reflexiones aportadas por miembros de los Grupos de Trabajo del DSM y de la CIE, 2. Resúmenes del proceso de consenso de *WPATH, World Professional Association for Transgender Health*, 3. Declaraciones de asociaciones profesionales, así como 4. Artículos científicos publicados por profesionales del ámbito de la salud y otras perspectivas teóricas, entre ellas la Antropología, Sociología o Historia.

3.9.4.1.1. DSM Work Group on Sexual and Gender Identity Disorder

En la edición de *Archives of Sexual Behavior* dedicada a presentar los informes del "Work Group on Sexual and Gender Identity Disorder" (Zucker 2010a: 217), se incluyen reflexiones relacionadas con la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia (Drescher 2010a; Meyer-Bahlburg 2010; Zucker 2010b).

Los tres autores (Drescher 2010a; Meyer-Bahlburg 2010; Zucker 2010b) aportan una revisión del proceso histórico de inclusión de la categoría 'Gender identity disorder in children (GIDC)'. En los tres artículos se hace referencia a la hipótesis de una introducción de los diagnósticos GID en general, y específicamente de la categoría GIDC, como 'puerta trasera'

³¹¹ GATE 2013a, 2013c, 2013d, 2014a, 2015a; GATE y ST, 2014; Gender DynamiX 2014; ILGA-Europe 2014; Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a; STP-2012 2012a; STP 2013c, 2013d, 2014a, 2014b; TGEU 2014[2013], 2014c.

para la clasificación diagnóstica de la homosexualidad (Drescher 2010a; Meyer-Bahlburg 2010; Zucker 2010b)³¹².

Drescher (2010a) constata una recepción más positiva de las categorías diagnósticas dirigidas a adult*s en consecuencia de la necesidad de acceso sanitario que de la categoría diagnóstica de GIDC, relacionando esta "*much chillier reception*" (441) con la observación de que el tratamiento dirigido a "*gender incongruent children*" (441) estaba enfocado a la 'prevención' del transexualismo, la homosexualidad o las prácticas de *cross-dressing* en adult*s. Meyer-Bahlburg (2010) hace referencia a similitudes y diferencias en el desarrollo de la homosexualidad y de 'GID', rechazando una "*conspiracy theory*" (463).

En un artículo anterior titulado *Was the Gender Identity Disorder of Childhood Diagnosis Introduced into DSM-III as a Backdoor Maneuver to Replace Homosexuality? A Historical Note*, Zucker y Spitzer (2005) cuestionan la hipótesis indicada en el título, nombrando como razones para la inclusión de la categoría de GIDC (y de la categoría de 'transexualismo') en el DSM-III el cumplimiento de los requisitos para la inclusión de una categoría diagnóstica en el DSM, entre ellos la utilidad clínica, la aceptación por profesionales clínic*s de diferentes perspectivas teóricas, la existencia de estudios empíricos, así como la existencia de un consenso de expert*s.

Además, los tres autores hacen referencia al debate actual de mantenimiento o retirada de la categoría diagnóstica GIDC (Drescher 2010a; Meyer-Bahlburg 2010; Zucker 2010b). Como argumentos a favor de su mantenimiento Meyer-Bahlburg (2010) nombra el acceso a la atención psicológica, así como medidas de protección legal y de antidiscriminación. En vez de aportar argumentos, Drescher (2010a) plantea diferentes preguntas relacionadas con el debate sobre la conveniencia de un mantenimiento o retirada de la categoría GIDC, entre ellas si todas las presentaciones de "*gender variance in children*" (454) son no-patológicas, si el malestar psicológico es interno o resultado de una falta de aceptación en el entorno social, si es posible diferenciar entre niñ*s con 'GIDC' y niñ*s con "*gender atypical behavior*" (454), si existen subtipos de GIDC según la previsión de persistencia en la adolescencia o edad adulta, si la intervención clínica con "*gender variant children*" (454) puede prevenir la persistencia de incongruencia de género en la adolescencia y adultez y si es ético tratar a niñ*s para prevenir el 'transexualismo' en la edad adulta. Además, lanza la pregunta "*[w]hat of the gender variant child whose social environment both accepts and encourages an early transition but may be unaware that the child, unwilling to disappoint, has had a change of heart*" y quién serían l*s mejor*s defensor*s de l*s niñ*s ("*Parents? Teachers? Government agencies? Mental health professionals? Adult transgender activists? Queer theorists?*", Drescher 2010a: 454).

³¹² En este sentido, los autores hablan del proceso de introducción de las categorías GID "*as a backdoor maneuver to replace homosexuality*" (Zucker 2010b: 482), "*a ruse perpetrated by psychiatrists to prevent homosexuality in adults*" (Drescher 2010a: 441), haciendo referencia a la sospecha de que "*GID, especially GID of childhood, was deliberately put into the DSM as a cryptic way of retaining homosexuality as a pathologic category*" (Meyer-Bahlburg 2010: 463).

En relación a la revisión de los criterios diagnósticos, los tres autores (Drescher 2010a; Meyer-Bahlburg 2010; Zucker 2010b) aportan reflexiones sobre el alcance y la orientación de la categoría diagnóstica, así como la preferibilidad de una categoría conjunta o separada según la edad (infancia, adolescencia y adultez).

Drescher (2010a) plantea la pregunta “[i]s it possible to clinically distinguish a pathological GIDC from normative gender atypical behavior of children who may or may not grow up to be gay or transgender?” (454). Propone separar la categoría diagnóstica dirigida a adult*s y niño*s “to avoid existing nosologic confusion” (Drescher 2010a: 455).

Meyer-Bahlburg (2010) recomienda una restricción de los criterios diagnósticos, tanto en caso de la categoría GIDAA como GIDC, aportando diferentes opciones. Desde su propia práctica clínica, Meyer-Bahlburg (2010) cuestiona la consideración del malestar clínicamente significativo e impedimento en el funcionamiento como criterio central de la diversidad de género en la infancia, señalando que en caso de niño*s, el aspecto inicial no es la disforia de género, sino “gender-atypical temperament and activity preferences” (467). Además, Meyer-Bahlburg (2010) observa una frecuente presencia de preocupaciones no relacionadas con el género en l*s niño*s. En sustitución de la clasificación diagnóstica actual de GID, Meyer-Bahlburg (2010) propone una única categoría descriptiva de “gender identity variants (GIV)” (462), incluyendo una mención del malestar como indicador específico.

Zucker (2010b) resume las opciones que propone el *Workgroup on Sexual and Gender Identity Disorders* en relación a los criterios diagnósticos de la categoría GIDC: 1. Mantener los criterios diagnósticos actuales, cambiando su redacción para eliminar las diferencias según el género asignado al nacer, 2. Modificar el criterio diagnóstico A establecido en el DSM-IV o DSM-IV-TR³¹³, convirtiendo los cinco subcriterios en obligatorios y 3. Eliminar todos los criterios diagnósticos relacionados con el comportamiento o vestimenta, relegando los mismos a la descripción del diagnóstico y desarrollar nuevos criterios diagnósticos relacionados con la disforia de género. Entre las tres opciones, Zucker (2010b) da preferencia a la segunda. En relación a la pregunta por la preferibilidad de una categoría conjunta o separada, señala su interrelación con el debate conceptual sobre la continuidad o discontinuidad de GID en la infancia y GID en la adolescencia y adultez (Zucker 2010b).

³¹³ “A. A strong and persistent cross-gender identification (not merely a desire for any perceived cultural advantages of being the other sex).

In children, the disturbance is manifested by four (or more) of the following:

(1) repeatedly stated desire to be, or insistence that he or she is, the other sex

(2) in boys, preference for cross-dressing or simulating female attire; in girls, insistence on wearing only stereotypical masculine clothing

(3) strong and persistent preferences for cross-sex roles in make believe play or persistent fantasies of being the other sex

(4) intense desire to participate in the stereotypical games and pastimes of the other sex

(5) strong preference for playmates of the other sex” (APA 1994: 537; 2000a: 581).

Como aspecto adicional, Zucker (2010b) hace referencia al debate sobre el carácter universal o culturalmente específico de las categorías GID, desde la consideración de la existencia de “*non-Western’ equivalents to GID in many different cultures and countries, both in children and in adults*” (493). Al mismo tiempo, señala la importancia de considerar “*the applicability of GID criteria, particularly in non-Western cultures*” (Zucker 2010b: 493).

En relación al estudio internacional con grupos trans* y LGBT realizado por encargo del *APA Gender Identity Disorders sub-work group* (2), Vance, et al. (2010) señalan que un 44,2% de las personas entrevistadas está a favor de la retirada de la categoría GIDC, frente a un 34,9 % de inciert*s y un 14,0% en contra (10).

3.9.4.1.2. WHO Working Group on the Classification of Sexual Disorders and Sexual Health

En relación a la revisión de las categorías diagnósticas relacionadas con la diversidad de género en la infancia en la CIE, se pueden encontrar reflexiones publicadas por miembros del “*Working Group on the Classification of Sexual Disorders and Sexual Health (WGSDSH)*” (Drescher, et al. 2012: 568) (Drescher 2014[2013]; Drescher, et al. 2012; Winter 2014: 1).

En el artículo *Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11*, Drescher, Cohen-Kettenis y Winter (2012), desde su rol como miembros del WGSDSH, nombran la potencial inclusión de la categoría “*Gender incongruence in children*” en el *ICD-11 Beta Draft* en una tabla (Drescher, et al. 2012: 570). Además, resaltan el carácter no ético de un uso de los diagnósticos relacionados con la identidad de género en niñ*s para justificar terapias enfocadas a aceptar el género asignado al nacer (Drescher, et al. 2012).

En un artículo posterior, Drescher (2014[2013]), miembro del *WGSDSH* y del *Workgroup on Sexual and Gender Identity Disorders*, revisa los argumentos a favor y en contra de una retirada de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia.

En relación a argumentos a favor de la retirada, Drescher (2014[2013]) nombra los riesgos de una aplicación del diagnóstico de GIDC a niñ*s que no sufren un malestar clínicamente significativo, así como la patologización indirecta de la homosexualidad. Por otro lado, resume argumentos a favor del mantenimiento de la categoría diagnóstica, entre ellos la necesidad de l*s niñ*s ‘con disforia de género’ de tener acceso a atención psicológica, incluyendo su familia y su entorno social cercano.

Drescher (2014[2013]) hace referencia a la dificultad de diferenciar entre “*those children whose gender dysphoria will persist into adolescence and adulthood and those in which it will desist*” (13). El autor señala que, debido a esta incerteza respecto al futuro, tanto el Grupo de Trabajo del DSM como la mayoría de miembros del Grupo de Trabajo de la CIE llegaron a la conclusión de mantener una categoría diagnóstica relacionada con la diversidad de género en la infancia (Drescher 2014[2013]).

Given the heterogeneity of this clinical population, and that gender dysphoria does not persist in most children, both the DSM and the majority of the ICD work groups felt it would be irresponsible to eliminate the child diagnoses and create the erroneous impression that most trans children become trans adolescents and adults. Instead, a more conservative approach should use a child diagnosis to facilitate ongoing evaluation and management in childhood while acknowledging the uncertainty of the outcome.^[referencias al final del documento]
(Drescher 2014[2013]: 13)

En un artículo publicado en agosto de 2015, Drescher (2015) hace referencia a la controversia que acompaña la categoría '*Gender incongruence in childhood*' propuesta en el *ICD-11 Beta Draft*, nombrando el informe elaborado por *GATE, Global Action for Trans* Equality* (GATE 2013a), así como la *Cape Town Declaration* (Gender DynamiX 2014).

Unfortunately, the GATE alternative is to rely upon ICD's Z-codes, which are usually not reimbursable, as a rationale for providing needed service to gender variant children and their families. In 2014, WHO also received a 'Cape Town Declaration' (...). It remains to be seen how WHO will respond to these demands.
(Drescher 2015: 8)

Sam Winter (2014), miembro del *WHO Working Group on Sexual Health and Sexual Disorders* y co-autor del artículo *Minding the Body* (Drescher, et al. 2012)³¹⁴, desarrolla una argumentación contra la inclusión de la categoría diagnóstica '*Gender incongruence in childhood*' en la CIE. En el artículo, añade una mención explícita de su rol en el proceso.

A few words about my role in this process. I am the member of the WGSDSH^[nota a pie: The WHO Working Group on Sexual Health and Sexual Disorders] (the 'Working Group') which has worked on developing the draft proposals you have in your papers. I was also in the small subgroup which worked on the draft gender incongruence proposals, again in your papers. With the other two members of that subgroup I am a co-author of the *Minding the Body* paper,^[nota a pie: Drescher, Cohen-Kettenis and Winter 2012] which argues for removal of transgender diagnoses from ICD Chapter 5 (Mental and Behavioural Disorders), and which has, in the table on p570, drawn wide attention to a proposed child diagnosis.
(Winter 2014: 3)

Winter (2014) describe el proceso de elaboración de la propuesta de la categoría diagnóstica GIC ('*Gender incongruence of childhood*') en el Grupo de Trabajo y su propia posición de oposición al mantenimiento de la categoría.

The appointment to the WGSDSH was for two years. The two years is well and truly over. It has been a long time since WHO Geneva wrote to me about anything. I do not know whether the WGSDSH still exists. If it does I assume I am no longer a member. So now I can talk.

The GIC proposal has been hatched in a small WGSDSH sub-group consisting of three members (in which my voice was a minority). It was never properly discussed in the full WGSDSH. I had misgivings about the proposal. The case for a diagnosis, to be used with gender different children below the age of puberty, seemed uncertain. My misgivings grew as a result of discussions with trans activists. They continued to grow as reports came in from independent reviewers contracted by WHO to look over the WGSDSH proposals. My attempts to have the GIC proposal discussed in the full WGSDSH were stifled by the WHO Secretariat. It became clear to me that WHO was committed to going ahead with the GIC

³¹⁴ Aparte de las afiliaciones nombradas, Sam Winter es profesor asociado en la *School of Public Health, Curtin University*, Perth (hasta 2014: profesor asociado en la Universidad de Hongkong), miembro del Consejo Directivo de WPATH (WPATH 2015c) y participante en el *WPATH Consensus Meeting* celebrado en 2013 en San Francisco (De Cuypere, et al. 2013), así como miembro del Grupo de Expert*s de *GATE, Global Action for Trans* Equality* y participante en reuniones celebradas en 2011 en La Haya y en 2013 en Buenos Aires (GATE 2012, 2013a).

proposal, at least as far as field trials, and that I would have to work against this proposal from the outside.

(Winter 2014: 1)

Además, el autor hace referencia a voces de protesta contra la categoría diagnóstica de GIC surgidas desde perspectivas activistas (Winter 2014).

The opposition to the GIC proposal has now become a worldwide chorus. As well as the voices of GATE, and voices within WPATH, there is the International Campaign Stop Trans Pathologisation (STP), which recently focused its campaign on fighting the pathologisation of children. Participants at a recent trans health conference in South Africa are developing a Cape Town Declaration calling on WHO to discard the proposal. Several other community and professional groups are discussing the issue and can be expected to voice their opposition in the future.

(Winter 2014: 3)

Contra el mantenimiento de la categoría GIC en la CIE-11, Winter (2014) aporta los siguientes argumentos 1. El carácter occidental de la consideración de la diversidad de género en la infancia como patológica, 2. La presencia de inconsistencias internas en el enfoque del Grupo de Trabajo, 3. Los riesgos inherentes a la patologización para l*s niñ*s y 4. La posibilidad de inclusión de la dimensión de 'identidad de género' en los códigos Z, con el objetivo de facilitar el acceso a servicios de apoyo psicosocial para aquell*s niñ*s y madres/padres que lo deseen. En consecuencia, Winter (2014) propone "*de-pathologising, rather than simply depsychopathologising, gender difference in childhood*" (Winter 2014: 3).

1: The view of gender-different children as sick and in need of health care is a culturally-specific one, not only modern but also peculiarly Western in origin. (...)

2: Gender-different children have no need of hormones or surgery, or any other somatic gender health care. Insofar as they may benefit from any health care services at all (and an indeterminate number may not need it) their needs are focused on accessing counseling and (perhaps) other mental health care. (...)

3: There is a grave inconsistency in the way the Working Group proposes to address the health care needs of (on one hand) gay and lesbian youth and (on the other) gender-different children. (...)

4: There are important implications for the prospects of removing the proposed gender incongruence diagnoses from Chapter 5.

(Winter 2014: 4, 5, 7, 8; en negrita en el texto)

En relación al primer aspecto, Winter (2014) hace referencia al carácter culturalmente específico y occidental de la consideración de la diversidad de género en la infancia como una enfermedad y de su conceptualización como una situación que requiere atención sanitaria.

En segundo lugar, el autor destaca la falta de necesidad de l*s niñ*s de acceder a tratamientos hormonales o cirugías trans-específicas (Winter 2014). Identifica el apoyo psicológico o la atención de Salud Mental como la única atención sanitaria trans-específica que pueden necesitar algún*s (pero no tod*s) l*s niñ*s con expresiones e identidades de género diferentes al género al nacer o sus madres y padres, profesor*s o herman*s (Winter 2014). Según su perspectiva, esta necesidad de apoyo psicológico no justifica la clasificación diagnóstica, de forma análoga a otras situaciones y características personales específicas que pueden experimentar l*s niñ*s, como la pertenencia a una minoría étnica, el divorcio de l*s

padres o conflictos con las expectativas de l*s padres hacia el rendimiento académico (Winter 2014).

En tercer lugar, Winter (2014) identifica la presencia de una contradicción interna al Grupo de Trabajo entre la propuesta de inclusión de la categoría diagnóstica de '*Gender incongruence in childhood*' y propuesta de retirada del bloque '*F66. Psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation*' de la CIE (OMS 2015[1990]: s.p.; Cochran, et al. 2014).

En cuarto lugar, Winter (2014) señala que el mantenimiento de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia solo con el objetivo de facilitar el acceso a atención de Salud Mental puede socavar la justificación de la retirada de la categoría '*Incongruencia de género en la infancia*', así como de la categoría '*Incongruencia de género en la adolescencia y adultez*' del Capítulo '*Trastornos mentales y de comportamiento*'.

Winter (2014) hace referencia a la propuesta elaborada por GATE (2013a), recomendando la revisión de diferentes categorías Z e inclusión de la dimensión de '*orientación sexual*', '*identidad de género*' y '*expresión de género*' en su descripción, especialmente en caso de categorías Z relacionadas con la exclusión social, la persecución o discriminación, así como con los servicios de asesoramiento psicológico dirigidos a niñ*s, a padres y a profesionales.

En un texto de reflexión publicado con motivo del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2015*, Sam Winter (2015) reafirma que "*the idea that gender different children are sick is a very modern and Western one*" (s.p.), señalando que en otras culturas, "*gender difference has been, (and is!) regarded as an aspect of diversity, not a sign of disorder*" (s.p.). Además, vuelve a mencionar la contradicción entre una retirada de categorías relacionadas con la orientación sexual y el mantenimiento de la categoría GIC. Asimismo, cuestiona el argumento de una utilidad de la categoría diagnóstica para el desarrollo de proyectos de investigación sobre la temática, señalando que en caso de la homosexualidad, su retirada no influyó negativamente en la investigación, sino solo cambió su orientación teórica, "*[a]way from a medical and pathologising perspective to a more humanities and social science perspective*" (s.p.). Desde la observación de la importancia de un acceso a servicios de información, apoyo y asesoramiento para familiares de niñ*s divers*s en el género, vuelve a señalar la posibilidad de uso de los códigos Z en la CIE (códigos del capítulo '*Factores que influyen el estado de salud y el contacto con los servicios sanitarios*'). Además, Winter (2015) hace referencia a los resultados del cuestionario realizado por WPATH, *World Professional Association for Transgender Health* sobre la categoría GIC (capítulo II, 3.9.4.1.3), así como la recomendación de la retirada de la categoría GIC por parte del Parlamento Europeo (capítulo II, 3.9.5).

3.9.4.1.3. WPATH, World Professional Association for Transgender Health

En los procesos de elaboración de recomendaciones para la revisión del DSM y de la CIE realizados por WPATH, *World Professional Association for Transgender Health*, se puede observar una falta de consenso en relación a la recomendación de mantención o retirada de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia (De Cuypere, et al. 2013; Ehrbar 2010; Knudson, et al. 2010b).

De los Grupos de Trabajo encargados de la revisión de las categorías diagnósticas trans-específicas dirigidas a niñ*s y adolescentes (Knudson, et al. 2010a), solo pude encontrar el artículo que aporta recomendaciones sobre la categoría diagnóstica de GID en la adolescencia (Haraldsen, et al. 2010).

Ehrbar (2010), en la revisión del proceso de consenso de WPATH, hace referencia a la falta de acuerdo en relación al mantenimiento o retirada de la categoría de GIDC. Entre los argumentos alegados por miembros de WPATH a favor de la retirada de la actual clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia, Ehrbar (2010) nombra 1. El carácter sexista de la clasificación actual, en general y específicamente en caso del diagnóstico dirigido a niñ*s, forzando a l*s mism*s a cumplir un mayor nivel de "*gender conformity*" que las personas adultas (62), 2. La aplicación del diagnóstico a "*children who are extremely gender nonconforming but not gender dysphoric*" (62), 3. El heterosexismo inherente a la clasificación diagnóstica actual, incluyendo la observación de un uso de la categoría diagnóstica dirigida a niñ*s para prevenir una orientación sexual no heterosexual y 4. La falta de necesidad de acceso a la atención sanitaria trans-específica en caso de niñ*s.

A la vez, Ehrbar (2010) hace referencia a los argumentos a favor del mantenimiento de una clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia en el DSM, entre ellos 1. Las necesidades de apoyo psicológico de l*s niñ*s y sus madres/padres y 2. La consideración de que la falta de aplicabilidad de un tratamiento particular (tratamiento hormonal o quirúrgico) no es un argumento para la retirada de un diagnóstico.

Además, Ehrbar (2010) resume las respuesta de l*s defensor*s de la categoría GIDC a las críticas nombradas. En este sentido, los miembros del Grupo de Trabajo a favor de la categoría señalan que la mención de comportamientos generizados en los criterios diagnósticos no responde a la intención de establecer normas de género, sino de describir formas de actuar frecuentes, desde su consideración como indicadores más exactos de la disforia de género que la narración de niñ*s "*who have learned that their desire to be the other gender is stigmatized*" (Ehrbar 2010: 66). En respuesta a la crítica de una interrelación entre la retirada de la homosexualidad del DSM y la inclusión de la categoría de GIDC, los miembros de WPATH a favor de la categoría diagnóstica resaltan, según Ehrbar (2010), la falta de fundamentación de esta hipótesis, alegando 1. La presencia de categorías residuales relacionadas con la orientación

sexual en las siguientes versiones del DSM³¹⁵, 3. La implicación de profesionales clínic*s en la retirada de la homosexualidad, así como 3. La fundamentación de las categorías diagnósticas en el consenso profesional.

En el debate acerca de *"if retained, what kind of diagnosis"* (69), Ehrbar (2010) observa un consenso entre los diferentes Grupos de Trabajo de WPATH sobre la preferencia por una focalización de la categoría diagnóstica dirigida a niñ*s en la vivencia de malestar.

Haraldsen, et al. (2010) presentan las recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre los criterios diagnósticos trans-específicos en adolescentes. Desde el reconocimiento de la falta de consenso, el Grupo de Trabajo establece las siguientes recomendaciones en relación a una categoría diagnóstica dirigida a adolescentes: 1. La elección de un nombre que reflejara el cambio del foco desde la identidad hacia la disforia, 2. La separación entre la categoría diagnóstica dirigida a niñ*s y la categoría para adolescentes, en consecuencia de las características específicas en adolescentes, 3. Criterios diagnósticos enfocados en el malestar clínicamente significativo, sin que éste fuera solo consecuencia de vivencias de prejuicio, discriminación, presiones, beneficios o expectativas sociales.

En la declaración de consenso publicado después del Simposio de WPATH en Oslo, se incluye la recomendación de una creación de categorías diagnósticas diferenciadas para niñ*s, adolescentes y adult*s (Knudson, et al. 2010b). No se llega a un consenso si la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia debería ser mantenida, con un continuo de posiciones entre la retirada y la reforma (Knudson, et al. 2010b).

Después de la publicación del primer borrador del DSM-5 en febrero de 2010 y en respuesta a la posibilidad de mandar propuestas a la APA mediante la aplicación web, el Consejo de Dirección de WPATH y l*s director*s del proceso de consenso publican, con fecha de 25 de mayo de 2010, una respuesta de WPATH dirigida a la APA (De Cuypere, et al. 2010), en la que, entre otros aspectos, agradecen la mayor especificación de los criterios diagnósticos dirigidos a niñ*s, desde la consideración de la importancia de evitar falsos positivos.

En relación al proceso de revisión de la CIE, en el *ICD-11 Consensus Meeting*, celebrado en mayo de 2013 en San Francisco (De Cuypere, et al. 2013), se incluye una votación sobre la retirada o manutención de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia.

En las presentaciones que preceden a la votación, se exponen las siguientes opciones: En primer lugar, la retirada de la categoría diagnóstica, nombrando como argumentos 1. La estigmatización de l*s niñ*s a través de una etiqueta diagnóstica sin que hubiera un trastorno, 2. El carácter potencialmente iatrogénico del diagnóstico, 3. El bajo valor predictivo, *"80% of children diagnosed with GID do not continue to have GID of adolescence or adulthood"*, 4. El carácter no ético de enfoques de terapia reparativa, 5. La posibilidad de un uso de códigos Z

³¹⁵ *'Egodystonic homosexuality'* en el DSM-III (APA 1980) y *'Sexual Disorder Not Otherwise Specified'* en el DSM-III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR (APA 1987, 1994 y 2000a) (Ehrbar 2010).

con un indicador relacionado con la diversidad de género, reivindicando su reconocimiento en el proceso de reembolso, 6. El cuestionamiento indirecto de los argumentos para la retirada del diagnóstico para adolescentes y adult*s del Capítulo ‘Trastornos mentales y de comportamiento’ en caso de mantenerse una categoría diagnóstica dirigida a niñ*s (De Cuypere, et al. 2013: 9).

En segundo lugar, se exponen argumentos a favor del mantenimiento de una categoría diagnóstica relacionada con la diversidad de género en la infancia, entre otros 1. El acceso a atención médica y de Salud Mental, 2. La obtención de un estatus protegido en relación a no-discriminación y reconocimiento del nombre y género en el entorno escolar, 3. El fomento de la formación profesional continuada y de la investigación y 4. El objetivo de empoderar, emancipar y profesionalizar la atención profesional a la diversidad de género en la infancia (De Cuypere, et al. 2013).

En el informe, se incluye un resumen de la discusión mantenida en el encuentro sobre la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia (De Cuypere, et al. 2013). Según la relatoría de De Cuypere, et al. (2013), las personas participantes consideran la temática de la diversidad de género en la infancia como un campo complejo, caracterizado por una falta de datos. Se critica el argumento de la necesidad de una categoría diagnóstica para promover la investigación, señalando como ejemplo la investigación sobre temáticas LGB. Además, se resalta la falta de necesidad de una categoría diagnóstica específica para tener acceso a asesoramiento psicológico, resaltando la posibilidad de utilizar categorías diagnósticas existentes, como ‘depresión’ o ‘trastorno de ansiedad’. Entre las personas participantes, se observa un consenso acerca de la necesidad de apoyo para l*s niñ*s y sus familias.

En caso de ser mantenida, se propone como terminología alternativa “*Gender/Body Divergence of Childhood*” (De Cuypere, et al. 2013: 13). Además, se recomienda introducir un umbral diagnóstico más alto, poniendo el foco en la vivencia de un malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas relevantes de funcionamiento, con el objetivo de evitar la inclusión de “*children who only show gender variant behaviors and interests*” (De Cuypere, et al. 2013: 13).

En la votación, no se llega a un consenso respecto a la recomendación de retirada o mantenimiento de la categoría propuesta de ‘Incongruencia de género en la infancia’, con un resultado de 14 votos a favor de la retirada, 14 votos a favor del mantenimiento, y 1 persona ausente (De Cuypere, et al. 2013).

En septiembre de 2015, *WPATH, World Professional Association for Transgender Health*, publicó los resultados de un cuestionario realizado con miembros de WPATH entre diciembre de 2014 y 2015 sobre la categoría diagnóstica ‘*Gender incongruence of childhood (GIC)*’ propuesta en el *ICD-11 Beta Draft* (WPATH 2015g). Entre las 241 miembros que respondieron a la encuesta, un 51.1% está en contra de la introducción de la categoría GIC en la CIE-11 y un 47,7% a favor. Al mismo tiempo, un 63,1% de las personas participantes

procedentes de países diferentes a los EE.UU. se manifiesta en contra de la categoría diagnóstica, mientras un 36.1% se declara a favor (WPATH 2015g).

En caso de que el diagnóstico se mantuviera en la CIE-11, un 51.0% está a favor del nombre propuesto, frente a un 13.7% en contra (WPATH 2015g). Un 41.1% apoya el emplazamiento propuesto en el capítulo ‘Condiciones relacionadas con la salud sexual’, a diferencia de un 7,5% que da preferencia a su clasificación como trastorno mental (WPATH 2015g).

Además, se preguntó a los miembros de WPATH sobre su opinión acerca del uso de los códigos Z para la atención a la diversidad de género en la infancia (códigos incluidos en el capítulo ‘Factores que influyen el estado de salud y la relación con los servicios de salud’). Un 35.7% de las personas participantes está de acuerdo con este uso, frente a un 8.3% que expresa su rechazo. El apoyo a la propuesta de un uso de los códigos Z está presente tanto entre las personas que se oponen a la categoría GIC como entre las que la defienden, en independencia de la procedencia geográfica, el tiempo de experiencia profesional en la atención sanitaria trans-específica o el grupo de edad de l*s usuari*s (WPATH 2015g).

WPATH (2015g) expresa su intención de tener en cuenta estos resultados en interacciones futuras con la OMS.

3.9.4.1.4. Autor*s individuales

Aparte de los posicionamientos de miembros de los Grupos de Trabajo del DSM y de la CIE, así como de miembros de asociaciones profesionales, autor*s individuales procedentes del ámbito socio-sanitario contribuyeron reflexiones sobre la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia, tanto en relación al proceso actual de revisión del DSM y de la CIE, como a ediciones anteriores de ambos manuales. En estos trabajos, se pueden encontrar argumentaciones a favor del mantenimiento, la reforma y la retirada de las categorías diagnósticas dirigidas a niñ*s divers*s en el género.

3.9.4.1.4.1. Perspectivas a favor del mantenimiento de la clasificación diagnóstica

En la búsqueda de publicaciones sobre la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia, experimenté una mayor facilidad para encontrar artículos críticos con clasificación diagnóstica que artículos centrados en su defensa. La búsqueda de publicaciones a favor del mantenimiento de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia me remitió, entre otras, a publicaciones previas de autor*s que forman parte de los Grupos de Trabajo en diferentes revisiones del DSM y de la CIE (Cohen-Kettenis 2001; Ehrbar, Witty, Ehrbar, et al. 2008; Zucker 1985, 2008; Zucker y Bradley 1995; Zucker y Spitzer 2005).

En los artículos revisados, l*s autor*s responden a diferentes puntos de crítica que siguen presentes en el debate actual.

En este sentido, Zucker y Bradley (1995), en el libro *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*, hacen referencia a diferentes puntos clave en el debate, ya presentes en los años 90, manteniendo su posición de defensa de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia: 1. La discusión sobre el emplazamiento más adecuado de la categoría GIDC, señalando los cambios entre el DSM-III y DSM-IV, 2. La pregunta por la fiabilidad y validez de los criterios diagnósticos de GIDC, nombrando diferentes estudios previos para fundamentar ambos aspectos, 3. La revisión de los criterios diagnósticos mediante el análisis de su aplicación en la práctica clínica, observada a través de estudios empíricos, 4. La pregunta por la adecuación de la inclusión de una mención de que el deseo de transitar no debe estar limitado a una ventaja cultural de ser 'del otro sexo', 5. El debate sobre la necesidad de incluir la persistencia del deseo de transitar en los criterios diagnósticos, 6. La definición de los diagnósticos diferenciales, así como 7. La pregunta "*Is Gender Identity Disorder Really a 'Disorder'?*" (52).

Desde la observación de una asociación entre "*GID in Childhood*" y una "*long-term trajectory*" (391) en un porcentaje más alto en la clínica que el indicado en la bibliografía, Cohen-Kettenis (2001) resalta el interés de un mantenimiento de la categoría de GIDC con el objetivo de posibilitar a l*s niñ*s un acceso temprano al proceso de identificación, evaluación y tratamiento y con ello facilitar su acceso a la terapia con bloqueadores hormonales en la adolescencia.

Este argumento se encuentra en estrecha interrelación con el debate actual acerca del grado de persistencia o desistimiento de las expresiones e identidades de género diferentes al género asignado al nacer en la adolescencia y adultez (Drummond, Bradley, Peterson-Badali, et al. 2008; Steensma, Biemond, de Boer, et al. 2011; Wallien y Cohen-Kettenis 2008). L*s autor*s coinciden en un alto porcentaje de '*desisters*', quiere decir personas que en la niñez vivían una expresión o identidad de género diferente al género al nacer, sin seguir con una expresión o identidad de género trans* en la adolescencia y adultez (Drummond, et al. 2008; Steensma, et al. 2011; Wallien y Cohen-Kettenis 2008). Se identifica una falta de evidencia sobre las razones o características que llevan a una continuación o un abandono de la trayectoria de diversidad de género (Drummond, et al. 2008; Steensma, et al. 2011; Wallien y Cohen-Kettenis 2008).

La focalización del debate actual en la diferencia entre la persistencia y el desistimiento de la diversidad de género en la infancia a su vez encontró una respuesta crítica desde posiciones teórico-activistas (Winters 2014b). Kelley Winters (2014b) señala que este enfoque fomenta un axioma de "*desistence*"(1), empujando a niñ*s divers*s en el género a mantenerse en el género asignado al nacer.

Entre los trabajos de autor*s que apoyan un mantenimiento de la categoría diagnóstica GIDC, pude encontrar también recomendaciones para su reforma (Ehrbar, et al. 2008).

Desde la observación de una falta de diferenciación entre niñ*s inconformes en el género y niñ*s con una vivencia de malestar clínicamente significativo relacionado con la expresión o identidad de género, Ehrbar, et al. (2008) analizan los procesos de establecimiento de un diagnóstico en niñ*s divers*s en el género por 73 psicólog*s, a través de un ejercicio de análisis de una viñeta clínica. L*s autor*s observan que un 8% de l*s profesionales dieron un diagnóstico de GIDC a niñ*s que cumplen solo criterios diagnósticos relacionados con el comportamiento, sin expresar un deseo de cambiar de género (Ehrbar, et al. 2008). En consecuencia, proponen una mayor diferenciación entre niñ*s inconformes en el género y niñ*s que sienten malestar en relación a la expresión o identidad de género en los criterios diagnósticos (Ehrbar, et al. 2008).

Al contrario de la preocupación respecto a un riesgo de sobrediagnóstico, los resultados del estudio indican que la mayoría de l*s profesionales entrevistad*s no solían utilizar la categoría de GIDC en su práctica clínica, nombrando como razones su oposición contra el diagnóstico de GIDC, la cautela en el proceso diagnóstico para evitar procesos de estigmatización o una falta de conocimiento (Ehrbar, et al. 2008). L*s autor*s expresan la preocupación de que *"children who experience gender dysphoria may be at risk of not being identified"* (399), proponiendo un fomento de la formación especializada en la temática, así como una reforma de la categoría diagnóstica para contrarrestar la actual situación de desconfianza que, según l*s autor*s, limita su utilidad en el momento actual. Ehrbar et al. (2008) señalan que un cambio en los criterios diagnósticos, reforzando el foco en la disforia de género, motivaría un cambio en el tratamiento, en el sentido de un objetivo clínico de reducir la vivencia de malestar mediante la facilitación de un entorno de apoyo y confianza en el nuevo rol de género.

3.9.4.1.4.2. Perspectivas a favor de la retirada de la clasificación diagnóstica

Paralelamente, se pueden observar reflexiones a favor de la retirada de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia, aportadas por autor*s individuales procedentes de diferentes perspectivas teóricas, entre ellas la Psiquiatría, la Medicina, la Sociología, la Historia o la Antropología (Bartlett, Vasey y Bukowski 2000; Ehrensaft 2012; Hill, Rozanski, Carfagnini, et al. 2006; Langer y Martin 2004; Lev 2006; Pickstone-Taylor 2003; Vasey y Bartlett 2007).

Las perspectivas críticas con la clasificación diagnóstica de la diversidad de género se basan en una conceptualización de la diversidad de género no como una patología, sino como una expresión de la diversidad humana, resaltando el derecho de l*s niñ*s a una exploración libre de expresiones e identidades de género (Bartlett, et al. 2000; Ehrensaft 2012; Hill, et al. 2006; Langer y Martin 2004; Lev 2006; Pickstone-Taylor 2003; Vasey y Bartlett 2007). Esta reflexión parte de una revisión crítica del concepto de 'patología' y de una clasificación de

conflictos con normas sociales como trastornos mentales (Bartlett, et al. 2000; Langer y Martin 2004).

Vari*s autor*s (Bartlett, et al. 2000; Bryant 2006; Langer y Martin 2004) contribuyen reflexiones sobre la historia de introducción de una clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia. Entre los precedentes de su introducción en el DSM y la CIE nombran 1. El surgimiento de un interés científico en la expresión de feminidad en chicos en los años 60, acompañado por un menor interés en la expresión de masculinidad en chicas (Bryant 2006), 2. La identificación de características recurrentes relacionadas con las preferencias por la vestimenta, los juguetes y compañer*s de juego, así como el establecimiento de modelos de atención a finales de los años 60 (Bryant 2006), 3. El interés por parte de profesionales de la Psiquiatría en una prevención de la transexualidad, en consecuencia de la creciente implementación de la posibilidad de modificación corporal quirúrgica (Bartlett, et al. 2000; Langer y Martin 2004), 4. El interés de identificación de una futura homosexualidad (Lev 2006), 5. La emergencia de técnicas de modificación de comportamiento ('terapias reparativas') a partir de los años 70 que a su vez suscitan críticas, seguidas por matizaciones parciales por parte de sus defensor*s (Bartlett, et al. 2000; Bryant 2006), 6. La realización de estudios longitudinales y el desarrollo de técnicas diagnósticas más precisas relacionadas con la diversidad de género en la infancia a lo largo de los años 70 (Bryant 2006), así como 7. El interés clínico en la supervisión de la trayectoria de género desde la infancia hasta la adolescencia y adultez, a pesar de la falta de evidencia sobre la trayectoria futura (Bryant 2006; Lev 2006).

L*s autor*s revisad*s describen el proceso de elaboración del DSM-III e inclusión de la categoría GIDC (Bartlett, et al. 2000; Bryant 2006), así como las críticas internas a la categoría GIDC previas a la publicación del DSM-III que hacen referencia, entre otros aspectos, a las diferencias en los criterios diagnósticos según el género asignado al nacer, así como la reproducción de estereotipos de género (Bryant 2006). Además, se nombran las modificaciones en relación a emplazamiento, nombre, descripción y criterios diagnósticos de la categoría GIDC a lo largo de diferentes ediciones del DSM, interpretando las mismas como consecuencia de la investigación creciente sobre diversidad de género en la infancia, así como cambios en las actitudes sobre diversidad de género y orientación sexual en el ámbito clínico y político (Langer y Martin 2004).

Bryant (2006) indica que los marcos conceptuales y teóricos establecidos en los años 60 crearon fundamentos para una conceptualización de la diversidad de género que aún siguen presentes, a pesar de las críticas continuadas.

While scientists of various stripes tend to understand their work as a form of discovery of what already exists, my review of the early studies of gender-variant boys shows the ways that researchers also framed and constructed the concept of feminine boys in response to their own existing professional concerns and crises. In so doing, they responded to taken-for-granted assumptions about the nature and value of gender and sexual nonconformity. Many critics over the years have challenged aspects of these framings. However, there are

portions of the original orienting frames that live on, even in and through the critiques that would otherwise challenge GIDC and the work associated with it. For example, the assumption that gender variance is necessarily, in some form or another, evidence of pathology has permeated both the defenses and the critiques of GIDC. (Bryant 2006: 33)

En relación a la crítica de una intencionalidad en la creación de la categoría diagnóstica para patologizar la homosexualidad, "*capturing pre-homosexual children in its diagnostic net*" (24), Bryant (2006) identifica el objetivo clínico de una prevención de la homosexualidad y transexualidad como fundamento teórico para la elaboración de la categoría de GIDC, contribuyendo a que "*by practice if not by intent, GIDC continued to pathologize and treat homosexuality*" (Bryant 2006: 24). Lev (2006) señala que GID es utilizado por "*clinicians who still view homosexuality as a treatable mental illness*" (50). Langer y Martin (2004) expresan la opinión de que el proceso paralelo de retirada de la categoría '*Homosexuality*' e inclusión de la categoría GIDC no es una coincidencia, alegando estudios que indican un alto porcentaje de homosexualidad en la edad adulta en niñ*s divers*s en el género.

Desde esta revisión histórica, l*s autor*s revisad*s contribuyen diferentes argumentos para fundamentar la demanda de retirada de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia (Bartlett, Vasey y Bukowski 2000; Hill, et al. 2006; Langer y Martin 2004; Lev 2006; Vasey y Bartlett 2007).

Entre los argumentos nombrados, se puede destacar el cuestionamiento de procesos de patologización observados en la categoría diagnóstica de GIDC, incluyendo: 1. La conceptualización de la diversidad de género como problema (Bryant 2006) y patología (Hill, et al. 2006), en contraposición a una conceptualización de la "*[g]ender atypicality*" como una "*social construction that varies over time according to culture and social class and therefore should not be pathologized*" (Langer y Martín 2004: 4), 2. La patologización de una exploración de los géneros en la infancia (Ehrensaft 2012; Lev 2006), 3. La patologización indirecta de la homosexualidad (Bryant 2006), 4. La conceptualización de conflictos sociales como patología individual (Bartlett, et al. 2000; Bryant 2006; Lev 2006), 4. La contradicción inherente a un abordaje de la discriminación social a través de un diagnóstico de trastorno mental (Langer y Martin 2004), 5. La falta de utilidad terapéutica, suscitando la sospecha de una agenda política en el desarrollo y mantenimiento del diagnóstico (Langer y Martin 2004), 6. El riesgo de efectos iatrogénicos (Bryant 2006; Langer y Martin 2004) y 7. El carácter no ético de un uso del diagnóstico para 'prevenir' la homosexualidad o transexualidad en la adultez y aplicación de terapias reparativas (Hill, et al. 2006; Langer y Martin 2004).

When schoolmates ostracize and victimize a gender-atypical child the appropriate change-oriented intervention should be with the schoolmates. (...)

When parents bring a gender-atypical child to treatment because they fear he or she will become homosexual the appropriate change-oriented intervention should be with the parents. (...)

Children who do not fit the mold of stereotypic sex roles disturb many segments of society, often including members of their families. By assigning them an official mental illness the

psychiatric establishment provides a justification for changing their behaviors, attitudes, and identities.

(Langer y Martin 2004: 14-15)

It is worth noting that in other areas where children are routinely bullied, for example racial or ethnic discrimination and physical or mental disabilities, the focus of intervention has been policy directed towards changing the social conditions that maintain abuse, not on changing children to better fit in to oppressive circumstances.

(Lev 2006: 49)

Como otro argumento contra el mantenimiento de la clasificación diagnóstica, l*s autor*s revisad*s nombran el rol del diagnóstico como refuerzo del sistema binario de género y herramienta de control social, señalando, entre otros, los siguientes aspectos: 1. El reforzamiento de nociones normativas sobre la masculinidad y feminidad, basadas en un modelo binario (Bryant 2006; Hill, et al. 2006; Lev 2006), 2. El establecimiento de un ficticio género 'normal' contrapuesto al género 'patológico' de l*s niñ*s divers*s en el género, creando "*a policing and surveillance of correct gender behaviors in all children*" (Lev 2006: 51), 3. La falta de consenso respecto al concepto de "*gender-appropriateness*" inherente a la categoría diagnóstica (Langer y Martin 2004: 12), 4. La observación de una variabilidad cultural e histórica de los roles de género y la consideración de actitudes de género culturalmente apropiadas (Hill, et al. 2006; Langer y Martin 2004), así como 5. El cuestionamiento de la idea de que la adherencia a estereotipos de género es sana y positiva (Langer y Martin 2004).

Critics of the diagnosis and of mental health treatments of gender-variant children argue that GIDC functions to enforce normative notions of masculinity and femininity, to pathologize homosexuality, and to recast a social problem as individual pathology. In the most basic terms, many argue that the diagnosis harms the very children it purports to help. (Bryant 2006: 24)

The basis for the diagnostic criteria in children rests in stereotypical definitions of "normal" male and female behavior, including pathologizing cross-gendered play and the preference of having playmates of the other sex. The DSM does not appear to recognize the impact of forty years of feminism, and the full range of behaviors and experiences engaged in by "normal" males and females in contemporary society.

(Lev 2006: 51)

Además, se identifica la falta de adecuación de la categoría GIDC para enfoques afirmativos de atención a la diversidad de género en la infancia (Ehrensaft 2012; Pickstone-Taylor 2003). En este sentido, Ehrensaft (2012) describe la categoría diagnóstica GIDC establecida en el DSM-IV-TR como "*a diagnosis and implied treatment that pathologize perfectly healthy children who are simply expressing their authentic gender identity*" (339), señalando que prescinde de su uso en su enfoque terapéutico. Ehrensaft (2012) resalta que un niño que juega solo con niñas y con juguetes culturalmente etiquetados como "*girl toys*" (339) y que sueña con ser una niña, no es "*a child with a disorder, but rather a child who is creatively weaving his own gender web*" (339). Desde el objetivo psicoterapéutico de ayudar a l*s niñ*s y adolescentes divers*s en el género "*to accept their opposite-sex gender identification*" y apoyarl*s en el abordaje de prejuicios sociales, Pickstone-Taylor (2003) propone abandonar el término "*gender identity disorder*"; reemplazándolo con "*gender nonconformity*"(2).

Además, se expresan críticas relacionadas con los criterios diagnósticos de GIDC, con referencia al DSM-IV, y, en menor medida, a la CIE-10, entre ellos 1. Sesgos en los criterios diagnósticos y la exposición a la evaluación psiquiátrica según el género asignado al nacer, atribuidos a una mayor conflictividad social de la expresión de femineidad en ‘niños afeminados’ (Hill, et al. 2006; Langer y Martin 2004; Lev 2006), 2. Críticas relacionadas con el criterio de malestar, en el sentido del cuestionamiento de su carácter obligatorio (Hill, et al 2006), la falta de diferenciación entre niñ*s que experimentan un malestar clínicamente significativo y niñ*s que sienten una inconformidad con el género asignado al nacer sin querer necesariamente transitar en el género (Bartlett, et al. 2000; Bryant 2006; Langer y Martin 2004), así como la observación de una ausencia de malestar en niñ*s divers*s en el género en entornos culturales abiertos a la diversidad de género (Vasey y Bartlett 2007) y 5. El bajo grado de fiabilidad y validez de la categoría GIDC, en el sentido de una falta de evidencia si el diagnóstico refleja diferencias en la identidad de género o los roles de género y si la diferencia es un trastorno mental o una variedad de la experiencia humana (Langer y Martin 2004; Hill, et al. 2006).

Desde perspectivas críticas con la clasificación diagnóstica actual de la diversidad de género en la infancia, se nombran también propuestas de modificación de los criterios diagnósticos para el caso de su mantenimiento en el DSM y la CIE (Ehrensaft 2012; Hill, et al. 2006), en el sentido de un foco en la vivencia de malestar (Ehrensaft 2012), así como la inclusión de una clarificación respecto al lugar del criterio de malestar, con el objetivo de evitar su uso para la justificación de terapias reparativas (Hill, et al. 2006).

Aparte de estas críticas relacionadas con los criterios diagnósticos de la categoría GIDC, se cuestiona, de forma más general, una falta de claridad respecto a la definición de ‘trastorno mental’ en el DSM, la frecuente clasificación de comportamientos considerados ‘socialmente desviados’ como trastorno mental y la escasez de investigaciones sobre diversidad de género en la infancia (Bartlett, et al. 2000).

Además, Bryant (2006) resalta el rol relevante de las posturas críticas aportadas desde perspectivas teóricas y activistas en el proceso de negociación y conceptualización de la categoría diagnóstica, desde la idea de que *"scientific controversies, both controversies among scientists and controversies fueled by lay interests, are key sites for the construction of subsequent scientific knowledge"* (34). A la vez, señala las limitaciones debidas a una continuidad de aspectos de patologización en los enfoques clínicos, en el sentido de *"[r]emoving or revising the diagnosis may have little to no impact on the actual practices of clinicians who work with gender-variant children"* (Bryant 2006: 35).

Kenneth Zucker (2006) publica en 2006 un comentario sobre el artículo *How Dresses Can Make You Mentally Ill: Examining Gender Identity Disorder in Children* de Langer y Martin (2004), en el que aporta reflexiones sobre diferentes argumentos desarrollados en el artículo. Entre otros aspectos, Zucker (2006) hace referencia al título del artículo de Langer y Martin (2004) *How Dresses Can Make You Mentally Ill*, señalando que en la cultura occidental actual,

no poder llevar ropa ‘del otro género’ puede causar malestar e indicar la presencia de ‘disforia de género’. En respuesta al cuestionamiento del criterio de ‘malestar’, señala que “[u]nless one wants to argue that the desire to change sex is simply a ‘variation’ of normal gender development, the symptoms of GID appear to be compatible with DSM ideas about distress and impairment” (Zucker 2006: 545). En relación al efecto iatrogénico del diagnóstico de GIDC y propuesta de un foco en la prevención y el abordaje de la discriminación, Zucker (2006) expresa la opinión de que “a focus solely on stigma does not do justice to the complex biological, psychologic, and interpersonal factors that are likely contributory to the development of GID in children” (548). En respuesta a la crítica de terapias de modificación conductual, Zucker (2006) apela al objetivo clínico de disminuir el sufrimiento del individuo, desde la idea de una mayor maleabilidad respecto al género en niños* que en adolescentes o adult*s, al mismo tiempo que rechaza la analogía con terapias reparativas dirigidas a la orientación sexual. Aparte de estos aspectos de disenso, Zucker (2006) expresa su acuerdo, entre otros aspectos, con la propuesta de revisión de las diferencias según el género asignado al nacer en los criterios diagnósticos contribuida por Langer y Martin (2004).

3.9.4.2. Discursos profesionales: Modelos de atención a la diversidad de género en la infancia

Aparte del debate actual sobre la clasificación diagnóstica, se pueden observar reflexiones sobre diferentes modelos de atención a la diversidad de género en la infancia, aportadas tanto por miembros de los Grupos de Trabajo del DSM y de la CIE, asociaciones profesionales, así como autor*s individuales con afiliación profesional clínica.

El debate sobre modelos de atención se sitúa en el marco más amplio de estudios³¹⁶ sobre vivencias de discriminación, acoso y violencia transfóbica dirigida contra niños* y jóvenes divers*s en el género en el contexto familiar y escolar, con un impacto negativo en el rendimiento académico y aumento del riesgo de suicidio, así como experiencias de discriminación y abuso en el contexto sanitario. En consecuencia de la situación actual de discriminación de niños* y adolescentes con expresiones e identidades de género diferentes al género asignado al nacer, el desarrollo de estrategias de apoyo y protección adquiere una especial relevancia en el debate teórico y profesional.

3.9.4.2.1. Grupos de Trabajo DSM y CIE

En los artículos de miembros de los Grupos de Trabajo encargados de revisar las categorías trans-específicas en el DSM y en la CIE, enfocados a describir las reflexiones sobre la clasificación diagnóstica, se incluyen algunas reflexiones sobre la atención sanitaria a la diversidad de género en la infancia (Drescher 2010a; 2014[2013]; Winter 2014, 2015).

³¹⁶ Véase, entre otr*s: Dank, et al 2014; Denny et al. 2014; Fourcier y Haddad 2013; Fourcier y Johnson 2013; Franson 2013; Glicker 2009; Koken et al. 2009; McBridge 2013; Minter 2012; Mitchell et al. 2014; Moskowitz et al 2013; Poteat et al. 2011; Ryan et al. 2010; Simons et al. 2013; Stieglitz 2010; Wernick, Dessel, Kulick, et al. 2013; Wernick, Kulick e Inglehart 2013; Winter et al. 2009; Witeck 2014.

Drescher (2010a) observa un cambio en el modelo de atención dirigido a niñ*s, constatando que “[u]ntil recently, in case of GIDC in very young children, treating gender dysphoria to prevent transition in later life was felt to be a legitimate goal” (Drescher 2010a: 439). En cambio, recientemente constata el surgimiento de una práctica clínica que recomienda la transición social temprana en niñ*s, un cambio que atribuye a “changing cultural attitudes about what exactly constitutes ‘appropriate’ expressions of gender” (Drescher 2010a: 439).

En respuesta a la pregunta “Are Clinical Interventions with Gender Variant Children Reparative Therapy?” (451), Drescher (2010a) critica el uso politizado de la analogía entre intervenciones enfocadas en cambiar la orientación sexual e intervenciones realizadas con el objetivo de cambiar la identidad de género, señalando la necesidad de futuros estudios para analizar el efecto de las últimas en l*s niñ*s.

En el artículo de reflexión sobre el proceso de revisión de las categorías trans-específicas en la CIE, Drescher (2014[2013]) hace referencia al debate actual sobre el “Treatment of Prepubescent Children” (13), identificando tres enfoques diferentes, 1. Un modelo enfocado en la reducción de la ‘disforia de género’ y “cross-gender behaviors and identification” (13), 2. Un enfoque basado en la ausencia de esfuerzo para reducir la ‘disforia de género’ o los comportamientos ‘atípicos’ respecto al género, permitiendo el desarrollo de la trayectoria de género sin intervención, así como 3. Un enfoque basado en la “[a]ffirmation of the child’s cross-gender identification” (13) por parte de l*s profesionales de Salud Mental y familiares, acompañado por un apoyo a la transición social en la niñez y provisión de bloqueadores hormonales en la adolescencia.

Desde la escasez de evidencia acerca de los efectos de cada uno de los enfoques nombrados y la falta de predictibilidad de la persistencia o el desistimiento de la diversidad de género, Drescher (2014[2013]) señala el carácter potencialmente dañino tanto de esfuerzos de cambiar la identidad de género como de apoyar una transición social temprana en caso de niñ*s cuya diversidad de género no sigue en la adolescencia y adultez.

En el artículo en el que desarrolla una argumentación contra el mantenimiento de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia en la CIE, Sam Winter (2014) aporta propuestas para un modelo de atención sanitaria dirigida a “gender different children” (2). Desde su experiencia profesional como psicólogo trabajando con personas trans* en Asia, el autor describe una falta de conceptualización de la diversidad de género en la infancia como problema de salud que requiere atención sanitaria en la cultura asiática (Winter 2014).

In thirteen years working in with transgender people in Asia I recall very few informing me that their parents had taken them to see a doctor when they were a child. (...) The view of gender-different children as sick is therefore a somewhat culture-specific one; not only modern but also peculiarly Western.
(Winter 2014: 5)

Partiendo de la idea de que niñ*s diferentes en el género no necesariamente requieren atención sanitaria, Winter (2014) identifica potenciales necesidades de información,

asesoramiento y acompañamiento, tanto para l*s niñ*s como sus familiares o personas cercanas.

They may need support and information to help in exploration of their gender issues (for example 'Who am I?', 'What shall I do about it?'), ways of dealing with the challenges arising from gender expression (for example 'Why won't people let me be who I want?', 'Why do they treat me the way they do?', 'How should I handle this?') and arising from any bodily concerns they may have (for example 'Why do I feel this way about my body?', 'What can I do about it?', 'When?', 'With what effects?'). Parents, teachers and siblings may also benefit from some support information about gender issues, and from counseling as to how they should respond to their child's gender issues.
(Winter 2014: 6)

3.9.4.2.2. Asociaciones profesionales

Como mencionado más arriba (capítulo II, 2.2.4), en las diferentes ediciones de los SOC se puede observar una creciente mención de la atención sanitaria dirigida a la diversidad de género en la infancia (HBIGDA 2005; WPATH 2012a).

En el marco del proceso de elaboración de recomendaciones por parte de miembros de WPATH sobre el proceso de revisión de los SOC-6 y elaboración de los SOC-7 (capítulo II, 3.7.4), Annelou de Vrier y Peggy Cohen-Kettenis (2009) revisan *"the assessment and treatment of gender-dysphoric children and adolescents"* (100). Para los SOC-7, De Vrier y Cohen-Kettenis (2009) recomiendan abandonar la hipótesis de una prevalencia diferenciada de 'GIDC' según el género asignado al nacer. Además, sugieren introducir una descripción de la fenomenología de GID en la infancia y GID en la adolescencia en dos apartados diferenciados, incluir indicaciones más precisas sobre las áreas de funcionamiento a explorar durante la fase de evaluación y añadir la recomendación *"to be careful allowing children to make a complete social gender change long before puberty"* (De Vrier y Cohen-Kettenis 2009: 107).

Sam Winter (2009), en un artículo sobre la consideración de aspectos culturales en el proceso de revisión de los SOC publicado desde su rol como miembro del Consejo Directivo de WPATH, señala el rol marginal que tienen l*s médic*s en las necesidades de atención sanitaria de much*s jóvenes trans* en diferentes partes del mundo. En consecuencia, recomienda introducir en el texto de los SOC una referencia explícita al papel destacado de las organizaciones comunitarias y grupos de apoyo mutuo, así como al papel relevante de la familia en la salud y el bienestar de jóvenes trans* (Winter 2009).

Como mencionado más arriba (capítulo II, 2.2.4.3), en los SOC-7 se incluye un capítulo propio *"Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Gender Dysphoria"* (WPATH 2012a: 10). Paralelamente al mantenimiento de un enfoque de evaluación, la atención sanitaria dirigida a niñ*s y adolescentes parte de la idea de una *"greater fluidity and variability in outcomes, particularly in prepubertal children"* (WPATH 2012a: 11), la relevancia de una actitud afirmativa y de apoyo por parte de l*s profesionales de Salud Mental, sin imponer *"a binary view of gender"* (WPATH 2012a: 16), incluyendo el rol de *"[e]ducate and advocate on behalf of gender dysphoric children, adolescents, and their families in their community"*

(WPATH 2012: 14), así como la idea de que la aplicación de terapias reparativas *"is not longer considered ethical"* (WPATH 2012a: 16).

Aparte de la mención de la atención a la diversidad de género en la infancia y adolescencia en el proceso de revisión y texto final de los SOC-7 (WPATH 2012a), pude identificar varios informes y resoluciones sobre la promoción del respeto a la diversidad de género en la infancia en diferentes ámbitos, procedentes del ámbito norteamericano y canadiense, publicados por la *American Psychological Association* (2009a), la *American Psychiatric Association* (Byne, Bradley, Coleman, et al. 2012) y la *Canadian Association for Social Work Education* y *Canadian Association of Social Workers* (CASWE-ACTS y CASW-ACTS 2015), que muestran aspectos compartidos y diferencias en relación a enfoque y formato.

Tanto la *American Psychological Association* (2009a) como la *American Psychiatric Association* (Byne, et al. 2012) observan una falta de investigaciones randomizadas y estudios comparativos sobre diversidad de género en la infancia y adolescencia, limitando el conocimiento disponible al de una *"expert opinion"* (Byne, et al. 2012: 762). CASWE-ACTS y CASW-ACTS (2015) hacen referencia a una *"history of pathologizing research and treatment conducted on gender diverse children"* (1), así como la presencia de *"emerging research and informed practices"* (1).

Los tres documentos nombran diferentes enfoques de atención dirigida a niñ*s y adolescentes divers*s en el género, diferenciando entre 1. Enfoques de modificación del comportamiento, incluyendo técnicas de refuerzo, terapias cognitivo-conductuales y modalidades de psicoterapia psicoanalítica y 2. Enfoques afirmativos, con diferentes propuestas respecto al grado de apoyo a la transición social en la infancia (American Psychological Association 2009a; Byne, et al. 2012; CASWE-ACTS y CASW-ACTS 2015). La Declaración de CASWE-ACTS y CASW-ACTS (2015) hace además referencia a los conocimientos sobre diversidad de género aportados desde perspectivas indígenas.

En los tres documentos se puede observar una evaluación diferenciada de las terapias reparativas y enfoques afirmativos.

En el informe del *American Psychological Association Task Force* (2009a) los enfoques de modificación de comportamiento se describen como el modelo habitual de tratamiento, indicando como razones para su uso la reducción del ostracismo social, el tratamiento del malestar, la prevención del 'transexualismo' en la adultez y la prevención de una orientación homosexual en la adultez, bajo identificación del último aspecto como *"the most dubious one"* (49). Desde la observación de una escasez de investigaciones, se recomienda a l*s profesionales del ámbito clínico *"be aware of the complex ideological, political, and theoretical perspectives that underlie the different positions"* (American Psychological Association Task Force 2009a: 49). Entre las diferentes técnicas de modificación de comportamiento, se da la preferencia a los enfoques de terapia cognitivo-conductual (American Psychological Association Task Force 2009a). En relación a los enfoques afirmativos se observa una falta de estudios

comparativos, llegando a la conclusión que “[t]he supportive approach does, however, highlight a variety of theoretical and clinical disagreements, which will only be resolved by more systematic research on therapeutics” (American Psychological Association Task Force 2009a: 50).

El *American Psychiatric Association Task Force* parte de la idea de que “[c]hildren have limited capacity to participate in decision making regarding their own treatment, and no legal ability to provide informed consent” (Byne, et al. 2012: 762). Por esta razón y en consecuencia de la ausencia de estudios sobre resultados de tratamiento, se observa una falta de consenso profesional sobre el tratamiento más adecuado, identificando las terapias de modificación conductual como uno de los posibles enfoques, basado en la consideración de la persistencia del deseo de transitar en el género como un resultado no deseado, el estigma asociado y los costes y riesgos de los tratamientos hormonales y quirúrgicos (Byne, et al. 2012). En los textos de revisión bibliográfica que acompañan el informe, se expresa un rechazo explícito de terapias reparativas solo en relación a la atención sanitaria dirigida a adolescentes (Bradley y Green en: Byne, et al. 2012). En relación a enfoques de apoyo a la transición social en la infancia, se nombra como argumento a favor la reversibilidad del cambio y como argumentos en contra la falta de posibilidad para diferenciar entre “*desisters*” y “*persisters*” y las complicaciones inherentes a un regreso al género asignado al nacer (Byne, et al. 2012: 763).

A diferencia de los documentos anteriores, la Declaración de la *Canadian Association for Social Work Education* y la *Canadian Association of Social Workers* incluye un rechazo explícito de las terapias reparativas en sus recomendaciones, bajo referencia a los SOC-7 (CASWE-ACFTS y CASW-ACTS 2015).

Any professional’s attempt to alter the gender identity or expression of a young person to align with social norms is considered unethical and an abuse of power and authority^[referencia a los SOC-7]. Specifically, social workers should reject any attempt to prevent a child from growing up to be transgender, transsexual, two-spirit, gay, lesbian, bisexual or queer. (CASWE-ACFTS y CASW-ACTS 2015: 2)

Además, CASWE-ACTS y CASW-ACTS (2015) recomiendan un enfoque afirmativo, basado en el principio de despatologización y Derechos Humanos (“*Gender diversity must be respected as an expression of human diversity*”, “*Gender diverse young people are to be affirmed as the gender they understand themselves to be*”, CASWE-ACTS y CASW-ACTS 2015: 1), incluyendo un reconocimiento de los conocimientos indígenas sobre diversidad de género (“*Respected roles for gender diverse people existed in many First Nations communities prior to colonization*.”^[referencia] *Social workers should support Indigenous allies in reasserting traditional knowledge with respect to gender diversity*”, CASWE-ACTS y CASW-ACTS 2015: 1).

Aparte de las recomendaciones dirigidas al ámbito sanitario, tanto el informe del *American Psychological Task Force* (2009a) como el informe de CASWE-ACFTS y CASW-ACTS (2015) incluyen referencias al ámbito educativo y social, relacionadas con la protección contra la discriminación y violencia transfóbica, el fomento del apoyo familiar y la prevención del

riesgo de suicidio. En la declaración de CASWE-ACFTS y CASW-ACTS (2015) se destaca el rol de l*s trabajador*s sociales en el fomento de entornos afirmativos, recomendando una revisión autorreflexiva de asunciones sexistas, racistas, heteronormativas o cisnormativas en la propia práctica profesional.

Restrictive gender roles are a reflection of sexist, racist, heteronormative and cisnormative^[nota al final del documento] assumptions, and are harmful for all people regardless of gender identity. Social workers should engage in ongoing learning to recognize and eliminate these assumptions in the profession.
(CASWE-ACFTS y CASW-ACTS 2015: 2)

Los documentos revisados se pueden situar en el contexto más amplio de declaraciones y recomendaciones sobre la atención sanitaria y social dirigida a niñ*s y jóvenes LGBT (Adelson 2012; American Academy of Pediatrics 2013; American Psychological Association y NASP 2015; NAPNAP 2011; Society for Adolescent Health and Medicine 2013).

3.9.4.2.3. Autor*s individuales

En la bibliografía revisada, se pueden encontrar diferentes enfoques de atención dirigidos a niñ*s con expresiones e identidades de género diferentes al género asignado al nacer, desde enfoques de modificación conductual ('terapias reparativas') hasta modelos afirmativos.

3.9.4.2.3.1. Terapias de modificación de la conducta

Dentro de las terapias de modificación conductual (Rekers y Lovaas 1974; Zucker 1985, 2008; Zucker, Wood, Singh, et al. 2012), se puede diferenciar entre diferentes enfoques.

Rekers y Lovaas (1974) describen un enfoque de modificación conductual basado en la técnica de refuerzo social de estímulos, con el objetivo de desactivar comportamientos femeninos y reforzar comportamientos masculinos en un 'niño' (género asignado al nacer) con "*childhood cross-gender identity*" (173), aportando como ejemplo el caso de "*Kraig*" (173). En el proceso de tratamiento, los autores entrenan a la madre como co-terapeuta, con el objetivo de realizar el tratamiento tanto en la consulta como en la vida cotidiana. En la clínica, se realizan "*[b]aseline sessions*" en las que "*the child*" puede jugar libremente con juguetes considerados masculinos y juguetes femeninos, seguidas por "*[t]herapy sessions*" en las que los autores indican que "*[w]e treated the child in an attempt to extinguish feminine behavior and to develop masculine behavior*" (Rekers y Lovaas 1974: 179), dando instrucciones a la madre a reforzar positivamente el uso de juguetes masculinos y de ignorar o desaprobar el uso de juguetes femeninos, con o sin presencia de los terapeutas. Estas sesiones son seguidas por "*[g]eneralization sessions*" en las que se invita a "*the child*" a jugar sin acompañamiento y "*[r]eversal sessions*" en las que la madre está de nuevo presente, pero sin dar una respuesta diferenciada al uso de los juguetes 'femeninos' o 'masculinos' (Rekers y Lovaas 1974: 179).

Además, se instruye a la madre "*to mediate a token reinforcement system for her son at home*" (Rekers y Lovaas 1974: 180), usando un sistema de premios y penalizaciones mediante

fichas azules y rojas, tanto en relación a comportamiento femenino, neutro como masculino, acompañado por un *checklist* para apuntar los comportamientos.

Después del tratamiento, Rekers y Lovaas (1974) llegan a la conclusión “[t]here is no doubt that our treatment intervention produced a profound change in Kraig” (187). A modo de limitaciones, señalan la falta de previsibilidad respecto a las preferencias futuras de compañer*^s de juego, así como la falta de estudios sistemáticos (Rekers y Lovaas 1974).

Zucker (1985) revisa diferentes enfoques de terapias de modificación de la conducta, incluyendo terapias conductuales, enfoques psicoanalíticos y enfoques de terapia grupal, identificando la terapia familiar como un enfoque poco explorado con “*cross-gender-identified children*”(161).

Como razones que, según su perspectiva, justifican el empleo de técnicas de modificación conductual, Zucker (1985) nombra el riesgo de un futuro ‘transexualismo’, ‘homosexualidad’ o ‘transvestismo’, considerando que “*preventing either transsexualism or transvestism is a goal that will never gather systematic opposition*”(116), mientras reconoce que “*to make the same claim for homosexuality is highly unlikely*”(116).

En cada uno de los métodos revisados, Zucker (1985) revisa los resultados en función de la especificidad de los estímulos empleados y el mantenimiento del comportamiento adaptado al género asignado al nacer durante un tiempo prolongado y en entornos diversos. Como una pregunta abierta a futuros estudios, Zucker (1985) identifica la evolución de la orientación sexual e identidad de género en la adultez.

En un artículo publicado 23 años después, Zucker (2008) se plantea la pregunta “*Children with gender identity disorder: Is there a best practice?*”(358). En el momento actual, Zucker (2008) observa una amplia bibliografía sobre fenomenología, procesos de evaluación y diagnóstico, psicopatología, ‘historia natural’ y enfoques terapéuticos, incluyendo terapia conductual, psicoterapia, psicoanálisis, asesoramiento dirigido a madres/padres y terapia grupal. A la vez, Zucker (2008) constata una escasez de guías de Buenas Prácticas y estudios aleatorizados, relegando a l*^s profesionales a “*clinical wisdom*” y el uso de “*largely untested case formulation conceptual models*”(358), con la limitación de que “*one person’s wisdom may be deemed ignorance by another*”(359).

A diferencia de adult*^s y adolescentes trans*, en l*^s que se observa una falta de eficacia de enfoques psicoterapéuticos de modificación conductual, Zucker (2008) señala que “*the picture changes radically when it comes to children with GID*”(358), en l*^s que observa que “*respond quite effectively to psychotherapeutic intervention*”(358). Al mismo tiempo reconoce que parcialmente podría atribuirse a “*spontaneous remission*” (Zucker 2008; 358). Zucker (2008) describe el enfoque terapéutico de su equipo en el *Gender Identity Service* del *Centre for Addiction and Mental Health* en Toronto, basado en 1. “[T]reatment of GID in the ‘*naturalistic environment*’”(360), incluyendo la promoción de “*same-sex peer relations*”(360),

el fomento de actividades ‘típicas para el género’ o ‘neutras’, la limitación de “*cross-gender behaviors*” (360) y diálogos sobre género con l*s madres y padres, 2. Tratamiento con l*s madres y padres, incluyendo el acuerdo sobre intervenciones cotidianas y una revisión del sistema familiar, de las relaciones de pareja y de problemas individuales, así como 3. Tratamiento con l*s niñ*s, en formato de una “*open-ended psychotherapy*” (362), indagando en la experiencia de la identidad de género, idealización del ‘sexo opuesto’, devaluación del propio, ansiedad en las relaciones con “*same-sex peers*” (363) y “*triggers that fuel the cross-gender behavior*” (363). Zucker (2008) señala la importancia de un reconocimiento del carácter multifactorial de GID, la elaboración de un plan terapéutico multidimensional, así como “*an appreciation of the complexity of development*” (363).

En otro artículo, Zucker, et al. (2012) resumen el modelo terapéutico usado actualmente en el *Gender Identity Service* del *Centre for Addiction and Mental Health* en Toronto. En relación al proceso de evaluación, señalan el objetivo de evaluar el cumplimiento de los criterios de GIDC establecidos en el DSM, identificar problemas de salud mental y entender “*the general functioning of the family matrix*”, así como el funcionamiento de la persona menor en el ámbito escolar y social (Zucker, et al. 2012: 374). El enfoque terapéutico se compone de sesiones individuales semanales de terapia de juego con l*s niñ*s, sesiones semanales de asesoramiento o psicoterapia con l*s padres e intervenciones en el entorno cotidiano, con un foco en la identidad de género de l*s niñ*s o en dinámicas familiares más amplias (Zucker, et al. 2012). En caso de requerirse por problemas de salud mental, se incluye el uso de medicación psicofarmacológica (Zucker, et al. 2012). Además, se realizan intervenciones con l*s niñ*s en el contexto cotidiano, entre ellas el fomento de “*same-sex peer relations*” (Zucker et al. 2012, 389). Según Zucker, et al. (2012), en caso de que l*s padres desearan “*to have their child feel more comfortable in their own skin, that is, they would like to reduce their child’s desire to be of the other gender*” (383), el enfoque terapéutico se organiza siguiendo este objetivo. En caso de que l*s padres no estuvieran segur*s, se posterga la decisión sobre las opciones de intervención (Zucker, et al. 2012).

En los ejemplos de casos, se describe como resultado exitoso de la intervención terapéutica “*the GID remitted in full*” (Zucker, et al. 2012: 383). Al final del artículo, l*s autor*s ofrecen un análisis más detallado de la evaluación del éxito de la intervención terapéutica, describiendo varias trayectorias tanto de continuidad como de no continuidad de la “*gender dysphoria*” a lo largo de la infancia, adolescencia y adultez, acompañadas por problemas familiares y escolares, hábitos de abuso de droga, alcoholismo y pensamientos de suicidio, preguntando en cada caso “*Success? Failure? In between?*” (Zucker, et al. 2012: 394).

3.9.4.2.3.2. Críticas de las terapias reparativas

Aparte de las declaraciones de asociaciones profesionales que expresan explícitamente una condena de las terapias reparativas (Adelson 2012; Byne, et al. 2012, CASWE-ACFTS y CASW-

ACTS 2015; SOCUMES 2011[2010]; WPATH 2012a; WMA 2015), autor*s individuales aportan una revisión crítica de su uso (Pickstone-Taylor 2003; Pyne 2014b; Wallace y Russel 2013).

En este sentido, Jake Pyne (2014b) revisa críticamente los enfoques de modificación de comportamiento desarrollados por Rekers and Zucker desde un análisis foucaultiano de técnicas disciplinarias de poder.

While it is frequently noted that gender non-conforming children face rejection and exclusion, I argue for consideration of corrective treatment programs as a calculated and dangerous form of inclusion – an ensemble of disciplinary techniques drawing these children and their families into an enclosure of dangerous power relations. I propose that these treatments are reflective of the historical shift in the exercise of power in modern liberal democracies whereby populations are increasingly governed through expert knowledge, the administration of shame and the exploitation of the desire for success and normality. (Pyne 2014b: 79)

Pyne (2014b) revisa el proceso histórico de conceptualización y clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia, desde la idea de *que “[b]efore the ‘problem’ of childhood gender non-conformity could be solved, it first has to be produced”* (83). Aparte de la *“production of a pathological past and future”* (84), Pyne (2014b) constata un uso del concepto de ‘malestar’ e ‘impedimento’ *“to produce a disordered present”* (84).

Partiendo del marco conceptual desarrollado por Foucault, Pyne (2014b) analiza las técnicas de *“governance of gender non-conforming children”* (85) en el enfoque de terapia de modificación de conducta desarrollado por Rekers y colaborador*s, observando la presencia de técnicas de *“[s]urveillance”* (85), entre ellos el uso de grabaciones en vídeo y audio detrás de espejos ciegos y el uso de diagramas para anotar las observaciones. Pyne (2014b) relata que Kraig, el niño tratado por Rekers y Lovaas (1974), en una entrevista realizada a los 17 años *“reported that these treatments made him feel ashamed”* (86, en: Burke 1996). En un artículo del CNN, citado por Pyne (2014b), Bronstein y Joseph (2011) indican que Kirk Murphy (‘Kraig’), después de haber vivido como hombre gay, se suicidó a los 38 años. En el artículo, el hermano de Kirk cuenta cómo éste recibió castigos físicos según el recuento diario de las fichas rojas y azules, convirtiendo el tablero de fichas en un símbolo de la tensión familiar (Bronstein y Joseph 2011).

Sometimes Mark would try to protect his brother, to make his beatings less severe. "I took some of the red chips and I put them on my side," said Mark, as tears came to his eyes. But he said the beatings were still frequent. The number of stacked red chips became a telltale sign about the level of tension in the house. When he returned home each day, Mark often looked for the chips in their easily visible location between the living room and the kitchen. "You looked and were like, 'What's the chip count today? What happened? What changed? How bad is it going to be?' And it was always bad. There was whipping every Friday night. There was no way out of it." (Bronstein y Joseph 2011: s.p.)

Aparte de estas técnicas de *“[s]urveillance”* (85), Pyne (2014b) observa técnicas de *“normalization”* (87) en las terapias de modificación de conducta, mediante el uso de estrategias de culpabilización dirigidas a l*s madres y padres, así como técnicas de *“self-*

government” (88), incluidas en la última fase de los planes de tratamiento, con el objetivo de alcanzar un mantenimiento del comportamiento sin supervisión. Pyne (2014b) cierra el artículo con una llamada a la revisión autocrítica de técnicas de normalización en la propia práctica profesional, desde un imperativo de *“Doing Justice”*, citando el término usado por Butler (2004: 57)³¹⁷.

Simon Pickstone-Taylor (2003) critica los enfoques de modificación de la conducta de niños divers*s en el género propuestos por Bradley y Zucker (1997), por el refuerzo del mensaje social que *“their instinctual gender identification is fundamentally wrong”* (1-2), con un impacto negativo en su autoestima y aumento del riesgo de psicopatología, así como una falta de eficacia en la prevención de ‘homosexualidad’. En cambio, Pickstone-Taylor (2003) recomienda el desarrollo de enfoques afirmativos basados en la expresión libre del *“cross-gender behavior”* (2) y abordaje de los prejuicios y sensaciones de pérdida de l*s madres y padres, resaltando el efecto de un aumento de la autoconfianza y disminución de síntomas psiquiátricos.

Desde un análisis de los conceptos de *“shame”* y *“attachment”* (113) y su interrelación, Robert Wallace y Hershel Russel (2013) revisan dos modelos de tratamiento con *“gender non-conforming children and their families”* (113), el enfoque de tratamiento de modificación conductual desarrollado por Kenneth Zucker y el modelo de terapia afirmativa de Edgardo Menvielle. Los autores identifican una mayor oportunidad de desarrollar un apego positivo en caso del enfoque afirmativo que en la modalidad de modificación de conducta (Wallace y Russel 2013).

3.9.4.2.3.3. Modelos afirmativos de atención a la diversidad de género en la infancia

En una revisión de modelos afirmativos de atención a diversidad de género en la infancia pude identificar diferencias respecto a 1. El rol profesional, desde una priorización de la evaluación y el diagnóstico versus un foco en el apoyo y asesoramiento y 2. La postura respecto al momento y grado de transición social en niños pre-adolescentes.

Roles profesionales en la atención a la diversidad de género en la infancia

En relación al rol profesional en la atención afirmativa a niños divers*s en el género, se observan diferentes priorizaciones.

Algun*s autor*s ponen el foco en el proceso de evaluación y diagnóstico (De Vries y Cohen-Kettenis 2012; Fernández Rodríguez, Guerra Mora, Díaz Méndez, et al. 2014; Le Heuzey 2013; Leibowitz y Spack 2011; Menvielle 2012; Menvielle y Gomez-Lobo 2011).

³¹⁷ En *Doing Justice to Somebody*, capítulo de *Undoing Gender*, Butler (2004) hace referencia al suicidio de David Reimer, cuyo tratamiento de reasignación de género después de un accidente durante la intervención de circuncisión es descrito por John Money como *“the Joan/John case”* (Butler 2004: 59). Las teorías de John Money se identifican como uno de los puntos de partida del modelo médico actual de intervención quirúrgica temprana en niños intersex (Butler 2004; Dreger 1998, 1999[1998]; Kessler 1998).

A modo de ejemplo de un enfoque afirmativo que otorga un rol relevante al proceso de evaluación, se puede nombrar el "Dutch Approach" (De Vries y Cohen-Kettenis 2012: 301), el modelo de atención a niñ*s y jóvenes divers*s en el género seguido en la *Amsterdam Gender Identity Clinic*. Como primer paso del "Dutch Approach", De Vries y Cohen-Kettenis (2012) indican "a thorough assessment of any vulnerable aspects of the youth's functioning or circumstances and, when necessary, appropriate intervention" (301). En caso de niñ*s menores de 12 años, recomiendan un "watchful waiting and carefully observing how gender dysphoria develops in the first stages of puberty", para evaluar, en la edad adolescente, la elegibilidad para la terapia con bloqueadores hormonales y, posteriormente, la terapia hormonal (De Vries y Cohen-Kettenis 2012: 301)

En caso de niñ*s menores de 12 años, De Vries y Cohen-Kettenis (2012) indican que el proceso diagnóstico se lleva a cabo mediante la realización de una evaluación psicodiagnóstica en varias sesiones celebradas a lo largo de un tiempo prolongado, con el objetivo "to gain insight into how the gender dysphoria develops over time" (306). Además, se realizan sesiones compartidas entre familiares y niñ*s, así como entrevistas individuales con l*s madres y padres. Según De Vries y Cohen-Kettenis (2012), el objetivo de la evaluación es examinar el cumplimiento de los criterios diagnósticos, teniendo en cuenta diferentes formas de expresión de la 'disforia de género', el nivel cognitivo de l*s niñ*s, su funcionamiento psicosocial y rendimiento escolar, la presencia de problemas de salud mental, así como el funcionamiento familiar.

De Vries y Cohen-Kettenis (2012) señalan que el tratamiento consiste, en primer lugar, en sesiones de asesoramiento con l*s madres/padres, considerando que "advice at dealing with the gender dysphoria is sufficient" (307) en caso de niñ*s que no presentan otros problemas de salud y que tienen "sensitive parents with an appropriate style of child rearing" (307). En caso de problemas de salud mental o conflictos familiares, se deriva a l*s niñ*s a un dispositivo de Salud Mental, con el objetivo de abordar primero estos problemas, señalando la posibilidad de una desaparición de la 'disforia de género' después del tratamiento de los problemas de salud mental (De Vries y Cohen-Kettenis 2012). Las autoras indican que la *Amsterdam Gender Identity Clinic* no realiza intervenciones médicas antes de la pubertad (De Vries y Cohen-Kettenis 2012).

Algun*s autor*s hacen referencia al rol profesional de evaluación, supervisión y documentación del desarrollo de la 'disforia de género' a lo largo de la infancia, con el objetivo de facilitar el acceso a bloqueadores hormonales en la adolescencia (Edwards-Leeper y Spack 2012). En la descripción del funcionamiento del *Gender Management Service (GeMS)* en el *Children's Hospital Boston*, Edwards-Leeper y Spack (2012) indican su foco en la atención a adolescentes y provisión de bloqueadores hormonales. Al mismo tiempo señalan que, en caso de niñ*s pre-adolescentes, se realiza, aparte de un asesoramiento inicial dirigido a l*s

madres/padres y derivación a terapeutas extern*s, un seguimiento de l*s niñ*s por parte de l*s trabajador*s sociales del centro, con el objetivo de *"document the persistence of gender dysphoria and to facilitate entrance into GeMS when deemed appropriate"* (Edwards-Leeper y Spack 2012: 324).

Otr*s autor*s ponen el foco tanto en el rol de evaluación como de apoyo (Forcier y Haddad 2013; Forcier y Johnson 2013; Menvielle 2012; Möller, Schreier, Li, et al. 2009). Partiendo de la importancia de *"encourage children who exhibit gender non-conformity to explore a variety of gender interests and expressions"* (101), Forcier y Johnson (2013) otorgan un alto grado de importancia a un *"screening and identification in the pre and early pubertal years"* (101), resaltando el rol relevante de profesionales de Salud Mental tanto en el proceso de evaluación, en la provisión de ayuda a profesionales de Atención Primaria, como en actividades de apoyo a la diversidad de género y creación de un proceso de transición social seguro en el contexto familiar, educativo y social.

En otro artículo, Forcier y Haddad (2013) reafirman la importancia de una identificación temprana de la diversidad de género en la infancia, actitud de apoyo colaborativo por parte de l*s profesionales de Salud Mental y acceso a bloqueadores hormonales en la adolescencia, con el objetivo de *"improve social and mental health outcomes for what has traditionally been considered a high-risk, vulnerable population"* (Forcier y Haddad 2013: 17).

Menvielle (2012) describe el *"Comprehensive Program for Children with Gender Variant Behaviors and Gender Identity Disorders"* (357), realizado en el *Children's National Medical Center* en Washington, compuesto por *"a set of diagnostic and treatment interventions aimed at helping parents affirm and support their children, while actively promoting their healthy adjustment"* (363), partiendo de una conceptualización de *"GID in children"* como *"a normal developmental variation"* (363) y el fomento de una actitud de apoyo a la diversidad de género en l*s familiares. El autor indica que durante la sesión de evaluación clínica, el diálogo está centrado en l*s madres/padres, permitiendo a l*s niñ*s a jugar o leer un libro, con la atención de evitar a l*s niñ*s una situación de incomodidad, al mismo tiempo que ofrece a niñ*s que buscan una oportunidad de diálogo una sesión aparte (Menvielle 2012). En función de la evaluación inicial, se realizan intervenciones psicoeducativas con l*s madres, padres y niñ*s, con el objetivo de facilitar la oportunidad de hablar *"about different ways of being a boy or a girl"* (Menvielle 2012; 365), así como intervenciones grupales con l*s familiares por un lado y l*s niñ*s por el otro lado, realizadas con el objetivo *"to provide a supportive community for parents dealing with the challenge of raising children with gender variant behaviors and providing a socializing experience for the children"* (Menvielle 2012: 365-366).

Möller, et al. (2009) destacan la relevancia de una evaluación cuidadosa, a la vez que señalan como objetivo del tratamiento no cambiar la identidad de género o eliminar *"cross-gender behavior"* (135), sino de entender *"the gender issue"* (135) en su complejidad y ayudar a l*s niñ*s a alcanzar el máximo bienestar psicosocial, incluyendo la posibilidad de transición

social. Además, resaltan la relevancia de que l*s profesionales revisaran su conceptualización de los géneros como binarios, abriendo espacios para opciones no binarias (Möller, et al. 2009).

Finalmente, diferentes autor*s priorizan los roles de información, asesoramiento y acompañamiento terapéutico dirigido a niñ*s, adolescentes, familiares, educador*s y otras personas del contexto social cercano (Benestad 2009; Di Ceglie y Coates Thümmel 2006; Ehrensaft 2011b, 2012; Vanderburgh 2009).

Partiendo de un enfoque de “[t]rue gender self child therapy” (337), Ehrensaft (2012) crítica la clasificación diagnóstica de GIDC en el DSM-IV-TR y el rol profesional de evaluación, considerando de que *“the job of the clinician is not to ward off a transgender outcome, but to facilitate the child’s authentic gender journey”* (339). A la vez, resalta como potenciales roles de l*s profesionales identificar potenciales problemas de salud mental, así como aliviar vivencias de malestar. Ehrensaft (2012) indica que el enfoque terapéutico se basa, ante todo, en sesiones con l*s madres y padres y, en caso de una situación de malestar prolongado y después de una consulta con l*s madres/padres, sesiones individuales con l*s niñ*s, partiendo de un enfoque terapéutico de terapia de juego basado en Winnicott.

Dentro del rol de acompañamiento en el ‘viaje por los géneros’, Ehrensaft (2011a) nombra la importancia de tener en cuenta circunstancias familiares, sociales y culturales, como ilustra en la descripción del proceso terapéutico con un* niñ* divers* en el género con experiencia migratoria, en cuya experiencia se mezclan aspectos relacionados con la non-conformidad en el género, la procedencia cultural de su familia y la experiencia de divorcio de l*s padres (*“D.G. is a little boy caught in the cross-fire of a gender and cultural warfare between his divorced parents”*, 56).

Di Ceglie y Coates Thümmel (2006: 387) describen la experiencia con un grupo terapéutico basado en los enfoques de Bion y Foulkes con madres/padres de niñ*s y adolescentes *“with gender identity disorder”*, realizado con el objetivo de 1. Fomentar el apoyo mutuo entre l*s familiares, 2. Promover la comprensión de los *“gender identity problems”* (389), 3. Identificar vías para abordar los problemas que pueden afrontar l*s niñ*s y jóvenes y 4. Asumir la incerteza en relación al desarrollo de la identidad de género *“while maximizing the potential of the child or young person in family and social relationships and in education”* (389). En el cuestionario de evaluación, l*s madres/padres indican que la intervención grupal les sirvió para entender y aceptar mejor a su hij*, darle más libertad, sentirse más apoyad*s y conocer diferentes experiencias y estrategias para la interacción con su hij* (Di Ceglie y Coates Thümmel 2006).

Vanderburgh (2009) propone un cambio desde un enfoque de patologización de la diversidad de género hacia un paradigma de *“Gender Identity Actualization”* (137), basado en un enfoque de terapia familiar. Entre los roles de l*s terapeutas, Vanderburgh (2009) nombra 1. Dar información sobre identidades trans* diversas, las diferencias entre identidad de género

y orientación sexual, así como las posibilidades de modificación corporal, 2. Proveer educación sobre el carácter cultural del género, las opciones de transición social y “[r]amifications of Disclosure” (148), 3. Facilitar el contacto con otras familias, 6. Ser activ**s* en la defensa de los derechos de l**s* niñ**s* mediante actividades de información y sensibilización en el ámbito escolar, 6. Ayudar a las familias a desarrollar estructuras de apoyo y estrategias para romper con el “family secret” (150), entre otras a través de la información y facilitación de contactos con grupos de apoyo mutuo, 7. Ofrecer información sobre otr**s* profesionales que trabajan con enfoques afirmativos y 8. Crear un espacio para procesar reacciones emocionales en la familia.

Desde su propia experiencia como “sexological professional and transperson in Norway” (207), Esben Esther Pirelli Benestad (2009) resalta la importancia de educar a las personas en el contexto social cercano de l**s* “[c]hildren who ‘transe’ (i.e. children who perform gender different from their assigned sex)” (207), describiendo el trabajo clínico con “those who are or might be disturbed by the children” (207), incluyendo madres y padres, herman**s*, miembros de la familia extendida, profesionales del ámbito sanitario o educativo, así como con aquell**s* niñ**s* divers**s* en el género que desean recibir una atención psicológica. Desde la consideración del diagnóstico como un refuerzo de la sensación de “being ‘wrong’” (210), Benestad (2009) da preferencia a fortalecer un ambiente de “transpositivity” (2010), en referencia a Raj (2002), de ofrecer actividades de sensibilización a las personas en el entorno de l**s* niñ**s* mediante una serie de seminarios titulados “Gender Euphoria” (211), así como de promover oportunidades de diálogo directo con l**s* niñ**s* divers**s* en el género y sus amig**s*.

Posición respecto a la transición social temprana

Como otro tema relevante en los enfoques afirmativos, se puede identificar la pregunta por la conveniencia o no de una transición social temprana. Se puede encontrar una diversidad de posiciones respecto a la transición social temprana en niñ**s* pre-adolescentes, incluyendo 1. La preferencia de una postergación de la transición social a un momento posterior, 2. La recomendación de una transición parcial, 3. Un apoyo a la transición social temprana completa, así como 4. Un enfoque terapéutico basado en la creación de espacios para la exploración de expresiones e identidades de género, incluyendo opciones no binarias.

Desde la observación de que “most gender dysphoric children will not remain gender dysphoric through adolescence” (307) y la previsión de dificultades en el regreso al género asignado al nacer, De Vrier y Cohen-Kettenis (2012) optan por desaconsejar una transición social completa antes del inicio de la pubertad, con el objetivo de “prevent youth with nonpersisting gender dysphoria from having to make a complex change back to the role of their natal gender” (308). Como otro riesgo de la transición social temprana se indica el desarrollo de “a sense of reality so different from their physical reality that acceptance of the multiple and protracted treatments they will later need is made unnecessarily difficult” (308).

En relación a las técnicas de modificación de conducta, De Vrier y Cohen-Kettenis (2012) indican que el tratamiento con niñ*s empleado en el *"Dutch Approach"* (301) no se dirige a 'tratar' la 'disforia de género', sino los problemas emocionales, familiares y de comportamiento que pueden o no tener un impacto en la 'disforia de género' de l*s niñ*s. A la vez, se aconseja a l*s madres y padres a fomentar el contacto de su hij*s con niñ*s *"of their natal sex"* y a desarrollar actividades relacionadas con su *"natal sex"*, sin prohibir *"[g]ender variant behavior"* (De Vrier y Cohen-Kettenis 2012: 308).

La permanencia de estrategias de disuasión en el *"Dutch Approach"* (De Vrier y Cohen-Kettenis 2012: 301), que contrasta con su apoyo hacia la transición social y acceso a bloqueadores hormonales en la adolescencia (de Vrier y Cohen-Kettenis 2012; capítulo II, 3.9.4.2.4), me planteó la pregunta por el significado de una mayor permanencia de estrategias de disuasión en la atención dirigida a niñ*s que a adolescentes, así como la coexistencia de elementos afirmativos y no afirmativos en un mismo enfoque terapéutico.

Tuerk (2011) identifica cuatro enfoques en la atención a la diversidad de género: 1. El enfoque opresor (terapia reparativa), 2. Un enfoque de compromiso estratégico, creando espacios seguros y libres de estigmatización, teniendo en cuenta la presencia de diferentes realidades sociales, 3. Un *"free to be' approach"* (769), permitiendo a l*s niñ*s a vestirse y comportarse como quisieran, independientemente del lugar y 4. El enfoque 'transexual', permitiendo a l*s niñ*s realizar una transición social de género. Tuerk (2011) señala el carácter dañino del primer enfoque, experiencias positivas con el segundo enfoque, así como una falta de experiencia con el tercer y cuarto enfoque.

Algun*s autor*s plantean preguntas abiertas y reflexiones éticas sobre la conveniencia de la transición social temprana y la aceptabilidad de terapias de modificación conductual y/o estrategias de disuasión (Drescher y Byne 2012; Drescher y Pula 2014).

Drescher y Byne (2012) resumen el estado del debate bajo el título de *Summarizing What We Know and What We Have to Learn*. En relación al modelo de atención, vinculan la discusión sobre la conveniencia o no de una transición social temprana con el análisis de la prevalencia de *'desisters'* y *'persisters'*, la hipótesis de una influencia de la transición social en la trayectoria trans* en la adolescencia y adultez y, por otro lado, la constatación de una falta de predictibilidad de la trayectoria de género de niñ*s divers*s en el género.

En consecuencia, plantean la pregunta si, ante la imposibilidad de diferenciación entre *"persisters"* y *"desisters"* (Drescher y Byne 2012: 509), es ético apoyar la transición social temprana, si es psicológicamente dañino y no ético desanimar a l*s niñ*s de emprender una transición social temprana y si la transición social dentro de un modelo binario refuerza estereotipos de género y con ello reacciones de discriminación y homofobia.

Desde la observación de un cambio cultural hacia una mayor aceptación de la diversidad de género en general, y específicamente en niñ*s y adolescentes, los autores

señalan la ausencia de certeza si esta tendencia se mantendría en el futuro o no y si un mayor reconocimiento social podría influir en la necesidad de transitar en la edad adulta (Drescher y Byne 2012).

En un artículo incluido en una edición especial del *Hasting Center Report* sobre *LGBT Bioethics*, Drescher y Pula (2014) resumen el estado de la cuestión sobre modelos de atención a la diversidad de género en la infancia, partiendo de la heterogeneidad de niñ*s divers*s en el género, la falta de predictibilidad de la trayectoria de género y la conciencia de que “[t]here is no expert clinical consensus regarding the treatment of prepubescent children who meet diagnostic criteria for gender dysphoria” (Drescher y Pula 2014: S19).

Desde el principio de no discriminación por razones de etnicidad, sexo, creencia, edad, estatus socioeconómico u orientación sexual establecido por *APA, American Psychiatric Association* (2013[1973]), Drescher y Pula (2014) plantean diferentes preguntas relacionadas con el carácter ético o no ético de la ‘prevención’ de la transexualidad mediante técnicas de modificación de conducta, los potenciales riesgos y/o beneficios de su aplicación, el rol del principio de autonomía de las personas menores en el proceso de decisión sobre el grado de transición social, así como los potenciales riesgos y beneficios inherentes a la transición social temprana y/o su postergación. Sin dar una respuesta única a las preguntas planteadas, los autores hacen hincapié en la importancia de una inclusión de aspectos éticos en los estándares clínicos de atención a la diversidad de género en la infancia dirigidos a apoyar a niñ*s y adolescentes divers*s en el género y sus familias (Drescher y Pula 2014).

Mientras el debate sobre la transición social temprana parte de un proceso de tránsito dentro de un modelo binario de géneros, se puede identificar la emergencia de enfoques que proponen el apoyo a una libre exploración de expresiones e identidades de género en la infancia, basados en una perspectiva de despatologización e incluyendo opciones más allá del binario³¹⁸. Estos enfoques parten de un rechazo claro de terapias de modificación conductual, en algunos casos nombrado explícitamente en sus trabajos (Ehrensaft 2012; Hill y Menvielle 2009; Pyne 2014a).

En relación a la atención a “[g]ender independent kids” (1), Jake Pyne (2014a) observa a lo largo de los últimos años “a paradigm shift: from disorder to diversity, from treatment to affirmation, from pathology to pride, from cure to community” (1), incluyendo un cambio en el lenguaje y las opciones identitarias, así como el foco de intervención con niñ*s inconformes con el género.

En referencia al lenguaje, Pyne (2014a) constata un cambio desde el uso de una terminología patologizante en autores como Rekers, Green y Money hacia el surgimiento de nuevos conceptos para describir la diversidad de género en la infancia, incluyendo el término

³¹⁸ Ansara y Hegarty 2012; Bryant 2006; Castañeda 2014; Dysart-Gale 2010; Franson 2013; Gonzalez, Rostovsky, Odom, et al. 2013; Ehrensaft 2011a, 2011b, 2012; Missé 2013a; Platero 2014a, 2014b; Pyne 2014a, 2014b; Riley, Clemson, Sitharthan, et al. 2013; Riley, Sitharthan, Clemson, et al. 2011a, 2011b, 2013; Schwartz 2012; Tuerk 2011; Wiseman y Davidson 2014.

"Gender Independent" (3). Con referencia a Derrida y Foucault, Pyne (2014a) analiza el término "Gender Independent" (3) desde su carácter performativo, en el sentido de su influencia en cambios en la práctica profesional y constitución de identidades (capítulo II, 3.3.4.4).

While the phrase Gender Identity Disorder leaves one the option of either being gender-typical or being disordered, in contrast, Gender Independent positions non-conformity within the realm of wellness, ultimately begging a new question: Is gender conformity healthy? (Pyne 2014a: 3)

Respecto a cambios en el enfoque de atención, Pyne (2014a) observa un giro desde una conceptualización de la diversidad de género en la infancia como patología necesitada de cura mediante técnicas de modificación de conducta, psicoterapia o terapia grupal, hacia el rechazo de su aplicación por asociaciones profesionales y autor*s individuales y desarrollo de enfoques afirmativos. Según el autor, este cambio se puede relacionar con la emergencia de enfoques de constructivismo social, el cuestionamiento del binarismo de género desde la biología, la expansión del movimiento gay-lésbico, queer y trans*, así como el surgimiento de un movimiento de apoyo a familias de niñ*s inconformes con el género (Pyne 2014a).

En este cambio de paradigma, Pyne (2014a) observa un proceso de "*shifting gender possibilities*" (3), desde la consideración de la diversidad de género como resultado no deseable hacia una actitud de apoyo hacia la transición social temprana y apertura a diferentes trayectorias de género, prescindiendo de la presuposición de su previsibilidad. Además, Pyne (2014a) observa un proceso de "*shifting the target of intervention*" (4), en el sentido de un cambio del foco de la intervención de l*s niñ*s hacia la prevención de actitudes discriminatorias en el entorno social y el fomento del apoyo en el contexto familiar.

Pyne (2014a) cierra su reflexión con recomendaciones para educador*s, investigador*s y profesionales de la salud, incluyendo 1. La importancia del uso de un lenguaje no patologizante para la conceptualización de la diversidad de género, 2. La necesidad de repensar la conceptualización del cuerpo, incorporando un modelo de sexos/géneros no binario y no normativo en el ámbito educativo, así como 3. La relevancia de mejorar los entornos sociales y familiares de niñ*s independientes en el género, a través de un apoyo afirmativo.

Ehrensaft (2012) propone un enfoque de "*[t]rue gender self child therapy*" (337) basado en el cambio conceptual "*From Gender Identity Disorder to Gender Identity Creativity*" (337) y la conceptualización del género como una red de opciones múltiples, incluyendo opciones no binarias.

True gender self child therapy is based on the premise of gender as a web that weaves together nature, nurture, and culture and allows for a myriad of healthy gender outcomes. (...)
From gender identity disorder to gender identity creativity, the rubric of the psychoanalytically informed treatment paradigm I would like to present, is a model that dispenses with the notion of binary gender categories, challenges assessments of perversion and inversion cast on gender transgressive people, and strives to help children discover their gender authenticity (Ehrensaft, 2011a, 2011b, 2011c).
(Ehrensaft 2012: 337, 240)

La autora expresa su rechazo a terapias de modificación conductual, partiendo de la idea de que *"significant harm is done to children when adults attempt to adjust the children's gender expressions and self-affirmed identities to match the gender listed on their birth certificates and from which the children show signs of transgression"* (Ehrensaft 2012: 338).

En su enfoque, Ehrensaft (2012) incluye la posibilidad de que l*s niñ*s desearan volver al género asignado al nacer, señalando la falta de estudios sobre el impacto de procesos de transición múltiple.

To date, we have no research studies that indicate that a child who transitions gender and later transitions back in a gender fluid process rather than a frenzy of gender chaos or confusion suffers any damage to his or her psyche, and my own clinical observations are that such a process does indeed occur with no harm if the surrounding environment is accepting of the changes.
(Ehrensaft 2012: 354)

Sherer, Rosenthal, Ehrensaft, et al. (2012) presentan *The Child and Adolescent Gender Center*, establecido en 2011 en San Francisco, que ofrece grupos de apoyo para madres y padres, atención médica pediátrica y para adolescentes, así como atención endocrinológica, tratamiento de Salud Mental, servicios de información, educación y asesoramiento legal, así como actividades de investigación, desde un enfoque afirmativo a expresiones e identidades de género que difieren del género asignado al nacer, incluyendo opciones no binarias y fluidas.

Vari*s autor*s resaltan la importancia de relacionar el apoyo a la exploración de expresiones e identidades de género con aspectos sociales más amplios, incluyendo el abordaje de experiencias de discriminación en el contexto familiar, educativo y social (Franson 2013; McBride 2013; Minter 2012; Wiseman y Davidson 2012), la atención a aspectos interseccionales (Saketopoulou 2011) y la consideración de determinantes sociales de la salud (Dysart-Gale 2010). Para responder adecuadamente a las necesidades de niñ*s y adolescentes divers*s en el género, se resalta la importancia de fomentar la formación de profesionales sanitari*s (Stoddard, Leibowitz, Ton, et al. 2011).

Desde la observación de una frecuente vivencia de discriminación y violencia transfóbica dirigida contra niñ*s y adolescentes divers*s en el género, se proponen diferentes medidas, resaltando la importancia de una colaboración intersectorial (McBride 2013). En el ámbito de los servicios sociales y comunitarios, se recomienda la introducción de mecanismos de registro de incidentes de discriminación, guardando su confidencialidad (McBride 2013), la facilitación de servicios de acceso a la vivienda para niñ*s y jóvenes divers*s en el género que experimentan rechazo en el entorno familiar (McBride 2013), así como fomento de grupos de iguales y asociaciones (McBride 2013).

En relación al ámbito educativo, se propone la inclusión de la temática de diversidad de género en los diseños curriculares y el establecimiento de un protocolo de protección contra la violencia transfóbica y en relación a códigos de vestimenta en el ámbito educativo (Franson 2013; McBride 2013).

En el ámbito sanitario, se recomienda el fomento de la formación sobre diversidad de género en el ámbito de la Atención Primaria (McBride 2013), la participación de personas jóvenes en la creación de protocolos de atención sanitaria dirigida a la diversidad de género en la infancia y adolescencia (McBride 2013), la focalización de la atención en la discriminación más que en la identidad (Wiseman y Davidson 2012) y el aumento de la atención a aspectos interseccionales (Saketopoulou 2011).

Dysart-Gale (2010) propone un enfoque de determinantes sociales de la salud y justicia social para trabajar con niñ*s y jóvenes LGBTIQ. Señala que aunque la OMS no nombra explícitamente a jóvenes LGBTIQ en su modelo de determinantes sociales de la salud, se puede observar una clara influencia de diferentes determinantes sociales en su situación, entre ellos la educación, el acceso al empleo, la alimentación y a la atención sanitaria, la justicia social y la equidad. Dysart-Gale (2010) define el enfoque de justicia social como una mirada más allá del contexto clínico, enfocada a la sociedad en su conjunto, con el objetivo de reforzar la salud y el bienestar de las personas jóvenes LGBTIQ.

As defined by the WHO, the social factors that determine health are “peace, shelter, education, food, income, stable ecosystem, sustainable resources, social justice, and equity” (Raphael, 2006). While LGBTIQ youth are not the focus of the WHO’s work, they nevertheless clearly confront serious challenges to these social determinants of health, with deleterious health consequences.

Social justice requires nurses to move beyond the clinical context and look at society as a whole to offset the social factors undermining the health and well-being of all LGBTIQ youth.

(Dysart-Gale 2010: 24-25)

La perspectiva de profesionales, familiares, el entorno social y niñ*s divers*s en el género

Dentro de perspectivas de despatologización y reconocimiento de la diversidad, se aportan trabajos que reflejan la perspectiva de diferentes actores implicad*s en el proceso, entre ell*s profesionales, familiares, el entorno social, así como l*s niñ*s divers*s en el género.

Vari*s autor*s aportan reflexiones sobre la vivencia de l*s profesionales del ámbito de la salud y la educación con la diversidad de género en la infancia (Goodbaum, Huot y Patterson 2012; Payne y Smith 2014; Schwartz 2012).

En estos trabajos, se describen sensaciones de miedo, incertidumbre y falta de preparación en relación a la diversidad de género por parte profesionales del ámbito de la educación (Payne y Smith 2014), así como experiencias de dificultad en profesionales del contexto clínico en el proceso de compaginar las expectativas de l*s niñ*s y sus familiares, imperativos culturales y fuerzas políticas (*“acutely aware that they are in difficult waters, politically and scientifically”*; Schwartz 2012: 461).

Desde un marco teórico queer y feminista, Goodbaum, Huot y Patterson (2012) analizan en un estudio cualitativo la experiencia de profesionales de servicios sociales en la atención a niñ*s independientes en el género, resaltando la importancia de una *“culture of unlearning”* (Goodbaum, et al. 2012: 23-24), con el objetivo de abordar adecuadamente

situaciones de prejuicio, cuidar un lenguaje no discriminatorio y adoptar un enfoque de justicia social. Además, recomiendan la implementación de servicios afirmativos, la facilitación de contactos con grupos de iguales y asociaciones, así como la realización de actividades educativas (Goodbaum, et al. 2012).

En relación al ámbito educativo, Payne y Smith (2014) señalan que el proceso de creación de un entorno afirmativo para niñ*s divers*s en el género puede constituir una oportunidad para reflexionar sobre la presencia del binarismo de género en el currículum, los protocolos y las prácticas profesionales del centro educativo.

Otr*s autor*s centran su atención en el análisis de la perspectiva de l*s familiares (Hill y Menvielle 2009; Riley, et al. 2011a, 2011b).

Hill y Menvielle (2009) identifican diferentes actitudes por parte de l*s madres y padres, incluyendo aceptación incondicional, la consideración de la diversidad de género como una fase pasajera, intentos de disuasión para desistir del deseo de transitar, así como procesos de aceptación paulatina. Entre las preocupaciones, nombran el miedo por la seguridad de l*s niñ*s, la preocupación por una vida futura ‘dura’, vivencias de infelicidad o intentos de suicidio, el miedo a que l*s hij*s se convirtieran en personas homosexuales o trans*, así como la duda si deberían medir el grado de apoyo (Hill y Menvielle 2009). A modo de recomendaciones dirigidas a otr*s madres y padres, l*s familiares entrevistad*s proponen buscar información, contactar con otras personas que compartieran la misma vivencia, realizar una autorreflexión sobre las propias actitudes y creencias, buscar terapia, si fuera necesario, así como aceptar a l*s niñ*s (Hill y Menvielle 2009).

Riley, Sitharthan, Clemson y Diamond (2011a, 2011b, 2013a, 2013b) analizan las necesidades de madres y padres de niñ*s divers*s en el género, recogidas a través de entrevistas con madres/padres, profesionales sanitari*s y personas trans* adultas. Como necesidades prioritarias de l*s madres y padres, l* autor*s nombran disponer de apoyo emocional y asesoramiento de profesionales con formación especializada, contacto con otras personas en su misma situación, información y apoyo por parte de la sociedad, comunidad local, familia, amig*s y otr*s madres y padres, la disponibilidad de recursos educativos para escuelas, profesionales y comunidades locales, el fomento de la investigación sobre la temática, así como iniciativas para reducir el estigma social asociado a la diversidad de género (Riley, et al. 2011a, 2011b, 2013a, 2013b).

Además, vari*s autor*s hacen referencia a la aportación de la diversidad de género en la infancia en la familia (Ehrensaft 2011b; González, et al. 2013; Hill y Menvielle 2009). Ehrensaft (2011b) rechaza la hipótesis de una etiología familiar de la diversidad de género en la infancia, señalando que, al contrario, l*s niñ*s divers*s en el género influyen en la familia, contribuyendo a una transformación desde posturas transfóbicas hacia una apertura hacia la diversidad de género en la infancia. En un estudio con madres y padres realizado por Hill y Menvielle (2009), un 40% expresa la sensación de que l*s niñ*s le habían enseñado algo, en el

sentido de crecimiento personal, tolerancia y apertura mental. González, et al. (2013) analizan la experiencia de ser madres y padres de niñ*s LGBTQ, identificando como aspectos positivos 1. El crecimiento personal, en el sentido de una apertura de mente, aportación de perspectivas nuevas, conciencia de discriminación y compasión, 2. Emociones positivas, como orgullo y amor, 3. Implicación en el activismo, 4. Conexión social, así como 5. Relaciones más estrechas, tanto con l*s niñ*s como entre familiares.

Finalmente, busqué estudios que reflejan la perspectiva de niñ*s divers*s en el género. En la bibliografía revisada, pude observar una relativa escasez de investigación basada en la perspectiva de niñ*s y adolescentes divers*s en el género, constatada por diferentes autor*s (Fisher y Mustanski 2014; Schwartz 2012).

Desde perspectivas de ética de la investigación, se nombran como razones para una ausencia de la perspectiva de niñ*s en la investigación clínica y social actual la falta de reconocimiento de su perspectiva, así como preocupaciones éticas basadas en ejemplos de abuso y mis-representación de la investigación médica con niñ*s (Alldred 1998; Carter 2009; Chen y Sheperd 2009). Al mismo tiempo, se pueden identificar modelos de participación de niñ*s en la investigación que incluyen una mención explícita de aspectos éticos (Boyden y Ennew 1997; Wilkinson 2000). Alldred (1998) aporta una reflexión sobre "*Dilemmas in Representing the Voices of Children*" (147), señalando su fundamentación en un paradigma cartesiano del sujeto, así como la presencia de una mirada adulto-céntrica en el proceso de interpretación de las voces de l*s niñ*s y en el proceso de recepción de sus opiniones por el público general u organismos políticos. En consecuencia, plantea la importancia de una reflexión crítica acerca de "*the way childhood is constructed*", "*whether the research should be done*", así como "*whether each particular re/presentational act should be made*" (Alldred 1998: 167).

En los trabajos revisados, pude identificar investigaciones que analizan los relatos de personas trans* adultas sobre su infancia (Riley, et al. 2013a, 2013b) o la perspectiva de familiares y profesionales sanitari*s sobre la experiencia de l*s niñ*s (Riley, et al. 2011a, 2011b, 2013a), cuestionarios realizados con adolescentes (Wells, Asakura, Hoppe, et al. 2013), así como un estudio que revisa vídeos de niñ*s divers*s en el género (Schwartz 2012).

Riley, et al. (2013a, 2013b) describen los resultados de un estudio cualitativo realizado con adult*s trans* que exploran sus experiencias de infancia, identificando como necesidades más prioritarias cuando eran niñ*s la aceptación y el apoyo para hablar de su diversidad de género, libertad para la expresión de la identidad, así como su validación y reconocimiento. En otros artículos, Riley, et al. (2011a, 2011b, 2013a) analizan las necesidades de niñ*s divers*s en el género desde la perspectiva de profesionales sanitari*s y madres/padres. Como necesidades prioritarias de l*s niñ*s l*s profesionales y familiares identifican sentirse aceptad*s, reconocid*s y respetad*s, poder expresar su género, tener contacto con iguales y

apoyo en el ámbito escolar, así como, en caso de adolescentes, tener acceso a bloqueadores hormonales.

Wells, et al. (2013) presentan los resultados de una encuesta por Internet en la que recogen las preferencias de jóvenes pertenecientes a minorías sexuales respecto a la atención en servicios sociales. Se observan diferencias en las preferencias de participantes LGB y participantes trans*, que a su vez se identifican como el grupo menos atendido por las organizaciones existentes. Según Wells et al. (2013), l*s jóvenes trans* expresan un mayor interés en servicios de ayuda para abordar vivencias de estrés y asuntos familiares, en actividades para aprender técnicas de autodefensa, así como en la provisión de apoyo y asesoramiento por parte de adult*s LGBTQ. Además, se identifica una falta de servicios para niñ*s divers*s en el género (Wells, et al. 2013).

Davis, Saltzburg y Locke (2009) presentan los resultados de un estudio cualitativo realizado con jóvenes LGBT que acudían a centros de jóvenes LGBT en Ohio y Massachusetts, analizando las necesidades identificadas en grupos focales a través de la técnica de "Concept Mapping" (1032). En relación a la línea temática de "Gender identity and expression" (Davis, et al. 2009: 1037), l*s jóvenes señalan la necesidad de un lenguaje inclusivo en el género, la disponibilidad de baños unisex, el establecimiento de códigos de vestimenta no generizados, un aumento de recursos para personas trans* y la disponibilidad de legislación de protección de expresiones e identidades de género diversas. Además, resaltan la importancia de una despatologización de las identidades trans*, en el sentido de una retirada de la clasificación diagnóstica y abolición de dinámicas de discriminación y marginalización, incluyendo la sensibilización sobre la diversidad de identidades de género más allá de opciones binarias (Davis, et al. 2009).

Schwartz (2012) identifica una falta de inclusión de la perspectiva de l*s niñ*s divers*s en el género en la reflexión clínica sobre el tema. En una revisión de vídeos de niñ*s divers*s en el género, observa la presencia de estereotipos de género en la autopresentación de l*s niñ*s (Schwartz 2012). El autor abre una reflexión sobre la transmisión de asunciones inarticuladas en los discursos y protocolos clínicos, entre ellos la presuposición de la naturaleza intrínseca y no social de la identidad de género, así como la asunción de una estabilidad y unidad del género. Según Schwartz (2012), esta visión parece coincidir con la narración de l*s niñ*s que se amoldan indirectamente a los discursos clínicos. El autor propone prescindir de la asunción de un género esencial en la comunicación clínica con niñ*s divers*s en el género, respetando su libertad y agencia individual mediante la escucha de su perspectiva y el reconocimiento de la contribución de su exploración entre los géneros a la desestabilización del sistema de géneros (Schwartz 2012).

There is much more to children than what they say. We owe to them a deeper listening than a literal one. We will then likely find that their engagement with gender, especially when it is transgressive or countercultural, may reveal a creativity and even a politics that can contribute to the erosion (if not destabilization) of the gender system as it presently

operates. If we listen to them literally, interpret their communications and performances through the categories we adults have grown up with, and of course have ourselves failed to transcend, we will miss whatever new story they are telling or protest they are making. If we listen and respond to what they are saying in the mirror of the old system, they will seem to buy it, because it comes with the feeling, although not the reality, of being understood, which they no doubt crave. (Schwartz 2012: 478)

3.9.4.2.4. Discursos profesionales: Diversidad de género en la adolescencia

En la bibliografía revisada, se pueden encontrar amplias reflexiones sobre la diversidad de género en la adolescencia. Entre los 611 artículos publicados entre enero de 2007 – octubre de 2015 recogidos en la revisión sistemática, 65 incluyen la palabra 'youth' en título o abstract, y 91 la palabra 'adolescent' y 23 'adolescence' (en castellano: 'jóvenes': 4, 'adolescente': 7, 'adolescencia': 4). Además, una revisión en profundidad de los 89 artículos que llevan la palabra "child" en título o abstract ('infancia': 3) muestra que una parte significativa no trata de la diversidad de género en la infancia, sino de la adolescencia, nombrando la palabra de "child" o 'infancia' en el marco de la pregunta por la prevalencia de 'desisters' o 'persisters' (ej.: Dysart-Gale 2010; Steensma, McGuire, Kreukels, et al. 2013) o en referencia al proceso de evaluación de la diversidad de género desde la niñez, con el objetivo de dar acceso a bloqueadores hormonales o tratamiento hormonal en la adolescencia (ej.: Romero y Reingold, 2013; Rosenthal 2014).

Los artículos revisados sobre diversidad de género en la adolescencia incluyen diferentes líneas temáticas, entre ellas 1. Reflexiones sobre situaciones de discriminación transfóbica (ej.: DiFulvio 2014; McBride 2013; Mitchell, Ybarra y Korchmaros 2014; Stieglitz 2014), 2. Las ventajas y riesgos de un uso de bloqueadores hormonales, los requisitos en su acceso y aspectos éticos en su uso (ej.: Abel 2014; Giordano 2012a; Kon 2014; Menvielle y Gomez-Lobo 2011; Pleak 2011a, 2011b; Sherer, et al. 2012; Sills 2014), 3. La salud sexual de adolescentes divers*s en el género (ej.: Stieglitz 2010), 4. Aspectos relacionados con la salud mental (ej.: Simons, et al. 2013; Stieglitz 2010), 5. Recursos e iniciativas de apoyo para jóvenes divers*s en el género (ej.: Pleak 2011), así como 6. La formación de l*s profesionales sanitari*s (ej.: Stoddard, et al. 2011).

Como ejemplo de un protocolo de atención con adolescentes, se puede nombrar el "Dutch approach", citado ya en relación a la atención a niñ*s divers*s en el género (De Vries y Cohen-Kettenis 2012: 301). En caso de adolescentes, se señala que pueden ser 'elegibles' para la terapia con bloqueadores hormonales y posteriormente para la terapia hormonal a partir de los 16 años, desde la idea que "withholding physical medical intervention in these cases seems more harmful to wellbeing in both adolescence and adulthood when compared to cases where physical medical interventions were provided" (De Vries y Cohen-Kettenis 2012: 301).

En la fase de diagnóstico, se realiza una evaluación psicodiagnóstica en varias sesiones durante un tiempo prolongado, incluyendo una evaluación del desarrollo psicosexual, el

funcionamiento social, la orientación sexual y percepción corporal, el momento de inicio de la ‘disforia de género’, la presencia de problemas de salud mental y el apoyo familiar y social, una evaluación por parte de profesionales de psiquiatría infantil, así como una revisión endocrinológica, con el objetivo de comprobar la elegibilidad para la terapia con bloqueadores hormonales, siguiendo lo establecido en los SOC (De Vries y Cohen-Kettenis 2012; Cohen-Kettenis, Steensma y De Vries 2011). Solo se consideran elegibles jóvenes sin problemas de salud mental y con un apoyo familiar adecuado (De Vries y Cohen-Kettenis 2012).

Desde perspectivas bioéticas, se pueden encontrar diferentes reflexiones sobre aspectos éticos relacionados con la terapia con bloqueadores hormonales (Giordano 2012a; Stein 2012).

Giordano (2012a) aporta un análisis ético del tratamiento a *"Transgender Minors"* (91). Entre los conflictos éticos en la atención a niños* y adolescentes divers*s en el género, Giordano (2012a) nombra la clasificación diagnóstica como trastorno mental, las dudas éticas relacionadas con el tratamiento con bloqueadores hormonales, el carácter experimental del tratamiento y la consideración de una falta de competencia de menores para decidir sobre su tratamiento.

Desde la consideración de que tanto el acto médico como su omisión incluyen problemas éticos, Giordano (2012a) apoya la provisión de bloqueadores hormonales a jóvenes divers*s en el género, rechazando el argumento de una interferencia con la naturaleza (*"playing god"*, 92), así como la suposición de una incapacidad de los adolescentes para dar un consentimiento válido. En relación a las limitaciones de la cirugía a personas mayores de 18 años, Giordano (2012a) plantea la pregunta en qué medida se puede hablar de *"ageism"*, desde su entendimiento como *"unjust discrimination by reason of age"* (107-108) y su consideración como no ético por parte de la Organización Mundial de la Salud y las Naciones Unidas. Giordano (2012a) señala que el carácter incierto de los resultados puede ser un argumento contra su realización, independientemente de la edad. Además, Giordano (2012a) cuestiona el empleo de la ‘experiencia de la vida real’, tanto en adolescentes durante el tratamiento con bloqueadores hormonales como en caso de adultos*, al mismo tiempo que resalta la importancia de una reflexión antes de la realización de una intervención corporal quirúrgica irreversible.

Stein (2012) aporta una reflexión sobre aspectos éticos en la atención a la diversidad de género en la infancia y adolescencia, haciendo referencia al principio de Consentimiento Informado y la *"mature minor doctrine"* (Stein 2012: 489), la diferenciación entre intervenciones reversibles, parcialmente reversibles e irreversibles, la pregunta sobre el grado de información dirigida a niños* y adolescentes y la relevancia de un reconocimiento del carácter fluido del género. Además, plantea una reflexión sobre el principio de evitación de daño y la adecuada diferenciación entre *"gender variant children and adolescents"* y *"gender dysphoric children and adolescents"* (Stein 2012: 493), partiendo de la idea del carácter no ético de diagnosticar a niños* y adolescentes divers*s en el género que no experimentan una vivencia de

malestar. El autor cierra la reflexión con la preocupación *"how social norms, prejudice, and stereotypes influence how clinicians advise, inform, and treat gender variant and gender dysphoric children and adolescents"* (Stein 2012: 497). En consecuencia, Stein (2012) propone enfoques clínicos que evitaren empujar a l*s jóvenes divers*s en el género hacia *"treatments that reproduce, rather than broaden, social expectations about how to be a man or a woman"* (Stein 2012).

3.9.5. Desarrollos institucionales

El desarrollo estratégico sobre diversidad de género en la infancia se inserta en el marco más amplio de un discurso de Derechos Humanos relacionado con la infancia, establecido en la *Convención sobre los Derechos del Niño* (ONU 1989), las *Observaciones Generales N° 7, 12, 13, 15, y 17* del *Comité sobre los Derechos del Niño* (ONU 2005, 2009c, 2011c, 2013c, 2013d) y los principios establecidos en el texto de Constitución de la OMS (2006[1946]).

En estos documentos, se hace referencia, entre otros, a los siguientes principios, incluyendo una mención explícita, en algunos casos, de aspectos relacionados con las expresiones e identidades de género:

- El derecho a la protección de l*s niñ*s de dinámicas de discriminación, establecido en la *Convención sobre los Derechos del Niño*, Art. 2 (ONU 1989) y en las *Observaciones Generales N° 7 y N° 15* del Comité sobre los Derechos del Niño (2005, 2013c). La *Observación General N° 15* menciona explícitamente la identidad de género entre las razones de discriminación, así como el impacto de normas sociales relacionadas con el género en la salud y el desarrollo de l*s niñ*s (ONU 2013c).
- El derecho a la protección de violencia, abuso y distrato, establecido en la *Convención sobre los Derechos del Niño*, Art. 19 (ONU 1989), así como en la *Observación General N° 13* (ONU 2011c).
- El reconocimiento de la vulnerabilidad de niñ*s a riesgos, nombrado en la *Observación General N° 7* del Comité sobre los Derechos del Niño (ONU 2005).
- El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, establecido en la *Convención sobre los Derechos del Niño* (ONU 1989), el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (UN 1966a), la *Observación General N° 7* del Comité sobre los Derechos del Niño (2005), así como en la *Resolución Derechos del niño: el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU 2013b). En esta Resolución, se incluye una mención explícita de los derechos sexuales y reproductivos de niñ*s y adolescentes (ONU 2013b).
- El derecho a la protección del interés superior de l*s niñ*s, establecido en la *Convención sobre los Derechos del Niño*, Art. 3 (ONU 1989) y reafirmado en las *Observaciones Generales N° 7 y 15* del Comité sobre los Derechos del Niño (ONU 2005, 2013c).

- El derecho a la expresión y el reconocimiento del punto de vista de l*s niñ*s, establecido en la *Convención sobre los Derechos del Niño*, Art. 12 (ONU 1989), en la *Observación General N° 15 del Comité sobre los Derechos del Niño* (ONU 2013c), así como en la *Resolución Derechos del niño: el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU 2013b).
- El derecho de l*s niñ*s a ser escuchad*s y a participar en decisiones en el ámbito sanitario, establecido en las *Observaciones Generales N° 12 y 15 del Comité sobre los Derechos del Niño* (ONU 2009c, 2013c), así como en la *Resolución Derechos del niño: el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU 2013b).
- El principio de capacidad progresiva, establecido la *Observación General N° 7 del Comité sobre los Derechos del Niño* (ONU 2005), así como en la *Resolución Derechos del niño: el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU 2013b).
- El derecho al desarrollo, establecido en el texto de Constitución de la OMS (2006[1946]) y la *Observación General N° 15 del Comité sobre los Derechos del Niño* (ONU 2013c).
- El derecho a la libertad de expresión y libertad de pensamiento, establecido en la *Convención sobre los Derechos del Niño*, Art. 13 y 14 (ONU 1989) y reafirmado en la *Observación General N° 7 del Comité sobre los Derechos del Niño* (ONU 2005).
- El derecho a jugar, establecido en la *Convención sobre los Derechos del Niño*, Art. 31 (ONU 1989) y reafirmado en la *Observación General N° 17 del Comité sobre los Derechos del Niño* (ONU 2013d).
- El reconocimiento de l*s niñ*s como portador*s de derechos, nombrado en la *Observación General N° 7 del Comité sobre los Derechos del Niño* (ONU 2005).

En los *Principios de Yogyakarta* (2007), se puede identificar una aplicación de estos principios de Derechos Humanos a la temática de orientación sexual e identidad de género, con una mención explícita de los derechos de menores de edad. En este sentido, los *Principios de Yogyakarta* (2007) parten de la idea de que *"una consideración primordial en todas las acciones concernientes a niños y niñas será el interés superior del niño o la niña, y que un niño o una niña que esté en condiciones de formarse un juicio propio tiene el derecho a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que le afectan, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño o la niña, en función de su edad y madurez"* (9). Además, se nombra explícitamente a las personas menores de edad en los siguientes principios: *"Principio 13: El derecho a la seguridad social y otras medidas de protección social"*, *"Principio 15: El derecho a una vivienda adecuada"*, *"Principio 16: El derecho a la educación"*, *"Principio 18: Protección contra abusos médicos"* y *"Principio 24: El derecho a formar una familia"* (Principios de Yogyakarta 2007: 20-22, 25, 29).

En documentos estratégicos recientes del *Consejo de Europa* (2015a) y *Parlamento Europeo* (2015b, 2015c), se incluye una referencia a la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia. Mientras el *Consejo de Europa* (2015a) demanda una retirada de la clasificación diagnóstica como trastorno mental, incluyendo a niñ*s, el *Parlamento Europeo* (2015b, 2015c), en el así llamado '*Ferrara Report*', adoptado mediante la *European Parliament resolution of 8 September 2015 on the situation of fundamental rights in the European Union (2013-214)*, hace una referencia explícita a la demanda de retirada de la propuesta de inclusión de una nueva categoría diagnóstica dirigida a niñ*s en la CIE-11.

6. In the light of these considerations, the Assembly calls on member States to: (...)
6.3. as concerns gender reassignment treatment and health care:
6.3.3. amend classifications of diseases used at national level and advocate the modification of international classifications, making sure that transgender people, including children, are not labelled as mentally ill, while ensuring stigma-free access to necessary medical treatment;
(Consejo de Europa 2015a: 1-2)

90. Welcomes the initiative shown by the Commission in pushing for depathologisation of transgender identities in the review of the World Health Organisation's International Classification of Diseases (ICD); calls on the Commission to intensify efforts to prevent gender variance in childhood from becoming a new ICD diagnosis;
(Parlamento Europeo 2015b: 31; 2015c: 28)

Diferentes redes activistas internacionales resaltan positivamente la llamada a prevenir la inclusión de una categoría diagnóstica relacionada con la diversidad de género en la infancia en la CIE-11 en el '*Ferrara Report*' (GATE 2015b; STP 2015b, TGEU 2015f, 2015g).

TGEU highlights the focus on gender identity in the following sections of the report^[referencia al final del texto], in particular the call on the Commission to prevent gender variance in childhood from becoming a new ICD – International Classification of Diseases [2], diagnosis. (...)
The report by MEP Laura Ferrara improves the respect of human rights of LGBTI people, providing a holistic picture of the human rights challenges currently faced by Europe.
(TGEU 2015f: s.p.)

En el Informe Ferrara, publicado recientemente por el Parlamento Europeo, se recomienda la retirada de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia de la CIE^[referencia a pie de página].
(STP 2015b: 2)

In September of this year, the European Parliament adopted the Ferrara Report on fundamental rights in the European Union condemning legal recognition laws that demand transgender people be sterilized, encouraging depathologization of transgender identities in the World Health Organization's International Classification of Diseases (ICD), and urging the Commission to prevent gender variance in childhood from becoming a new ICD diagnosis^[referencia al final del texto].
(GATE 2015b: s.p.)

En una entrevista realizada por *GATE, Global Action for Trans* Equality*, Darius Pūras, *United Nations Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of health*, condena la continuada aplicación de modalidades de tratamiento psicológico y psiquiátrico forzado, incluyendo terapias reparativas, a niñ*s y adolescentes como una vulneración grave de Derechos Humanos y forma de tortura.

All too often doctors forget about the principle of do no harm and prefer the principle of doctors' duty to do at least something, to act or to try to address the diagnosis in order for the symptoms of the disorder to be eliminated or reduced.

Conversion therapies are still used in many countries. This is a sad example of a grave violation of human rights. These violations cause a lot of suffering to adolescents; they are humiliated and often led to suicidal behaviours. These therapies may also amount to torture. It is absolutely unacceptable that in the 21st century we are witnesses of such harmful practices that have no scientific grounds and further violate human rights.

(Páras en: GATE 2015d: 2-3)

Además, varios documentos estratégicos expresan el rechazo a la realización de intervenciones quirúrgicas en recién nacid*s y niñ*s intersex (Parlamento Europeo 2015b, 2015c; ONU 2015; ONUSIDA 2015).

Como mencionado más arriba (capítulos II, 3.8 y II, 3.9.1), a lo largo de los últimos años se puede observar una inclusión de los derechos de las personas menores en algunas leyes de identidad de género, con referencia a la *Convención sobre los Derechos del Niño* (ONU 1989), tanto en relación a la posibilidad de cambio registral del nombre y género, bajo medidas específicas de protección (Congreso Argentino 2012; Government of Malta 2015b), como respecto a la protección de intervenciones quirúrgicas no consentidas relacionadas con características sexuales (Government of Malta 2015b).

Además, se puede observar la aprobación de protocolos de actuación para la protección de los derechos de l*s niñ*s en el ámbito escolar, como, a modo de ejemplo, en Andalucía (Junta de Andalucía 2015a, 2015b), Malta (Ministry of Education and Employment 2015a, 2015b) o Vancouver (Vancouver School Board 2014[2004]), incluyendo el reconocimiento del derecho a usar el nombre y género elegido, la libertad en el uso de la vestimenta, el uso de aseos y vestuarios según el género vivido, la evitación de actividades diferenciadas por género o la posibilidad de participación según el género vivido. De forma análoga, se puede observar la aprobación de resoluciones para el respeto de la expresión e identidad de género en el ámbito universitario, como, a modo de ejemplo, en el ámbito argentino (Universidad de Buenos Aires 2010; Universidad Nacional de Córdoba, Argentina 2011) y Brasil (Universidad Federal do Rio Grande do Norte 2012).

Asimismo, se puede constatar una mención explícita de los derechos de menores divers*s en el género en leyes de no discriminación por motivo de identidad de género, como, a modo de ejemplo, en diferentes Comunidades Autónomas en el contexto español (Comunidad Autónoma de Canarias 2014; Comunidad Autónoma del País Vasco 2012; Comunidad Foral de Navarra 2009; Parlamento de Andalucía 2014). Mientras en caso de las leyes de no discriminación por motivos de identidad de género aprobadas por la Comunidad Autónoma del País Vasco (2012) y la Comunidad Autónoma de Canarias (2014) su mención se centra en el acceso a la atención sanitaria trans-específica, con referencia específica a la terapia hormonal en adolescentes, en la *Ley Integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía* (Parlamento de Andalucía 2014) se incluye, aparte del acceso a la atención sanitaria trans-

específica de personas menores de edad, una mención de su derecho a la autodeterminación de la identidad de género y al uso del nombre elegido, partiendo del *"derecho de los menores con disconformidad de su identidad de género a desarrollarse física, mental y socialmente en forma saludable y plena, así como en condiciones de libertad y dignidad"* (12), bajo el *"criterio rector del interés superior de los menores"* (12). Aparte de mencionar la atención sanitaria dirigida a *"menores transexuales"* (7), la ley de no discriminación por motivos de identidad de género aprobada por la Comunidad Autónoma de Canarias (2014) hace referencia al derecho de l*s menores *"a recibir de los poderes públicos de Canarias la protección y la atención integral necesarias para el desarrollo de su personalidad y para su bienestar en el ámbito familiar, escolar y social"* (4).

3.9.6. Marcos teóricos y procesos activistas relacionados

Aparte de la interrelación de la temática de diversidad de género en la infancia con un marco general de Derechos Humanos dirigido a la infancia, se pueden identificar como marcos teóricos relacionados el concepto de 'menor maduro' en enfoques bioéticos y jurídicos (Carroll 2009; Coleman y Rosoff 2013; Jackson, Burns y Richter 2014; Partridge 2014) y su aplicación en la práctica comunitaria (Sylvia Rivera Legal Project s.a.), así como la discusión sobre *'ageism'* o *'age discrimination'* contribuida desde diferentes perspectivas teóricas (CRIN 2009; Giordano 2012a; Lansdown 2005; OMS 2012; Westman 1991).

El concepto de 'menor maduro', desarrollado en la intersección entre perspectivas éticas, jurídicas y de Derechos Humanos, parte del reconocimiento de la capacidad de las personas menores de edad para tomar decisiones en el ámbito médico y la creciente importancia del principio de autonomía (Partridge 2014), así como la observación de que la capacidad de tomar decisiones maduras no siempre coincide con la mayoría de edad legal (Coleman y Rosoff 2013).

The development of the doctrine of the mature minor constitutes a near-revolutionary change in Anglo-American law that traditionally only allowed full decisional capacity to children at the age of 21 if they had not been emancipated. This view in great measure is driven by a moral claim, namely, that, if adolescents are autonomous individuals with decisional capacity, then by rights they should be treated as independent decision-makers. (Partridge 2014: 300)

En el ámbito legal, se señala la presencia de excepciones a la norma de mayoría de edad, por ejemplo en caso de una exención del requisito de consentimiento parental para el aborto en algunos países (Coleman y Rosoff 2013). En el debate actual, la demanda de un reconocimiento del derecho a la autonomía se contrapone a la consideración de limitaciones en la capacidad de toma de decisiones en la adolescencia, motivando a algun*s autor*s a recomendar un acompañamiento de l*s madres y padres en el proceso de toma de decisión de l*s jóvenes (Partridge 2014). Desde una perspectiva de Derechos Humanos, otr*s autor*s hacen referencia a una potencial limitación del derecho a la toma de decisión de 'menores madur*s' en

consecuencia de una falta de reconocimiento de su derecho a la confidencialidad (Jackson, et al. 2014).

La doctrina del menor maduro ha sido utilizada como argumento para justificar el derecho de acceso a tratamientos hormonales trans-específicos en la adolescencia sin necesidad de consentimiento parental, desde la idea de que su aplicación protegería a l*s jóvenes divers*s en el género de actitudes de prejuicio en el ámbito familiar (Carroll 2009).

El *Sylvia Rivera Legal Project* (s.a.) publicó un folleto informativo sobre los derechos sanitarios de jóvenes trans* en Nueva York, con información detallada sobre sus derechos en caso de discriminación transfóbica en el ámbito sanitario, en relación al derecho a dar consentimiento a tratamientos médicos, así como respecto a los derechos de menores de edad en caso de tratamientos involuntarios. El documento también hace referencia al concepto de "mature minor" (Sylvia Rivera Legal Project s.a.: 2).

In New York, mature minors may also be allowed to consent to their own medical care. You are a mature minor if you understand your condition, your values, the options for treatment, and the consequences of those options in a mature way, and are able to make a mature choice based on those factors.

(Sylvia Rivera Legal Project s.a.: 2)

En el debate actual sobre el derecho de reconocimiento legal de género y acceso a la atención sanitaria trans-específica de menores de edad adquiere relevancia el concepto de "ageism" (Giordano 2012a: 107-108) que se puede relacionar con un debate más amplio sobre 'ageism' o 'age discrimination' contribuido desde diferentes perspectivas teóricas (CRIN 2009; Lansdown 2005; OMS 2012; Westman 1991).

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2012: s.p.) aporta una definición del concepto, centrada en la situación de personas mayores.

Ageism

We all generally value and respect the older people we love or know well. But our attitudes to other older people within the broader community can be different.

In many traditional societies, older people are respected as "elders". However, in other societies, older women and men may be less respected. The marginalization can be structural, for example enforced retirement ages, or informal, such as older people being viewed as less energetic and less valuable to a potential employer.

These attitudes are examples of "ageism" - the stereotyping of, and discrimination against, individuals or groups because of their age. Ageist attitudes can portray older people as frail, "past their sell-by date", unable to work, physically weak, mentally slow, disabled or helpless. Ageism serves as a social divider between young and old.

(OMS 2012: s.p.)

A la vez, en la bibliografía especializada se puede encontrar una aplicación del concepto a personas menores de edad (Westman 1991). Westman (1991) señala la existencia de formas de discriminación de niñ*s por razones de edad, entre ellas una mayor vulnerabilidad y falta de oportunidades para representar sus intereses ante la sociedad, a veces relacionadas con incidentes de sexismo y racismo.

CRIN, *Child Rights International Network* (2009) identifica diferentes formas de discriminación directa e indirecta por razones de edad dirigidas contra niñ*s. Indica que,

mientras en muchos países existen leyes que establecen medidas de protección contra la discriminación dirigidas a personas mayores, en caso de l*s niñ*s a menudo no existe una protección legal contra la discriminación por edad. Como razones para esta discriminación se nombra una falta de respeto de los derechos de l*s niñ*s, la consideración de una falta de capacidad para el ejercicio de derechos y la toma de decisiones, así como una valoración baja de la infancia en diferentes culturas (CRIN 2009). A la vez, se destaca la necesidad de protección legal de la infancia (CRIN 2009).

En relación al ámbito sanitario, CRIN (2009) hace referencia a la capacidad de l*s niñ*s a tomar decisiones racionales, el principio de capacidad progresiva establecido en la *Convención sobre los Derechos del Niño* (ONU 1989), basado en el grado de competencia más que en la edad, así como la responsabilidad de l*s madres y padres de ayudar a l*s niñ*s en el ejercicio de este derecho. En este sentido, se observa un balance en la *Convención sobre los Derechos del Niño* (ONU 1989) entre el reconocimiento de l*s niñ*s como agentes activ*s de sus propias vidas, cuyos puntos de vista deberían ser escuchados y respetados, con una creciente autonomía en el ejercicio de sus derechos, y el derecho a la protección, teniendo en cuenta su vulnerabilidad específica (CRIN 2009).

Lansdown (2005) profundiza en el análisis del concepto de capacidades progresivas en la *Convención sobre los Derechos del Niño* (ONU 1989) y el balance entre el derecho a la participación en procesos de toma de decisiones y el derecho a la protección. El autor propone una implementación holística del derecho al respeto de las capacidades progresivas de l*s niñ*s en el ámbito familiar, educativo, sanitario y judicial, bajo la introducción de métodos participativos en los procesos de diseño y desarrollo de entornos enfocados a las necesidades de l*s niñ*s (Lansdown 2005).

Giordano (2012a) aplica el concepto de 'ageism' al ámbito de la atención sanitaria trans-específica, desde la consideración de que una limitación del acceso de l*s adolescentes a bloqueadores hormonales y terapia hormonal constituye una forma de discriminación por edad.

Ageism is unjust discrimination by reason of age. Decisions regarding whether or not an applicant should receive treatment should not be based on age, but on the applicant's capacity to benefit from treatment. Capacity to benefit from treatment and capacity to provide valid consent are often a function of age, but this is not always the case.
(Giordano 2012a: 108)

3.10. "Por el placer de ser trans"³¹⁹: La reivindicación de narrativas felices



Carteles de convocatoria del Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans
Imagen 50: Lima, Instituto Runa de Desarrollo y Estudios sobre Género, 2012
Imagen 51: México D.F., Eón Integración Transgénica, 2012
Imagen 52: Madrid, Plataforma Octubre Trans Madrid, 2011
Imagen 53: Zaragoza, Stonewall Aragón, 2009 [fotografía: Guerrilla Travolaka, 2009]

3.10.1. Discursos activistas y teórico-activistas

Aparte de luchar por derechos en el ámbito sanitario y legal, el activismo por la despatologización trans* abre un espacio de reflexión sobre la importancia de crear nuevos imaginarios sobre la diversidad de género. Propone romper con una narrativa de enfermedad y sufrimiento mediante representaciones de resistencia, empoderamiento y celebración. "*Por el placer de ser trans!*"³²⁰, "*Por el placer y la libertad de ser trans!*"³²¹ o "*Euforia de género!*"³²² son algunos de los lemas con los que se hace un llamamiento a la libertad de autoexpresión, el disfrute y el placer inherente a las trayectorias trans*. Esta reivindicación también está presente en documentos publicados por grupos activistas por la despatologización trans* (Red Latinoamericana de Hombres Trans en el Activismo 2009).

4. Despatologizar la transexualidad requiere algo más que dismantelar el imperio del diagnóstico. Es necesario poner en circulación narrativas transexuales que hagan posible otras experiencias de la transexualidad: experiencias transexuales gozosas y felices. Nuestros derechos no pueden continuar negociándose al precio del sufrimiento. (Red Latinoamericana de Hombres Trans en el Activismo 2009)

El reconocimiento de los cuerpos trans* como sujetos dignos de deseo, erotismo y placer se considera un aspecto importante para un proceso de flexibilización del sistema actual

³¹⁹ Fuente del lema: Imagen 51, Cartel de convocatoria de acciones por la despatologización trans*, Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2012, Eón Integración Transgénica, México D.F., 2012.

³²⁰ Fuente del lema: Imagen 51, Cartel de convocatoria de acciones por la despatologización trans*, Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2012, Eón Integración Transgénica, México D.F., 2012.

³²¹ Fuente del lema: Imagen 52, Cartel de convocatoria de acciones por la despatologización trans*, Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2011, Plataforma Octubre Trans Madrid, Madrid, 2011.

³²² Fuente del lema: Imagen 53, Cartel de convocatoria de acciones por la despatologización trans*, Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2009, Stonewall Aragón, Zaragoza, 2009 [fotografía: Guerrilla Travolaka, 2009].

de géneros y una futura sociedad que concibiera la amplia gama de expresiones, trayectorias e identidades de género no como un objeto de tolerancia o apoyo, sino como una razón de celebración (Cabral en: Bimbi 2006).

Mucho más difícil aún es hallar sitios donde nuestros cuerpos, sexualidades y géneros sean celebrados. No “*aceptados*”, “*tolerados*”, “*defendidos*” o “*apoyados*”. No hablo ni de solidaridad, ni de comprensión, ni de ayuda, sino de celebración. Por lo tanto, gran parte del trabajo que comparto con otros activistas -como Joaquín Ibarburu, Ariel Rojman, Marlene Wayar, Maximiliano Haedo, Joaquín Insausti, Dawson Horwitz, Lohana Berkins, entre otros- pasa por la fiesta, por el celebrar justamente aquello que parece culturalmente imposible celebrar: eso que somos.

(Cabral en: Bimbi 2006: s.p.)

En este proceso, se considera relevante la ruptura con un imperativo cultural binario y una supuesta coherencia entre sexo, género y corporalidad (Asamblea del Octubre Trans, et al. 2011; Colectivo Entre-Tránsito 2011).

La DESPATOLOGIZACIÓN nos da la posibilidad de comprender nuestras existencias como posibles y no como una patología que debe ser “curada”.

Desde El Colectivo Entre-Tránsitos le apostamos a las construcciones conscientes de nuestros cuerpos, alejándonos de los criterios binarios y normativos de los géneros, demostrando que la genitalidad NO nos determina como hombres o mujeres.

Buscamos tránsitos felices, tránsitos que no reproduzcan estereotipos hegemónicos, sexistas ni misóginos, tránsitos que nos permitan disfrutar de nuestra corporalidad independientemente de cuál sea.

(Colectivo Entre-Tránsitos 2011: s.p.)

POR EL PLACER Y LA LIBERTAD DE SER TRANS (...)

Contra los dictados del binarismo normativo, jurídico y psiquiátrico pero también social, luchamos por habitar un mundo donde quepan muchos mundos, muchos cuerpos y múltiples formas de vivir y de reinventar el placer. Los cuerpos trans son tan diversos como deseables. Muchos de ellos se sitúan fuera del paradigma normativo de funcionalidad sexual centrado en la penetración. Los cuerpos trans tienen una potencialidad enorme para subvertir los estereotipos en las prácticas sexuales y las formas binarias de categorizar las corporalidades. Posibilitan nuevas formas de crear y autogestionar el placer más allá de las fronteras heteronormativas.

(Asamblea del Octubre Trans, et al. 2011: s.p.)

Los grupos activistas reivindican el derecho a autonombrarse y a hablar abiertamente de sus cuerpos, sexualidades e identidades, identificando el espacio activista como un elemento relevante en la construcción de prácticas de resistencia (Guerrilla Travolaka 2006).

En la Guerrilla Travolaka creemos en el poder que tiene mostrarse, hablar de nuestro cuerpo, de nuestra sexualidad, de nuestra diferencia y de las mil identidades que se esconden bajo esa misma etiqueta: “Trans”. Buscamos Visibilizar y hablamos en primera persona.

Queremos apoderarnos del género, redefinir nuestros cuerpos y crear redes libres y abiertas donde poder desarrollarnos, donde cualquiera pueda construir sus mecanismos de seguridad contra las presiones de género.

No somos Víctimas, nuestras heridas de guerra nos sirven como escudo. (...)

No nos clasificamos por sexos nosotros somos todos diferentes independientemente de nuestros genitales, nuestras hormonas, nuestros labios, ojos, manos... (...)

Creemos en el activismo, en la constancia, en la visibilidad, en la libertad, en la resistencia...

(...)

Bienvenido a la Guerrilla Travolaka.

(Guerrilla Travolaka 2006: s.p.)

En este sentido, se demanda la visibilidad de la experiencia trans* y una abolición de las "prácticas que borran lo trans" (Proyecto TRVNSG3NERO en Vásquez 2010[2009]: 18).

iPARE! La transexualidad no es enfermedad
iPARE! La identidad no se diagnostica
iPARE! No a la obligación de escoger entre identidad y salud o entre identidad y cualquier derecho
iPARE! No a las prácticas de normalización intersex
iPARE! No a las prácticas que borran lo trans
(Proyecto TRVNSG3NERO en Vásquez 2010[2009]: 15, 18)

Esta reivindicación incluye también el respeto de las autodenominaciones culturalmente específicas e indígenas (Proyecto TRVNSG3NERO en Vásquez 2010[2009]; VV.AA. 2011).

En el Ecuador cada vez más personas y colectivos nos nombramos transgéneros, travestis, transexuales, intersex, bigéneros, andrógín@s, trans en el cuerpo, trans en el género y, sobretodo, "trans en la cabeza".

Desde antes de que usáramos estas palabras, y en lugares periféricos como la costa rural, o la calle, también nos habíamos nombrado, y nos seguimos nombrando, machonas, pirobos, hombradas, karishinas, machis, y con tantos otros términos que – aunque desconocidos por la cultura oficial – hablan de nuestros cuerpos-géneros. (...)

EXIGIMOS: (...)

El derecho a la imagen y al nombre libremente escogidos y sin condicionamientos.

El respeto a las formas de identificación alternativa de diversos colectivos culturales y su convalidación legal, en caso de ser necesaria.

(Proyecto TRVNSG3NERO en Vásquez 2010[2009]: 15)

Tenemos que considerar, además, que siempre y en todo lugar han existido personas que viven una feminidad o masculinidad no congruente con su sexo de nacimiento, y que los grupos sociales les han dado distintas consideraciones en virtud de la interpretación que hacen de ese comportamiento. En México, hay sociedades tradicionales en las que las personas trans son incluidas en diversas actividades que les dan permanencia, identidad e integración en el grupo social.

(VV.AA. 2011: s.p.)

Mauro Cabral (2011b) habla de "*Orgullo intersex*" (s.p.), planteando la pregunta cómo construir un movimiento celebratorio a partir de una experiencia de mutilación.

Formar parte de un movimiento cuya principal lucha política contiene la palabra mutilación es formar parte de un movimiento que se quiere celebratorio, pero que es también trágico. El movimiento intersex existe porque fuimos mutilad*s, y otr*s antes que nosotr*s, y otr*s después de nosotr*s, y otr*s después de aquell*s, y otr*s después. Existe porque otr*s serán mutilad*s, y porque es imprescindible evitar que sean mutilad*s. La mutilación genital es, en sí misma, una pregunta trágica, pero esperanzada: no pudimos evitarla ayer, ¿podremos evitarla hoy?, ¿podremos mañana? ¿Seremos capaces? Seremos.

¿Y seremos capaces también de hacerle justicia a la mutilación en el pasado, la que nos mordió, nos rozó, nos amenazó en el pasado? ¿O la posibilidad de la justicia es, precisamente, lo que está mutilado? Esas son las preguntas, para las que –aún no– hay respuesta. Las preguntas que, sin embargo, merecen al menos un intento: así como es necesario construir el futuro de la integridad corporal intersex, el futuro de l*s niñ*s intersex por nacer, es preciso también reconstruir el pasado, abrir el presente y proyectar el futuro de l*s niñ*s, l*s adolescentes, l*s adult*s y l*s ancian*s intersex. Reconocer que es preciso: ese es, justamente, nuestro orgullo.

(Cabral 2011b: s.p.)

Se señala la importancia de que el activismo por la despatologización trans* no se limitara a la demanda de cambio de la clasificación diagnóstica actual o una mejora de la calidad de las intervenciones, sino que se vinculara con una propuesta de transformación más

amplia, en el sentido de la creación de una cultura de cuerpo que aceptara la diversidad como valor positivo (Missé 2010a).

Este movimiento se enmarca en un proyecto político mucho más amplio que tiene que ver con la identidad y con el impacto de la cultura en la construcción del cuerpo, con combatir la doctrina que define lo que es bello y lo que es monstruoso, lo que es erótico y deseable, lo que es normal y lo que es anormal. (...)

[C]reo que el éxito de la lucha trans no es que las personas puedan operarse cada vez más jóvenes y que las operaciones sean cada vez más punteras. El éxito está en que cada vez menos personas necesiten modificar su cuerpo para seguir con sus vida y que, en vez de seguir inventando maneras de cambiar y de borrar el cuerpo, empecemos a cambiar nuestras sociedades. Y diciendo esto no estoy cuestionando en ningún caso a las personas que quieran operarse, es más a veces no hay más solución que esa para seguir adelante. El trabajo está en crear alternativas, visibilizar otros cuerpos y otras identidades en las que también se pueda vivir, en construir un espacio habitable para todos.
(Missé 2010a: 271-273)

Desde perspectivas teórico-activistas, vari*s autor*s dibujan su ‘ideal’ de un mundo en el que se reconociera la diversidad de géneros como un valor positivo (Erik en: Guzman y Montenegro 2010; Missé 2010a; Missé en: Sacayan 2010; Pau Crego Walters en: Guzman y Montenegro 2010).

Ese es el deseo, dejar atrás las cicatrices, las eternas salas de espera, las palabras y los silencios que nunca hemos entendido, el miedo a uno mismo y a salir a la calle, la rabia frente a nuestro cuerpo desnudo. Dejar todo eso atrás y buscar toda la belleza que se nos ha ido escapando, que no vemos porque nadie nos ha enseñado a mirarla. El deseo es simple: construir un mundo en el que las personas puedan buscarse, dudar, encontrar y volver en su búsqueda, hablar desde otros lugares y aprender otras formas de leer el cuerpo.

(Missé 2010a: 275)

Hay una multiplicidad de utopías. En el nivel personal: conocerme a mí mismo, evolucionar y saber aceptar los cambios por los que atravieso, sean los que sean. En el nivel social hay una meta aún lejana: disminuir la violencia, los estereotipo y la discriminación hacia las personas trans. Y, aunque lejana, es una meta por la que vale la pena hacer activismo hoy. Es importante caminar hacia una sociedad en donde la gente se sienta a gusto con su género y donde pueda explicar a los demás cómo se siente.

(Pau Crego Walters en: Martínez Guzmán, Montenegro 2010: 250)

3.10.2. Procesos activistas y reflexiones teórico-activistas precedentes

Rompiendo con una tradición de narración de la experiencia trans* como sufrimiento, en los textos de autor*s trans* y aliad*s publicados a lo largo de las últimas décadas se resalta la potencial riqueza y aportación de la perspectiva trans* a la sociedad actual. A la vez, se refleja una experiencia de exclusión del orden simbólico, social y sexual a raíz de la falta de lugar en la sociedad actual para el tránsito (Stryker 2006; Whittle 2006).

As trans people challenge their exclusion from language, and therefore from basic human rights, sex itself is increasingly becoming an unsafe foundation for the legal foundation of the order of human life.

(Whittle 2006: xiii)

El cuerpo trans* se describe como punto de cruce, símbolo y lugar de inscripción cultural de un conflicto más amplio de la sociedad actual con los géneros (Stone 2006[1987]).

Here on the gender borders at the close of the twentieth century, with the faltering of phallocratic hegemony and the bumptious appearance of heteroglossic origin accounts, we find the epistemologies of white male medical practice, the rage of radical feminist theories and the chaos of lived gender experience meeting on the battlefield of the transsexual body: a hotly contested site of cultural inscription, a meaning machine for the production of ideal type.

(Stone 2006[1987]: 230)

En consecuencia, se reivindica el valor de ser trans* y de estar en tránsito (Jacob en Espinosa Miñoso 2010).

Es por eso que cuando la gente me pregunta si en otra vida me gustaría nacer chico, yo respondo que no, a mí me gustaría volver a ser trans. Parte de la riqueza de ser trans está en esta historia del tránsito. Esta experiencia forma parte importante de mi historia y de mi identidad trans.

(Jacob en: Espinosa Miñoso 2010: s.p.)

Paralelamente al reconocimiento de la necesidad de ser reconocido como un sujeto culturalmente inteligible y la dificultad de vivir una identidad, expresión de género o corporalidad no binaria en la vida cotidiana, se cuestiona la práctica del *passing*, entendida como una actuación en el género elegido que invisibiliza la trayectoria trans*, reivindicando una posición de ‘no pasar’ (Bornstein 1994; Cromwell 2006[1999]).

In gender, passing is currently defined as the act of appearing in the world as a gender to which one does not belong, or as a gender to which one did not formerly belong. Most passing is undertaken in response to the cultural imperative to be one gender or the other. (Bornstein 1994: 125)

Although passing as nontransgendered is almost always a reflection of identity, it is also safer than presenting as gender-ambiguous or androgynous. (...) However much they may pass, transpeople, whether they identify as trans or not, are always aware of their transness – an awareness situated in their bodies.

(Cromwell 2006[1999]: 513)

Además, se reflexiona sobre los ‘requisitos’ culturales para ser ‘leíd*’ como mujer o hombre (Green 2006[2000]).

Look! No, don’t! Transsexual men are men. Transsexual men are men who have lived in female bodies. Transsexual men may appear feminine, androgynous or masculine. Any man may appear feminine, androgynous, or masculine. Look! What makes a man a man? His penis? His beard? His receding hairline? His lack of breasts? His sense of himself as a man? Some men have no beard, some have no penis, some never lose their hair, some have breasts. All have a sense of themselves as men. Look? No, don’t! Don’t notice that I am different from other men unless you are ready to acknowledge that my uniqueness is the same difference that each man has from any other man. (...) Look! No, don’t! What is true, what is false? What is a ‘real’ man?

(Green 2006[2000]: 506)

Una reflexión sobre la necesidad del *passing* y su cuestionamiento no se encuentra solo en textos académicos, sino también en formatos narrativos, como muestra la antología de textos literarios y ensayísticos *Nobody passes. Rejecting the rules of gender and conformity* (Mattilda a.k.a. Bernstein Sycamore 2006), en la que se muestran diferentes dimensiones del ‘*passing*’, ampliando su significado desde el *passing* respecto a la identidad de género a otros ámbitos. Partiendo del carácter interseccional de identidades y circunstancias sociales, la antología hace referencia a sexualidades y formas de relación no normativas, aspectos

relacionados con la etnicidad, experiencia migratoria, religión, clase social, diversidad corporal, estado seropositivo o estancia en prisión (Mattilda a.k.a. Bernstein Sycamore 2006).

While I certainly intent to use gender and sexuality as central lenses through which to view and dismantle the mechanism of passing, I would not like to limit the project to this framework. Rather, I feel strongly that the book as a whole will be more interesting, politically relevant, and accessible – and inspire a deeper level of understanding and innovation – if it takes on all types of passing. It’s the refusal to restrict categories of inclusion that opens ups the possibility for the most rigorous work – work that skewers all hierarchies and builds something new in the ruins.
(Mattilda a.k.a. Bernstein Sycamore 2006: 11)

3.10.3. Marcos teóricos y procesos activistas relacionados

Como una experiencia relacionada se puede nombrar la reivindicación del ‘orgullo’ en el movimiento LGTB y de movimientos que reivindican la diversidad corporal, como presente en las múltiples manifestaciones de ‘Orgullo Gay’ o ‘Disability Pride’.

Además, el lema “*¡Por el placer de ser trans!*” se puede relacionar con estrategias de reapropiación y resignificación de significados socialmente considerados como ‘abyectos’, como propuestas por el movimiento queer (“*We are queer, we are here, get used to it!*”, Queer Nation NY 2013: s.p.).

Queer Nation is an LGBT activist organization founded in New York City in March 1990 by AIDS activists from ACT UP New York (the AIDS Coalition to Unleash Power). (...) A chant used by the group during demonstrations, “We’re here! We’re Queer! Get used to it!” became a popular rallying cry.
(Queer Nation NY 2013: s.p.)

En un estilo más performativo que confrontacional o emancipacionista, abandonando el gesto viril de la lucha armada, los militantes de OutRage dirán a gritos ‘no me toques, tengo el Sida’ a los policías que intenten golpearlos. Esta teatralización puede entenderse como un procedimiento perfectamente foucauldiano: evitar entrar en el juego de una determinada forma de autoridad o un régimen disciplinario y desmontar el poder exhibiendo sus mecanismos. Esta manera de situarse con respecto a las formas de autoridad es indisociable de una cierta dimensión teatral del activismo *queer* que vendría a explotar el carácter fundamentalmente performativo de la acción política. En este sentido la estrategia queer no sería sino la *performance* de la *performance*, una intervención en la representación destinada, por ejemplo, a desnaturalizar los sexos y los géneros.
(Bourcier 2000: 15)

Asimismo, la reivindicación de la belleza y celebración de los cuerpos diversos, no normativos y no binarios está presente en el arte trans* e intersex. Como nombrado en el capítulo II, 3.3, a lo largo de las últimas décadas se puede observar la emergencia de artistas trans* e intersex y aliad*s, a menudo con doble trayectoria artística y activista, que sitúan la temática de la diversidad sexual, corporal y de género en el centro de su obra. La performance, la fotografía o el *body art* se pueden identificar como formas de expresión usadas frecuentemente por artistas trans* e intersex y aliad*s como herramienta para romper con narrativas de sufrimiento, victimización y patologización (Missé 2008, 2012a).

En estos últimos años estos grupos han visibilizado discursos alternativos sobre la identidad trans más allá del sufrimiento, la victimización y por supuesto la patologización. Han expresado a través de sus cuerpos que existen formas distintas de vivir la identidad trans, y han empezado a hacer circular trabajos fotográficos y audiovisuales sobre sus cuerpos no-

normativos. Y en gran parte todo esta material trata de ser una forma más de acción directa contra un determinado sistema que divide los cuerpos en dos únicas categorías. Se trata de demostrar que existen muchas más identidades que las de hombre, mujer o hombre o mujer transexual, también hay personas que transitan en el género cuestionado estas categorías y que no buscan definirse como hombres y mujeres.
(Missé 2008: 7)

En los catálogos de exposiciones sobre arte trans* e intersex³²³ se refleja la interrelación entre arte, activismo y teoría en la reflexión sobre la diversidad sexual y de género.

Over the past few decades, however, the visual arts have returned time and again to the topics of gender and status change. Equality, sexual self-determination, the liberation of desire from the heterosexual norm – the political and social deliberations about these goals have also been reflected in art, and not infrequently it was artists, both male and female, who struggled to achieve emancipation through their own means.
(König 2006: 11)

1-0-1 intersex no es una exposición *sobre* intersexualidad y tampoco *sobre* hermafroditas. Las personas intersex se resisten, con razón, a ser convertidas en “objetos” por parte de la medicina, los medios de comunicación o por crític*s comprometid*s con el orden rígido de géneros. En cambio, *1-0-1 intersex* es una exposición sobre el *trato social* con la intersexualidad. En esto veo una diferencia relevante. De esta forma, se dirige a todas las personas que forman parte de una sociedad basada en una categorización rígida y bastante arbitraria en dos géneros que refuerza los mismos constantemente – a pesar de o porque la justificación científica del orden binario de los géneros es más que frágil y aunque este orden binario conllevara injusticias masivas sociales / económicas, discriminaciones y exclusiones.

(AG 1-0-1 intersex 2005: 9)³²⁴

Los siete proyectos artísticos que configuran **GÉNEROS???** –y que ocuparán los espacios del Centro Párraga hasta el significativo 8 de marzo de 2009 – ahondan en la identidad, la sexualidad, la corporalidad, el mito, las estructuras mentales y sociales de lo apropiado y lo propio, de la transformación y el travestismo en sus más amplias acepciones; ofrecen al público una mirada íntima sobre el proceso creativo y singular de las obras del *self* de esos mismos artistas y, entre todos, articulan nuevos caminos en el entendimiento y la integración ya no de un género masculino o femenino, sino de unos géneros plurales y múltiples, cambiantes y mutables, más allá de la dicotomía, más allá de la razón y más cercanos a la emoción y a la acción.

(Martínez 2009: 13)

Además, se pueden nombrar proyectos artísticos y culturales colectivos, surgidos desde el ámbito activista (Cultura Trans 2015; Wigstöckel 2015[2004]).

³²³ A modo de ejemplo, se citan los textos de introducción de los catálogos de “*The Eight Square, Gender Life and Desire in the Arts since 1960*”, Museum Ludwig, Colonia (König 2006), “*1-0-1 [one o’ one] intersex*”, Neue Gesellschaft für Bildende Kunst, Berlin (AG 1-0-1 Intersex 2005) y “*Géneros???*”, Centro Párraga, Murcia (Martínez 2009).

³²⁴ Texto en el original (traducción propia): “1-0-1 intersex ist keine Ausstellung über Intersexualität und auch nicht über Zwitter / Hermaphroditen. Intersexuelle Menschen wehren sich zu Recht dagegen, zum “Objekt” gemacht zu werden, sei es von medizinischer Seite oder von den Medien oder auch von engagierten KritikerInnen der rigiden Geschlechterordnung. Dagegen ist 1-0-1 intersex eine Ausstellung über den gesellschaftlichen Umgang mit Intersexualität. Darin sehe ich einen wichtigen Unterschied. Denn damit sind alle Menschen angesprochen, insofern sie Teil einer Gesellschaft sind, die auf einer rigiden und ziemlich willkürlichen Einteilung nach zwei Geschlechtern gründet und diese beständig fortschreibt – obwohl oder gerade weil de naturwissenschaftliche Rechtfertigung der Zweigeschlechterordnung mehr als brüchig ist und obwohl sie massive soziale / ökonomische Ungerechtigkeiten, Diskriminierungen und Ausgrenzungen mit sich bringt” (AG 1-0-1 intersex 2005: 9).

En el proyecto *Cultura Trans*, situado en Barcelona, la promoción y la reflexión sobre la cultura trans* está en el centro de las actividades desarrolladas por el colectivo que incluyen proyecciones de cine, noches de cabaret trans* y ciclos de conferencia. *Cultura Trans* se define como “un proyecto activista por la visibilidad trans y la transformación y difusión de nuevos referentes”(Cultura Trans 2015: s.p.).

En Berlín, el *Festival Wigstöckel* (2015[2004]) crea, de forma anual, un escenario para el arte y la performance trans*, desde el objetivo de abrir espacios para la expresión de diversidad trans* más allá del binario.

Wigstöckel es un proyecto, en el que las personas se encuentran para celebrar formas de vida y performances trans*. En vez del aburrimiento, de la obligatoriedad y de la violencia binaria queremos crear espacios en los que la diversidad de género sea posible en y fuera del escenario.

(Wigstöckel 2015[2004]: s.p.)³²⁵

Miquel Missé, sociólogo, activista trans y co-fundador de Cultura Trans, resalta la importancia de una promoción de la cultura trans* en el libro *Transsexualitats. Altres Mirades Possibles*”(Missé 2012a).

El que m’ha portat a escriure aquest treball és l’absolut convenciment que podem canviar el marc des del que pensem la qüestió trans. Podem construir i difondre referents positius del fet trans. Podem fer-ho. Però per això crec que cal seguir treballant per a una cultura basada no en la malaltia sinó en la diversitat, en el respecte de la diversitat de trajectòries, en la lluita contra les pressions de gènere i els estereotips sexistes. Cal seguir apostant per una cultura trans.

(Missé, 2012a: 97)

³²⁵ Traducción propia; texto original en alemán: “Wigstöckel ist ein Projekt, bei dem Menschen zusammenkommen, um trans* Lebensweisen und Performances zu feiern. Anstelle zweigeschlechtlicher Langeweile, Zwanghaftigkeit und Gewalt wollen wir Räume schaffen, in denen Geschlechtervielfalt auf und abseits der Bühne möglich ist”(Wickstöckel 2015[2004]: s.p.).

3.11. “Un ejercicio de transparencia política”³²⁶: Reflexiones sobre la actividad activista



Carteles de convocatoria del Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans

Imagen 54: Barcelona, Asamblea Trans Barcelona, 2007³²⁷

Imagen 55: Convocatoria 2015, STP, Campaña Stop Trans Pathologization, 2015

Desde mi punto de vista, conocer y visibilizar nuestras contradicciones y nuestros conflictos no es una debilidad, al contrario: es un ejercicio de transparencia política. (Missé 2010a: 265)

3.11.1. Perspectivas activistas y teórico-activistas

Desde perspectivas activistas y teórico-activistas, se aportan reflexiones sobre el desarrollo del activismo por la despatologización trans*.

La autorreflexión se resalta como una característica relevante en la actividad activista y como un objetivo relevante en sí mismo, en el sentido de un proceso de reflexión interna a las comunidades trans* sobre lo que significa ser trans* (Missé 2012b).

Y en este sentido, el logro más absoluto de esta lucha no es su objetivo último. No se trata tanto de llegar a la American Psychiatry Association o a la Organización Mundial de la Salud sino de modificar el imaginario de nuestro entorno, cuestionar nuestras políticas locales, y hacer reflexionar críticamente a la sociedad sobre las cuestiones trans. Y por encima de todo: hacer reflexionar a las personas trans sobre la cuestión trans. (Missé 2012b: s.p.)

Asimismo, se señala el interés de profundizar en la reflexión sobre temáticas de despatologización no solo para las personas trans*, sino para la sociedad en general (Coll-Planas 2010a).

El interés por el tema de la patologización se inscribe en la voluntad de ahondar en la situación en que se encuentra el colectivo trans, pero, al mismo tiempo, pretende ir más allá mostrando la relevancia que tiene este proceso en la reproducción del género normativo. En este sentido, consideramos que la cuestión de la patologización interpela a las personas trans muy directamente, pero también al conjunto de la población. (Coll-Planas 2010a: 15)

³²⁶ Fuente de la cita: Missé 2010a: 265, véase cita debajo de las imágenes.

³²⁷ El cartel refleja la convocatoria de un acto organizado por la Asamblea Trans Barcelona en junio 2007, previo a la primera convocatoria de manifestaciones coordinadas en octubre de 2007.

Las reflexiones revisadas incluyen 1. Una cronología del activismo por la despatologización trans* y revisión autocrítica de los cambios en objetivos y demandas durante el proceso de su difusión e internacionalización, 2. La identificación de posibles alianzas y los límites y desafíos en su establecimiento, así como 3. Reflexiones en respuesta a las críticas recibidas.

En primer lugar, se aportan reflexiones sobre el desarrollo del activismo por la despatologización trans*, desde el inicio de las movilizaciones actuales, su difusión en el ámbito internacional y el desarrollo del debate en interacción con las respuestas institucionales y activistas (Bento 2010; Cabral 2010a, 2010b; Missé 2010a, 2012b; Missé en: Ros 2009; Missé y Coll-Planas 2010b; Suess 2015c; Vergueiro 2015). Este relato de la movilización se realiza con el objetivo de "*mostrar sus fuerzas y sus debilidades, de dialogar con las críticas, y de compartir sus éxitos*" (Missé 2012b: s.p.).

En un comunicado de *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization*, publicado en 2010 (Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a), se identifican diferentes fases en el activismo por la despatologización trans*, un análisis también presente en perspectivas teórico-activistas (Missé 2012b; capítulo II, 3.5.3).

En el documento, STP constata que su primer objetivo, crear una conciencia pública sobre la temática de despatologización, se está logrando, planteando la pregunta por las posibilidades de un cambio real en los manuales diagnósticos, así como en la práctica clínica (Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a).

El principal objetivo de esta red y de su principal campaña STP-2012 ha sido crear una movilización social amplia para denunciar el hecho de que la transexualidad esté considerada un trastorno mental en los catálogos internacionales de enfermedades. Este primer objetivo que al principio parecía muy lejano ha sido conseguido y la lucha por la despatologización de las identidades trans es un tema fundamental en la agenda de los movimientos sociales LGTB pero sobretodo trans y es también una cuestión conocida por organismos internacionales de derechos humanos, administraciones públicas, investigadores sociales, médicos y psiquiatras.

Actualmente, nuestros objetivos van más allá la denuncia de esta realidad. Se trata de lograr un cambio real en estos manuales protegiendo los derechos sanitarios de las personas trans. Por un lado debemos acabar con la idea de que la identidad trans es en sí misma patológica y por el otro reconocer las modificaciones corporales de las personas trans como demandas válidas fruto de un sistema social binario. En este sentido, a la vez de demandar la despatologización de la transexualidad, consideramos relevante asegurar que las personas trans podrán modificar su cuerpo sin necesidad de un diagnóstico psiquiátrico o de cualquier otra patología orgánica.

(Red Internacional por la Despatologización Trans 2010a: s.p.)

GATE, Global Action for Trans Equality*, describe diferentes niveles y modalidades de actuación del activismo por la despatologización trans*, incluyendo el seguimiento del proceso de revisión de la CIE, la promoción de reformas legales, la formación de profesionales de la salud, la supervisión e implementación de políticas sanitarias públicas, la realización de investigaciones, la elaboración de guías de actuación y documentos de recomendaciones, la demanda y negociación con compañías de seguro y gobiernos, así como acciones en el espacio

público en el marco del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans*, llamando a un continuada movilización activista, así como a un apoyo por parte de entidades financieras.

The struggle for depathologizing our lives while ensuring full access to human rights – including healthcare and legal gender recognition – is being carried out by trans* activists worldwide. We are involved in different initiatives at different levels. We are following and informing the ICD revision and reform process, promoting legal reforms, training health providers, monitoring the implementation of public policies on health, conducting research, writing guidelines and papers, challenging insurance companies, demanding governments change their laws and policies, reporting to human rights institutions, organizing resistance, demonstrating in the streets, and celebrating a new Day of Action for Trans Depathologization. All around the world there are trans* activists with the skills, the expertise, and the commitment to transform the reality we do our best to survive in. Most of us face one of the most enduring and negative consequences of trans pathologization: we are very rarely recognized as true knowledge-makers, and given formal opportunities to be agents of those changes we all want to see in the world. (...)

We urge (...)

- Donors and allies to support trans activists’ work on depathologization.
- Trans* activists to make every day a Day of Action for Trans* Depathologization: together, we are unstoppable!

(GATE 2015b: s.p.)

Los alcances recientes conseguidos (propuesta de retirada de las categorías diagnósticas trans-específicas del Capítulo ‘Trastornos mentales y de comportamiento en el *ICD-11 Beta Draft*, aprobación de leyes de reconocimiento de género sin requisitos médicos) se identifican como una razón para redoblar los esfuerzos activistas, con el objetivo lograr una despatologización completa (GATE 2015b).

These historic developments call the trans movement to redouble our efforts towards depathologization. We will not rest until we depathologize our identities, our right to have those identities legally recognized, and our right to make self-determined decisions about our bodies. We will not stop until we depathologize our diverse experiences, including gender diversity in infancy, childhood and, adolescence^[referencia al final del documento].

(GATE 2015b: s.p.)

La revisión autocrítica del desarrollo del activismo por la despatologización trans* incluye reflexiones sobre el impacto de la actual situación de crisis económica en la movilización activista y consecución de sus demandas (Miquel Missé en: Pujol Reig 2011).

En aquest moment de crisi tant econòmica com social, com veieu que va evolucionant la vostra lluita?

La crisi econòmica té un efecte transversal en tot el moviment social i sens dubte en la realitat de les minories socials. En el cas de les persones trans, les retallades han afectat als tractaments mèdics i a nivell social, els pocs programes contra la transfòbia de les administracions públiques també estan desapareixen. Per sort, les nostres activitats no han estat mai finançades per subvencions públiques.

D'altra banda, la crisi ha despertat l'inquietud de molts ciutadans per la qüestió social, i alhora la solidaritat i l'articulació entre diferents lluites.

(Miquel Missé en: Pujol Reig 2011: s.p.)

En segundo lugar, en el relato sobre el proceso de movilización se pueden identificar reflexiones sobre las alianzas con otros movimientos sociales (Bento 2010; Fernández 2010; Miquel Missé en: Ros 2009; Missé 2010b). Como potencial punto de unión con el movimiento feminista se resalta la defensa del derecho al propio cuerpo y lucha contra las presiones del sistema de géneros (Bento 2010; Missé 2010b). Como otros movimientos afines se nombra el

activismo de psiquiatrizad*s en lucha, colectivos anticapitalistas (Miquel Missé en: Ros 2009), así como el movimiento homosexual (Bento 2010).

Ou seja, esta Campanha não está vinculada a uma questão identitária ou a uma parte da população, no caso, as pessoas transexuais, travestis e intersex. A luta pelo fim do diagnóstico de gênero tem inúmeras conexões com a discussão da autonomia das mulheres e com o debate sobre as práticas eróticas fora dos marcos reprodutivos, a exemplo das homossexualidades.
(Bento 2010: 3)

La oportunidad de una creación de alianzas se destaca como un aspecto positivo en el proceso de internacionalización del activismo (Fernández 2010).

Aquello que nos uno no está en el campo de lo que somos sino de lo que queremos. Es por ello que la reivindicación trans se ha convertido en una lucha más global (donde, evidentemente, no están todas/as los trans ni todas/as los que estamos somos trans), con un cáliz abiertamente crítico. Este nuevo panorama ha constituido también parte de su fuerza. En el seno de sus alianzas, en el momento en que se han trazado vinculaciones con los movimientos críticos de feministas, bolleras, maricas, transgénero, y en los lazos con otros movimientos sociales tradicionalmente ajenos, hallamos un telón de fondo común que pesa positivamente.
(Fernández 2010: 192)

En tercer lugar, se desarrolla una revisión de las críticas a la propuesta de despatologización expresadas desde dentro del ámbito activista. Las críticas se conciben no como limitaciones, sino como un ejercicio de transparencia y oportunidad para continuar un proceso de reflexión y construcción colectiva (Missé 2010a).

Desde mi punto de vista, conocer y visibilizar nuestras contradicciones y nuestros conflictos no es una debilidad, al contrario: es un ejercicio de transparencia política.
(Missé 2010a: 265-268)

Como desarrollado en las diferentes líneas temáticas esbozadas en el capítulo II, 3, entre las principales críticas dirigidas al activismo por la despatologización trans* se nombran 1. El conflicto entre la demanda de despatologización y la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica, 2. El carácter elitista del activismo por la despatologización trans*, en el sentido de una presencia destacada de personas trans* procedentes del ámbito académico, alejadas de la realidad de las personas trans* que viven en una situación de marginalización social, 3. El establecimiento de jerarquías en las que la no modificación corporal se considera más avanzada que la realización de tratamientos hormonales o intervenciones quirúrgicas, 4. La desvaloración de expresiones e identidades de género binarias, 5. La procedencia occidental de la demanda de despatologización trans*, 6. La discriminación hacia personas con un diagnóstico psiquiátrico o enfermedad inherente al lema 'No somos enferm*s', 7. La contradicción entre la demanda de despatologización y la necesidad de algunas personas trans* de utilizar el diagnóstico como modo de (auto)justificación, 8. La imposibilidad de excluir situaciones de dependencia de la relación clínica, 9. Las ambivalencias inherentes a las políticas de reconocimiento y demanda de protección contra la discriminación, 10. Las contradicciones inherentes a la aplicación de un enfoque de Derechos Humanos al concepto de ciudadanía trans*, 11. La ambivalencia de un proceso de negociación para alcanzar la reforma de un

sistema de clasificación diagnóstica paralelamente a una crítica más radical a su existencia y 11. La reproducción del binarismo de género en la demanda de reconocimiento legal de género.

Además, desde perspectivas teórico-activistas se aportan reflexiones y respuestas en relación a cada una de las críticas mencionadas (capítulo II, 3).

3.11.2. Procesos activistas y reflexiones teórico-activistas precedentes

Las reflexiones autocríticas sobre el actual activismo por la despatologización trans* se pueden situar en el contexto más amplio de autorreflexiones sobre el activismo trans* aportadas desde perspectivas teórico-activistas a lo largo de las últimas décadas. Su presencia ilustra la interrelación estrecha entre producción teórica y actividad activista, en la que la escritura teórica adquiere el rol de una herramienta de reflexión para el espacio de acción política (capítulo III, 1.1.4).

En estos textos, se retrata la historia del movimiento trans* a lo largo de las últimas décadas en diferentes regiones del mundo (Franzen y Beger 2002; Califia 1997; Mejía 2006; Ramos Cantó 2003; Stryker 1998, 2008), desde la descripción de su emergencia, desarrollo, temáticas, objetivos y estrategias. El activismo se identifica como una vía en el proceso de transformación de los paradigmas presentes en el ámbito sanitario y legal (Whittle 2002).

The transgender/transsexual community is undertaking a post post-modern reconstruction of the self not only through their lived experience of bodily change, but also through the development of theory, activism and the resultant interrelationship with the law. (Whittle 2002: 16)

En el proceso de desarrollo de comunidades espacios activistas trans*, la posibilidad de la comunicación online se nombra como un aspecto relevante (Whittle 2002).

Cyberspace presents a safe area where body image and presentation are not amongst the initial aspects of personal judgment and social hierarchy within the trans community, so extending the range of potential community members and voices. (Whittle 2002: 89)

En los últimos años, se observa un cambio en las prioridades activistas desde una lucha por derechos fundamentales de las personas trans* y contra la persecución policial en los primeros años del movimiento trans* hacia un desarrollo de comunidades trans* diversas con una focalización en temáticas como la despatologización y la visibilidad trans* a lo largo de las últimas décadas (Califia 1997; Whittle 2002).

En este sentido, se constata un cambio en las demandas del movimiento trans* desde un reclamo de derechos que permitieran un *'passing'* en el nuevo género (cambio del certificado de nacimiento, derecho al tratamiento, privacidad) hacia una demanda de derechos que garantizaran una igualdad como ciudadan*s (derecho a la seguridad física, al trabajo, al matrimonio) (Whittle 2002). Asimismo, se observa la presencia creciente de un cuestionamiento del binarismo de género dentro del movimiento trans* (Califia 1997).

Today, the growing visibility of the transsexual community has created an alternative: to identify as transgendered rather than female or male, and question the binary gender system that generates these labels.
(Califia 1997: 225).

Otr*s autor*s observan una tensión constante entre estrategias de reivindicación y asimilación (Espineira 2011; Spade 2006a).

Au milieu des années 1990 par exemple, se posaient les questions : faut-il demander, revendiquer, exiger ou encore imposer un droit à exister ? Faut-il être polis, présentables, bien sous tous rapports, socialement acceptables ?
(Espineira 2011: 281)

Stryker (en: Currah 2008) señala el paso de un foco del activismo trans* en necesidades trans-específicas en el pasado hacia un enfoque más politizado y priorización de la lucha contra desigualdades sociales estructurales, en alianza con otros movimientos sociales, en el momento actual.

A more single issue political focus on transgender-specific needs, such as changing gender designation on personal identification documents or gaining access to medical and psychological services related to changing sex, has blossomed into a multifaceted movement, one that increasingly addresses structural social inequalities and finds powerful and creative ways of linking transgender issues with those of other groups.
(Stryker en: Currah 2008: 96)

En este sentido, se observa un foco reciente hacia aspectos interseccionales y una lucha contra el neoliberalismo (Harashi en Currah 2008; Spade 2006b; Stryker en Currah 2008).

The answer to the question of how the trans movement fits into a broader struggle for social justice domestically and globally is affected by the ways in which racism, patriarchy, economic injustice, ageism, ableism, and geography have shaped our priorities.
(Harashi en: Currah 2008: 97)

Now is the time to recognize that no project of gender and sexual self-determination will be meaningful if it fails to engage resistance to an inherently violent and hierarchical capitalist economic system that grounds its control over workers and the poor in oppressive understanding of race, sex, gender, ability, and nationality.
(Spade 2006b: 220)

4. CARTOGRAFÍAS: ANÁLISIS DE UN CAMPO DISCURSIVO

Me parece que se podría también hacer un análisis del mismo tipo [análisis arqueológico] a propósito del saber político. Se trataría de ver si el comportamiento político de una sociedad, de un grupo o de una clase no está atravesado por una práctica discursiva determinada y descriptible. Esta positividad no coincidiría, evidentemente, ni con las teorías políticas de la época ni con las determinaciones económicas: definiría lo que de la política puede devenir objeto de enunciación, las formas que esta enunciación puede adoptar, los conceptos que en ella se encuentran empleados, y las elecciones estratégicas que en ella se operan. (Foucault 2003[1969]: 328)

Después de profundizar en el análisis de diferentes líneas temáticas presentes en la perspectiva de despatologización trans* desde su complejidad, sentí la necesidad de ordenar los discursos identificados de una forma más sintética y transversal, con el objetivo de analizar el lugar de la perspectiva de despatologización trans* en el conjunto de discursos aportados desde perspectivas activistas, teórico-activistas, académicas, profesionales e institucionales.

Desde una conceptualización del "*campo discursivo*" (Foucault 2003[1969]: 45) como históricamente situado, complejo, discontinuo y múltiple, el interés de la genealogía en la interrelación entre discursos y poder (Foucault 1995[1976], 2003[1984], 2006[1984], 2009[1975]) y la propuesta de un análisis del saber político como un análisis "*de los comportamientos, de las luchas, de los conflictos, de las decisiones de las tácticas*" (Foucault 2003[1969]: 238), se abre la posibilidad de una revisión del proceso de emergencia de la perspectiva de despatologización en un campo más amplio de discursos y prácticas. Este proceso incluye el estudio de las condiciones que posibilitan la conversión de la perspectiva de despatologización en un "*objeto posible de conocimiento*" (Foucault 1994[1984]: 320), la revisión de los cambios que produce su surgimiento y difusión, el análisis de los procesos coexistencia y relevo de discursos previos y nuevos marcos conceptuales y epistemológicos, así como la reflexión sobre la interrelación de los discursos por la despatologización trans* con campos discursivos afines. Partiendo de la diferenciación que establece Foucault entre diferentes grados de formalización de los saberes, incluyendo un "*umbral de positividad*", "*umbral de epistemologización*", "*umbral de cientificidad*" y "*umbral de formalización*" (Foucault 2003[1969]: 314), me planteé además la pregunta por el grado de formalización de los discursos por la despatologización en el conjunto de saberes sobre transexualidad.

Desde un entendimiento de los campos sociales como espacios con leyes de funcionamiento, reglas de juego y puntos de vistas específicos, así como características homólogas, incluyendo la diferenciación entre lugares vanguardistas y lugares consagrados, la existencia de requisitos de acceso y la presencia de transformación de posiciones internas en Bourdieu (1997[1994], 1999[1997], 2000[1987], 2003[2001], 2006[2004]), se abre la posibilidad de un análisis de los procesos de cambio en diferentes campos sociales a partir de la emergencia de la perspectiva de despatologización trans*, incluyendo el análisis de procesos de

entrada al campo, lucha por el reconocimiento y posición relativa en el campo. Mientras Bourdieu (1997[1994], 1999[1997], 2000[1987], 2003[2001], 2006[2004]) diferencia entre campo económico, político, científico y cultural, en caso de los discursos por la despatologización trans* adquieren relevancia diferentes subcampos del campo científico (discursos médico-psiquiátricos, discursos del ámbito de las Ciencias Sociales), campo político (discursos activistas, discursos de las instituciones internacionales, regionales y estatales), así como del campo jurídico (discursos sobre los procesos de reconocimiento legal de género).

Finalmente, desde la perspectiva de la teoría de los movimientos sociales, se abre la oportunidad de un análisis de las estructuras de oportunidad en el momento de emergencia, difusión e internacionalización de la perspectiva de despatologización trans*, los ciclos de protesta del activismo por la despatologización, así como los marcos interpretativos presentes en los discursos de despatologización trans* y su contraposición con marcos interpretativos anteriores (Benford y Snow 2000; Creed, et al. 2002; Della Porta 2006[1996], 2014; Johnston 2002; McAdam, et al. 2006[1996]; Snow y Benford 1988).

Con el objetivo de realizar un análisis del “*saber político*” (Foucault 2003[1969]: 328) sobre despatologización trans*, incluyendo el saber activista, académico, profesional e institucional, construí diferentes cartografías discursivas y esquemas conceptuales, entre ellos 1. Un mapa de los marcos teóricos y procesos activistas relacionados con diferentes líneas temáticas relevantes para la perspectiva de despatologización, 2. Un esquema de los marcos interpretativos propios de un marco de reconocimiento cultural, del paradigma de desviación, del modelo biomédico y de la perspectiva de despatologización, 3. Mapas discursivos sobre los discursos activistas, profesionales e institucionales sobre la conceptualización de los tránsitos en el género, el proceso de revisión del DSM y de la CIE, el modelo de atención sanitaria trans-específica y el reconocimiento legal en caso de personas adultas, adolescentes y niñ*s, incluyendo la identificación del lugar de la perspectiva de despatologización en estas cartografías y 4. Una revisión del estado actual del campo discursivo de despatologización trans*, incluyendo a) Un análisis de las circunstancias históricas y estructuras de oportunidad en el proceso de emergencia de la perspectiva de despatologización trans, así como de los ciclos de protesta durante la movilización internacional, b) Una revisión de los procesos de cambio en diferentes campos discursivos y c) Un análisis de los umbrales discursivos.

4.1. Cartografía de los marcos teóricos y procesos activistas relacionados

Como esbozado en el capítulo II, 3, se pueden identificar diferentes marcos teóricos y procesos activistas relacionados con la perspectiva de despatologización trans* que aportan conceptualizaciones, reflexiones y cuestionamientos afines a la despatologización trans* con anterioridad o paralelamente a su desarrollo. Con el objetivo de obtener una imagen visual de la interrelación de las diferentes líneas temáticas con marcos teóricos y procesos activistas

afines, construí la siguiente cartografía discursiva (Figura 9). En caso de algunos marcos teóricos, detecté una relación con más de una línea temática.



Figura 9: Perspectiva de despatologización trans*: Marcos teóricos y procesos activistas relacionados

Los marcos teóricos identificados provienen de diferentes perspectivas teóricas, entre ellas la filosofía, la sociología y politología, la psiquiatría, la Salud Pública, la bioética, los enfoques de Derechos Humanos, la antropología, las perspectivas jurídicas, así como la reflexividad y ética de la investigación. Los procesos activistas afines están relacionados con la temática de diversidad sexual, corporal y de género, el cuestionamiento del binarismo de género, así como la protección de abusos en el ámbito clínico y psiquiátrico.

En los discursos activistas y teórico-activistas por la despatologización trans* se pueden observar diferentes grados de interrelación con los marcos teóricos y procesos activistas relacionados.

En caso de algunos de los marcos teóricos y procesos activistas nombrados, se puede observar una influencia y recitación mutua, como en caso de los discursos de Derechos Humanos, que tuvieron una importancia destacada para la perspectiva de despatologización trans*, con citas frecuentes en los documentos activistas, paralelamente a la tematización de la perspectiva de despatologización trans* en documentos estratégicos de Derechos Humanos (capítulo II, 3.4). Asimismo, se pueden encontrar referencias a enfoques bioéticos en los documentos activistas por la despatologización trans*, especialmente en relación al principio

de autonomía y Consentimiento Informado en el proceso de atención sanitaria trans-específica, así como a aspectos éticos relacionados con la diversidad de género en la infancia, al mismo tiempo que se puede identificar un desarrollo de reflexiones sobre la clasificación diagnóstica y los modelos de atención sanitaria trans-específica aportadas desde perspectivas bioéticas (capítulos II, 3.6 y II, 3.9).

En cambio, en caso de algunos enfoques teóricos no se puede identificar una mención explícita en los discursos activistas, paralelamente a la presencia de referencias en publicaciones de autor*s trans* y aliad*s. Éste es el caso del concepto de ciudadanía trans* (capítulo II, 3.4.6), las reflexiones críticas sobre las políticas de reconocimiento (capítulo II, 3.4.6), el enfoque de interseccionalidad (capítulo II, 3.2.6), las reflexiones y conceptualizaciones desarrolladas por Foucault (capítulos II, 3.1.6 y II, 3.2.6), la sociología del diagnóstico (capítulos II, 3.1.6 y II, 3.2.6) o los conceptos procedentes del ámbito de la Salud Pública (determinantes sociales de la salud, cobertura sanitaria universal, participación ciudadana en salud, toma de decisiones compartida o atención sanitaria centrada en las personas, capítulos II, 3.2.6 y II, 3.7.6).

En relación a la teoría queer, pude identificar una mención frecuente del no binarismo de género en los discursos activistas, sin que se nombrara la teoría queer explícitamente como referente, a diferencia de un debate de potenciales puntos compartidos y diferencias entre la perspectiva de despatologización y enfoques queer en perspectivas académicas y teórico-activistas (capítulo II, 3.3). En relación a los estudios antropológicos sobre géneros no binarios en culturas no occidentales, se pueden encontrar referencias en publicaciones de autor*s trans* y aliad*s (capítulo II, 3.3). En los documentos activistas revisados, no se mencionan las reflexiones aportadas por la antropología, sino la presencia de tradiciones indígenas no binarias en el propio contexto, como en caso de Ecuador (Proyecto TRVNSGÉN3RO en Vásquez 2010[2009]) o México (VV.AA. 2011; capítulo II, 3.3).

Además, se pueden observar usos divergentes de conceptos como ‘identidad de género’ o ‘reconocimiento’ en el ámbito activista y en la reflexión académica y teórico-activista, en el sentido de un uso estratégico y reivindicativo en el ámbito activista, frente a un cuestionamiento (auto)reflexivo de potenciales contradicciones y limitaciones desde perspectivas académicas y teórico-activistas (capítulo II, 3.4.6). Como un tercer ámbito, se pueden nombrar las instituciones internacionales y regionales de Derechos Humanos, en cuyo caso se puede constatar un uso estratégico y político de los conceptos de ‘identidad’ y ‘reconocimiento’.

Una relación de influencia recíproca también se puede observar en el ámbito activista. Varios movimientos sociales, entre ellos el activismo intersex, el movimiento LGTB, colectivos queer, el movimiento de diversidad corporal, el movimiento de (ex)usuari*s y supervivientes de la psiquiatría y grupos feministas, han ido participando activamente en las convocatorias del *Día*

Internacional de Acción por la Despatologización Trans, incluyendo las demandas del activismo por la despatologización trans* en sus reivindicaciones. Al mismo tiempo, han contribuido reflexiones, marcos de argumentación y formas de movilización, estableciendo de esta forma una relación de influencia y aportación recíproca (capítulo II, 1; Anexo II, Tabla 3 - Tabla 8).

En relación a procesos históricos, se pueden identificar menciones reiteradas al proceso histórico de movilización activista para demandar la retirada de la categoría diagnóstica 'Homosexualidad' del DSM y de la CIE en discursos activistas y teórico-activistas por la despatologización trans* (capítulo II, 3.1). La demanda feminista del 'derecho al propio cuerpo' y la perspectiva de (ex)usuari*s y supervivientes de la psiquiatría constituyen otros referentes nombrados en los discursos activistas y teórico-activistas por la despatologización trans* (capítulos II, 3.2 y II, 3.6).

La construcción de este mapa discursivo plantea la pregunta por la utilidad potencial de un conocimiento de marcos teóricos y procesos activistas afines para el desarrollo de la perspectiva de despatologización trans*. Desde el análisis de los discursos activistas y teórico-activistas por la despatologización trans*, así como desde mi propia experiencia teórico-activista, puedo identificar diferentes aspectos de relevancia tanto para el contexto activista como académico.

Desde perspectivas activistas y teórico-activistas, la referencia a marcos teóricos relacionados, como el marco de Derechos Humanos o los principios bioéticos, ofrece una fundamentación y un apoyo desde perspectivas internacionalmente reconocidas. Algunos enfoques teóricos permiten situar la demanda de despatologización en el marco más amplio de procesos estructurales socialmente y culturalmente específicos, como en caso de las reflexiones desarrolladas por Foucault, las aportaciones de la sociología del diagnóstico o las reflexiones contribuidas desde perspectivas antipsiquiátricas (capítulos II, 3.1.6 y II, 3.2.6). Otros enfoques, entre ellos las perspectivas antropológicas y las reflexiones contribuidas por la psiquiatría transcultural, permiten, a través del análisis de otras culturas o la propia, una relativización y un análisis autocrítico del contexto cultural occidental y sus sistemas de clasificación diagnóstica (capítulos II, 3.2.6 y II, 3.3.4.4). Finalmente, varias de las perspectivas teóricas revisadas ofrecen conceptualizaciones y herramientas enfocadas a la práctica clínica, entre ellas los enfoques de Salud Pública, abriendo la posibilidad de elaborar estrategias para la promoción del respeto a la diversidad de género en el ámbito clínico basadas en enfoques familiares para l*s profesionales de la salud (capítulo II, 3.7.6).

La referencia a movilizaciones activistas precedentes, como acciones de protesta contra la clasificación diagnóstica de la transexualidad como trastorno mental desarrolladas a lo largo de los años 90 y 00, la demanda de retirada de la categoría diagnóstica 'Homosexualidad' del DSM y de la CIE en los años 70 (capítulo II, 3.1), la reivindicación de autonomía sobre el propio cuerpo expresada por el movimiento feminista (capítulo II, 3.6) o la crítica al sistema psiquiátrico planteado desde perspectivas antipsiquiátricas y el movimiento actual de

(ex)usuari*s y supervivientes de la psiquiatría (capítulo II, 3.2) sitúan las demandas del activismo por la despatologización trans* en una perspectiva histórica, otorgando legitimidad a las movilizaciones actuales, además de contribuir argumentaciones y estrategias. La identificación de ejes estructurales de exclusión y violencia institucional compartidos abre la posibilidad de alianzas, entre otras con el movimiento intersex, el movimiento LGTB, el activismo queer, el movimiento de diversidad corporal, grupos de (ex)usuari*s y supervivientes de la psiquiatría, así como el movimiento feminista.

Desde perspectivas académicas, la identificación de marcos teóricos y procesos activistas relacionados con la perspectiva de despatologización puede contribuir a un análisis de procesos sociales de construcción de la enfermedad, cambios en las clasificaciones diagnósticas y procesos de transformación social en materia de reconocimiento de la diversidad, desde la interrelación entre marcos conceptuales, procesos institucionales y movimientos ciudadanos. Además, permite analizar las interrelaciones y procesos de aplicación de marcos teóricos surgidos en contextos diferentes a la temática de despatologización, así como las diferencias de este proceso de recepción entre perspectivas teóricas y activistas.

Finalmente, la identificación de procesos activistas precedentes y aliados puede contribuir a un análisis de procesos históricos de emergencia y consolidación de movimientos sociales, sus estrategias de alianzas y diferencias, así como su rol en procesos de cambio social.

4.2. Análisis de diferentes marcos interpretativos

Después de esta primera revisión del lugar de la perspectiva de despatologización trans* en el campo más amplio de discursos científicos sobre temáticas trans*, mi interés se centró en el análisis de la interrelación entre la perspectiva de despatologización y otros discursos divergentes, en concreto la contraposición entre una conceptualización de los tránsitos en el género como rol cultural específico, un paradigma de desviación social, el modelo biomédico y la perspectiva de despatologización.

Para este análisis, partí del análisis de los marcos interpretativos propuesto desde la teoría de los movimientos sociales (Benford y Snow 2000; Creed, et al. 2002; Johnston 2002; McAdam, et al. 2006[1996]; Snow y Benford 1988).

Según Johnston (2002), el análisis de los marcos interpretativos se centra en la identificación de los discursos principales de un movimiento social (o de varios diferentes movimientos), incluyendo el análisis del uso de la terminología, las metáforas e imágenes en entrevistas, documentos activistas, canciones y lemas, frente a una focalización en el análisis del contexto histórico y sociopolítico en el método de análisis de discursos. El autor describe los marcos interpretativos como esquemas interpretativos sociales, incluyendo tanto estructuras formadas como "*framing processes*" (Johnston 2002: 66).

Creed, Langstraat y Scully (2002) definen el análisis de marcos interpretativos como una

exploración de *"social actors' lenses and metaphors as they are deployed, particularly in the service of collective advocacy, mobilization, or public policy"* (38). L*s autor*s utilizan la metodología de análisis de marcos interpretativos para estudiar dos posiciones contrapuestas sobre políticas de protección sobre derechos laborales dirigidas a personas LGBT, mediante la revisión del uso de metáforas, ejemplos, lemas, representaciones e imágenes visuales en los textos (Creed, et al. 2002). Después de analizar marcos interpretativos diferenciados en los dos textos, Creed, et al. (2002) proponen 1. Un análisis de procesos de definición del problema (*"Punctuation: What is the problem?"*, 42) 2. Una identificación de responsabilidades y elaboración de estrategias (*"Elaboration: Who is responsible? What outcomes can be projected with or without interventions?"*, 42), así como 3. Una revisión de elementos de motivación para la acción social presentes en los textos revisados (*"Motivation: What action should be taken?"*, 42).

Benford y Snow (2000) resaltan el carácter activo y procesual de los marcos interpretativos de movimientos sociales, en el sentido de una conceptualización de los procesos de *framing* como procesos de construcción social de significados, así como su carácter como procesos discutidos y contestados. En su análisis, diferencian entre 1. *"diagnostic framing"*, incluyendo *"injustice frames"*, *"boundary framing"* o *"adversarial framing"*, 2. *"prognostic framing"* y 3. *"motivational framing"*, en el sentido de una llamada a la acción (Benford y Snow 2000: 615-616). Según su análisis, los marcos colectivos de acción varían en función de los problemas identificados, el grado de flexibilidad y rigidez, inclusividad y exclusividad, la variedad en su alcance y la resonancia. El análisis incluye procesos discursivos (orales o escritos) y procesos estratégicos relacionados con la construcción de marcos interpretativos, incluyendo dinámicas de *"frame bridging"*, *"frame amplification"*, *"frame extension"* y *"frame transformation"* (Benford y Snow 2000: 624 – 625). La estructura de oportunidades políticas y culturales se identifica como aspecto relevante en el proceso de emergencia y difusión de un marco interpretativo (Benford y Snow 2000).

En el marco del presente trabajo, retomé la propuesta de una comparación de discursos contrapuestos (Creed, et al. 2002), desde su conceptualización procesual, en el sentido de un proceso continuado de *framing* y construcción social de significados, opuesto a un entendimiento de los marcos como estructuras fijas o inamovibles (Benford y Snow 2000; Johnston 2002). En este sentido, apliqué su propuesta metodológica no al análisis comparativo de los discursos de diferentes actores sociales (Creed, et al. 2002) o movimientos sociales (Haunss 2004), sino al análisis de diferentes marcos de conceptualización de los tránsitos en el género presentes en documentos revisados procedentes de diferentes momentos históricos y contextos sociopolíticos.

Para este análisis, partí de descripción que aporta Kim Pérez Fernández-Figares (2010; citada en el capítulo II, 2.1) del paso de una conceptualización de la transexualidad como

pecado o vicio, un momento de surgimiento del modelo biomédico, hasta su cuestionamiento por parte del movimiento trans*.

El efecto de la obra de Benjamin fue hacer hincapié en que el único tratamiento conocido para tal síndrome era el quirúrgico con la consiguiente legitimación de las operaciones de cambio de sexo y la elaboración de los protocolos. Para quienes estábamos en la oscuridad total y el aislamiento, callados, incomunicados, culpabilizados, avergonzados de lo que entendíamos como pecado o vicio, es difícil que se comprenda hoy hasta qué punto esta posición representaba una apertura. Pasar del vicio a la enfermedad es subir un escalón. Pasar de ser reprobado a ser atendido es algo. Para de ser visto con repugnancia por muchos confesores a ser mirado con comprensión por los psiquiatras significa poder comprenderse a sí misma. (...)

Poco a poco, nos fuimos dando cuenta de los errores y contradicciones que incorpora la teoría de Benjamin. Y el mayor error, desde luego, es la patologización. Hoy podemos disponer de una gama de conceptos hasta hace poco inexistentes que evidencian que la transexualidad es un proceso natural.

(Pérez Fernández-Fígares 2010: 102)

En el mismo texto, Pérez Fernández-Fígares (2010) hace referencia a otro paradigma adicional: El reconocimiento del rol cultural de la diversidad de género en algunas culturas no occidentales, analizado en la bibliografía antropológica.

Retomando los enfoques identificados por Pérez Fernández-Fígares (2010), emprendí un análisis de los marcos interpretativos de cuatro modelos diferentes (Figura 10), 1. Un marco de reconocimiento cultural, analizado desde perspectivas antropológicas³²⁸, 2. Un paradigma de desviación, descrito tanto en análisis históricos³²⁹, como en informes actuales³³⁰, 3. Un modelo biomédico de la transexualidad, desarrollado, entre otr*s, por autores como Benjamin (1966, 2006[1954]), Cauldwell (1950, 2006[1949]) y Stoller (1968), y revisado críticamente desde perspectivas contemporáneas³³¹ y 4. La perspectiva de despatologización, como analizada en el capítulo II, 3.1.

Realicé este análisis desde la conciencia de la reducción de la complejidad inherente al intento de identificar constelaciones en un campo discursivo múltiple y el riesgo ético-político inherente a la tarea de agrupación de discursos en marcos interpretativos concretos. Desde la conciencia de esta limitación, decidí incluir el análisis en el presente texto, con el objetivo de reflejar diferentes vías de análisis y comprensión del campo discursivo sobre procesos de tránsitos en el género en el que se inserta la perspectiva de despatologización.

En la comparación de los cuatro marcos interpretativos nombrados (Figura 10), pude identificar diferentes discursos en relación a la conceptualización de los procesos de tránsito en el género, el modelo de género subyacente y la etiología del deseo de transitar entre los géneros. Además, constaté enfoques diferenciados respecto a la clasificación diagnóstica, incluyendo tanto categorías dirigidas a adolescentes y adult*s, como a niñ*s, así como

³²⁸ Gómez 2004; Herdt 1996 ed., 1996; Nieto 1998 ed., 1998a, 1998b; Towle y Morgan 2002; Vasey y Bartlett 2007.

³²⁹ Billings y Urban 1998[1982]; Bullough 1998[1975].

³³⁰ Balzer y Hutta 2012; Balzer, et al. 2012; Berkin y Fernández 2005; Cabral y Hoffman 2009; ILGALAC 2009; O’Flaherty y Fisher 2008; Sood 2009; TGEU 2015c; UNDP y Winter 2012.

³³¹ Billings y Urban 1998[1982]; Hirschauer 1993; Macé 2011; Missé y Coll-Planas 2010b; Rubin 2006[2003]; Spade 2006a; Stone 2006[1987]; Stryker 2006[1994].

diferentes formas de acceso a los procesos de modificación corporal y su cobertura pública. Asimismo, se pueden identificar diferentes modelos de atención sanitaria trans-específica y

	Marco de reconocimiento cultural	Paradigma de desviación	Modelo biomédico	Perspectiva de despatologización
Conceptualización de los tránsitos en el género	Rol cultural específico	Pecado, vicio o crimen	Trastorno mental, enfermedad o problema de salud	Derecho Humano y expresión de diversidad humana
Modelo de género	Modelo no binario fundado en el cosmos	Modelo binario fundado en la religión	Modelo binario fundado en la biología	Diversidad corporal, sexual y de género
Etiología	Expresión de diversidad natural	Castigo divino o desviación social	Etiología psicológica, familiar o neurológica	Construcción social del modelo de género
Clasificación diagnóstica (adolescencia y adultez)	Reconocimiento, regulación mediante rituales y ritos de paso, clasificación en sistema de castas	Prohibición por la iglesia o ley	Clasificación diagnóstica como trastorno mental	Retirada de la clasificación diagnóstica como trastorno mental, categoría no patologizante en la CIE
Clasificación diagnóstica (infancia)	Reconocimiento y regulación mediante rituales y ritos de paso	Prohibición de la atención sanitaria trans-específica	Clasificación diagnóstica como trastorno mental	Retirada completa de la clasificación diagnóstica y uso de códigos Z en la CIE
Acceso a la sanitaria trans-específica	Ausencia de modificación corporal o realización dentro de rituales y ritos de paso	Terapias reparativas y/o encierro psiquiátrico o penal	Acceso regulado por diagnóstico psiquiátrico y proceso de evaluación	Acceso mediante un proceso de Consentimiento Informado
Cobertura pública	-	-	Cobertura pública como necesidad médica	Cobertura pública como Derecho Humano
Modelo de atención sanitaria trans-específica (adultez)	Rituales y ritos de paso	Prohibición de la atención sanitaria trans-específica	Terapia trídica (Experiencia de la vida real – terapia hormonal – cirugía)	Múltiples itinerarios, incluyendo opciones no binarias
Modelo de atención sanitaria trans-específica (adolescencia)	Rituales y ritos de paso	Rechazo de la transición social y de bloqueadores hormonales	Apoyo a la transición social; acceso a bloqueadores hormonales bajo diagnóstico psiquiátrico, evaluación y supervisión	Apoyo a la transición social, incluyendo opciones no binarias; acceso a bloqueadores hormonales bajo el paradigma de menor maduro
Modelo de atención sanitaria trans-específica (infancia)	Rituales y ritos de paso	Rechazo de la transición social en la infancia	Evaluación y supervisión, diferentes enfoques respecto a la transición social	Apoyo a la exploración libre de expresiones e identidades de género en la infancia, incluyendo opciones no binarias; rechazo de la medicalización
Posición ante las terapias reparativas	Ausencias de terapias reparativas	Terapias reparativas y/o encierro psiquiátrico o penal	A veces: Terapias reparativas; recientemente: Condena de las terapias reparativas	Condena de las terapias reparativas y del encierro psiquiátrico o penal
Reconocimiento legal del género	Otorgación de un estatus y roles específicos dentro de la comunidad	Penalización y persecución por ley	Reconocimiento legal de género con requisitos médicos	Reconocimiento legal de género sin requisitos médicos

como paralela de los marcos interpretativos. En este sentido, en el momento actual se puede constatar tanto un proceso histórico de relevo entre un paradigma y otro, visible en cambios legislativos y en la práctica clínica, como la continuada presencia de un modelo de reconocimiento cultural y/o paradigma de desviación social, paralelamente al rol dominante de un modelo biomédico o la introducción de una perspectiva de despatologización.

Aplicado al contexto español, la derogación de la *Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social*³³² (que a su vez sustituyó a la *Ley de Vagos y Maleantes*³³³), la derogación de la prohibición de la castración en 1983³³⁴, el establecimiento de UTIGs en varias Comunidades

³³² *Ley 16/1970, de 4 de agosto, sobre Peligrosidad y Rehabilitación Social* (Jefatura del Estado 1970). Como mencionado más arriba (capítulo I, 3.7 y II, 1), la *Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social* fue derogada por la *Ley 77/1978, de modificación de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social y de su Reglamento* (Gobierno de España 1978), y posteriormente por la *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal* (Gobierno de España 1978).

³³³ *Ley de Vagos y Maleantes, de 4 de agosto de 1933* (Presidencia del Consejo de Ministros 1933), modificada por la *Ley de 15 de julio de 1954, por la que se modifican los artículos 2º y 6º de la Ley de Vagos y Maleantes, de 4 de agosto de 1933* (Jefatura del Estado 1954).

³³⁴ A través de la *Ley Orgánica 1983, de 25 de junio, de Reforma Urgente y Parcial del Código Penal* (Gobierno de España 1983), que a su vez fue derogada por *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal* (Gobierno de España 1995b), bajo mantenimiento de las modificaciones introducidas.

Autónomas a partir de finales de los años 90 (Esteva de Antonio, et al. 2012), así como la aprobación de la *Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas* (Gobierno de España 2007), se pueden valorar como pasos en el cambio de un paradigma de desviación hacia un modelo biomédico de la transexualidad. Las declaraciones en apoyo a la despatologización trans* del Gobierno de España (2010) y del Parlamento de Andalucía (2010), así como la aprobación de la *Ley Integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía* (Parlamento de Andalucía 2014), basada en una perspectiva de despatologización y Derechos Humanos, se pueden identificar como indicios de un paso hacia una perspectiva de despatologización. Paralelamente, siguen presentes elementos de una condena de los tránsitos en el género por motivos religiosos, como se ve en el rechazo de la diversidad de género en la infancia en un colegio católico de Málaga³³⁵ o la no admisión de una persona trans* como padrino de un bautizo por parte de la iglesia católica³³⁶, así como elementos del modelo biomédico, como indica el continuado requisito de diagnóstico en el proceso de reconocimiento legal de género, regulado mediante la *Ley 3/2007, de 15 de marzo* (Gobierno de España 2007), así como la aplicación de un modelo de evaluación en las *UTIGs, Unidades de Trastorno de Identidad de Género*³³⁷.

En el contexto internacional, se puede observar la presencia paralela de 1. Un marco de reconocimiento de género en algunos contextos culturales³³⁸, 2. Un paradigma de desviación en países en los que se siguen prohibiendo, persiguiendo y penalizando las expresiones e identidades de género trans*³³⁹, 3. Un modelo biomédico, visible en la clasificación diagnóstica de los procesos de tránsito en el género como trastorno mental en el DSM-5 (APA 2013a) y la CIE-10 (OMS 2015[1990]), así como el enfoque de evaluación presente en los SOC-7 (WPATH 2012a) y 4. La emergencia y el creciente reconocimiento de la perspectiva de despatologización, como muestra su inclusión en documentos estratégicos de organismos internacionales y regionales (capítulo II, 3.4), la retirada de la clasificación diagnóstica de la transexualidad como trastorno mental en el *ICD-Beta Draft* (OMS 2015a; capítulo II, 3.5), así como la aprobación de leyes de reconocimiento de género sin requisitos médicos (capítulo III, 3.8).

³³⁵ Un resumen del caso se puede consultar en un artículo publicado en [El País el 27 de mayo de 2015](#).

³³⁶ Según una noticia publicada el [28 de julio de 2015 en El País](#), el Obispado de Cádiz denegó al interesado la posibilidad de ser padrino de un bautizo. Aunque posteriormente el Obispado de Cádiz rectificara su decisión (véase [El País, 6 de agosto de 2015](#)), según una noticia publicada el [2 de septiembre de 2015 en El País](#) la Congregación para la Doctrina de la Fe del Vaticano reafirmó la denegación.

³³⁷ En Andalucía, en 2015 se inició un proceso de descentralización del tratamiento hormonal trans-específico, mediante la inclusión de la atención a las personas trans* en la [Cartera de Servicios de Atención Primaria](#) y el establecimiento de [Hospitales de referencia](#) en las ocho provincias andaluzas.

³³⁸ Gómez 2004; Herdt 1996 ed., 1996; Nieto 1998 ed. 1998a, 1998b; Proyecto TRVNSGÉN3RO en Vázquez 2010[2009]; Vasey y Bartlett 2007.

³³⁹ Balzer y Hutta 2012; Balzer, et al. 2012; Berkins y Fernández 2005; Cabral y Hoffman 2009; ILGALAC 2009; O’Flaherty y Fisher 2008; Sood 2009; TGEU 2015c; UNDP y Winter 2012.

En concordancia con un entendimiento de los marcos interpretativos no como categorías fijas e inamovibles, sino como procesos (Benford y Snow 2000; Johnston 2002), se pueden observar cambios internos en el desarrollo de los paradigmas analizados. Estas modificaciones a su vez pueden leerse como consecuencias de cambios sociopolíticos o como respuestas a críticas expresadas desde perspectivas profesionales o activistas.

En este sentido, en momentos históricos previos, el marco de reconocimiento cultural y el paradigma de desviación eran anteriores a la introducción de la clasificación diagnóstica. En cambio, en el momento actual, ambos marcos interpretativos conviven con una clasificación diagnóstica de los tránsitos en el género de carácter y alcance internacional, planteando la pregunta en qué medida esta coexistencia puede tener influencia en los marcos interpretativos, como observada en caso del proceso de internacionalización de diferentes diagnósticos del DSM a contextos culturales no occidentales (Watters 2010). En relación al paradigma de desviación, mientras en épocas históricas anteriores la prohibición de los tránsitos en el género se basaba en una condena religiosa o legal, en el momento actual se podría analizar el grado de utilización del diagnóstico como trastorno mental como justificación de dinámicas de criminalización y penalización.

En caso del modelo biomédico, se puede observar un cambio desde la aplicación de terapias reparativas a su rechazo explícito, así como de la aplicación del modelo de terapia triádica a su flexibilización, un proceso que a su vez puede leerse como reacción a una creciente diversidad de expresiones e identidades de género y/o respuesta a críticas al modelo de terapia triádica y enfoque binario.

En el marco de la perspectiva de despatologización trans*, se constata un proceso de matización y complejización de sus discursos en consecuencia de la necesidad de no poner en peligro el acceso a la atención sanitaria trans-específica y/o el reconocimiento legal del género en el marco sanitario y legal vigente, paralelamente a la demanda de un cambio del modelo de atención sanitaria y reconocimiento legal de género mediante la introducción de enfoques basados en una perspectiva de despatologización y Derechos Humanos.

El análisis de marcos interpretativos dibuja una situación de contraposición discursiva clara. Su aplicación me fue útil para analizar los esquemas de entendimiento inherentes a cuatro modelos de conceptualización de los tránsitos en el género, su paso histórico y coexistencia en el momento actual. A la vez, en el análisis del actual debate sobre la conceptualización de los procesos de tránsito en el género, los procesos de revisión del DSM y de la CIE, el modelo de atención sanitaria trans-específica y los procesos de reconocimiento legal de género pude observar la presencia de una amplia gama de discursos diferenciados, interrelacionados y representados por actores diversos que complejizan y transgreden la contraposición entre los cuatro paradigmas identificados.

Por esta razón, busqué un enfoque metodológico que permitiera la posibilidad de una representación cartográfica de posiciones múltiples y diversificadas dentro del debate actual.

4.3. Cartografías discursivas: Posiciones en un campo múltiple

Con el objetivo de representar el carácter complejo, múltiple y entrelazado de las posiciones discursivas relacionadas con la conceptualización de los procesos de tránsito en el género, el proceso de revisión del DSM y de la CIE, el modelo de atención sanitaria trans-específica y los procesos de reconocimiento de género, retomé la metodología de cartografía de posiciones discursivas y configuraciones narrativas desarrollada por Conde Gutiérrez de Álamo (2010). Su propuesta de representación de un campo discursivo en un espacio bidimensional, ordenado por dos ejes y vectores de interrelación, me permitió reflejar posiciones múltiples. A la vez, el proceso de construcción del mapa es en sí un acto interpretativo que ordena, selecciona y en cierta manera ‘valora’ los discursos revisados desde un prisma determinado. En este sentido, los mapas construidos solo representan algunas de múltiples cartografías posibles.

Conde Gutiérrez de Álamo (2010) propone una metodología de análisis sociológico de sistemas de discursos, partiendo del carácter interrelacionado de los discursos y su organización en un sistema estructurado y jerarquizado.

Los discursos sociales no se producen de forma aislada, ni existen de forma individualizada. Todo discurso se produce y se desarrolla en relación a otro discurso al que alude, al que interpela, al que se trata de aproximar o del que se trata de diferenciar. (...)

El sistema de los discursos sociales responde, produce y reproduce un cierto ordenamiento interno que, en general, viene a producir/reproducir la propia jerarquía social y simbólica (no siempre coincidentes entre sí) de lugares sociales desde los que se producen unos y otros discursos.

(Conde Gutiérrez de Álamo 2010: 43-44)

Siguiendo a Conde Gutiérrez de Álamo (2010), los discursos se revisan a través de un análisis de las posiciones discursivas (entendidas como posiciones compartidas y divergentes en un grupo), configuraciones narrativas (en el sentido de ejes que ordenan los discursos analizados en función de los objetivos de la investigación) y espacios semánticos (entendidos como conjunto de términos ordenados por relaciones de similitud, contraste, jerarquización o proximidad). Los resultados de este análisis quedan reflejados en una imagen visual bidimensional, incluyendo formatos de representación longitudinal de la evolución de un discurso o representación de diferentes discursos en un momento concreto.

Desarrollado como método para el análisis de transcripciones de grupos de discusión en la investigación cualitativa, en el marco del presente trabajo utilicé la metodología cartográfica elaborada por Conde Gutiérrez de Álamo (2010) para analizar los discursos actuales sobre los ejes temáticos nombrados (conceptualizaciones, proceso de revisión del DSM y de la CIE, modelo de atención sanitaria trans-específica y reconocimiento legal de género) en relación a los tránsitos en el género en la adultez, la adolescencia y la infancia, así como para identificar el lugar de la perspectiva de despatologización en este debate. Construí un primer mapa (Figura 11) de los discursos sobre los procesos de tránsitos en el género en la adultez a partir del eje vertical enfoques afirmativos – no afirmativos y el eje horizontal medicalización –

desmedicalización, como dos aspectos relevantes en los discursos actuales. Los dos ejes crean una división del espacio en cuatro cuadrantes (A-B-C-D), al mismo tiempo que permiten múltiples posiciones y diferenciaciones internas.

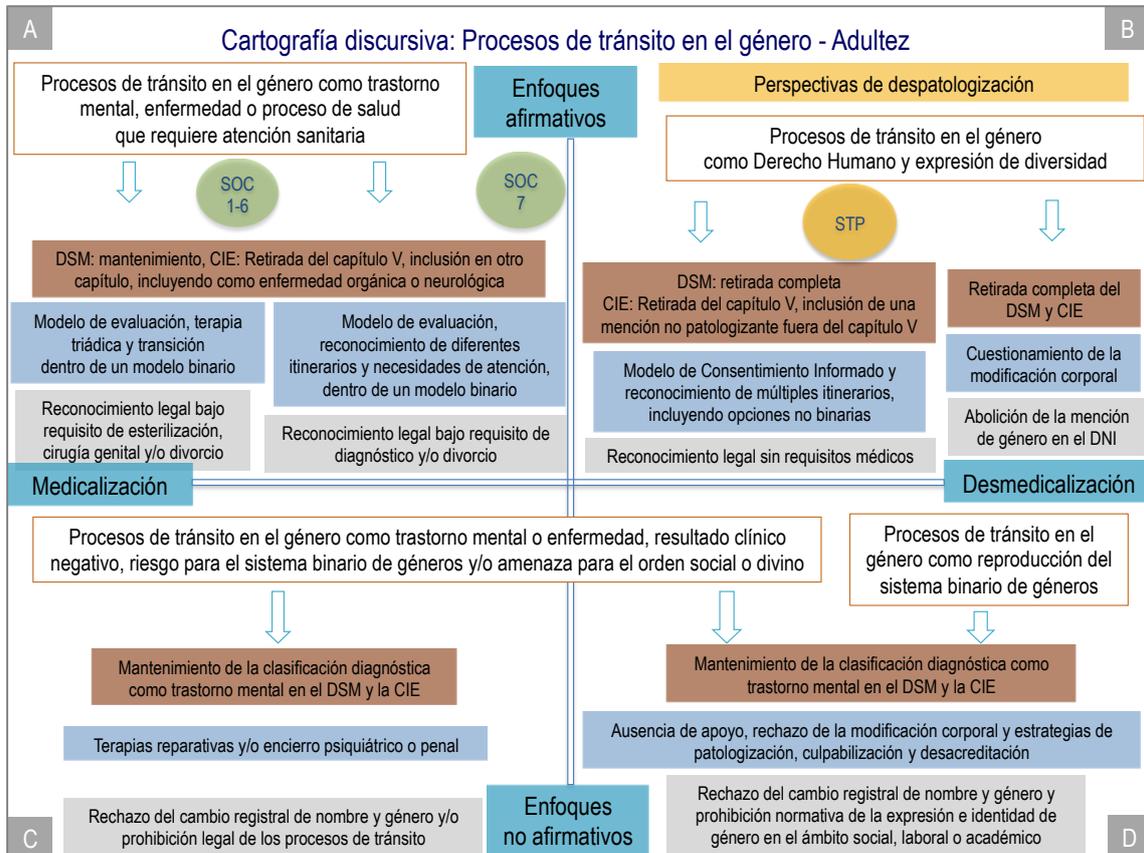


Figura 11: Cartografía discursiva: Procesos de tránsito en el género – Adultez

En la mitad inferior del espacio (cuadrante C y D), se sitúan los enfoques no afirmativos, entendidos como aquellas posiciones discursivas que no apoyan los procesos de tránsito en el género. En ambos cuadrantes, los discursos parten de una conceptualización de los procesos de tránsito en el género como trastorno mental o enfermedad, resultado clínico negativo, riesgo para el sistema binario de géneros y/o amenaza para el orden social o divino. Además, en el cuadrante D se encuentra una conceptualización de los procesos de tránsito en el género como reproducción del sistema binario de géneros. Los discursos de ambos cuadrantes apoyan un mantenimiento de la clasificación diagnóstica como trastorno mental en el DSM y la CIE.

A la vez, los dos cuadrantes se diferencian según el grado de medicalización y persecución legal. En este sentido, en el cuadrante C se sitúan aquellos discursos que apoyan la aplicación de terapias reparativas y/o de un encierro psiquiátrico o penal. En cambio, los discursos en el cuadrante D, desde una postura de no aceptación del deseo de tránsito en el género y rechazo de la modificación corporal y del cambio registral de nombre y género, optan por no realizar intervenciones médicas o judiciales, paralelamente al empleo de estrategias de

patologización, culpabilización y desacreditación, así como regulaciones restrictivas en el ámbito laboral o social.

En la mitad superior del espacio (cuadrante A y B), se sitúan los enfoques afirmativos, quiere decir aquellos discursos que apoyan los procesos de tránsito en el género. Dentro de esta postura afirmativa, se encuentran diferentes posiciones discursivas, tanto en relación a la conceptualización de los tránsitos en el género, como respecto al proceso de revisión del DSM y de la CIE, la atención sanitaria trans-específica y el proceso de reconocimiento legal de género.

Los discursos situados en el cuadrante A parten de una conceptualización de los procesos de cambio en el género como trastorno mental, enfermedad o proceso de salud que requiere atención sanitaria para restablecer el bienestar de las personas trans*. Respecto al proceso de revisión del DSM y de la CIE, optan por un mantenimiento de la clasificación diagnóstica como trastorno mental en el DSM, con el objetivo de facilitar el acceso sanitario. Al mismo tiempo, proponen una modificación de la terminología y de los criterios diagnósticos para reducir su carga estigmatizante, así como una limitación de su aplicación al grupo de personas trans* que sufren un malestar clínicamente significativo. Respecto a la CIE, muestran su acuerdo con la retirada del capítulo 'Trastornos mentales y de comportamiento' (capítulo V en la CIE-10), sugiriendo la introducción de una nueva categoría diagnóstica en otro capítulo, incluyendo la posibilidad de su re-clasificación como enfermedad orgánica o neurológica.

En relación al modelo de atención sanitaria trans-específica, los discursos situados en el cuadrante A apoyan los tránsitos de género dentro de un modelo binario de géneros, bajo un proceso de evaluación psicológico-psiquiátrica para comprobar la adecuación de la persona para emprender un proceso de modificación corporal (tratamiento hormonal y/o intervención quirúrgica trans-específica). Este enfoque de evaluación presenta diferenciaciones internas. Mientras en la parte izquierda del cuadrante A se sitúan l*s defensor*s de un modelo de atención sanitaria trans-específica basado en un enfoque de terapia triádica, en la parte derecha del cuadrante A se ubican aquellos discursos que reconocen la existencia de una diversidad de expresiones e identidades de género, abriendo la posibilidad de diferentes itinerarios de atención, siempre dentro de un modelo binario de género y proceso de evaluación.

En relación al proceso de reconocimiento legal de género, los discursos situados en el cuadrante A apoyan la posibilidad de un cambio registral de nombre y género bajo el establecimiento de requisitos médicos y/o relacionados con el estado civil, con diferencias en relación al tipo de requisitos (solo diagnóstico, diagnóstico y divorcio o diagnóstico, esterilización, cirugía genital y divorcio).

Los discursos situados en el cuadrante B parten de una conceptualización de los procesos de género como Derecho Humano y expresión de diversidad. En relación al proceso de revisión del DSM y de la CIE, se pueden observar dos posiciones discursivas diferenciadas:

Los discursos que demandan una retirada completa de la clasificación diagnóstica del DSM y del capítulo ‘Trastornos mentales y de comportamiento’ de la CIE, proponiendo la inclusión de una mención no patologizante de la atención sanitaria trans-específica en la CIE, como un proceso de salud no basado en un trastorno o enfermedad, así como posiciones discursivas que reivindican una retirada completa del DSM y de la CIE.

En relación a la atención sanitaria trans-específica, los discursos ubicados en el cuadrante B parten de una revisión crítica de un modelo de atención sanitaria trans-específica basado en la evaluación, al mismo tiempo que presentan posiciones diferenciadas en relación a los procesos de modificación corporal. En la parte izquierda del cuadrante B se sitúan aquellos discursos que reivindican el derecho de acceso a procesos de modificación corporal, paralelamente a la crítica de su lugar obligatorio en un modelo binario de géneros. Proponen un modelo de atención sanitaria trans-específica basado en un enfoque de Consentimiento Informado y reconocimiento de una multiplicidad de itinerarios corporales individualizados, incluyendo opciones no binarias. En la parte derecha del cuadrante B, se ubican los discursos que apoyan los tránsitos en el género, al mismo tiempo que rechazan la práctica contemporánea de modificaciones corporales hormonales o quirúrgicas por considerarlas una construcción de la medicina de mediados del siglo XX y vía de refuerzo del orden binario.

Asimismo, los discursos situados en el cuadrante B presentan diferencias internas en relación al reconocimiento legal de género. Los discursos ubicados en la parte izquierda del cuadrante demandan un reconocimiento legal de género sin requisitos médicos o relacionados con el estado civil, basado en un acto administrativo. Las posiciones discursivas situadas en la parte derecha del cuadrante critican la demanda de reconocimiento legal de género dentro de un modelo binario de géneros, reivindicando una abolición completa de la mención del género de los documentos identificativos.

Los discursos situados en el cuadrante B reflejan los discursos activistas y teórico-activistas por la despatologización, los discursos de profesionales de la salud abiertos a la despatologización, así como recomendaciones presentes en documentos estratégicos recientes publicados por instituciones internacionales y europeas (capítulo II, 3). Las posiciones diferenciadas en relación al grado de apoyo a la modificación corporal y reconocimiento legal de género, muestran la diversidad interna a los activismos por la despatologización, permitiendo hablar de ‘perspectivas de despatologización’. *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* se podría situar en la parte central del cuadrante B, por apoyar la retirada completa de la clasificación diagnóstica del DSM y del capítulo ‘Trastornos mentales y de comportamiento’ de la CIE, la inclusión de una mención no patologizante en la CIE, un modelo de atención sanitaria trans-específica basado en el Consentimiento Informado y una amplia gama de itinerarios, incluyendo opciones no binarias, así como un reconocimiento legal de género sin requisitos médicos o requerimientos relacionados con el estado civil, paralelamente a la demanda de una abolición de la mención de género en los documentos identificativos.

Los SOC se pueden situar en el cuadrante A, con diferencias entre las diferentes ediciones. En este sentido, se puede observar un cambio entre los SOC 1-6 (basados en la clasificación diagnóstica de la transexualidad como trastorno mental, un modelo de evaluación y un enfoque de terapia triádica) y los SOC-7 que mantienen la referencia a la clasificación diagnóstica actual y el modelo de evaluación, paralelamente a la afirmación del carácter no patológico de la transexualidad y el reconocimiento de la existencia de una diversidad de itinerarios, expresiones e identidades de género. Mientras los SOC 1-6 se pueden situar en la parte izquierda del cuadrante A, los SOC-7 se ubicarían en la parte derecha del mismo cuadrante.

En un segundo paso, revisé los discursos sobre el proceso de revisión del DSM y la CIE, la atención sanitaria trans-específica y el proceso de reconocimiento legal de género en relación a la adolescencia, mediante la construcción de un mapa discursivo equivalente, ordenado por posiciones afirmativas y no afirmativas, a favor de la medicalización y crítica con la misma (Figura 12).

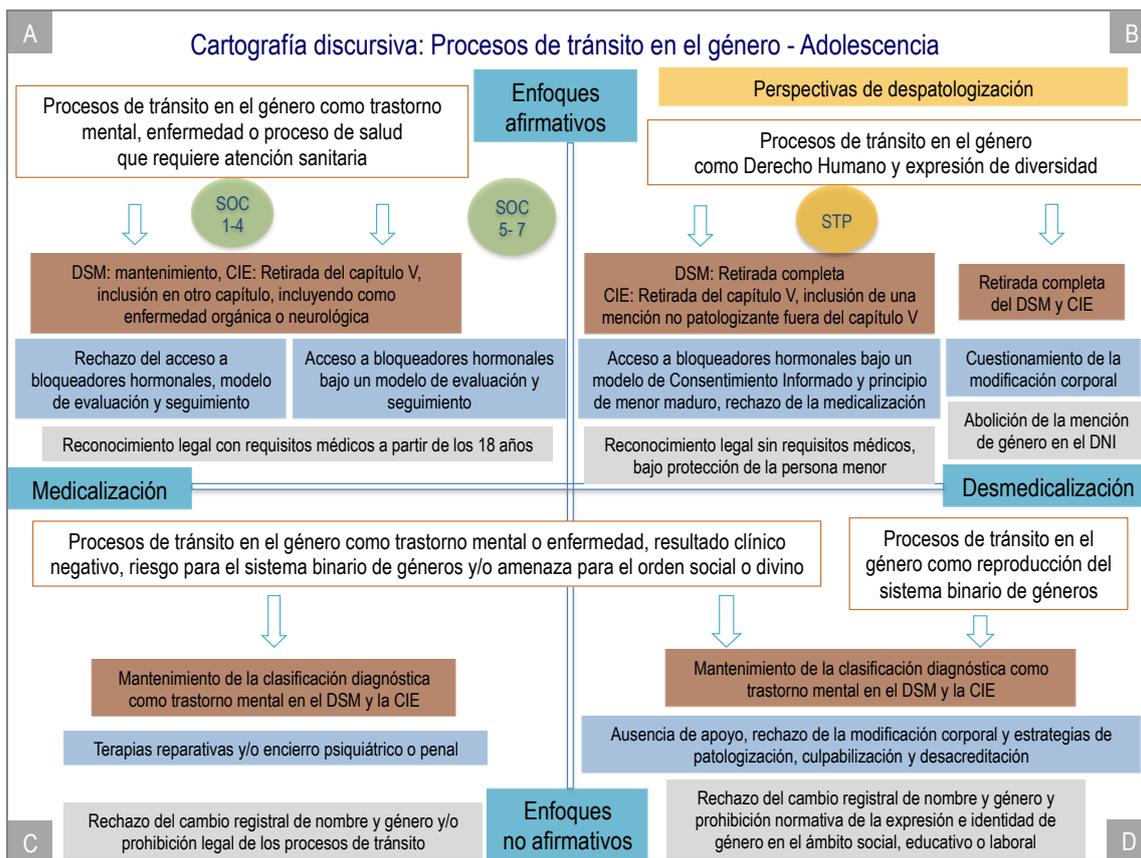


Figura 12: Cartografía discursiva: Procesos de tránsito en el género – Adolescencia

En la mitad inferior del campo (posiciones no afirmativas), se pueden encontrar posiciones discursivas análogas a las identificadas en la cartografía discursiva sobre procesos de tránsito en el género en la adultez.

En la mitad superior del espacio (posiciones afirmativas), se reiteran las posiciones discursivas respecto a la conceptualización y el proceso de revisión del DSM y de la CIE observadas en la cartografía discursiva sobre procesos de tránsito en el género en la adultez. En relación a la atención sanitaria trans-específica dirigida a personas adolescentes, se pueden identificar posiciones discursivas diferenciadas en relación al uso de bloqueadores hormonales y provisión de terapia hormonal en adolescentes. En el cuadrante A, se observan dos posiciones dentro de un modelo de evaluación y seguimiento psiquiátrico de la evolución de la expresión e identidad de género: Una posición discursiva que rechaza el empleo de bloqueadores hormonales, limitando el acceso a terapias hormonales a mayores de 18 años, así como un discurso que apoya el acceso a bloqueadores hormonales, y, a continuación, a tratamientos hormonales, bajo un modelo de evaluación y diagnóstico, basado, preferentemente, en informes médicos desde la infancia.

En el cuadrante B, se observan dos discursos diferenciados: Un discurso que apoya el acceso a bloqueadores hormonales y, a continuación, a tratamientos hormonales, bajo un modelo de Consentimiento Informado y principio de ‘menor maduro’, paralelamente a la advertencia de los riesgos de una medicalización excesiva de la diversidad de género en la adolescencia y potenciales efectos médicos y sociales de un retraso de la pubertad, así como una postura que cuestiona el uso de técnicas de modificación corporal.

En este sentido, en ambos extremos de la mitad superior del espacio se pueden encontrar discursos críticos con el uso de bloqueadores hormonales, desde perspectivas diferentes: Mientras los discursos en la parte izquierda del cuadrante A rechazan la aplicación de bloqueadores hormonales por cuestionar la madurez de las personas adolescentes para tomar decisiones sobre procesos de modificación corporal, en la parte derecha del cuadrante B se critica su uso por considerarlo una reproducción del sistema binario de géneros. Todas las posiciones discursivas en los cuadrantes A y B coinciden en la recomendación de postergar la cirugía genital a la mayoría de edad.

En relación al reconocimiento legal de género, en el cuadrante A se pueden identificar discursos que optan por una limitación del reconocimiento legal de género a las personas mayores de edad. En el cuadrante B, se encuentran posiciones discursivas que demandan el derecho a un reconocimiento legal de género en independencia de la edad, bajo medidas de protección específicas en caso de personas menores de edad, así como discursos que critican el reconocimiento legal de género dentro de un modelo binario, priorizando la demanda de abolición de la mención de género en los documentos identificativos.

STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization se sitúa en una posición de apoyo respecto al acceso a los bloqueadores hormonales, desde un modelo de Consentimiento Informado, principio de ‘menor maduro’ y cautela ante los riesgos de una medicalización de la diversidad de género en la adolescencia. Además, apoya un reconocimiento legal sin requisitos

médicos, bajo protección de la persona menor, paralelamente a la demanda de abolición de la mención del género en los documentos identificativos.

En relación a los SOC, se puede observar una introducción de la posibilidad de acceso a bloqueadores hormonales a partir de los SOC-5, modificando su ubicación en la cartografía discursiva.

A lo largo de los últimos años, la temática de diversidad de género en la infancia ha adquirido una creciente importancia, tanto en relación a los procesos de revisión del DSM y de la CIE, como respecto a la atención sanitaria dirigida a niñ*s diver*s en el género y el proceso de reconocimiento legal de género. En el mapa discursivo sobre diversidad de género en la infancia se puede diferenciar, al igual que en los mapas anteriores, entre discursos no afirmativos y afirmativos, así como opciones más o menos medicalizadas (Figura 13).



Figura 13: Cartografía discursiva: Diversidad de género en la infancia

En la mitad inferior del espacio (discursos no afirmativos), se pueden encontrar conceptualizaciones parecidas a las observadas en las cartografías anteriores: Entendimiento de la diversidad de género como trastorno mental, enfermedad, resultado clínico negativo, riesgo para el sistema binario de género y/o amenaza para el orden social o divino, así como, en el cuadrante D, una conceptualización de la diversidad de género en la infancia como un capricho pasajero o una reproducción del sistema binario de género. Los discursos en el cuadrante C y D abogan por un mantenimiento de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la

infancia como trastorno mental. De forma análoga a las cartografías relacionadas con los procesos de tránsito en el género en la adolescencia y adultez, se observa una aplicación de terapias reparativas y/o modalidades de encierro psiquiátrico en caso de niñ*s divers*s en el género en el cuadrante C, así como una ausencia de apoyo a la diversidad de género sin realización de intervenciones terapéuticas en el cuadrante D, bajo estrategias de patologización, culpabilización y desacreditación. A nivel legal, los discursos situados en el cuadrante C y D rechazan la posibilidad de cambio registral de nombre y género en caso de niñ*s y apoyan medidas de regulación normativa de la diversidad de género en la infancia, por ejemplo mediante la prohibición de su expresión en el ámbito escolar o social.

En la mitad superior del espacio (discursos afirmativos), se observan coincidencias en relación a una actitud de apoyo hacia la diversidad de género en la infancia, así como respecto a un rechazo de la realización de terapias hormonales o intervenciones quirúrgicas en niñ*s pre-adolescentes. A la vez, se pueden observar diferencias en relación a la conceptualización, la recomendación de la transición social y el proceso de reconocimiento legal de género.

En el cuadrante A se sitúan discursos que conceptualizan el deseo de transitar en el género como un problema de salud que requiere de una atención sanitaria continuada. En relación al proceso de revisión del DSM y de la CIE, se apoya el mantenimiento de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia en el DSM y el *ICD Beta Draft*, bajo el argumento de facilitar la supervisión del desarrollo de la trayectoria de género, el acceso a la atención psicológica y el fomento de la investigación.

En relación a la atención sanitaria trans-específica, los discursos situados en el cuadrante A proponen un modelo basado en la evaluación, el diagnóstico y seguimiento clínico, con el objetivo de supervisar su desarrollo, dar apoyo en caso de vivencias de malestar, así como para obtener información clínica para el proceso de evaluación en el acceso a bloqueadores hormonales en la adolescencia, con matices en relación a la priorización entre funciones de evaluación y tareas de asesoramiento y apoyo psicológico. Dentro de las posiciones discursivas ubicadas en el cuadrante A, se pueden encontrar discursos que recomiendan una postergación de la transición social a la adolescencia, posiciones discursivas que optan por la recomendación de una transición social parcial dentro de un modelo binario de género, con el objetivo de proteger a l*s niñ*s de dinámicas de discriminación en el proceso de tránsito o de prevenir la posibilidad de un cambio posterior en la expresión / identidad de género, así como discursos que apoyan una transición social completa, en el marco de un modelo binario de géneros. Dentro de los enfoques que dan preferencia a una postergación de la transición social, se puede identificar el uso de estrategias de disuasión, sin prohibir a l*s niñ*s la expresión de género deseada, indicando la presencia de aspectos no afirmativos en su modelo de atención. En relación al ámbito jurídico, los discursos en el cuadrante A proponen limitar el reconocimiento legal, bajo cumplimiento de requisitos médicos, a mayores de 18 años.

En el cuadrante B, se pueden identificar discursos que parten de una conceptualización de los tránsitos en el género como derecho y expresión de diversidad que no necesariamente requiere de atención sanitaria, especialmente en entornos afirmativos. Respecto al proceso de revisión del DSM y de la CIE, se demanda la retirada completa de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia, alegando una falta de utilidad clínica, riesgo de discriminación y vulneración de Derechos Humanos y principios bioéticos. En relación a la atención sanitaria, los discursos situados en el cuadrante B recomiendan proveer apoyo y asesoramiento a aquell*s niñ*s y madres/padres que lo desearan, creando espacios seguros para una exploración libre de expresiones e identidades de género, incluyendo opciones no binarias y fluidas. Se resalta la importancia de una tematización en el ámbito educativo, como una temática relevante para tod*s, no solo para niñ*s con expresiones e identidades de género no normativas. En relación al ámbito jurídico, entre las posiciones discursivas situadas en el cuadrante B, se pueden encontrar discursos que apoyan la posibilidad de cambio registral del nombre y género para niñ*s pre-adolescentes sin requisitos médicos, creando mecanismos específicos de protección de la persona menor, con referencia a los principios establecidos en la *Convención sobre los Derechos del Niño* (ONU 1989). Al igual que en las cartografías anteriores, los discursos situados a la derecha del cuadrante B critican el carácter binario de las leyes de reconocimiento de género, reivindicando la abolición de la mención del género en los documentos identificativos.

Mientras en los mapas discursivos relacionados con los procesos de tránsito en el género en personas adultas o adolescentes, dentro de las perspectivas de despatologización (cuadrante B) se pueden encontrar diferencias internas en relación al grado de apoyo a la modificación corporal, en caso de la diversidad de género en la infancia se puede observar un rechazo compartido de la clasificación diagnóstica y apoyo a la promoción de espacios para la exploración libre de expresiones e identidades de género. Solo en relación al reconocimiento legal de género se pueden encontrar posiciones diferenciadas. *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* comparte la posibilidad de un reconocimiento legal del nombre y género en menores, desde una actitud de cautela ante el riesgo de presión por parte de madres y padres hacia un cambio del registro legal de nombre y género sin que correspondiese necesariamente a la necesidad de l*s niñ*s. Paralelamente, STP apoya la demanda de la abolición de la mención del género de los documentos identificativos, bajo su entendimiento como una demanda complementaria a la reivindicación del derecho al reconocimiento legal de género.

En los SOC-6 y SOC-7, WPATH propone un enfoque de apoyo a la diversidad de género en la infancia dentro de un modelo de clasificación diagnóstica, seguimiento y supervisión de la trayectoria de género, incluyendo la posibilidad de transición social parcial o completa, a ser evaluada según la situación familiar y social de cada niñ*. De esta forma, se puede situar en la

parte derecho del cuadrante A. En los SOC-5, no se menciona la posibilidad de transición social. El texto pone el foco en el seguimiento continuado de l*s niñ*s y sus familias, sin dejar claro si con ‘tratamiento’ se refiere a un enfoque afirmativo o una modalidad de terapia de modificación conductual. En este sentido, se puede situar tanto en la parte izquierda del cuadrante A como en el cuadrante C.

La elaboración de las cartografías discursivas me permitió ordenar los discursos actuales sobre los procesos de tránsito en el género desde el reconocimiento de su complejidad. A la vez, las cartografías elaboradas encierran una simplificación de la multiplicidad del campo discursivo, caracterizado por diferencias y matices que requerirían un análisis cartográfico a una escala aún mayor. La coexistencia de estrategias de apoyo y de disuasión en los enfoques terapéuticos dirigidos a niñ*s divers*s en el género que recomiendan la postergación de la transición social sin prohibir la expresión de género o la redacción abierta a la interpretación en los SOC-5, muestran la complejidad de un campo discursivo caracterizado por una presencia simultánea y combinada de diferentes paradigmas que excede la división entre ‘enfoques afirmativos’ y ‘enfoques no afirmativos’.

4.4. El campo discursivo: Análisis del estado actual

Finalmente, realicé un análisis del estado actual del campo discursivo de despatologización trans*, en relación a 1. El análisis de las condiciones históricas, estructuras de oportunidad y ciclos de protesta en el proceso de surgimiento e internacionalización del activismo por la despatologización trans* (Benford y Snow 2000; Della Porta 2006[1996], 2014; Creed, et al. 2002; McAdam 2006[1996]; McAdam, et al. 2006[1996]; Snow y Benford 1988), 2. Los procesos de permanencia y cambio en el campo científico y político en consecuencia de la entrada discursiva de la perspectiva de despatologización trans* (Bourdieu 1997[1994], 1999[1997], 2000[1987], 2003[2001], 2006[2004]) y 3. El análisis de grado de formalización de los discursos de despatologización trans*, aplicando el concepto de umbral discursivo desarrollado por Foucault (2003[1969]).

4.4.1. Condiciones históricas, estructuras de oportunidad y ciclos de protesta

El proceso de emergencia e internacionalización de los discursos por la despatologización trans* plantea la pregunta por “[/]as condiciones para que surja un objeto de discurso, las condiciones históricas para que se pueda ‘decir de él algo’ y para que varias personas puedan decir de él cosas diferentes”, así como las “instituciones, procesos económicos y sociales, formas de comportamiento, sistemas de normas, técnicas, tipos de clasificación, modos de caracterización” que permitieron en un momento histórico determinado la entrada discursiva de la perspectiva de despatologización trans* (Foucault 2003[1969]: 73-74).

Desde la teoría de los movimientos sociales, se puede preguntar por la estructura de oportunidad para el surgimiento y desarrollo de “*framing processes*”, entendiendo los mismos

como procesos dinámicos y continuados, incluyendo estructuras de oportunidades políticas y culturales (Benford y Snow 2000: 628).

Bajo "*political opportunities*" (628), Benford y Snow (2000) nombran "*changes in the institutional structure and/or informal relations of a political system*" (628), así como cambios en las condiciones materiales que pueden llevar a cambios y procesos de "*reframing*" (628).

En relación a las "*cultural opportunities and constraints*", los autores hacen referencia a "*the extent stock of meanings, beliefs, ideologies, practices, values, myths, narratives, and the like*"; observando una interrelación entre procesos de cambio en los marcos interpretativos y procesos de transformación cultural más amplios (Benford y Snow 2000: 629).

Desde una revisión de la conceptualización del término "*political opportunity*" (27) aportada por diferentes autor*s, McAdam (2006[1996]) identifica cuatro dimensiones relevantes para la oportunidad política:

1. The relative openness or closure of the institutionalized political system
 2. The stability or instability of that broad set of elite alignments that typically undergird a polity
 3. The presence or absence of elite allies
 4. The state's capacity and propensity for repression
- (McAdam 2006[1996]: 27)

Además, McAdam (2006[1996]) nombra dos dimensiones adicionales, 1. "*temporal location in the cycle of protest*" (28), así como 2. "*policy implementation capacity*" (28), haciendo referencia a los resultados, en el sentido del poder de las autoridades para implementar políticas adoptadas, independientemente de la resistencia interna o externa.

En relación al análisis de los ciclos de protesta, Della Porta (2014) describe el proceso de surgimiento de una acción en un momento de transición política mediante la movilización de recursos, la creación de marcos interpretativos, así como la apropiación de oportunidades. Según su análisis, "*protests come in chains, series, waves, cycles, and tides*" (Della Porta 2014: 450). El proceso de movilización se caracteriza por una fase de condensación de protestas en un momento de apertura de oportunidades políticas, seguido por una fase de declive, por haberse alcanzado los objetivos del movimiento activista o comprobarse la imposibilidad de su alcance, el cierre de oportunidades políticas bajo la presión de un contra-movimiento o la presencia de obligaciones privadas de las personas activistas (Della Porta 2014).

Además, se observa un proceso de cambio en las características del proceso de protesta, con movimientos paralelos hacia la moderación o radicalización (Della Porta 2014). Della Porta (2014) señala la observación frecuente de una evolución de las formas de acción, desde formas que requieren un número reducido de participantes, como cartas, peticiones o acciones teatrales, hacia formas de movilización masiva en formato de manifestaciones, combinando formatos de protesta y de negociación.

Según Della Porta (2014), en la fase de declive se pueden constatar tendencias de radicalización, especialmente en caso de una represión de la protesta, así como una

diversificación del repertorio de acción colectiva. Asimismo, se observa un cambio en el tipo de demandas a lo largo del ciclo de protesta, con reivindicaciones específicas al inicio y una generalización de las demandas durante el proceso de protesta, bajo la construcción de alianzas con otros movimientos y/o procesos de fragmentación de las demandas (Della Porta 2014). En relación al grado de politización y generalización, constata una tendencia hacia su aumento en caso de una respuesta represiva, así como su reducción en caso de una negociación de aspectos más específicos, con variaciones según el contexto sociopolítico, las características del proceso y la respuesta estatal y policial (Della Porta 2014).

4.4.1.1. Análisis de las condiciones históricas y estructuras de oportunidad

En relación a la pregunta por “[/]as condiciones para que surja un objeto de discurso” y por “*las instituciones, procesos económicos y sociales, formas de comportamiento, sistemas de normas, técnicas, tipos de clasificación, modos de caracterización*” (Foucault 2003[1969]: 73-74), o, desde la perspectiva de la teoría de los movimientos sociales, por las estructuras de oportunidades políticas y culturales (Benford y Snow 2000; Della Porta 2014; McAdam 2006[1996]) que contribuyeron al proceso de surgimiento e internacionalización de la perspectiva de despatologización trans*, se pueden identificar diferentes aspectos.

En primer lugar, se puede señalar la coincidencia histórica del proceso de revisión del DSM, de la CIE y de los SOC como una oportunidad política para el surgimiento de un debate público sobre la necesidad de su reforma y, a un nivel más amplio, acerca del rol de los sistemas de clasificación y estándares de cuidado.

En los procesos de revisión del DSM y de la CIE, se establecieron diferentes mecanismos de participación, mediante el envío online de comentarios y propuestas en caso del DSM (Zucker, et al. 2013) y la CIE (OMS 2015a), así como, en caso de las categorías trans-específicas en la CIE, la convocatoria de propuestas para su proceso de revisión (Drescher, et al. 2012). Se puede observar una participación del activismo por la despatologización trans* en las diferentes modalidades, a través del envío de cartas con la demanda de retirada de las categorías diagnósticas trans-específicas a la APA, *American Psychiatric Association Association* (Red Internacional por la Despatologización Trans 2010b; STP-2012 2011c), así como el envío de propuestas a la OMS relacionadas con la demanda de retirada de la clasificación diagnóstica trans-específica del capítulo ‘Trastornos Mentales y del comportamiento’, introducción de una mención no patologizante en otro capítulo y retirada completa de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia de la CIE (GATE 2012, 2013a).

A la vez, en diferentes documentos del activismo por la despatologización trans*, se constata la escasez de información y posibilidades de participación en los tres procesos de revisión, demandando una información exhaustiva sobre el proceso, incluyendo la publicación

de las categorías trans-específicas propuestas en el *ICD-11 Beta Draft*³⁴⁰, así como oportunidades de participación en los procesos de elaboración y toma de decisiones a lo largo de todo el proceso (GATE 2013b, 2013c; ILGA-Europe 2012; STP 2013a, 2013c).

Desde la perspectiva de la teoría de los movimientos sociales (Benford y Snow 2000; McAdam 2006[1996]), se plantea el interés de analizar en qué medida estos mecanismos de participación en el proceso de producción constituyeron una estructura de oportunidad política para el surgimiento de un debate público sobre los procesos de revisión de ambos manuales, en el sentido de un “*democratized turn*” (Davy 2015a: 1), qué grado de influencia tuvieron las opiniones y propuestas expresadas en el proceso de revisión y qué limitaciones y ambivalencias encierra este proceso de “*democratizing diagnoses*” (Davy 2015a: 1).

Partiendo de la escalera de participación de Arnstein (1969; capítulo II, 3.6.6), las posibilidades de participación del activismo por la despatologización trans* en el proceso de revisión del DSM y de la CIE se podrían situar en el nivel de información y consulta, el nivel 3 y 4 de los 8 peldaños de la escalera de Arnstein (1969), indicando un nivel relativamente reducido de participación, alejado aún de una participación plena que Arnstein (1969) identifica en el concepto de “*citizen control*” (217), entendido como participación ciudadana en los procesos de toma de decisiones.

Como otra estructura de oportunidad política, se puede nombrar el proceso de internacionalización del movimiento trans* a lo largo de las últimas dos décadas, como muestra la creación de redes activistas internacionales y regionales trans*³⁴¹, la convocatoria de días internacionales de conmemoración³⁴², así como la celebración de conferencias y jornadas trans* internacionales y regionales³⁴³. Este proceso a su vez ha sido precedido por la internacionalización del activismo LGTB³⁴⁴ y se produce paralelamente a la internacionalización del activismo intersex³⁴⁵. En el proceso de movilización por la despatologización trans*, la

³⁴⁰ Las categorías propuestas por el *WHO Working Group on the Classification of Sexual Disorders and Sexual Health* se publicaron en agosto de 2014 en el *ICD Beta Draft* (OMS 2015a), después un proceso prolongado de demanda de información y transparencia sobre el proceso por parte del activismo por la despatologización trans* (capítulo II, 3.6).

³⁴¹ Entre otras: [APTN, Asia Pacific Transgender Network](#); [GATE, Global Action for Trans* Equality](#); [Red Latinoamericana de Hombres Trans en el Activismo](#); [Secretariado Mundial Trans - ILGA](#); [TGEU, Transgender Europe](#).

³⁴² Como un día de conmemoración trans-específico se puede nombrar el [Transgender Remembrance Day](#), celebrado desde 1999 cada 20 de noviembre.

³⁴³ Entre ellas: [African Regional Trans Health and Advocacy Conference](#), 2011 y 2014; [Congreso Internacional sobre Identidad de Género y Derechos Humanos](#), Barcelona 2010; [Philadelphia Trans Health Conference](#), 2001 – 2015; [European Transgender Councils](#), 2005 - 2015.

³⁴⁴ Entre otras, se puede mencionar a [ILGA, International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association](#), compuesta por [redes regionales: ILGA-Asia, ILGA-Europe, ILGA-LAC, Latin America and the Caribbean, ILGA North America, PAI – Pan Africa ILGA](#). ILGA y sus redes regionales organizan, de forma periódica, conferencias internacionales y regionales. Como ejemplo de un día internacional de conmemoración LGBT se puede nombrar [IDAHOT, International Day against Homophobia, Transphobia and Biphobia](#) celebrado desde 2004 cada 17 de mayo.

³⁴⁵ Véase, entre otras: [International Intersex Forum](#), 2011 – 2013; [OII, Organization Intersex International](#), con redes regionales: [Intersex South Africa](#), [OII Australia](#), [OII Chinese](#), [OII Europa](#), [OII Francophonie](#), [OII Hispanoparlante](#), [OII Philippines](#), [OII United States](#), así como el encuentro de trabajo

existencia de redes activistas internacionales y regionales trans* y LGTB, así como la celebración de encuentros y conferencias regionales e internacionales, facilitó la difusión de la convocatoria del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans* y comunicación interregional e intercontinental. La disponibilidad de medios de comunicación electrónicos que permiten una comunicación y difusión de convocatorias rápida a escala regional e internacional se puede nombrar como otro aspecto que fomentó el proceso de internacionalización del activismo por la despatologización trans* y con ello la difusión de la perspectiva de despatologización trans*.

La entrada de temáticas trans* a la agenda de organismos internacionales y regionales se puede identificar como otra estructura de oportunidad política. En este proceso, la inclusión de los conceptos de ‘orientación sexual’ e ‘identidad de género’ en recomendaciones y resoluciones internacionales y regionales sobre no discriminación a partir de mediados de los años 2000 puede analizarse como un factor que facilitó la entrada discursiva de la perspectiva de despatologización trans* a lo largo de los últimos años, visible en la inclusión de la demanda de retirada de la clasificación diagnóstica de la transexualidad como trastorno mental de la CIE, así como en el apoyo a la reivindicación de cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica y de un reconocimiento legal de género sin requisitos médicos en diferentes documentos estratégicos publicados por instituciones europeas (capítulo II, 3.4.5). Los *Principios de Yogyakarta* (2007) se pueden nombrar como un referente relevante en este proceso de inclusión discursiva.

A nivel de estructuras de oportunidades culturales se pueden destacar los marcos teóricos y procesos activistas esbozados en el capítulo II, 3, incluyendo los discursos teórico-activistas precedentes por la despatologización trans*, la crítica al sistema de clasificación diagnóstica en Salud Mental aportada por perspectivas antipsiquiátricas y el movimiento de (ex)usuari*s y supervivientes de la psiquiatría, el cuestionamiento del binarismo de género contribuido por la teoría y el movimiento queer, los estudios y el activismo trans*, así como desde perspectivas antropológicas, el concepto de ciudadanía trans*, el enfoque de interseccionalidad, la perspectiva de Derechos Humanos, así como enfoques procedentes de perspectivas bioéticas y de Salud Pública, entre ellos el principio de autonomía, la propuesta de participación ciudadana en salud, el modelo de determinantes sociales de la salud, así como los enfoques de toma de decisiones compartida, Consentimiento Informado y reducción de daño.

Aparte de estas estructuras de oportunidades políticas y culturales a nivel internacional, se pueden identificar estructuras específicas de oportunidad a escala regional o estatal.

En el contexto español, que constituye uno de los puntos de emergencia del actual movimiento por la despatologización trans*, se pueden identificar varias estructuras de

coordinado por GATE (2015c), celebrado en septiembre de 2014 en Ginebra con el objetivo de desarrollar recomendaciones para la revisión de las categorías diagnósticas relacionadas con la intersexualidad en la CIE. [Días internacionales de conmemoración intersex](#) se celebran el día 26 de octubre y el 8 de noviembre.

oportunidades políticas, entre ellas el precedente de un activismo trans* surgido durante el franquismo y en la transición, que alcanzó la protección de derechos sociales básicos de las personas trans* entre los años 80 y 2000 (Platero 2009, 2011; Ramos 2003), así como el clima de apertura política hacia demandas LGTB durante los gobiernos de Zapatero, visible en la aprobación de la *Ley 13/2005, de 1 de julio*, la así llamada ‘Ley del Matrimonio Homosexual’ (Gobierno de España 2005), así como la *Ley 3/2007, de 15 de marzo*, conocida como ‘Ley de Identidad de Género’ (Gobierno de España 2007; capítulo II, 1).

Al mismo tiempo, la observación de aspectos patologizantes en la Ley de Identidad de Género, así como la presencia de un modelo de evaluación en la atención sanitaria trans-específica disponible en el contexto español, motivó el surgimiento de un activismo por la despatologización trans* a nivel local y estatal (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010b, 2010c, 2010d; capítulos II, 1, II, 3.6 y II, 3.8).

En relación a la influencia de “*procesos económicos y sociales*” en el proceso de formación de un objeto de discurso (Foucault 2003[1969]: 73-74), se puede señalar el establecimiento de UTIGs en Hospitales públicos de varias Comunidades Autónomas a partir de 1999, facilitando un acceso públicamente cubierto a la atención sanitaria trans-específica (Esteve de Antonio, et al. 2012), aunque limitado por la falta de equidad geográfica, una situación criticada tanto desde posiciones activistas (Plataforma reivindicativa unitaria 2004) como desde perspectivas profesionales (Carrasco Portiño 2012).

La relevancia de la cobertura pública de la atención sanitaria como estructura de oportunidad política para expresar críticas y proponer mejoras en su funcionamiento se hace especialmente evidente en el momento actual de crisis económica y sistémica. En este sentido, en el contexto actual de reducción del presupuesto sanitario y reestructuración del modelo de acceso se constata un proceso de cambio de las prioridades expresadas por parte de la sociedad civil y asociaciones profesionales, desde la demanda de una atención sanitaria centrada en las personas y participación ciudadana en los procesos de atención y gestión sanitaria hacia la reivindicación de la continuidad del carácter público del sistema sanitario (López Fernández, et al. 2012; Suess, et al. 2014b), planteando la pregunta por su impacto en la situación socioeconómica de las personas trans*, el acceso a la atención sanitaria trans-específica y las demandas de despatologización trans* en el contexto español - una pregunta que excede el foco del presente trabajo, abriendo posibles líneas futuras de investigación.

En el contexto francés, otro de los lugares de surgimiento de las primeras acciones coordinadas por la despatologización trans*, se puede identificar otra estructura de oportunidad inherente al movimiento trans*: La celebración anual de la marcha *Existrans* desde 1997³⁴⁶ que sirvió como precedente para la convocatoria de acciones coordinadas por la despatologización

³⁴⁶ En 2007 y 2008, *Existrans* coordinó su marcha anual con las [manifestaciones por la despatologización trans* organizadas en diferentes ciudades europeas](#). A partir de 2009, año de la primera convocatoria del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans* por *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization*, *Existrans* expresa su adhesión a STP en los [carteles de convocatoria anual de la marcha](#).

trans* a partir de 2007.

En relación a la aprobación de la Ley de Identidad de Género de Argentina (Congreso Argentino 2012), que se convirtió en uno de los referentes para el activismo por la despatologización trans* por ser la primera ley de reconocimiento de género sin requisitos médicos (GATE 2013a, 2015; Köhler, Ehrt y Recher 2013; Ruchansky 2012; STP-2012 2012a; STP 2013a; Suess, et al. 2014; TGEU 2012b), Mauro Cabral (en: Alabao 2012) identifica como estructura de oportunidad política para su aprobación la relevancia otorgada en el contexto argentino al derecho a la identidad en consecuencia de la situación de l*s hij*s robad*s durante la dictadura.

DIAGONAL: ¿Cómo fue posible el planteamiento de esta propuesta [la propuesta de la Ley de Identidad de Género de Argentina]?

MAURO CABRAL: Tiene que ver con la fuerza que tiene en Argentina el derecho a la identidad. **La experiencia con el robo de bebés durante la dictadura** y los cientos de nietos y nietas que todavía están perdidos **hace que el derecho a la identidad sea un argumento contra el cual prácticamente no se discute.** Es un lenguaje que en Argentina se conoce bien. Es decir, esto que es la identidad legal, la identidad que me reconoce el Estado, no es mi identidad verdadera. Y ese desconocimiento produce una serie de violencias que no son sólo jurídicas, sino que son sobre la vida cotidiana. Tengo el derecho humano a ser reconocido por el Estado y por los demás en la que es mi verdadera identidad.

(Mauro Cabral en: Alabao 2012: s.p.)

Como una estructura de oportunidad política para la adaptación de un lenguaje de Derechos Humanos en el texto de la Ley de Identidad de Género de Argentina, Cabral (en: Alabao 2012) nombra la introducción del concepto de 'identidad de género' en la agenda de Naciones Unidas a partir de la presentación y publicación de los *Principios de Yogyakarta* (2007).

En este sentido, desde una confluencia compleja y múltiple de discursos, conceptualizaciones y circunstancias políticas se producen en diferentes lugares del mundo, por razones y situaciones de partida diferenciadas, “[/]as condiciones históricas para que se pueda 'decir de él algo' y para que varias personas puedan decir de él cosas diferentes” (Foucault 2003[1969]: 74) que permiten la entrada discursiva de la perspectiva de despatologización, su internacionalización y conversión en un discurso reconocible y reconocido por organismos internacionales, regionales y estatales, paralelamente a la continuada presencia de discursos y modelos precedentes.

4.4.1.2. Análisis de los ciclos de protesta

En relación a los ciclos de protesta (Della Porta 2014), en caso del activismo actual por la despatologización trans*, se puede observar una primera fase de emergencia entre 2007 y 2008, con las primeras manifestaciones coordinadas en diferentes ciudades europeas, así como una fase de internacionalización a partir de 2009, con la creación de *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* y la convocatoria anual del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans*, que alcanzó un máximo en relación al número de ciudades en

octubre de 2011, con acciones en setenta ciudades de diferentes continentes. En 2012 y 2013, se puede observar un aumento del número de actividades, paralelamente a un número algo menor de ciudades, así como una creciente diversificación de las acciones, que incluyen, aparte de manifestaciones y concentraciones, formatos como conferencias, cineforos, conciertos, exposiciones, performances, murales o acciones en el espacio virtual. En 2014, el número de ciudades y actividades es algo más bajo, paralelamente a un relevo parcial respecto a los grupos participantes y entrada de nuevos colectivos, con una continuada participación de grupos procedentes de Latinoamérica y un aumento de la participación de colectivos de Europa del Este. En 2015, se mantiene el número de ciudades, paralelamente a un número algo mayor de acciones en comparación con 2014 (capítulo II, 1).

A diferencia de lo presupuesto por Della Porta (2014), el cambio en el formato de acciones no se produce desde actividades con un número reducido de participantes hacia formas de movilización masiva, sino desde la convocatoria de manifestaciones en los primeros años, hacia una mayor diversidad de formatos, incluyendo actividades académicas, formativas y culturales en las últimas convocatorias del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans* (capítulo II, 1). Al mismo tiempo, se confirma la hipótesis establecida por Della Porta (2014) en relación a la combinación de modalidades de negociación y protesta en la segunda fase del ciclo de protesta, visible en el activismo por la despatologización trans* en el proceso de interlocución con organismos internacionales y regionales, gobiernos y asociaciones profesionales, paralelamente a una continuada presencia en el espacio público (capítulo II, 1).

Este proceso de diversificación en los formatos de acción coincide con lo observado por Della Porta (2014) en caso de ciclos de protesta en los que no se reproduce una reacción de represión, sino un reconocimiento (parcial) de las demandas. En relación al activismo actual por la despatologización trans*, se puede identificar una situación de reconocimiento parcial de las demandas a un nivel institucional, político y jurídico, paralelamente a una continuada clasificación diagnóstica de la transexualidad como trastorno mental, presencia de requisitos médicos en leyes de reconocimiento de género y situación de discriminación, exclusión social y violencia transfóbica en diferentes partes del mundo. Además, durante las acciones por la despatologización trans* desarrolladas en diferentes partes del mundo, se pudo presenciar un caso de represión, mediante el arresto de activistas en Moscú en 2011 (STP-2012 2011d).

La postergación de la fecha de publicación de la CIE, planeada originariamente en 2012, pospuesta a 2015 y 2017 (Cochran, et al. 2014; OMS 2007a; STP 2013c), y actualmente prevista para 2018 (OMS 2015b, 2015f; Roberts, et al. 2015), contribuye a una continuidad de la movilización anual más allá de lo previsto en un principio, motivando el cambio de los acrónimos de STP-2012 a STP (STP 2013a), un relevo parcial de los grupos participantes y una reducción del número de acciones y ciudades en las convocatorias anuales, al mismo tiempo que facilita tiempo para la elaboración de propuestas. A diferencia de lo observado por Della

Porta (2014) en relación a algunos ciclos de protesta, en caso del activismo por la despatologización trans* no se observa un fenómeno de radicalización o generalización de las demandas, sino una ampliación del formato de protesta directa en la calle por procesos de negociación en la arena de las instituciones internacionales y europeas³⁴⁷, así como una diversificación de los formatos de las acciones anuales por la despatologización trans*.

En respuesta a las críticas y preocupaciones expresadas desde dentro de las comunidades trans*, se puede identificar una matización y complejización de los discursos por la despatologización trans*, añadiendo a la protesta la propuesta de modelos alternativos. En este sentido, aparte de la demanda de retirada de la clasificación diagnóstica trans-específica como trastorno mental del DSM y de la CIE, se elabora la propuesta de inclusión de una mención no patologizante de la atención sanitaria trans-específica en la CIE, así como una argumentación del derecho de acceso a una atención sanitaria trans-específica públicamente cubierta desde un marco de Derechos Humanos (capítulo II, 3.5). En relación al modelo de atención sanitaria trans-específica, aparte de la denuncia de situaciones de discriminación y de vulneración de la autonomía de las personas trans* en el modelo actual de evaluación, se elaboran recomendaciones para un modelo de atención sanitaria trans-específica basado en un enfoque de Consentimiento Informado (capítulo II, 3.6).

Este proceso de cambio y matización de los discursos se produce en un proceso de toma de conciencia y autorreflexión de las contradicciones, riesgos y oportunidades, en el que la valoración de los avances se combina con la preocupación por la pérdida de radicalidad en el proceso de negociación de cambios en el marco del sistema médico-jurídico existente (capítulos II, 3.1, II, 3.6, II, 3.8 y II, 3.11).

4.4.2. Procesos de cambio en los campos discursivos

El análisis de las circunstancias históricas, estructuras de oportunidad y ciclos de protesta suscita la pregunta por el proceso de cambio que produce la perspectiva de despatologización trans* en diferentes campos discursivos.

Desde una definición del campo social como un universo con un punto de vista característico y reglas de juego determinadas, Bourdieu (1997[1992], 1997[1994], 1999[1997], 2003[2001]) pone el foco en el análisis de los procesos de lucha en los procesos de entrada y establecimiento de un discurso emergente en campos sociales específicos, entre ellos el campo científico, el campo político o el campo jurídico.

La participación en el campo implica la aceptación de las reglas de juego establecidas y la apuesta, la *"illusio"* por entrar en juego, *"creer que el juego merece la pena, que vale la pena jugar"* Bourdieu 1997[1994]: 141). A la vez, estas reglas del juego no son estáticas, permitiendo procesos de transformación de las posiciones y normas internas. De esta forma, la

³⁴⁷ Para revisar las actividades realizadas por el equipo de coordinación de STP, véase la [página web de STP, Noticias](#).

entrada de un discurso nuevo puede causar una relación de lucha con los discursos establecidos en el campo y un proceso de desplazamiento, desvaloración y revaloración, produciendo cambios en la estructura de capitales en el campo, así como en la relación entre campos (Bourdieu 1997[1994], 1999[1997], 2003[2001]).

En relación a la perspectiva de despatologización trans*, se puede plantear la pregunta por su proceso de entrada y tipo de recepción en el campo científico, político y jurídico. Partiendo de la idea de que “a cada campo le corresponde un punto de vista fundamental sobre el mundo que crea su objeto propio” (Bourdieu 1999[1997]: 132), cabe analizar en qué medida la entrada de discursos sobre despatologización trans* procedentes de otros campos (discursos teórico-activistas, marco de Derechos Humanos, perspectivas sociológicas o antropológicas) al campo científico-médico, político y jurídico transformó la lógica de estos campos y qué resistencias se encontraron en este proceso. A continuación, revisaré los procesos de entrada de la perspectiva de despatologización trans* en los tres campos, así como los procesos de cambio en relación a las conceptualizaciones y usos terminológicos en estándares de cuidado, documentos estratégicos y textos legislativos.

En un momento incipiente del proceso de internacionalización del activismo actual por la despatologización trans*, realicé un análisis parecido en el capítulo *Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales* (Suess 2010) que forma parte de la antología *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad* (Missé y Coll-Planas 2010 eds.), con referencia al ámbito internacional y español.

La revisión de los marcos interpretativos relacionados con la despatologización de la transexualidad indica un momento de ruptura y cambio en el que se presenta una situación de coexistencia entre discursos, prácticas clínicas y marcos legislativos patologizantes e indicios de reflexión y transformación discursiva.
(Suess 2010: 47-48)

4.4.2.1. Procesos de entrada discursiva, coexistencia y desplazamiento

Un análisis de los discursos en el campo científico-médico, político y jurídico permite observar diferentes aspectos de cambio y continuidad relacionados con la entrada discursiva de la perspectiva de despatologización trans*.

4.4.2.1.1. Campo científico-médico

En los discursos de asociaciones profesionales, reflejados en declaraciones publicadas a lo largo de los últimos años, se puede observar un apoyo a una despsicopatologización de los procesos de tránsito en el género, protección de dinámicas de discriminación y demanda de un reconocimiento legal de género sin requisitos médicos (capítulos II, 3.1.4, II, 3.2.4 y II, 3.8.4). En los procesos de elaboración de recomendaciones para la revisión de categorías trans-específicas en el DSM y la CIE, así como de los SOC, realizado por *WPATH, World Professional*

Association for Transgender Health, se puede constatar un reconocimiento de la diversidad de expresiones e identidades de género, la recomendación de una reducción del carácter estigmatizante de la categoría diagnóstica y diversificación de los itinerarios de atención sanitaria trans-específica, paralelamente a una mayor resistencia de cambio respecto al modelo de evaluación en la atención sanitaria trans-específica (capítulo II, 3.7.4) y una opinión dividida en relación a la propuesta de retirada de la clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia (capítulo II, 3.9.4.1).

Como analizado por STP (STP-2012 2012b; capítulo II, 3.7.1.4), la nueva edición de los SOC muestra una coexistencia entre discursos consagrados, incluyendo el modelo de evaluación, requisito de *‘12 años de vida continuada en un rol de género congruente con su identidad de género’*³⁴⁸ y adherencia a la clasificación diagnóstica vigente como trastorno mental, y discursos emergentes que coinciden con discursos teórico-activistas por la despatologización trans*, entre ellos el reconocimiento de la diversidad de expresiones e identidades de género, afirmación de que la *“gender nonconformity”* (WPATH 2012a: 4) no es per se patológica, mención del carácter social del malestar, en el sentido de un *“minority stress”* y rechazo de las terapias reparativas (WPATH 2012a: 4; capítulo II, 2.2.4).

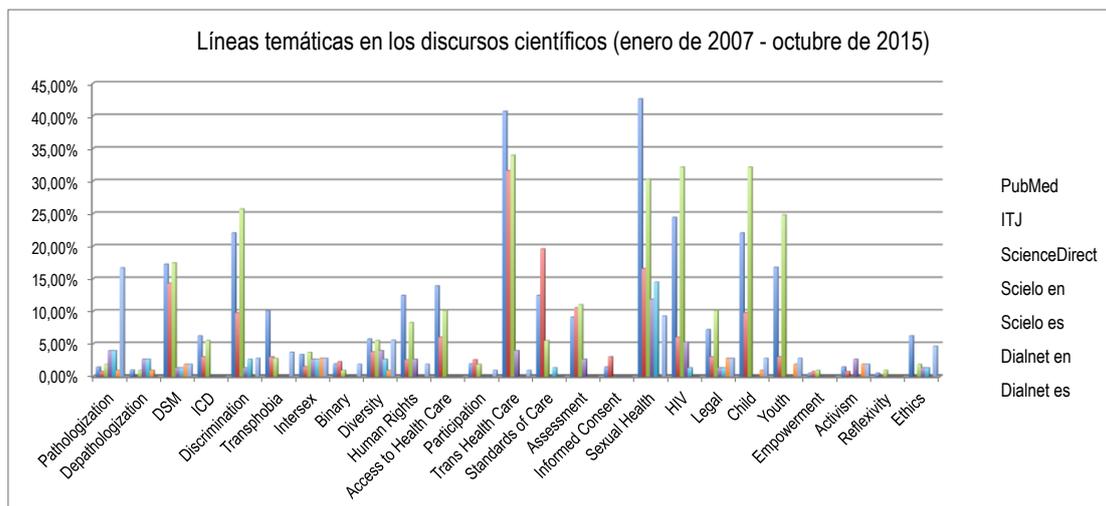
De forma análoga, se puede revisar el grado de presencia de la perspectiva de despatologización trans* en la producción científica actual. Para este fin, elaboré una representación gráfica de la frecuencia de mención de palabras clave relacionadas con las líneas temáticas relevantes para la despatologización trans* y otros aspectos clave en los títulos y resúmenes de los artículos identificados en la revisión bibliográfica sistemática, diferenciando según la base de datos (*PubMed, ScienceDirect, Scielo y Dialnet*, así como en el *ITJ, International Journal of Transgenderism*).

Para cada una de las líneas temáticas de la perspectiva de despatologización, identifiqué las siguientes palabras clave, un total de 25: 1. Demanda de retirada de la clasificación diagnóstica trans-específica (*‘Pathologization’, ‘Pathologisation’, ‘Depathologization’, ‘Depathologisation’, ‘DSM’, ‘ICD’*), 2. Discriminación y violencia transfóbica (*‘Discrimination’, ‘Transphobia’, ‘Intersex’*), 3. No binarismo de género (*‘Binary’, ‘Diversity’*), 4. Derechos Humanos (*‘Human Rights’*), 5. Acceso sanitario (*‘Access to Health Care’*), 6. Contribución de recomendaciones para el proceso de revisión del DSM y de la CIE (*‘Participation’*), 7. Modelos de atención sanitaria trans-específica (*‘Trans Health Care’, ‘Assessment’, ‘Informed Consent’*) y atención sanitaria general (*‘Sexual Health’, ‘HIV’*), 8. Reconocimiento legal de género (*‘Legal’*), 6. Diversidad de género en la infancia (*‘Child’*) y adolescencia (*‘Youth’*), 9. Narrativas trans* felices (*‘Empowerment’*) y 10. Reflexividad sobre la actividad activista (*‘Activism’*). Además, incluí dos palabras clave relacionadas con la dimensión de reflexividad y ética de la

³⁴⁸ “12 continuous months of living in a gender role that is congruent with their gender identity” (WPATH 2012a: 60, 106).

investigación (capítulo III) (*'Reflexivity', 'Ethics'*)³⁴⁹. A diferencia del resto de las palabras clave, en caso de *'Sexual Health'* y *'HIV'* se trata de dos temas menos presentes en los discursos activistas, mientras en una primera revisión de los títulos y *abstracts* pude observar una presencia frecuente en los discursos científicos.

En este proceso, puedo identificar diferentes limitaciones, 1. El grado de precisión y adecuación de las palabras clave para resumir el tema, 2. El carácter poco preciso de una identificación de los artículos a través del buscador, incluyendo la posibilidad de 'falsos positivos', quiere decir artículos que mencionan la palabra clave en título o resumen, sin focalizar el artículo en el tema, así como 3. La pérdida de precisión en la traducción de las palabras clave al castellano. Desde la conciencia de estas limitaciones, este análisis permite una



presencia de temas relacionados con la salud y la atención sanitaria en caso de *PubMed* y del *ITJ*, *International Journal of Transgenderism*, y una mayor presencia de temáticas sociales en caso de las bases de datos que incluyen revistas de Ciencias Sociales (*ScienceDirect*, *Scielo*, *Dialnet*).

En caso de *PubMed*, el alto grado de presencia de *'Sexual Health'* (42,58%), *'HIV'* (24,40%), *'Discrimination'* (22,01%) *'Child'* (22,01%) y *'DSM'* (17,22%) parece dar indicios de

³⁴⁹ En caso de *Scielo* y *Dialnet*, se utilizaron tanto las palabras clave en inglés (*Scielo en*, *Dialnet en*) como su traducción al castellano (*Scielo es*, *Dialnet es*), como sigue: 1. 'Patologización', 2. 'Depatologización', 3. 'DSM', 4. 'Clasificación Internacional' (no tenía sentido utilizar 'CIE' por confundirse con otras palabras), 5. 'Discriminación', 6. 'Transfobia', 7. 'Intersex', 8. 'Binario', 9. 'Diversidad', 10. 'Derechos Humanos', 11. 'Acceso Sanitario', 12. 'Participación', 13. 'Atención Sanitaria Trans', 14. 'Estándares de Cuidado', 15. 'Evaluación', 16. 'Consentimiento Informado', 17. 'Salud Sexual', 18. 'VIH', 19. 'Legal', 20. 'Infancia', 21. 'Adolescencia', 22. 'Empoderamiento', 23. 'Activismo', 24. 'Reflexividad' y 25. 'Ética'.

prioridades actuales en los discursos clínicos sobre salud trans*. En relación al *International Journal of Transgenderism*, la mención frecuente de las temáticas 'Trans Health Care' (31,58%), 'Standards of Care' (19,55%), 'Sexual Health' (16,54%) y 'DSM' (14,29%) se puede leer como reflejo del proceso de consenso y publicación de recomendaciones para el proceso de revisión del DSM y de los SOC. En *ScienceDirect*, 'Trans Health Care' (33,94%) constituye la línea temática de mayor presencia, seguida por 'Child' (32,11%), 'Sexual Health' (30,28%) y 'Discrimination' (25,69%), reflejando la presencia tanto de temáticas clínicas como sociales.

En caso de las bases de datos *Scielo* y *Dialnet*, enfocadas mayoritariamente a la producción científica en castellano (incluyendo los títulos y *abstracts* en inglés), aparte de algunas revistas en inglés, se pueden encontrar diferencias en la priorización según si se aplican las palabras clave en inglés o castellano. En este sentido, en *Scielo*, en caso de las palabras claves en inglés, 'Sexual Health' (11,84%) constituye el tema más nombrado, seguido por 'HIV' (5,26%), 'Pathologization' (3,95%) y 'Diversity' (3,95%). Aplicando las palabras clave en castellano, 'Salud Sexual' (14,47%) sigue siendo el tema más nombrado, seguido por 'Patologización' (3,95%). En caso de *Dialnet*, la aplicación de las palabras clave en inglés identifica 'Intersex' (2,78%) y 'Legal' (2,78%) como los temas más nombrados, seguidos por 'DSM' (1,85%), 'Youth' (1,85%) y 'Activism' (1,85%). Utilizando las palabras clave en castellano, 'Patologización' (16,67%) resulta el tema más nombrado, seguido por 'Salud Sexual' (9,26%), 'Diversidad' (5,56%) y 'Ethics' (4,63%). El alto número de temas sin mención, así como el bajo número de referencias no permite sacar conclusiones en relación a las diferencias entre palabras clave en inglés y castellano observadas en ambas bases de datos.

En referencia a las palabras clave 'Pathologization', 'Pathologisation' y 'Depathologization', 'Depathologisation' y su traducción al castellano, se puede observar una presencia relativamente baja, con una mención algo mayor del término 'Pathologization' que 'Depathologization' en todas las bases de datos.

En caso de *Pubmed*, 'Pathologization' se nombra en un 1,43% de las publicaciones identificadas y 'Depathologization' en un 0,96%. En el *ITJ*, la palabra clave 'Pathologization' aparece en un 0,75% de los artículos. No se encuentran artículos con la palabra 'Depathologization' en título o resumen. En *ScienceDirect*, la palabra 'Pathologization' está presente en un 1,83% de los artículos identificados y la palabra 'Depathologization' en un 0,92%. En caso de aplicar las palabras clave en castellano a la muestra de artículos procedentes de *Dialnet*, la palabra 'Patologización' ocupa el primer lugar (16,67%) y en *Scielo* el segundo (3,95%). Aplicando el término 'Pathologization' en inglés, en caso de *Scielo* alcanza el tercer lugar (3,95%), compartido con 'Diversity' (3,95%), mientras en *Dialnet* no se encuentran artículos con esta palabra clave.

La presencia relativamente baja de artículos que nombran el concepto de despatologización en revistas indexadas aún no permiten hablar de un proceso de desplazamiento de las posiciones consagradas en el campo médico-científico, sino si acaso de

un proceso de entrada discursiva, reconocimiento parcial de un marco conceptual nuevo y momento de coexistencia entre discursos consagrados y discursos emergentes (Bourdieu 1997[1994]; 1999[1997], 2003[2001]).

En los discursos clínicos revisados, se pueden observar posturas de defensa de la clasificación diagnóstica de la transexualidad como trastorno mental, un modelo de evaluación en la atención sanitaria trans-específica y el mantenimiento de la categoría diagnóstica dirigida a la diversidad de género en la infancia, paralelamente a posiciones discursivas de apertura hacia la perspectiva de despatologización trans* (capítulo II, 3.1.4, II, 3.7.4 y II, 3.9.3).

En el marco de la teoría de Bourdieu (1997[1994], 1999[1997], 2003[2001]), el mantenimiento de un modelo de evaluación se podría leer como el miedo al desclasamiento de un grupo profesional que, desde un lugar poco reconocido del campo médico, había alcanzado cierto reconocimiento (Billings y Urban 1998[1982]; Bullough 1998[1975]) que se teme perder a través de la entrada discursiva de la perspectiva de despatologización trans*. Desde un análisis del paternalismo en el ejercicio de la medicina y la identificación de su origen en el principio de beneficencia establecido en el juramento hipocrático (Simón Lorda y Júdez Gutiérrez 2001), la actitud de l*s profesionales se podría analizar como una continuidad de una tradición reconocida y transmitida a través de la formación universitaria, avalada por su asociación con el juramento hipocrático, paralelamente a una desconfianza hacia modelos contemporáneos de participación ciudadana en salud y toma de decisiones compartida (Cahill 1996; Gallivan, et al. 2012; Ruiz Azarola y Perestolo Pérez 2010; Segura 2010). Como otra razón de la relevancia otorgada al modelo de evaluación se puede nombrar el miedo a que las personas trans* pudieran arrepentirse de la modificación corporal realizada, un argumento que tuvo una presencia destacada en el momento de formación del campo profesional de *trans health care* a mediados del siglo XX (Billings y Urban 1998[1982]; King 1998[1981]; capítulo II, 2.1).

4.4.2.1.2. Campo político

En el campo político, se puede observar la entrada de una de las demandas centrales del activismo por la despatologización trans*, la reivindicación de la retirada de la clasificación diagnóstica actual como trastorno mental, en recomendaciones y resoluciones recientes de diferentes instituciones europeas³⁵⁰. Además, se puede encontrar una utilización explícita del concepto de *"depathologisation of gender identity disorder"* en declaraciones del *European Parliament's Intergroup on LGBT Rights* (2010: s.p., 2011: s.p.). Asimismo, a lo largo de los últimos años, gobiernos de varios países europeos³⁵¹ publicaron declaraciones en apoyo a la

³⁵⁰ Borg 2012; Consejo de Europa 2011, 2015a; Dalli en: European Parliament's Intergroup on LGBT Rights 2011; Gunnarsson en: Consejo de Europa 2015b; Hammarberg 2009, 2011; Parlamento Europeo 2011, 2012b, 2015a, 2015b, 2015c.

³⁵¹ Entre ellos: Gobierno de Andalucía (2010); Gobierno de España (2010); Ministère des affaires étrangères et européennes et du ministère de la santé et des sports (2010).

despsicopatologización de las expresiones e identidades trans* y diferentes instituciones públicas manifestaron su adhesión a *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization*³⁵². Finalmente, se puede observar una entrada de la perspectiva de despatologización en el discurso de partidos políticos, como muestra, a modo de ejemplo, una revisión de programas electorales de partidos políticos en las elecciones autonómicas en Andalucía en 2015³⁵³, así como la adhesión de áreas de trabajo de diferentes partidos políticos a *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization*³⁵⁴.

4.4.2.1.3. Campo jurídico

En relación al campo jurídico, se puede encontrar una creciente respuesta a la demanda de un reconocimiento legal de género sin requisitos médicos a partir de la aprobación de la Ley de Identidad de Género de Argentina en 2012 (Congreso Argentino 2012), valorada como la primera ley de reconocimiento de género en el mundo sin requisitos médicos y referente internacional³⁵⁵. En este sentido, a lo largo del último año se aprobaron leyes de identidad de género sin requisitos médicos en Dinamarca (Government of Denmark 2014), México D.F. (Administración Pública del Distrito Federal 2015), Malta (Government of Malta 2015b), Colombia (Ministerio de Justicia y del Derecho, República de Colombia 2015) e Irlanda (Houses of the Oireachtas 2015), además de la introducción de cambios en leyes de reconocimiento de género en vigor (capítulo II, 3.8). Al mismo tiempo, se observa a una continuada presencia de requisitos de cirugía genital y esterilización en muchas de las leyes de identidad de género actualmente vigentes, así como una frecuente ausencia de legislación de reconocimiento de género y/o prohibición y persecución de sexualidades, expresiones e identidades de género no normativas³⁵⁶.

4.4.2.2. Cambios conceptuales y terminológicos

Aparte de una entrada de la perspectiva de despatologización en diferentes campos sociales a nivel de discursos y contenidos, se puede observar una entrada discursiva en relación a marcos conceptuales y usos terminológicos en los diferentes campos. A continuación, ilustraré estos cambios tomando como ejemplo los SOC (campo científico-médico), documentos estratégicos de instituciones europeas (campo político) y leyes recientes de no discriminación y protección

³⁵² Para consultar la adhesión de instituciones públicas a STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization, véase: [página web de STP, Adhesiones, Instituciones públicas, organizaciones y partidos políticos](#)).

³⁵³ Una mención explícita del concepto de despatologización se puede encontrar en los programas electorales de Izquierda Unida Andalucía (2015) y PSOE Andalucía (2015).

³⁵⁴ Áreas de trabajo de Catalunya Els Verds, Esquerra Anticapitalista, Podem Barcelona, Podem Catalunya e Izquierda Unida forman parte de la lista de organizaciones y partidos políticos adheridos a *STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* (véase [página web de STP, Adhesiones, Instituciones públicas, organizaciones y partidos políticos](#)).

³⁵⁵ GATE 2013a, 2015a; Köhler, et al. 2013; Ruchansky 2012; STP-2012 2012a; STP 2013a; TGEU 2012b.

³⁵⁶ Amnesty International 2014; Balzer y Hutta 2012; Balzer, et al. 2012; Köhler, et al. 2013; Ministry of Justice 2011; O’Flaherty y Fisher 2008; TGEU 2013a; Turner, et al. 2009; Whittle 2002.

de las personas trans* (campo jurídico).

Como esbozado en el capítulo II, 2.2.4.1, se puede constatar un cambio en el uso terminológico presente en las diferentes ediciones de los SOC.

Estos cambios terminológicos y conceptuales se reflejan tanto en el cambio del título de los SOC (de "*Standards of Care, The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons*" en los SOC-1 a SOC-4, "*The Standards of Care for Gender Identity Disorders*" en los SOC-5 y SOC-6 a "*Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People*" en los SOC-7), en el nombre de la asociación (de *HBIGDA, Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association* a *WPATH, World Professional Association for Transgender Health*), como en la terminología utilizada para nombrar a las personas trans* en las diferentes ediciones de los SOC (de "*gender dysphoric patients*" y "*hormonally and surgically-reassigned*" en los SOC-1 a SOC-4, "*patient with gender identity disorders*" o "*Gender Patient*" en los SOC-5 y SOC-6, a "*transsexual, transgender and gender-nonconforming people*" o "*people experiencing gender dysphoria*" en los SOC-7).

Estos cambios terminológicos a su vez se pueden relacionar con modificaciones en la clasificación diagnóstica (ej. en caso de la introducción del concepto de '*gender identity disorder*' o '*gender dysphoria*'), desarrollos en el debate científico (rol de la modificación corporal y criterios en el acceso a la atención sanitaria trans-específica) y críticas aportadas desde perspectivas teórico-activistas (demanda de un lenguaje no patologizante y de un reconocimiento de la diversidad de expresiones e identidades de género).

En relación al campo político, se puede constatar un cambio en el uso terminológico y la conceptualización de los procesos de tránsito en el género en documentos estratégicos publicados por organismos internacionales y europeos, desde el uso de un paradigma biomédico hacia una creciente aplicación de una perspectiva de Derechos Humanos, en anterioridad o paralelamente al surgimiento de la perspectiva de despatologización. Una comparación de un documento estratégico publicado a finales de los 80 y documentos recientes ilustra este cambio en el lenguaje y la conceptualización de temáticas trans-específicas.

En este sentido, en la *Recommendation 1117(1989) on the condition of transsexuals*, aprobada por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa en 1989, se utiliza una definición de "*transsexualism*" procedente del lenguaje médico, en la que la cirugía trans-específica se identifica como un elemento central en la trayectoria de las personas trans* (Consejo de Europa 1989: s.p.).

The Assembly,

1. Considering that transsexualism is a syndrome characterised by a dual personality, one physical, the other psychological, together with such a profound conviction of belonging to the other sex that the transsexual person is prompted to ask for the corresponding bodily "correction" to be made;

2. Considering that modern medical progress, and in particular recourse to sexual conversion surgery, enable transsexuals to be given the appearance and, to a great extent, the characteristics of the sex opposite to that which appears on their birth certificate ;

(Consejo de Europa 1989: s.p.).

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (1989) recomienda al Comité de Ministros publicar una recomendación para invitar a los estados miembros a introducir legislaciones para regular el cambio registral del nombre y género en caso de un *"irreversible transsexualism"* (s.p.), con el objetivo de prevenir la discriminación contra personas trans*. El documento (Consejo de Europa 1989) cierra con una frase que hace referencia a derechos relacionados con la personalidad jurídica y la protección contra la discriminación, dentro de un marco de Derechos Humanos y con referencia al *Convenio Europeo de Derechos Humanos* (Consejo de Europa 2010[1970]).

En este sentido, en la *Recommendation 1117(1989)* se puede observar una combinación entre una conceptualización clínica y un enfoque de Derechos Humanos, bajo uso de un lenguaje predominantemente médico (Consejo de Europa 1989).

En cambio, la *Recommendation CM/Rec(2010) of the Committee of Ministers to member states on measures to combat discrimination on grounds of sexual orientation or gender identity*, publicada por el Consejo de Europa en 2010, utiliza terminologías y conceptualizaciones basadas en un marco de Derechos Humanos (Consejo de Europa 2010).

The Committee of Ministers, under the terms of Article 15.b of the Statute of the Council of Europe, (...)

Recalling that human rights are universal and shall apply to all individuals, and stressing therefore its commitment to guarantee the equal dignity of all human beings and the enjoyment of rights and freedoms of all individuals without discrimination on any ground such as sex, race, colour, language, religion, political or other opinion, national or social origin, association with a national minority, property, birth or other status, in accordance with the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms (ETS No. 5) (hereinafter referred to as "the Convention") and its protocols;
(Consejo de Europa 2010: s.p.)

Las recomendaciones, que incluyen medidas de protección en diferentes ámbitos sociales, utilizan la expresión *"discrimination on grounds of sexual orientation or gender identity"* y hacen referencia a los *"human rights of lesbian, gay, bisexual and transgender persons"* (Consejo de Europa 2010: s.p.).

En la *Resolution 2048(2015) Discrimination against transgender people in Europe*, publicada por el Consejo de Europa en 2015, se mantiene el uso de una conceptualización y un lenguaje de Derechos Humanos. El documento hace referencia a *"transgender people"*, *"discrimination based on gender identity"*, *"discrimination on grounds of gender identity and multiple discrimination"*, *"legal gender recognition"*, *"self-determination"* y *"the best interests of the child"* (Consejo de Europa 2015a: 1-2).

Un cambio análogo en la conceptualización y el lenguaje desde un modelo biomédico hacia un lenguaje de Derechos Humanos, así como combinaciones entre ambos enfoques, se puede observar en el campo jurídico. A modo de ejemplo, compararé las leyes regionales de no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas trans* aprobadas en cuatro Comunidades Autónomas entre 2009 y 2014 (Comunidad Autónoma de Canarias 2014; Comunidad Autónoma del País Vasco 2012; Comunidad Foral de

Navarra 2009; Parlamento de Andalucía 2014). Entre las cuatro leyes, se pueden observar diferencias en relación a la terminología usada, así como respecto al alcance de la ley, en el sentido de la extensión del grupo de personas beneficiarias, que a su vez mantiene una interrelación con el marco conceptual.

La *Ley Foral 12/2009, de 19 de noviembre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales* (Comunidad Foral de Navarra 2009) establece como personas beneficiarias a personas residentes en la Comunidad "que tengan la condición de transexuales", bajo establecimiento de criterios para la inclusión en la categoría de 'transexuales'.

2. Por personas transexuales, a efectos de esta Ley Foral, se entiende bien toda aquella persona que haya procedido a la rectificación en el Registro Civil de la mención de sexo, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 3/2007 de 15 de marzo.

3. Podrán acogerse como beneficiarias de las prestaciones previstas en la presente Ley Foral, en las condiciones que reglamentariamente se establezcan, aquellas personas que habiendo iniciado los trámites para acceder al cambio de inscripción relativa al sexo, precisen de protección para eliminar la discriminación que pudiera darse como consecuencia de su situación de tránsito a la nueva identidad de género.
(Comunidad Foral de Navarra 2009, Art. 3: s.p.)

En este sentido, se puede observar una conceptualización médica en la definición de las personas beneficiarias, estableciendo como requisito haber realizado o iniciado el proceso de cambio registral del nombre y género que a su vez depende de un diagnóstico de disforia de género, según lo establecido en la *Ley 3/2007, de 15 de marzo* (Gobierno de España 2007). Esta conceptualización médica se combina con un enfoque de Derechos Humanos en relación a los contenidos y objetivos de la ley.

La *Ley 14/2012, de 28 de junio, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales* (Comunidad Autónoma de Euskadi 2012, Art. 2: 51734) establece como beneficiarias de la ley a personas residentes en Euskadi "que tengan la condición de transexuales", entendiendo por las mismas:

A los efectos de esta ley, se entenderá que es transexual tanto la persona que haya procedido o esté procediendo a la rectificación de la mención del sexo en el Registro Civil, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, como la persona que acredite, mediante informe de personal médico o psicólogo colegiado, los siguientes extremos:

a) Que carece de trastornos de personalidad que la induzcan a error en cuanto a la identidad de género que manifiesta y pretende le sea reconocida, mostrando una voluntad estable, indubitada y permanente al respecto.

b) Que presenta una disonancia, igualmente estable y persistente, durante al menos seis meses, entre el sexo biológico y la identidad de género sentida como propia.

(Comunidad Autónoma de Euskadi 2012, Art. 3: 51734)

También en este caso, se define a las personas beneficiarias mediante una conceptualización clínica, estableciendo como requisito un informe médico o psicológico, de conformidad con lo dispuesto en la *Ley 3/2007, de 15 de marzo* (Gobierno de España 2007), en paralelo a un enfoque de Derechos Humanos presente en los contenidos y objetivos de la ley.

En cambio, la *Ley integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía* (Parlamento de Andalucía 2014), aprobada en junio de 2014, establece como personas beneficiarias de la ley a “todas las personas con residencia efectiva en Andalucía que manifiesten una identidad de género distinta a la asignada al nacer” (Parlamento de Andalucía 2014, Art. 4.1.: 9). La ley incluye además una definición de identidad de género, como sigue:

A los efectos de la presente Ley, se entiende por identidad de género la vivencia interna e individual del género tal y como cada persona la siente, que puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, y que incluye la vivencia personal del cuerpo. Puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. (Parlamento de Andalucía 2014, Art. 3: 9)

En este sentido, la ley andaluza parte de una conceptualización de los procesos de tránsito en el género que se encuentra en concordancia con una perspectiva de despatologización y Derechos Humanos, estableciendo como único requisito la residencia efectiva en Andalucía (Parlamento de Andalucía 2014).

Al mismo tiempo, la *Ley 8/2014 de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales*, aprobada en octubre de 2014 en Canarias, vuelve a establecer como personas beneficiarias de la ley las personas que acreditaran el informe de un* psicólogo* colegiad* y/o certificación del cambio registral del nombre y género (Comunidad Autónoma de Canarias 2014).

2. Por personas transexuales, a efectos de esta ley, se entiende toda aquella persona que acredite ante las administraciones públicas canarias, mediante informe de un/a psicólogo/a colegiado/a y preferentemente con experiencia acreditada en atención de la transexualidad:

- Que carece de patologías que le induzcan a error en cuanto a la identidad de género que manifiesta y pretende le sea reconocida, manifestando una voluntad estable, indubitada y permanente al respecto; y
- Que presente una disonancia igualmente estable y persistente durante al menos seis meses, entre el sexo morfológico de nacimiento y la identidad de género sentida por el/la solicitante.

Cuando la persona haya procedido a la rectificación por resolución firme en el Registro Civil de la mención de sexo, solamente deberá acreditar dicha rectificación. (Comunidad Autónoma de Canarias 2014)

La ley establece diferentes medidas de protección contra la discriminación, así como medidas para fomentar la inclusión laboral y garantizar el acceso sanitario, incluyendo el acceso de personas menores a bloqueadores hormonales durante la pubertad (Comunidad Autónoma de Canarias 2014). En este sentido, combina un modelo médico (en relación a la definición de las personas beneficiarias) con un enfoque de Derechos Humanos (respecto a los contenidos de la ley).

La comparación de los cuatro textos legislativos, publicados en una franja temporal de siete años, permite identificar un cambio en la conceptualización, el uso del lenguaje y alcance, en el sentido de un creciente uso de un lenguaje de Derechos Humanos e inclusión de todas las personas con expresiones e identidades de género diferentes del género asignado al nacer, independiente de la presencia de un diagnóstico o proceso de modificación corporal en tres de

las leyes. Este cambio se produce paralelamente al proceso de emergencia e internacionalización del activismo actual por la despatologización trans* (capítulo II, 1). La adhesión a un modelo médico en la definición de las personas trans* en la ley de más reciente aprobación (Comunidad Autónoma de Canarias 2014), muestra la coexistencia de diferentes marcos interpretativos en el momento actual que impide hablar de un cambio lineal.

4.4.2.3. Reflexiones sobre los procesos de cambio en diferentes campos discursivos

Los procesos observados en diferentes campos sociales, incluyendo el campo científico-médico, el campo político y el campo jurídico, indican diferentes grados de entrada de la perspectiva de despatologización a nivel de discursos, contenidos, conceptualizaciones y terminologías, así como reacciones diferenciadas de reserva o apertura. En el ámbito clínico, se puede observar una incorporación de diferentes principios relacionados con la perspectiva de despatologización, entre ellos la demanda de una despsicopatologización de los procesos de tránsito en el género, el reconocimiento de la diversidad de expresiones e identidades de género, así como de la necesidad de individualización de los itinerarios de atención, paralelamente a posturas de resistencia respecto al cambio del modelo de evaluación.

En cambio, en el campo político, se puede constatar una mayor incorporación de la perspectiva de despatologización en la agenda de instituciones internacionales y europeas, así como, de forma puntual, en declaraciones de gobiernos, programas electorales de partidos políticos y adhesiones de instituciones públicas. En el contexto jurídico, se puede observar la aprobación de leyes de identidad de género sin requisitos médicos en algunos países, creando un nuevo estándar a seguir, sin que su adopción se hubiera extendido a un mayor número de países. En relación a los usos terminológicos y marcos conceptuales, se pueden observar procesos de cambio en los tres campos, paralelamente a un continuado uso de términos y enfoques anteriores.

En este sentido, en el momento actual, se puede observar una entrada discursiva de la perspectiva de despatologización en el campo científico-médico, político y jurídico, procesos parciales de cambio y desplazamiento en los tres campos sociales observados, paralelamente a una coexistencia de un modelo médico de los tránsitos en el género y un enfoque de despatologización y Derechos Humanos en cada uno de los tres campos, coincidiendo con dinámicas de transformación y permanencia en los campos sociales descritas por Bourdieu (1997[1992], 1997[1994], 1999[1997], 2003[2001]).

4.4.3. Umbrales discursivos

Finalmente, el análisis de los procesos de cambio en diferentes campos sociales (campo científico, político y jurídico) plantea la pregunta por el grado de reconocimiento, formalización e institucionalización de la perspectiva de despatologización trans*. Desde una perspectiva foucaultiana, se podría preguntar en qué medida la perspectiva de despatologización ha

traspasado el *"umbral de positividad"*, *"umbral de epistemologización"*, *"umbral de científicidad"* o *"umbral de formalización"* (Foucault 2003[1969]: 314).

Foucault (2003[1969]) llama *"umbral de positividad"* al *"momento a partir del cual una práctica discursiva se individualiza y adquiere su autonomía, al momento, por consiguiente, en que se encuentra actuando un único sistema de formación de los enunciados, o también al momento en que ese sistema se transforma"*(313-314).

La perspectiva de despatologización trans* ya estaba presente en trabajos de autor*s y colectivos trans* de los años 90 (Burns 2005; ICTLEP 1996[1993]; Spade 2003, 2006a; Stone 2006[1987]; Stryker 1994; Wilchins 1997; Wilson 2000[1997]; Winters 2008a), sin nombrarse explícitamente. En los primeros años de la década del 2000 se pueden encontrar referencias más explícitas (Collectif Existrans 2004; TGNB 2006[2001]). A partir de la convocatoria coordinada de manifestaciones por la despatologización trans* en 2007 y 2008, y especialmente a partir de la convocatoria del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans* por STP, *Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* en 2009 (Red Internacional por la Despatologización Trans 2009a, 2009b), el término adquiere un mayor grado de difusión y se comienza a crear un discurso articulado alrededor del concepto, resumido en las cinco demandas de STP (STP-2012 2010[2009]) y desarrollado en comunicados, documentos de reflexión y artículos científicos (capítulo II, 3). La entrada del concepto de despatologización en los discursos de partidos políticos³⁵⁷, instituciones públicas³⁵⁸, gobiernos³⁵⁹ y organismos europeos³⁶⁰ se podría señalar como otro indicio de este proceso. En este sentido, se podría hablar de un paso por el *"umbral de positividad"* (Foucault 2003[1969]: 314).

Según Foucault (2003[1969]), un discurso alcanza el *"umbral de epistemologización"* *"[c]uando en el juego de una formación discursiva, un conjunto de enunciados se recorta, pretende hacer valer (incluso sin lograrlo) unas normas de verificación y de coherencia y ejerce, con respecto del saber, una función dominante (de modelo, de crítica o de verificación)"*(314).

En los años de internacionalización del activismo por la despatologización trans* se produce una producción discursiva teórico-activista, incluyendo la identificación de puntos de divergencia respecto a marcos conceptuales y modelos de actuación anteriores, el desarrollo de marcos argumentativos propios y la elaboración de propuestas. En este sentido se podría hablar de un paso por el *"umbral de epistemologización"*, aunque no se puede hablar de alcanzar *"una función dominante"* (Foucault 2003[1969]: 314).

³⁵⁷ Izquierda Unida Andalucía 2015; PSOE Andalucía 2015.

³⁵⁸ Para consultar la adhesión de instituciones públicas a STP, *Campaña Internacional Stop Trans Pathologization*, véase: [página web de STP, Adhesiones, Instituciones públicas, organizaciones y partidos políticos](#)).

³⁵⁹ A modo de ejemplo: Gobierno de Andalucía 2010; Gobierno de España 2010; Ministère des affaires étrangères et européennes et du ministère de la santé et des sports 2010.

³⁶⁰ Borg 2012; Consejo de Europa 2011, 2015a; Gunnarsson en: Consejo de Europa 2015b; European Parliament's Intergroup on LGBT Rights 2010, 2011; Hammarberg 2009, 2011; Parlamento Europeo 2011, 2012b, 2015a, 2015b, 2015c.

En tercer lugar, Foucault (2003[1969]) habla del paso por el *"umbral de cientificidad"* *"[c]uando la figura epistemológica así dibujada obedece a cierto número de criterios formales, cuando sus enunciados no responden solamente a reglas arqueológicas de formación, sino además a ciertas leyes de construcción de las proposiciones"* (314). En caso de los discursos de despatologización trans*, en el momento actual su presencia se produce ante todo en documentos publicados por grupos y redes de la sociedad civil, asociaciones profesionales, y, en menor grado, en formato de publicaciones en revistas científicas. Dentro de las publicaciones científicas, el número de publicaciones en bases de datos de revistas indexadas (*PubMed, ScienceDirect, Scielo, Dialnet*), así como en el *International Journal of Transgenderism*, como revista de referencia en el campo de la atención sanitaria trans-específica, es relativamente bajo, con un grado algo mayor en caso de bases de datos que incluyen revistas de Ciencias Sociales (capítulo II, 0).

A la vez, se plantea la pregunta en qué medida la entrada en una base de datos de revistas indexadas se podría establecer como criterio para el *"umbral de cientificidad"* (Foucault 2003[1969]: 314) o qué otros criterios se podrían tomar en cuenta, como ej. la realización de estudios longitudinales o comparativos, el factor de impacto y la posición en los índices de citación. En caso de la perspectiva de despatologización, ante la relativa escasez de estudios científicos longitudinales o comparativos realizados desde un marco de despatologización y bajo número de artículos en entrevistas indexadas, con factor de impacto o posición destacada en índices de citación, se podría decir que la perspectiva de despatologización se encuentra en un proceso de construcción de conocimiento para franquear el *"umbral de cientificidad"* (Foucault 2003[1969]: 314). Al mismo tiempo, se podría cuestionar una jerarquización del conocimiento según criterios de entrada en el ámbito científico, en contradicción con el reconocimiento de diferentes tipos de producción discursiva, incluyendo formatos no académicos, inherente a la propuesta de análisis arqueológico y genealógico desarrollado por Foucault (2003[1969]) y la *"epistemología de los conocimientos ausentes"* propuesta por de Sousa Santos (2009: 87).

Finalmente, Foucault (2003[1969]) habla de un paso por el *"umbral de formalización"* *"cuando ese discurso científico, a su vez pueda definir los axiomas que le son necesarios, los elementos que utiliza, las estructuras proposicionales que son para él legítimas y las transformaciones que acepta, cuando pueda así desplegar, a partir de sí mismo, el edificio formal que constituye"* (314). De forma análoga al paso por el *"umbral de cientificidad"* se plantea la pregunta por los criterios que establecerían el paso por el *"umbral de formalización"* (Foucault 2003[1969]: 314). En caso de los discursos trans* en general, este paso se podría observar a partir de un proceso de construcción de un *"edificio formal"* (Foucault 2003[1969]: 314), a través del proceso de creación de programas universitarios de *'Transgender Studies'* (Stryker en: Dierkes-Thrun 2014), el establecimiento de un cuerpo de conocimiento

relacionado, como visibles en los dos tomos del *"Transgender Studies Reader"*³⁶¹, así como la creación de revistas científicas con evaluación por pares, entre ellas *TSQ, Transgender Studies Quarterly* o *Liminalis, Journal of Sex/Gender Emancipation and Resistance*. En cambio, se puede considerar que los discursos por la despatologización, por su carácter como discursos emergentes y en pleno proceso de desarrollo, aún no ha logrado este "umbral de formalización" (Foucault 2003[1969]: 314).

En relación a la metodología arqueológica de análisis de discursos, Foucault (2003[1969]) habla de un "análisis de su co-existencia, de su sucesión, de su funcionamiento mutuo, de su determinación recíproca, de su transformación independiente o correlativa" (48). El carácter no lineal de los procesos de transformación de los discursos motiva el "rechazo un modelo uniforme de temporalización, para describir, a propósito de cada práctica discursiva, sus reglas de acumulación, de exclusión, de reactivación, sus formas propias de derivación y sus modos específicos de embrague sobre sucesiones diversas" (Foucault 2003[1969]: 336).

Otr*s autor*s, con referencia a Foucault, utilizan la metáfora del palimpsesto para describir el proceso de sobreposición discursiva y tarea arqueológica en su análisis (Epele 2013). La utilización de la metáfora del palimpsesto parte de su utilidad para "problematizar los vínculos complejos entre la sucesión y la simultaneidad y, por lo tanto, entender el proceso de desciframiento que, al considerar la mezcla entre ambos, cuestiona la disociación entre lo 'nuevo' y lo 'antiguo'" (Epele 2013: 25).

En caso de los discursos por la despatologización trans*, se pueden observar procesos de coexistencia y relevo parcial entre discursos establecidos y discursos emergentes, sin que se tratara de una sustitución total, como indica el análisis de los marcos interpretativos (capítulo II, 4.2) y la revisión de procesos de entrada discursiva en el campo científico, jurídico y político (capítulo II, 4.4.2).

A la vez, dentro de esta situación de coexistencia se puede observar un desplazamiento gradual, en el sentido de una conversión de la perspectiva de despatologización en un nuevo estándar a seguir. A modo de ejemplo, en el proceso de elaboración y debate parlamentario de propuestas de ley de reconocimiento de género, se puede observar un cambio en las características exigidas para valorar una propuesta de ley como avanzada. En caso de la Ley de Identidad de Género aprobada en 2007 en el contexto español (Gobierno de España 2007), el criterio que permitía calificar la ley como 'avanzada' era la ausencia de requisitos de cirugía genital y divorcio, a pesar de mantener los requisitos de diagnóstico y dos años de tratamiento médico (Antonelli 2012). Después de la aprobación de la Ley de Identidad de Género de Argentina en 2012 (Congreso Argentino 2012), celebrada como primer ley de reconocimiento de género sin requisitos médicos³⁶², la presencia de un diagnóstico u otro tipo de requisito médico situaría una nueva propuesta de ley por debajo del estándar alcanzado. Como

³⁶¹ Stryker en: Dierkes-Thrun 2014; Stryker y Whittle 2006 eds.; Stryker y Aizura 2013 eds.

³⁶² GATE 2013a, 2015a; Köhler, et al. 2013; Ruchansky 2012; STP-2012 2012a; STP 2013a; TGEU 2012b.

mencionado más arriba (capítulo II, 3.4.1), a lo largo de los últimos años se aprobaron varias leyes de reconocimiento de género sin requisitos médicos³⁶³, confirmando este nuevo estándar.

Paralelamente a estos procesos de relevo parcial, a la vez se pueden observar nuevas combinaciones de discursos, ej. en una argumentación que apoya la retirada de la clasificación diagnóstica de la transexualidad en la CIE usando un discurso de Derechos Humanos y una teoría etiológica neurológica (ATME e.V. s.a.; SPD Uri 2011).

Siguiendo a Foucault, el objeto de discurso *"no preexiste a sí mismo"* (Foucault 2003[1969]: 73), existe dentro de *"las condiciones positivas de un haz complejo de relaciones"* que establecen los límites de lo expresable, *"no se puede hablar en cualquier época de cualquier cosa; no es fácil decir algo nuevo"* (Foucault 2003[1969]: 73-74). El análisis genealógico pone el foco en el análisis de esta interrelación entre dinámicas de poder y producción discursiva, planteando la pregunta *"¿a qué precio el sujeto puede decir la verdad sobre sí mismo?, ¿a qué precio puede el sujeto decir la verdad sobre sí mismo en tanto que loco? (...) ¿cómo se puede decir la verdad sobre el sujeto enfermo?, ¿cómo se puede decir la verdad sobre el sujeto loco?"* (Foucault 1994[1984]: 319).

Según Butler (2009), las normas de género pertenecen al conjunto de reglas que establecen los límites de una vida considerada inteligible, condicionando *"por anticipado quién será considerado como sujeto y quién no"* (Butler 2009: 325).

La performatividad de género está por tanto atada por las diferentes formas en que los sujetos acaban siendo elegibles para el reconocimiento. (...) La performatividad de género está completamente relacionada con quién es considerado a efectos de vida, quién puede ser leído o entendido como ser viviente y quién vive o trata de vivir al otro lado de los modos de inteligibilidad establecidos.
(Butler 2009: 325)

En este sentido, Butler (2009) señala que *"sabemos que quienes no viven sus géneros de una manera inteligible entran en un alto riesgo de acoso y violencia"* (323). Con referencia a Spivak (1988), plantea la pregunta *"¿cómo puede hablar la población que no tiene voz y cómo puede hacer sus reivindicaciones? ¿Qué tipo de perturbación implica en el campo del poder? Y, ¿cómo pueden estas poblaciones poner de manifiesto las reivindicaciones de lo que necesitan?"* (Butler 2009: 336).

En mi propia experiencia teórico-activista a lo largo de los últimos siete años, desde el momento de la primera convocatoria del *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans* en 2009 hasta el momento actual, pude presenciar el proceso de transformación de un discurso considerado anteriormente como marginal, ininteligible y excluido del orden discursivo, hasta su conversión en un discurso relativamente reconocido y nuevo estándar de lo políticamente avanzado en materia de políticas trans* (Suess 2015c). En este sentido, en las primeras jornadas y conferencias internacionales en las que presenté la perspectiva de despatologización trans* en 2009, no era exento de dificultad hablar de despatologización. En

³⁶³ Administración Pública del Distrito Federal 2015; Government of Denmark 2014; Government of Malta 2015b; Houses of the Oireachtas 2005; Ministerio de Justicia y del Derecho, República de Colombia 2015.

los últimos años, pude observar cómo contenidos relacionados con la despatologización, entre ellos la discusión del proceso de revisión del DSM y de la CIE, el modelo de Consentimiento Informado en la atención sanitaria trans-específica o la defensa de un reconocimiento legal de género sin requisitos médicos, se habían convertido en una temática de presencia obligatoria en encuentros activistas, eventos académicos o foros institucionales.

Puedo identificar una interrelación entre este proceso y los procesos de formación discursiva descritos por Foucault (*"no se puede hablar en cualquier época de cualquier cosa; no es fácil decir algo nuevo"*, Foucault 2003[1969]: 73-74) y las reflexiones de Butler sobre los límites de lo inteligible (*"quién puede ser leído o entendido como ser viviente y quién vive o trata de vivir al otro lado de los modos de inteligibilidad establecidos"*, Butler 2009; 325).

III. DESPATOLOGIZACIÓN Y REFLEXIVIDAD

La revisión del campo discursivo relacionado con la despatologización trans* y los procesos de revisión del DSM, de la CIE y de los SOC, me remitió a la pregunta que constituyó uno de los puntos de partida de mi recorrido por los discursos teórico-activistas: ¿Qué lugar ocupa la perspectiva de despatologización en el debate sobre reflexividad y ética en la práctica de investigación social?

Para analizar potenciales contribuciones de la perspectiva de despatologización, revise las reflexiones metateóricas aportadas desde perspectivas teórico-activistas trans* e intersex y su interrelación con discursos por la despatologización, así como mi propia experiencia en el proceso de investigación.

Las reflexiones resumidas en el siguiente capítulo dieron lugar a diferentes artículos que publiqué a lo largo de los últimos años, incluyendo reflexiones sobre los procesos de exclusión discursiva y su ruptura (Suess 2014), la presencia de dinámicas de patologización en la bibliografía psicoanalítica (Suess 2011), el rol de la despatologización en el debate sobre reflexividad (Suess, 2012a, 2012b), la doble perspectiva teórico-activista (Suess 2012a, 2012b, 2014) y reflexiones sobre ética de la investigación relacionadas con la temática de despatologización (Suess 2015a).

1. REFLEXIONES DESDE PERSPECTIVAS TRANS* E INTERSEX

En trabajos teórico-activistas realizados desde perspectivas trans* e intersex, pude encontrar amplias reflexiones metateóricas sobre la práctica de investigación. Ordené las reflexiones identificadas siguiendo las dimensiones del debate sobre reflexividad y ética de la investigación esbozadas en el capítulo I, 3, incluyendo 1. Reflexiones epistemológicas sobre dinámicas de patologización en la investigación clínica, social y antropológica, procesos de exclusión discursiva, el lugar de las perspectivas trans* e intersex en el campo científico y las características de una doble perspectiva teórico-activista, 2. Reflexiones metodológicas, entre ellas críticas de dinámicas de patologización en el lenguaje y su ruptura, propuestas para la consideración del no binarismo de género y aspectos interseccionales en las técnicas de investigación, así como sugerencias para la inclusión de la dimensión autorreflexiva y autoetnográfica en la reflexión teórica, 3. Aspectos éticos y 4. Reflexiones sobre formatos participativos, colaborativos y colectivos.

1.1. Reflexiones epistemológicas

En primer lugar, pude identificar reflexiones de carácter epistemológico sobre dinámicas de patologización en la investigación clínica, social y antropológica, procesos de exclusión discursiva, el lugar de las perspectivas trans* e intersex en el campo científico y las características de una doble perspectiva teórico-activista.

1.1.1. Dinámicas de clasificación y patologización

En los textos de autor*s trans* e intersex y aliad*s³⁶⁴, pude identificar amplias reflexiones sobre dinámicas de categorización, patologización y objetivización inherentes a la bibliografía médica, psiquiátrica, psicológica y psicoanalítica, pero también a otras perspectivas teóricas, entre ellas trabajos procedentes del ámbito de la investigación social, el feminismo, la teoría queer o la antropología.

En la bibliografía médica, psiquiátrica y psicológica, autor*s trans* e intersex y aliad*s³⁶⁵ constatan procesos de dinámicas de patologización en el marco teórico, las conceptualizaciones subyacentes, la terminología utilizada, así como la práctica clínica relacionada.

En este sentido, desde perspectivas trans* e intersex se revisa críticamente el desarrollo de una conceptualización de la transexualidad como trastorno mental en textos históricos³⁶⁶, los criterios diagnósticos actuales³⁶⁷, los usos terminológicos³⁶⁸, la práctica de investigación³⁶⁹, la atención sanitaria trans-específica³⁷⁰ y los enfoques psicoanalíticos³⁷¹. Además, se identifica una conceptualización y representación visual patologizante de la intersexualidad en la bibliografía médica³⁷².

Según Sandy Stone (2006[1987]), *"The clinic is a technology of inscription"* (230), en la que el cuerpo transexual se convierte en campo de batallas de diferentes luchas epistemológicas, dificultando la creación de un contradiscurso (*"[T]he transsexual currently occupies a position which is nowhere, which is outside the binary opposition of gendered discourse"*, 230). Green (2006[2000]) observa una reducción de la persona trans* a un objeto de investigación, bajo una mirada deshumanizadora.

³⁶⁴ Ansara y Hegarty 2010, 2012, 2014; Baldiz 2010; Balzer 2010; Burns 2005; Cabral 2009a, 2011b; 2011d; Cabral y Benzur 2005; Cabral: en Bimbi 2006; Califia 1997; Colipe 2010; GATE 2015c; Green 2006[2000]; Holmes 2002, 2004, 2008; Juang 2006; Missé 2010a; Namaste 2000; Ortega, et al. 2006, Pyne 2014b; Roen 2006; Spade 2006a; Stone 2006[1987]; Stryker 2006, 2006[1994]; Towle y Morgan 2002; Wilson 2000[1997]; Winters 2008a.

³⁶⁵ Ansara y Hegarty 2012, 2014; Baldiz 2010; Balzer 2010; Burns 2005; Cabral 2009a, 2011d; Cabral y Benzur 2005; Cabral en: Bimbi 2006; Califia 1997; Colipe 2010; GATE 2015c; Green 2006[2000]; Holmes 2002; Missé 2010a; Ortega, et al. 2006, Pyne 2014b; Spade 2006a; Stone 2006[1987]; Stryker 2006; Stryker 2006[1994]; Wilson 2000[1997]; Winters 2008a.

³⁶⁶ Balzer 2010; Califia 1997; Stryker 2006.

³⁶⁷ Wilson 2000[1997]; Winters 2008a.

³⁶⁸ Ansara y Hegarty 2012, 2014; Pyne 2014b.

³⁶⁹ Green 2006[2000]; Ortega, et al. 2006.

³⁷⁰ Burns 2005; Colipe 2010; Missé 2010a; Spade 2006a; Stone 2006[1987]; Stryker 2006[1994].

³⁷¹ Baldiz 2010; Cabral 2011d.

³⁷² Cabral 2009a; Cabral y Benzur 2005; GATE 2015c; Holmes 2002).

The distance established by the printed page still allows most readers to perceive the transsexual subject as object, as less than human, or certainly dismissible. (Green 2006[2000]: 505)

Ansara y Hegarty (2012) analizan la presencia de *"cisgenderism"* (137) en la bibliografía psicológica sobre diversidad de género en la infancia publicada entre 1999 y 2008, definiendo el concepto como *"ideology that invalidates or pathologises self-designated gender that contrast with external designations"* (137). Por un lado, observan el uso de un *"[m]isgendering language"*, en el sentido de una representación no acertada de las expresiones e identidades de género de l*s niñ*s a través del uso del género asignado al nacer (Ansara y Hegarty 2012: 137). Identifican cuatro formas de *"[m]isgendering"* (144): 1. Una designación del sexo o género de las personas participantes de forma que no coincide con su género auto-asignado, 2. *"[M]ispronouncing"* (144), entendido como un uso de los pronombres que difiere del género de la persona participantes, 3. El uso de sustantivos que no coinciden con la identidad de género de la persona participante, así como 4. La evaluación de la expresión o identidad de género de la persona participante como no auténtica o deshonesto, ej. a través de la expresión *"He pretended to be a girl"* (Ansara y Hegarty 2012: 144). Por el otro lado, Ansara y Hegarty (2012) constatan el uso de un *"pathologizing language"* (137), en el sentido de una construcción de las expresiones e identidades de género de niñ*s divers*s en el género como trastornadas y enfermas.

En su revisión de publicaciones sobre diversidad de género en la infancia detectan una mayor frecuencia de prácticas de *"cisgenderism"*, incluyendo tanto formas de *"misgendering language"* como de *"pathologizing language"* en autor*s procedentes del campo de la Salud Mental en comparación con otr*s autor*s (Ansara y Hegarty 2012: 137, 146).

En un artículo posterior, Ansara y Hegarty (2014) nombran formas adicionales de *"misgendering"* (261), entre ellas prácticas de *"[d]egendering"* (261), en el sentido de un uso de pronombres neutros en caso de personas trans* sin tener en cuenta el género con el que se identifican, así como el uso de un *"[o]bjectifying biological language"*, visible en como *"postoperative male-to-female"* o *"biological females"* (Ansara y Hegarty 2014: 261).

Además, cuestionan la diferenciación entre *"transpeople"* y *"cisgender or cissexual people"* por el esencialismo inherente a la presuposición de dos tipos de seres humanos, que, según su visión, desvía la atención del carácter sistémico de dinámicas de deslegitimización de los géneros y cuerpos diversos (Ansara y Hegarty 2014: 260).

Jake Pyne (2014b) revisa diferentes terminologías usadas por clínic*s y teóric*s en los años 60 para denominar la diversidad de género en la infancia, analizando el proceso de búsqueda de una terminología para describir su existencia como un proceso de producción de un problema social, a modo de *"[b]efore the 'problem' of childhood gender non-conformity could be solved, it first has to be produced"* (83). En este sentido, Pyne (2014b) observa una

descripción de la inconformidad de género en la infancia en términos diagnósticos veinte años antes de la creación de una categoría diagnóstica.

In the 1960's, the first wave of American researchers working in this area described feminine boys^[nota a pie de página], as suffering from: “incongruous gender role” (Green & Money, 1960); anomalous gender behaviour (Green, 1971); “deviant gender identity” (Rekers, 1975); “atypical gender development” (Rekers, 1977); and pathological sex role development” (Rekers, 1972).
(Pyne 2014b: 83)

Frente al objetivo de clasificación establecido desde el ámbito médico y legal, Mauro Cabral (en: Bimbi 2006) señala la presencia de múltiples formas y significados del proceso de tránsito, desde la consideración de que la persona trans* es la única autorizada para construir la narrativa de su propio proceso. En este sentido, resalta la validez de diferentes formas de describir el propio proceso de tránsito en género, al mismo tiempo que señala los efectos ético-políticos diferenciados de las diferentes narrativas (Mauro Cabral en: Bimbi 2006).

La transgeneridad es un universo amplio y complejo, que incluye narrativas a veces muy diferentes entre sí. Por identidad de género se entiende el sentido que cada cual tiene de sí mism* en términos generizados, es decir su sentido interior de ser o de reconocerse como travesti, mujer, hombre, dos espíritus, intersex, trans, etc. (...) Como en todos los casos, aquí también hay diversas razones y discursos: hay quienes hablan de “convertirse en”, hay quienes hablan de “adecuarse a”, hay quienes hablan de “disfrutar más así”, hay quienes dicen “porque lo deseo y punto”. Todos esos discursos me parecen válidos a nivel de la experiencia personal (que es, en última instancia, el único nivel en el que adquieren sentido pleno), aunque considero que sus efectos éticos y políticos, así como sus supuestos metafísicos y epistemológicos deben ser debatidos.
Las personas trans no somos una especie, esa idea existe sólo en el afán taxonomizador de la biomedicina y el derecho. Saber qué eran antes y qué son después de la cirugía es algo que depende exclusivamente de la narrativa biográfica de cada uno.
(Mauro Cabral en: Bimbi 2006: s.p.)

Aparte de la presencia de dinámicas de patologización en la bibliografía médica y psiquiátrica, desde perspectivas teórico-activistas y aliad*s (Baldiz 2010; Cabral 2011d) se cuestiona la conceptualización de los procesos de tránsito en el género como rasgo psicótico o ‘forclusión’ del orden simbólico en la bibliografía psicoanalítica.

En un artículo publicado en 2011, reviso diferentes conceptualizaciones de los procesos de tránsito en el género presentes en autor*s psicoanalistas (Meler 2004; Millot 1991; Sheperdson 2006[2000]), entre ellas la consideración del deseo de modificación corporal como *forclusión* del proceso de construcción de la propia subjetividad, la descripción de una salida de la amenaza de psicosis a través de la adopción de una identidad de género fija después del tránsito o la atribución del riesgo de *forclusión* a la elección de una identidad no binaria (Suess 2011b). Además, resumo posturas críticas a esta conceptualización, aportadas desde perspectivas teórico-activistas (Suess 2011b).

A la vez, desde diferentes perspectivas teóricas, incluyendo posturas internas a la teoría psicoanalítica, se cuestiona la teoría de una atribución psicótica a las trayectorias e identidades de género trans. En este sentido, Baldiz (2010), uno de l*s firmantes del “Manifiesto de los 24”, documento con el que profesionales de la psiquiatría y de la Salud Mental procedentes del ámbito catalán reivindicaron la despatologización de la homosexualidad en los años 70, cuestiona la asociación automática entre transitos en el género y psicosis. El autor se sitúa a favor de la de-psiquiatrización trans, abogando por una

posición de apertura por parte del psicoanálisis, en el sentido de un “dejarse interrogar” por las “nuevas manifestaciones del ‘género desordenado’” (Baldiz 2010: 154). Sáez (2004) reflexiona sobre el grado de recuperabilidad del psicoanálisis Lacaniano desde perspectivas queer, denunciando la presencia de posturas y prácticas homofóbicas en la teoría y práctica psicoanalítica. Desde una relectura crítica de enfoques psicoanalíticos, Butler (2006[2004], 2010) cuestiona los procesos de naturalización de la noción de sexo y género, invitando al psicoanálisis a repensar “sus propias nociones de cultura” (Butler 2006[2004]: 185). En una relectura crítica del artículo de Meler (2004), Cabral (2011: s.p.) denuncia la “violencia psi” inherente a una práctica y teorización psicoanalítica que patologiza a las identidades trans desde el lugar de un supuesto “poder plural”, identificando el cese de la patologización trans como un “imperativo ético-político”. (Suess 2011b: 112)³⁷³

En discursos médicos sobre la intersexualidad, se constata una conceptualización de los cuerpos que no se corresponden al estándar socialmente establecido de feminidad o masculinidad como ‘anomalía’ o ‘indefinición’, así como una reproducción de imágenes clínicas, a menudo de personas desnudas con los ojos tapados, reforzando de esta forma un imaginario social patologizante, en contraposición a una representación visual de la diversidad corporal aportada por artistas intersex y aliad*s (Cabral 2009a; Cabral y Benzur 2005; Holmes 2002).

Holmes (2002) resalta el carácter no neutro, ideológicamente cargado de los protocolos médicos de la intersexualidad, relacionados con normas de sexos / géneros presentes en la sociedad actual.

Current medical protocols serve primarily to create subjects who will not challenge the status quo, subjects who will indeed choose only one of the two available boxes to identify themselves. The biomedical approach may claim to provide a neutral, merely descriptive view of intersexuality, but the classification of difference as disease is not, in fact, a neutral activity; it is an ideologically loaded choice because sex and gender norms function in the service of larger political demands. (Holmes 2002: 166-167)

Mauro Cabral (2009a) señala que la definición biomédica de la intersexualidad, “*como un conjunto de síndromes que producen cuerpos sexuados marcados por la ‘ambigüedad genital’*” (7), adquiere el rol de un “*fondo cultural común*” (7). En este sentido, resalta que esta definición “*no sólo describe, sino que también produce efectos muy específicos*” (Cabral 2009a: 7). Entre estos efectos, nombra la confirmación de la “*tranquilidad de quienes se saben, o creen saberse, hombres o mujeres*”, así como “*el confinamiento de la intersexualidad en los límites estrechos de la medicina*”, considerando que “*sólo la medicina y sus disciplinas asociadas pueden pronunciarse y resolver, de manera autorizada, sobre esa cuestión que de suyo les pertenece –y que, por tanto a nadie más incumbe*” (Cabral 2009a: 7).

En consecuencia, observa “*el empobrecimiento generalizado de las experiencias del imaginar, del desear, del coger, del nombrar, del registrar la crueldad y del intervenir críticamente para detenerla. Esta definición limita, incesantemente, las oportunidades y las experiencias del celebrar*” (Cabral 2009a: 7).

³⁷³ Tod*s l*s autor*s a las que hago referencia en la cita (Suess 2011b) también están incluid*s en la bibliografía de la presente tesis doctoral. Butler (2006[2004]) corresponde a Butler (2004) y Cabral (2011) a Cabral (2011d).

Frente la conceptualización patologizante de la mirada médica, Cabral (2011b) resalta el rol de la escritura en la resignificación de la intersexualidad, revirtiendo la ‘escritura’ mutilante del bisturí, de la historia clínica y de la clasificación médica en una re-escritura no patologizante.

Si hay algo que me gusta en esta vida es escribir sobre intersexualidad. Se trata del tema, por supuesto, del tema que tengo atravesado entre el cuerpo: tematización encarnada. Sobre todo, sin embargo, se trata de la escritura. La escritura en sí, la escritura como duplicación. Y es que escribir sobre sexos duplos multiplica los dobles al infinito –porque la intersexualidad es, entre otras cosas, una escritura: la escritura del bisturí en la carne, la del intersexo en la historia clínica, la del registro en el archivo, la escritura de la diferencia sexual en las fantasías normadas de nuestra occidentalidad–. Escribir sobre intersexualidad prueba, en cada trazo, que es posible escribir sobre eso mismo que la escritura médico-legal escribe en otros términos, cuando escribe: eso es imposible. Y entonces volverlo posible. Por eso escribo.

(Cabral 2011b: s.p.)

En el informe *Intersex Issues in the International Classification of Diseases*, elaborado por un grupo de activistas y expert*s en septiembre de 2014 en Ginebra bajo la coordinación de GATE, *Global Action for Trans Equality* (GATE 2015c), se incluye un análisis epistemológico de los discursos médicos sobre intersexualidad.

En el análisis (GATE 2015c), se detecta 1. Una falta de neutralidad, reflexividad, evaluación y autocrítica en la investigación médica sobre intersexualidad, caracterizada por una influencia de dinámicas de poder, la especialidad profesional o el género de la persona investigadora en el proceso de recogida de datos, 2. Sesgos en la selección y elección de la muestra, así como en el proceso de interpretación, basados en resultados procedentes de los hospitales en l*s que trabaja el equipo de investigación, 3. Una falta de utilización de resultados que no cumplen las expectativas del equipo de investigación para una revisión de las prácticas clínicas, contribuyendo únicamente a la realización de nuevos estudios, 4. El control de l*s médic*s sobre los procesos de evaluación e interpretación de datos, sin reconocer datos y testimonios aportados por personas y grupos intersex, filtrando los resultados desde una mirada clínica, 5. Una falta de investigaciones sobre el desarrollo de niñ*s con un diagnóstico de intersexualidad sin intervenciones quirúrgicas, considerada como una consecuencia del sesgo de selección y muestreo, 6. La ausencia de consenso clínico sobre las cirugías ‘normalizantes’, así como 7. La representación de controversias sobre el tratamiento de las variaciones intersex como discusión sobre el grado de ambigüedad genital y momento de la intervención, sin reconocer el derecho a la autonomía y decisión informada demandado por el activismo intersex y reconocido en una declaración de diferentes organismos de la ONU sobre esterilización forzada (OCHR, et al. 2014).

En consecuencia, se demanda la realización de investigaciones desde la cercanía con y participación de las personas intersex, sin imponer un marco de interpretación biomédico (GATE 2015c).

For research and data collection to be valid, legitimacy requires closeness to the studied population, to indicators and dimensions that intersex persons consider relevant, and to the meanings they attach to them^[referencias al final del texto]. Medical researchers must not superimpose their own meaning, for example, through adopting a biomedical framework

which focuses on bodily outcome and ignores psychological and social outcomes^[referencias al final del texto].

(GATE 2015c: 16)

Esther Ortega, Carmen Romero Bachiller y Silvia García Dauder (2006) revisan críticamente la utilización de los cuerpos trans* e intersex como objetos de interés científico y lucha de poder entre especialistas, identificando como diferencia entre la atención sanitaria trans-específica y el tratamiento de la intersexualidad las características de la relación médic*-usuari*, la gestión de la información y el grado de secretismo, así como la concepción de la demanda.

A lo largo de la historia de la medicina, los cuerpos transexuales e intersexuales han sido utilizados como *objetos* de interés científico, «espacios liminares» donde se dirimían y dirimen controversias (las fronteras entre naturaleza/cultura, innato/adquirido, cuerpo/mente, sexo/género, varón/mujer),^[nota al final del texto] y luchas de poder y prestigio entre especialistas médicos. (...) No obstante, sus protocolos de actuación difieren en aspectos muy importantes: principalmente, en la relación médico-paciente y en la gestión de la información (el grado de secretismo respecto a algunos aspectos clave y la información sobre las limitaciones de las técnicas y sus efectos) y, sobre todo, en la concepción de la demanda, considerada como un “capricho estético” o como una “urgencia psicosexual”.

(Ortega, et al. 2006: 2)

En este proceso, Ortega, et al. (2006) critican la presuposición de la *"existencia de un 'sexo natural' por desvelar, curiosamente por medio de tecnologías médicas"* (4) y la consideración del cuerpo intersex como *"un 'artificio', un 'error de la naturaleza', en el cual el sexo 'natural', 'verdadero' o 'correcto' debe producirse artificialmente"* (4), así como la priorización de la tecnología sobre el cambio *social* (*"si podemos cambiar la biología a través de la tecnología, ¿para qué cambiar lo social?"*, 5).

Frente a la observación de una representación de las personas trans* e intersex como *"casos patológicos, reificados, recipientes de acciones médicas y recursos donantes de interés científico sin voz –y a veces con los ojos tapados–"* (5), Ortega, et al. (2006) identifican las tecnologías de la información, entre ellas Internet, como una oportunidad de *"generación y colectivización de conocimientos e identidades en torno a la transexualidad y la intersexualidad"* (5), para que los *"objetos de conocimiento médico' objeten (Latour, 2000) y se resistan a los discursos y protocolos médicos, que intercambien conocimientos y generen una identidad colectivizada y politizada"* (5).

Aparte del ámbito médico, psiquiátrico y psicoanalítico, se constata la presencia de dinámicas de categorización, patologización y teorización heterónoma sobre las personas trans* e intersex en el ámbito de la investigación social (Ansara 2010; Cabral y Benzur 2005; Namaste 2000; Stryker 2006) y antropológica (Holmes 2004; Juang 2006; Roen 2006; Stryker 2006; Towle y Morgan 2002).

En este sentido, se señala la presencia de un uso de terminologías y asunciones respecto a la identidad de género de las personas entrevistadas en la investigación social, a la par de una

ausencia de una reflexión explícita respecto a la identidad de género de la persona investigadora (Namaste 2000).

En textos pertenecientes al campo discursivo queer, se observa una utilización metafórica de la figura de la persona trans* como símbolo de una ruptura subversiva con el binarismo de género, sin tener en cuenta su realidad cotidiana (Ansara 2010; Namaste 2000).

Ansara (2010) hace referencia a una representación equívoca de las personas trans* en la teoría queer y los estudios de género. En este sentido, critica procesos de *"coercive queering, the act of automatically lumping people of trans experience into the category 'queer' without bothering to investigate accuracy or issues of consent (this kind of 'trans as trope' mentality abounds in queer theory and gender studies"*^[reference] (Ansara 2010: 33).

Namaste (2000) critica la reducción de las personas trans* a una representación simbólica o representación de aspectos médicos y psiquiátricos en enfoques queer.

Critics within queer theory write about the figural representation of transsexuals only to deny their literal referents, while objectivist sociologists focus exclusively on the medical and psychiatric production of transsexuality while ignoring how transsexuality is managed in a wide variety of social institutions.
(Namaste 2000: 51)

Desde una crítica de una mirada reductora a las subjetividades trans* como 'objetos de estudio' de una investigación sociológica positivista o una reducción a una metáfora figurativa en los estudios queer, Namaste (2000) propone una sociología reflexiva, retomando de los enfoques postestructuralistas el análisis del poder, el foco anti-fundacionalista y la propuesta de categorías y prácticas de resistencia. Como características de esta sociología reflexiva de orientación postestructuralista, identifica un análisis de las experiencias cotidianas de las personas trans* desde una consideración de sus circunstancias sociales, la inclusión de una práctica reflexiva sobre el propio proceso de investigación y una revisión crítica de las categorías usadas (Namaste 2000).

The study of transgendered people brings with it important questions about theory and research methods. How do academics understand transgendered lives, bodies, and experiences; how is data gathered to further this understanding; and what are the implications of this research when it is applied to concrete social problems – to the daily life circumstances of transgendered people?
(Namaste 2000: 9)

De forma análoga, se observa una asociación del concepto de intersexualidad a una expectativa de su rol como proyecto subversivo, lugar de emergencia de nuevas identidades o símbolo de significados culturales (Cabral y Benzur 2005; Holmes 2008).

Intersex persons and states have been made to function as cultural vehicles to contain and transport anxieties about sexuality and difference.
(Holmes 2008: 65)

Existe una expectativa de que la intersexualidad promueva, de algún modo, la emergencia de nuevas identidades, o el deshacerse de las antiguas. En algunos casos es cierto, en otros no.
(Cabral en: Cabral y Benzur 2005: 299)

En vez de situarse en un afuera de los géneros, Cabral (en: Cabral y Benzur 2005) reivindica el cuestionamiento del orden de género inherente a una autoafirmación como hombre o mujer por parte de personas con cuerpos diversos, rompiendo con la expectativa de lo que el modelo social asocia con un ‘cuerpo de hombre’ o ‘cuerpo de mujer’.

Que yo, con mi cuerpo, con mi cuerpo imposible, me diga un hombre, no solamente, como podría pensarse, y quizás correctamente, reinstituye en mi enunciación mínima el sistema bipolar de géneros, sino que también lo ironiza, lo vuelve no sapiente, incierto, lo sume en la incertidumbre. Tal vez, nos dicen, entonces sea imposible saber quién es quién. Pienso, como muchos de mis amigos y compañeros de activismo intersex piensan, en la posibilidad de una nominación otra – ni hombre ni mujer. Pero una vez más, mi temor es la reintroducción de la taxonomía, el “por supuesto, viendo su cuerpo se sabe, claramente que no es ni un hombre ni una mujer – y, por lo tanto, como petición de principio, se sabe lo que es el cuerpo de hombres y mujeres”. Y prefiero, por lejos, la opción contaminante, la de la incertidumbre, la del no saber.

(Cabral en: Cabral y Benzur 2005: 300)

En caso de la investigación antropológica sobre diversidad de expresiones e identidades de género, se constata la presencia de una conceptualización romántica de un supuesto carácter no binario y no normativo de expresiones e identidades de género en culturas indígenas, basada en una fascinación cultural occidental con la figura de un ‘tercer sexo’ o ‘tercer género’, sin reconocer los significados culturalmente específicos de una amplia diversidad de expresiones, trayectorias e identidades de género existentes en diferentes contextos culturales (Holmes 2004; Juang 2006; Roen 2006; Stryker 2006; Towle y Morgan 2002).

En este sentido, Toyle y Morgan (2002) critican un imaginario social que asocia a las personas con expresiones e identidades de género diversas en contextos culturales no occidentales con el rol de héroes o curander*s.

The transgender native is portrayed not as a normal, fallible human being living within the gender constraints of his or her own society but as an appealing, exalted, transcendent being (often a hero or healer). He or she can be imagined (e.g., as a transgender ancestor), discovered (e.g., on a trip to a foreign land), enacted (e.g., as one’s own persona), or simply cited to justify one’s own argument.

(Toyle y Morgan 2002: 477)

Además, cuestionan la utilización de la diversidad de género en culturas no occidentales como argumento para la reivindicación de un “*radical change*” en el contexto occidental, sin tener en cuenta el carácter culturalmente determinado en ambos contextos que “*can only ever be changed through collective social action, not through simple acts of will*” (Towle y Morgan: 487).

En este sentido, señalan el efecto esencialista de una diferenciación entre “*Western’ (oppressive) and ‘non-Western’ (potentially liberatory) gender systems*” (Towle y Morgan 2002: 490), cuestionando la citación descontextualizada de ejemplos de ‘terceros géneros’ a modo de una apropiación etnocéntrica y neocolonial, sin tener en cuenta la complejidad y realidad de sus vidas.

Invoking “third gender” examples in an oversimplified way or citing them out of context to underwrite Western social agendas is an unwitting kind of neocolonial (or at least ethnocentric) appropriation that distorts the complexity and reality of other peoples’ lives.

(Towle y Morgan 2002: 490)

En cambio, proponen una mirada autorreflexiva de la sociedad occidental sobre *"how 'our' narratives about 'them' (cultural others) reflect our own society's contradictory agendas concerning sexuality, gender, and power"* (Towle y Morgan 2002: 476).

Frente a un interés colonialista en la diversidad de género existente en sociedades indígenas, proponen dirigir la atención al análisis de los contextos sociales e históricos de la construcción, reproducción y transformación de los géneros y cuerpos generizados en la sociedad propia (Towle y Morgan 2002).

Rather than reify or romanticize presumed gender variability in non-Western societies, we would prefer to see greater attention given to the historical and social contexts in which gendered and sexualized bodies and relationships are produced, reproduced, and transformed.

(Towle y Morgan 2002: 487)

De forma análoga, Holmes (2004) cuestiona la fascinación antropológica por culturas que reconocen a más de dos géneros / sexos, sin garantizar su protección.

Anthropologists have been fascinated by social worlds that recognise more than two sexes and/or two genders for, among other things, such symbolic organisations demonstrate that sex is not simply given to us as an obvious biological fact, but that how we apprehend sex is shaped by other cultural, symbolic and structural features. This fascination has a spectacular history that renders it less than benign, shaped as it has been by attitudes that diminish and neglect any world view that does not arrive at the same modern dimorphism of the anthropologists' training and heritage. Fascination then provides no guarantee of protection from intellectual, cultural and political neglect.

(Holmes 2004: s.p.)

Además, Holmes (2004) observa una reproducción del binarismo en los discursos de derechos civiles surgidos en respuesta a la crisis del VIH/Sida, así como sesgos binaristas y etnocéntricos en la bibliografía antropológica contemporánea, incluyendo una representación de las personas intersex como símbolo de la transgresión del binario. Desde su propia experiencia como persona intersex, Holmes (2004) expresa su frustración en la lectura de trabajos antropológicos sobre terceros sexos / géneros.

If my criticism sounds frustrated, it is likely that as a reader, I am indeed frustrated. Each time I set out to read a new piece about 'thirds' or 'alternate' sexes and/or genders, I head into the material thinking that I am going to read something new and exciting that reveals structural problems in the conceptualisation of difference, perhaps because I too have sought answers regarding 'who we are' as intersexed people.

(Holmes 2004: s.p.)

Según Holmes (2004), la interrelación entre fascinación por el no binarismo de género en culturas no occidentales y la herencia misionera y colonialista de la disciplina antropológica, en el sentido de un deseo *"to 'civilise the native'"* (s.p.), dificulta la transformación de su mirada.

Transforming anthropological ways of seeing is not a simple matter. The anthropological fascination with cultures incorporating more than male and female sex categories into their symbolic classification schemas has been complicated by the discipline's early ties to missionary activities, and hence, to religious concerns regarding sexuality and sin. Thus, the fascination has not been simply of the sort that would imply a keen interest and relativist approach, but also one of the sort suggesting revulsion and horror and a concomitant desire to 'civilise the natives'.

(Holmes 2004: s.p.)

Juang (2006) señala el peligro de daño ético inherente a la comparación transcultural y su utilización para fines políticos propios del contexto occidental sin una posibilidad de participación activa de las personas con expresiones e identidades de género diversas en culturas no occidentales.

The benefits of cross-cultural comparisons entail an equivalent degree of ethical danger. At the outset, transgender or third sex/gender are labels that might well be rejected or culturally unintelligible if applied. (...) What is risked in using other cultures as a means to our own political ends, is an erosion of ethical consciousness in which we come to regard both “trans” and non-trans persons as mere instruments in struggles that they have had little voice in shaping and whose fruits they are unlikely to share.
(Juang 2006: 716)

Aparte de estas dinámicas de patologización en la bibliografía científica, se observa una representación patologizante, exotizante y criminalizante de la experiencia trans* en los medios de comunicación y expresiones artísticas (Vergueiro 2015).

No âmbito sociocultural, a cobertura midiática e outras expressões artísticas seguem, apesar da ampliação da visibilidade trans mundo afora, com perspectivas exotificantes, patologizantes, simplificadoras e criminalizantes sobre as vivências trans.
(Vergueiro 2015: s.p.)

1.1.2. Procesos de exclusión discursiva y su ruptura

En las reflexiones aportadas desde perspectivas trans* e intersex, se puede encontrar una frecuente descripción de vivencias de exclusión de los circuitos de producción discursiva o reducción de la propia voz a un rol testimonial, así como estrategias para la ruptura de las dinámicas de exclusión (Bornstein 1994; Cabral 2006, 2009a, 2009c; Cabral y Benzur 2005; Califia 1997; Namaste 2000; Stone 2006[1987]; Stryker 2006; Whittle 2002).

La experiencia de exclusión discursiva es descrita como un proceso de borramiento (*“erasure”*) (Namaste 2000: 51), en el sentido de una reducción de las personas trans* a la *“figural dimensión of discourse”* (Namaste 2000: 52), un proceso de exclusión de las personas trans* de ámbitos institucionales, reforzando la conceptualización de un mundo compuesto por personas cis, así como una invalidación de la posibilidad de transexualidad paralelamente al reforzamiento de prácticas institucionales que no tienen en cuenta las necesidades de las personas trans*.

These three meanings of erasure support and sustain one another: the reduction of transsexuals to the figural dimensions of discourse preempts the possibility of transsexuality subjectivity; the exclusion of transsexuals from the institutional world reinforces a conception of that world that presupposes the existence of only nontranssexual men and nontranssexual women; and the act of invalidating the very possibility of transsexuality bolsters rhetorical operations that exclude literal transsexual bodies while reinforcing institutional practices that do not consider the needs of transsexual and transgendered people.
(Namaste 2000: 51-52)

A la vez, partiendo de un marco teórico foucaultiano, Namaste (2000) señala la coexistencia de procesos de borramiento y producción de las identidades trans*. En este sentido, resalta que no todas las personas trans* experimentan la vivencia de un ‘borramiento’

de la misma manera, identificando como variables interseccionales la clase social, etnia, actividad en el trabajo sexual o estatus seropositivo (Namaste 2000).

This preoccupation with an *erasure* of transsexuality is of a different theoretical order than a concern with its *production*.
(Namaste 2000: 57)

If a reflexive poststructuralist sociology needs to understand that TS/TG people are produced through erasure, it must also appreciate that not all transsexual and transgendered people are erased in the same way.
(Namaste 2000: 266)

Califia (1997) denuncia una práctica de investigación 'sobre' las personas trans*, desde la distancia entre la figura de 'expert*' y el sujeto construido como 'desviado' y 'deficiente' (Califia 1997). Además, observa la asunción implícita de que público sea cis, eximiéndolo de una revisión de su propia perspectiva de género (Califia 1997).

To be differently-gendered is to live within a discourse where other people are always investigating you, describing you, and speaking for you; and putting as much distance as possible between the expert speaker and the deviant and therefore deficient subject. (...) There is a powerful assumption here about the audience, as well, that it is constituted for the most part of "normally" gendered people. (...) I suspect this is a strategy for reducing the anxiety of a reader who might otherwise be forced to confront his or her own failures at living up to gender stereotypes.
(Califia 1997: 1-2)

En un texto escrito en 1987, Sandy Stone (2006[1987]) denuncia la ausencia de un espacio para la voz propia de las personas trans* en el proceso de teorización, así como la presencia de dinámicas de infantilización y patologización que impiden el reconocimiento de la subjetividad y capacidad de teorización de las personas trans*. La autora identifica dinámicas de exclusión discursiva no solo en el ámbito médico, sino también desde perspectivas feministas, tomando como ejemplo el texto *The Transsexual Empire. The Making of the She-Male* de Janice Raymond (1979) en el que observa una reducción de las identidades trans* a un objetivo de reproducción del poder patriarcal e 'infiltración' en espacios feministas. En recitación crítica a este texto, Stone (2006[1987]) titula su trabajo *The Empire Strikes Back: A Posttranssexual Manifesto* (221).

The people who have no voice in this theorizing are the transsexuals themselves (...). As with "genetic" women, transsexuals are infantilized, considered too illogical or irresponsible to achieve true subjectivity, or clinically erased by diagnostic criteria; or else, as constructed by some radical feminist theorists, as robots of an insidious and menacing patriarchy, and alien army designed and constructed to infiltrate, pervert and destroy "true" women.
(Stone 2006[1987]): 230)

Quince años después del '*The Empire Strikes Back*', Whittle (2002) atribuye al texto de Janice Raymond (1979) una influencia en la desacreditación de la voz académica de las personas trans*. Como otras barreras de acceso a los procesos de producción discursiva, identifica la presencia de restricciones sociales y legales, así como el peso de un discurso patologizante que, según Whittle (2002) niega a las personas trans* la posibilidad de objetividad y sexualidad.

It has only been very recently that trans people have felt able to participate in the theoretical discussions. The fight to be included has faced several serious problems. Firstly, any discussion of gender by the trans community has been hampered by the medical discourse surrounding transgender behavior which makes them both self-interested and decidedly barmy. Secondly, they have been hampered by social and legal restrictions which have made it very difficult to publicly come out as transgender or transsexuals and which further adds another aspect of self-interest in any work they might do on gender issues. Thirdly, Janice Raymond's thesis in *The Transsexual Empire* (1979) discredited for a long time any academic voice they might have, in particular, with feminist theorists. (...) Fourthly, trans people have not been allowed either objectivity or sexuality. (Whittle 2002: 71)

Desde el contexto latinoamericano, se señala la falta de reconocimiento de ciudadanía plena y del saber de las travestis en diferentes áreas de producción teórica y artística (*"No nos ven como productoras de ideas en el arte, en la ciencia, en todos los espacios del saber"*, Berkins 2007: 5).

La falta de reconocimiento de las personas trans* como productor*s de conocimiento y agentes de cambio se identifica como una consecuencia la patologización de las expresiones e identidades trans* (GATE 2015b).

Most of us face one of the most enduring and negative consequences of trans pathologization: we are very rarely recognized as true knowledge-makers, and given formal opportunities to be agents of those changes we all want to see in the world. (GATE 2015b: s.p.)

Desde una perspectiva teórico-activista, Viviane Vergueiro (2015) nombra el proceso de jerarquización entre saberes científicos patologizantes y perspectivas críticas como un elemento que dificulta la lucha política.

Entretanto, é necessário enfatizar que as relações de poder envolvidas nestes diálogos ainda posicionam os saberes 'científicos' patologizantes hierarquicamente acima das perspectivas críticas às suas limitações e violências, tornando complicadas estas lutas políticas. (Vergueiro 2015: s.p.)

Frente a estas experiencias, se hace una llamada a la creación de reflexiones teóricas y una reescritura de la propia historia (Bornstein 1994; Califia 1997; Stryker 2006; Whittle 2002).

Trans people as writers and speakers used to have to be: firstly, apologists; secondly, explainers; thirdly, educators. However, the time has come when we are seeing a new form of trans performativity and text giving: now they have become theorizers about the idea/word/signifier 'gender'. (Whittle 2002: 52)

Mientras las primeras referencias de la experiencia trans* constituían las autobiografías publicadas por personas trans* que pudieron acceder a procesos de modificación corporal en la primera época de intervención quirúrgica, como Jorgensen, Morris, Wegnerer y Martino (Califia 1997), en los años 90 se puede observar la emergencia de textos de reflexión teórica e investigaciones empíricas escritos por académic*s/activistas trans*, en los que a menudo se incluye la perspectiva autobiográfica (Green 2006[2000]; Spade 2006a; Stone 2006[1987]); Stryker 1998, 2006[1994]; Whittle 2002, 2006).

Desde perspectivas teórico-activistas trans*, se resalta la importancia de una emergencia de las voces e historias de las personas trans* (Bornstein 1994; Califia 1997).

I want this book to be the conversation I always wanted as I was growing up, and never had the chance to have. The time for discreet and distant observation of transgendered lives seems to be coming to an end. There's more and more evidence that transgendered folks are making a place for themselves in the culture.
(Bornstein 1994: 12)

Doctors, therapists, feminist theorists, and gay historians all have their own axes to grind about transsexuality. They are incapable of seeing the world through transgendered eyes or passing on the information that transgendered people need to affirm their own worth and create a place for themselves in our society. Transgendered people are faced with the necessity of uncovering and writing their own history.
(Califia 1997: 158)

Whittle (2006) identifica la escritura autobiográfica como una tradición de las comunidades trans* que cuestiona la noción de objetividad de la escritura científica.

[T]ransgendered people have questioned the whole notion of objectivity – they do not try to claim it and instead they have built on the tradition the community has of autobiographical writing to give a voice to their self-acknowledged subjectivity.
(Whittle 2006: 199)

Esta llamada a la visibilización de las personas trans* y construcción de alternativas a un modelo patologizador está también presente en documentos activistas (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010b).

Este es un nuevo punto de inflexión en una lucha que consideramos histórica. Son nuestras voces trans invitando a construir alternativas a una tradición de patologización de nuestras vidas.
(Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español 2010b: 29)

A la vez, se aporta una revisión de las ambivalencias inherentes a la escritura autobiográfica y testimonial (Cabral 2006; Mejía 2006; Stryker 2006[1994]; Whittle 2006). Esta reflexión también se nombra en relación a narrativas intersex (Cabral 2009a, 2009c; Cabral y Benzur 2005).

Stryker (2006[1994]) señala la influencia negativa de la psicopatologización de las identidades trans* en la reivindicación del reconocimiento de su perspectiva.

I live daily with the consequences of medicine's definition of my identity as an emotional disorder. Through the filter of this official pathologization, the sounds that come out of my mouth can be summarily dismissed as the confused ranting of a diseased mind.
(Stryker 2006[1994]: 249).

Whittle (2006) describe las oportunidades y riesgos inherentes a un posicionamiento público y escritura académica como persona trans*.

Trans theorists, who have been able to authenticate the actual spheres of pain within trans lives, in conjunction with critiquing existing commentary, have enabled the coherent voices of trans people to be heard throughout the academy. This task was not without risk. The willingness of trans academics and theorists to give up their hard-fought-for privacy in their new gender role has undoubtedly cost the pioneers in the field. However, it has been through this articulation of the imposition of gendering on us by others that the position of suffering of those with trans identities has been heard.
(Whittle 2006: xv)

Según Whittle (2006), el proceso de entrada discursiva de perspectivas trans* no solo ha influido los estudios de género, sino también a las personas trans*.

The public articulation of a trans voice and trans consciousness has not only influenced sex and gender studies, but it also impacted on trans people themselves, and has provided a collection of materials that coherently explain their own experiences as genuine.
(Whittle 2006: xv)

A la vez, Whittle (2006) señala la ambivalencia de una entrada de personas trans* a espacios académicos en consecuencia de una fascinación cultural con lo percibido como ‘otredad’.

It is now posible, simply by “telling” or theorizing my own life and the lives of other trans people, for me to build an academic career based on the fascination of the “Other” with people like me. It is their obsession that has given us the opportunity to use the power of the media to tell our stories, to theorize our lives, and to seek equality and justice.
(Whittle 2006: xii)

Asimismo, desde la observación de un mayor número de análisis sociológicos por parte hombres trans* que de mujeres trans* (aparte de las reflexiones aportadas por autoras trans* como Sandy Stone, Vivian Namaste, Riki Wilchins o Susan Stryker), Whittle (2006) identifica una mayor barrera de entrada a los espacios académicos para mujeres trans* que atribuye a la dificultad de ‘pasar’ como personas cis, así como situaciones socio-económicas precarias.

It may well be that the difficulty in “passing” makes it easier said than done for trans women to access the academy. It might be that the poverty that comes from more often supporting a prior family makes it harder for trans women to put together a research career. Whatever the reason, it highlights what the community already knows: trans women are most frequently the victims of discrimination because of their visibility.
(Whittle 2006: xiv)

Norma Mejía (2006) describe en su tesis doctoral, basada en un relato autobiográfico, el proceso de lucha por el reconocimiento académico como antropóloga desde su trayectoria como persona trans*, trabajadora sexual y activista.

No soy una antropóloga que ha frecuentado transexuales y ha conseguido que la acepten. Mi caso es el contrario. Soy una transexual que ha estudiado antropología y que ha intentado que l@s antropólog@s la acepten como una de ell@s. ¿Lo conseguiré? No lo sé, y lo dudo mucho, pero el esfuerzo habrá valido la pena.
(Mejía 2006: 29)

Mauro Cabral (2006) compara la desvaloración de las voces trans* con la falta de reconocimiento de lenguas indígenas por parte de perspectivas colonialistas, observando la limitación a un lugar poco reconocido y una constante mirada evaluadora sobre la propia expresión de género.

Puesto que la *transgeneridad* ha sido y es considerada un suburbio muy alejado de la metrópoli genérica –cuando no el territorio bárbaro que se extiende extramuros su valor como cultura y como tradición teórico– política ha sido desconocida, por lo general, por quienes hablan, escriben y deciden sobre el tema. Como si la *perspectiva de género* mantuviera con la *transgeneridad* la relación de colonialismo que los lenguajes mantienen con los dialectos, los aportes poéticos y políticos transgenéricos han sido sistemáticamente ignorados. En su lugar, en cambio y una vez más, bajo la lógica de la apropiación colonial, la *transgeneridad* es evaluada en sus encarnaciones concretas: “¿si la transgeneridad es subversión, por qué *esta* travesti se pinta las uñas? ¿si la *transgeneridad* desafía el binario, por qué usás nombre de varón?”, nos preguntan.^[referencia] Como nativ*s dotad*s apenas de un cuerpo cuya significación sólo puede establecerse de acuerdo a la lógica de quienes lo interrogan (se trate del feminismo, el psicoanálisis o el derecho), la recepción de la interpelación transgenérica tiene lugar bajo una incesante escopofilia.
(Cabral 2006: 101)

En otro texto, Cabral (en: Cabral y Benzur 2005) destaca la importancia de la producción autobiográfica intersex como intervención, abriendo una posibilidad de escucha de su perspectiva, al mismo tiempo que advierte el carácter reducido de una escucha desde el lugar de ‘pacientes’.

El rol de las personas intersex como testimoniante es sin lugar a dudas fundamental, pero también un arma de doble filo; por un lado, la producción autobiográfica ha sido y es uno de los instrumentos más importantes de intervención intersex en la cultura – no solamente en cuanto a la capacidad crítica que despliegan much*s activistas, sino también al mismo acontecimiento, al que la autobiografía intersex tenga lugar, que el decir intersex tenga lugar, ocurra. Ese decir funciona como una cuña, como una fisura que se va abriendo, muy lentamente, en la escucha reducida. Y ese es uno de los aspectos más sombríos del activismo intersex: nuestra posición como enunciatarios, como pacientes, es decir, sujetos de una tradicional escucha menguada, mutilada.
(Cabral en: Cabral y Benzur 2005: 298)

Frente a la expectativa cultural de una biografía intersex predeterminada, se reclama el derecho de ser “*tan de verdad y tan de ficción como todas las demás*” (Cabral 2009c: 107-108).

A mí también me atormenta pensar en cómo dar cuenta de quiénes somos, qué nos han hecho y qué nos pasa. La respuesta, me parece, no puede ser sin embargo la reducción total de nuestra experiencia al recitado de un texto médico. No puede ser, tampoco, la de otra reducción –esta vez, a la de la lógica del testimonio. El cambio que anhelamos no puede consistir en meramente convertirnos en ejemplos perfectos ni de la anatomía ni de la biografía intersex tal y como el saber de nuestra cultura las consagran. No necesitamos solamente que quienes están a nuestro alrededor comprendan los términos verdaderos en los que se dirime nuestra existencia, sino que experimenten, de una vez por todas, que somos tan de verdad y tan de ficción como todas las demás.
(Cabral 2009c: 107-108)

Paralelamente a una reivindicación de la inclusión discursiva de perspectivas trans* e intersex en los espacios académicos, se señala otro eje de exclusión: La menor visibilidad y posibilidad de acceso a los circuitos de producción y difusión discursiva para autor*s intersex que proceden de contextos no angloparlantes, especialmente de los países del Sur Global (Cabral 2009a), una reflexión también presente en discursos trans* (Vergueiro 2015).

Queríamos contribuir a la puesta en común de *saberes* sobre intersexualidad que se diferenciaban, de manera rotunda, de cualquier trato academicista del tema. Y queríamos, también, que esos *saberes* fueran articulados en las lenguas del Sur Global. Al menos, y por ahora, en dos de esas lenguas. A lo largo de la historia de su *tematización* teórica y política, la intersexualidad parece haber sido una de esas cuestiones sobre las que se escribe y se lee en inglés. Sin lugar a dudas, la producción angloparlante ha tenido una importancia decisiva no sólo en maneras habituales de pensar la intersexualidad como cuestión sino también en la emergencia y el reconocimiento de la intersexualidad como una cuestión a ser pensada. Sin embargo, esa misma producción pareciera haberse convertido en *el* modo de abordar esa *tematización*, clausurando la posibilidad de otros modos, articulados en otras lenguas.
(Cabral 2009a: 5)

Con referencia al contexto brasileño, Viviane Vergueiro (2015) analiza la interrelación entre la (psico)patologización de las vivencias trans* y dinámicas colonialistas en el proceso de producción de saberes procedentes del Norte Global, resaltando la importancia de descolonizar las diversidades corporales y de género.

Gostaria de agradecer pela oportunidade de trazer uma (breve) contextualização brasileira sobre a (psico)patologização das vivências trans, enfatizando também que as especificidades deste paradigma normatizante em países como o Brasil — de história

colonial, racista, elitista — se articulan profundamente con colonialidades de poder e saber nas ciências fabricadas no norte global. Neste sentido, estas colonialidades científicas repercutem negativamente contra as perspectivas de gênero que sejam diferentes e mais complexas do que os modelos eurocêntricos que norteiam a construção dos saberes sobre identidades de gênero. Um exemplo importante desta repercussão negativa está na ocidentalidade envolvida na produção discursiva das identidades trans, que não raro apaga e marginaliza experiências, cosmogonias e autopercepções de gênero que não podem ser circunscritas aos paradigmas cisnormativos e ocidentais que influenciam nossas miradas sobre corpos humanos. É preciso descolonizar, interseccionalmente, as diversidades corporais e de identidades de gênero. (Vergueiro 2015: s.p.)

1.1.3. “(Des)subjugated knowledges”³⁷⁴: El lugar en el campo científico

Frente a una tradición de teorización biomédica caracterizada por una exclusión de las personas trans* e intersex como agentes de conocimiento, en las últimas décadas se puede observar la emergencia de un amplio campo de reflexiones teóricas aportadas desde perspectivas trans* e intersex y aliad*s, a menudo por autor*s que escriben desde una doble perspectiva teórico-activista³⁷⁵.

In the 1990s, a new scholarship, informed by community activism, started from the premise that to be trans was not to have a mental or medical disorder. This fundamental shift was built upon within academia, and enabled trans men and women to reclaim the reality of their bodies, to create with them what they would, and to leave the linguistic determination of those bodies open to exploration and invention. (Whittle 2006: xii)

En este campo discursivo emergente, la inclusión de la perspectiva autobiográfica no está reducida a la aportación de un ‘testimonio’, sino constituye parte íntegra de la reflexión teórica (Cabral 2009a; Spade 2006a; Stryker 2006[1994]; Whittle 2006). En este sentido, la posibilidad de una voz epistemológica propia desde la vivencia y perspectiva trans* e intersex se resalta como un elemento fundador de la perspectiva teórica de los estudios trans* y discursos intersex (Cabral 2009a; Stryker 1998; Valentine 2007; Whittle 2006).

A la vez, se señala que esta focalización de una producción discursiva desde perspectivas teóricas trans* o intersex no significa que tod*s l*s autor*s tuvieran que identificarse como personas trans* o intersex o que la posición subjetiva como persona trans* o intersex posibilitara un conocimiento más válido (Cabral 2009a; Stryker 2006).

En cambio, se pone el foco en la ruptura con una tradición de exclusión de las personas trans* e intersex de los procesos de producción de conocimiento (Cabral 2009a; Stryker 2006) y cuestionamiento de la pretensión de neutralidad y universalidad por parte de voces privilegiadas en el debate (Stryker 2006).

Transgender studies considers the embodied experience of the speaking subject, who claims constative knowledge of the referent topic, to be a proper –indeed essential– component of the analysis of transgender phenomena; experiential knowledge is a legitimate as other, supposedly more “objective” forms of knowledge, and is in fact necessary for understanding the political dynamics of the situation being analyzed. This is not the same as claiming that

³⁷⁴ Fuente de la cita: Stryker 2006: 12.

³⁷⁵ Cabral 2009a; Namaste 2000; Stone 2006[1987]; Stryker 2006; Towle y Morgan 2002; Whittle 2006.

subjective knowledge of “being transgender” is somehow more valuable than knowledge of transgender phenomena gained from a position of exteriority, but is rather an assertion that no voice in the dialog should have the privilege of masking the particularities and specificities of its own speaking position, through which it may claim a false universality or authority.

(Stryker 2006: 12)

Desde perspectivas intersex, se señala la diversidad interna de las *“escrituras de la intersexualidad”* (Cabral 2009a: 1), al mismo tiempo que se identifica como eje compartido el compromiso ético de l*s autor*s.

Este libro reúne un conjunto de textos que tienen a la intersexualidad como su cuestión central. Se trata de textos producidos desde distintas perspectivas teóricas y políticas, pero que comparten, en todos los casos, dos rasgos fundamentales: fueron escritos en castellano o portugués, y su escritura expresa el fuerte y definido compromiso ético de sus autor*s con la cuestión. Queríamos contribuir a la puesta en común de saberes sobre intersexualidad que se diferenciaban, de manera rotunda, de cualquier trato academicista del tema.

(Cabral 2009a: 5)

Retomando el concepto de *“subjugated knowledges”* de Foucault (2003[1976]), Stryker (2006) señala la importancia de una recuperación de conocimientos silenciados sobre la experiencia trans*, atribuyendo a los estudios trans* el denominativo de *“(des)subjugated knowledges”*, en el sentido de un proceso de valoración y reconocimiento de un conocimiento previamente marginalizado, a modo de una *“radical critical intervention”* (Stryker 2006: 12-13).

Transgender studies, through desubjugating previously marginalized forms of knowledge about gendered subjectivity and sexed embodiment, promises just such a radical critical intervention.

(Stryker 2006: 13)

Desde la experiencia de procesos de exclusión discursiva y la conciencia del lugar complejo de los estudios trans* entre teoría y práctica, la elaboración de nuevos marcos epistemológicos y prácticas representacionales se identifica como una tarea importante en su ejercicio (Stryker 2006).

One important task for transgender studies is to articulate and disseminate new epistemological frameworks, and new representational practices, within which variations in the sex/gender relationship can be understood as morally neutral and representationally true, and through which anti-transgender violence can be linked to other systemic forms of violence such as poverty and racism.

(Stryker 2006: 10)

Su aportación metodológica y epistemológica específica se analiza desde el reconocimiento de una cercanía conceptual con el posmodernismo (Stryker 2006).

Transgender studies (...) is the relatively new critical project that has taken shape in the past decade or so. It is intimately related to emergent ‘postmodern conditions’ for the production of knowledge, and is as innovative methodologically as it is epistemologically.

(Stryker 2006: 12)

En otro texto, Stryker (2004) hace referencia a la relación entre los estudios trans* y la teoría queer. Resalta el desarrollo propio de los estudios trans*, transgrediendo su lugar ‘a la sombra’ de la teoría queer al aportar un nuevo abordaje de problemas emergentes en el estudio crítico de sexualidades, identidades, corporalidades y deseos (Stryker 2004). En este

sentido, Stryker habla de los estudios trans* como "*Queer Theory's Evil Twin*" (Stryker 2004: 212). Además, Stryker (2004) señala la interrelación de los estudios trans* con enfoques críticos de discapacidad y estudios intersex.

The field of transgender studies has taken shape over the past decade in the shadow of queer theory. Sometimes it has claimed its place in the queer family and offered an in-house critique, and sometimes it has angrily spurned its lineage and set out to make a home of its own. Either way, transgender studies is following its own trajectory and has the potential to address emerging problems in the critical study of gender and sexuality, identity, embodiment, and desire in ways that gay, lesbian, and queer studies have not always successfully managed. This seems particularly true of the ways that transgender studies resonate with disability studies and intersex studies, two other critical enterprises that investigate atypical forms of embodiment and subjectivity that do not readily reduce to heteronormativity, yet that largely fall outside the analytic framework of sexual identity that so dominates queer theory.
(Stryker 2004: 214)

En una entrevista realizada en 2014, Stryker (en: Dierkes-Thrun 2014) vuelve a confirmar la contribución de los estudios trans* a la entrada de las personas trans* a la academia, sin cerrar el campo de los estudios trans* a personas que no se identifican como trans*. Además, hace referencia a la relevancia de una construcción de conocimientos 'con' en vez de 'sobre' las personas trans*, desde la inclusión de diferentes dimensiones interseccionales y la aportación de su perspectiva a una reflexión sobre el sistema de género y la sociedad (Stryker en: Dierkes-Thrun 2014).

Bringing trans studies into the academy is one way of bringing more trans people into the academy. Of course I'm not arguing that trans studies is something that on trans people can participate in. Far from it—anybody can develop an expertise in this area, or feel that they have some sort of stake in it. But just as disability activists said in the 70s and 80, "nothing about us without us." What's most significant is creating an opportunity for the privileged and powerful kinds of knowledge production that takes place in the academy (about trans topics or any other area that involves people) to be not just objectifying knowledge, what we might call "knowledge of," but also "knowledge with," knowledge that emerges from a dialog that includes trans people who bring an additional kind of experiential or embodied knowledge along with their formal, expert knowledges. It's the same rationale for any kind of diversity hiring initiative. People have different kinds of "situated knowledges" that derive from how they live their bodily differences in the world. It's important to have people in critical conversations who come from different perspectives based on race/ethnicity, gender, ability, national origin, first languages, etc. Transgender represents a different kind of difference that offers a novel perspective on how gender systems, and therefore society, work.

(Stryker en: Dierkes-Thrun 2014: s.p.)

Nagoshi y Brzuzy (2010) describen la teoría trans* como una orientación teórica emergente enfocada a la comprensión de la experiencia vivida e interseccional de las personas trans*, partiendo de y transgrediendo perspectivas feministas y queer, con el objetivo de empoderar a las personas trans* y de construir alianzas entre el activismo trans* y otros movimientos sociales.

Transgender theory provides a comprehensive and integrated framework for understanding and empowering individuals with multiple, intersectional oppressed identities. There are numerous possible future applications of transgender theory in studying the nature of oppressed social identities and developing appropriate interventions for personal and political empowerment.

(Nagoshi y Brzuzy 2010: 440)

En el desarrollo de las “*escrituras de la intersexualidad*” (Cabral 2009a: 1) o “*intersex studies*” (Stryker 2004: 214), se resalta la importancia de la reflexión sobre temáticas intersex no solo para las personas intersex, sino para toda la sociedad (Cabral 2009a).

[C]reemos que la intersexualidad no es algo que *le* pasa sólo aquellas personas que nacieron con cuerpos que varían respecto del promedio corporal femenino o masculino, sino que la intersexualidad es algo que *nos* pasa. A cada paso. A tod*s.
(Cabral 2009a: 7)

Paralelamente a las reflexiones aportadas desde perspectivas trans* e intersex, se pueden identificar reflexiones críticas sobre el campo científico aportadas desde el ámbito queer (Butler 1994; Castro Varela 1999; Córdoba García 2005; De Lauretis 1994; Halperin 1995; Mahoney y Van der Platenvlotbrug 2001; Sáez 2006; Vidarte 2005).

De forma análoga a los procesos de exclusión discursiva y construcción de discursos propios descritos desde perspectivas trans* e intersex, se refleja la experiencia de una construcción teórica de la teoría queer desde un lugar de potencial exclusión y marginalidad discursiva (Córdoba García 2005).

Construir un discurso queer implica por lo tanto situarse en un espacio extraño que nos constituye como sujetos extraños de un conocimiento extraño inapropiado, malsonante. Hacer y hablar de teoría queer es, en este contexto, asumir un cierto acto político de intervención enunciativa por la cual, en un cierto sentido, se suspende la autoridad de la disciplina académica y se la increpa desde uno de sus márgenes, con el objetivo de movilizar y desplazar ese margen.
(Córdoba García 2005: 23)

A la vez, a pocos años de la publicación de las primeras reflexiones teóricas queer, se puede constatar una autorreflexión crítica sobre procesos de institucionalización académica y transformación de la teoría queer desde un discurso marginalizado en un vehículo de reconocimiento académico (Butler 1994; De Lauretis 1994; Halperin 1995; capítulo I, 1.1.1.1), una crítica compartida por autor*s más recientes (Castro Varela 1999; Mahoney y Van der Platenvlotbrug 2001; Sáez 2006; Vidarte 2005).

En este sentido, Butler (1994) señala la necesidad de “*resisting the institutional domestication of queer thinking*”, considerando que “[f]or normalizing the queer would be, after all, its sad finish” (Butler 1994: 21).

Como riesgos inherentes al proceso de reconocimiento académico, se identifica la pérdida de la fuerza reivindicativa de las propuestas queer (Halperin 1995; Mahoney y Van der Platenvlotbrug 2001; Vidarte 2005) y su utilización como capital simbólico en los espacios de producción de conocimiento, a detrimento de los objetivos políticos de los discursos queer (Castro Varela 1999).

Paco Vidarte (2005) y Javier Sáez (2006), desde una perspectiva autocrítica sobre su propia posición como co-directores de un curso académico sobre teoría queer, realizan una valoración crítica sobre el proceso de consagración de la teoría queer por las instituciones universitarias, en el sentido de una producción de saberes desde la academia que no corresponde al carácter contestatario de los discursos queer.

Lo queer en la universidad –también– sirve para esto: genera ingresos, abre puertas, imparte cursos, da nombre, dietas, títulos, créditos, prestigio y satisface a enteraillos, diletantes y conferenciantes a sueldo. Forma parte del capital a poco que se descuide uno y se olvide de que el paso de lo queer por las aulas es sólo un fenómeno tangencial, oportunista, contingente, puede que nacido de la mejor voluntad, pero que siempre estará en contradicción con la Institución, con cualquier institución, porque no hay instituciones queer, ni cercanas a lo queer, ni muy queer ni poco queer, ni tampoco hay funcionarios queer, ni lo queer es algo con o a lo que se juega. (Vidarte 2005: 77-78)

No queríamos convertirnos en una especie de “representantes” o “portavoces de lo queer”, porque lo queer es necesariamente irrepresentable, porque nuestra posición de clase y de raza no es en absoluto queer, y para evitar la posibilidad de una utilización mediática y estética de lo queer como objeto de consumo, de culto o de vanguardia. (Sáez 2006: s.p.)

Las diferencias en el análisis del campo científico y el propio lugar entre perspectivas trans* e intersex por un lado, y perspectivas queer por otro, abre la pregunta por los factores que influyen en esta situación diferenciada, entre ellos un proceso diferente de vinculación académica y/o un grado diferenciado de discriminación, patologización y exclusión social de posiciones subjetivas trans*, intersex o queer en el contexto histórico de la lucha contra su clasificación diagnóstica como trastorno mental, ‘anomalía’ o ‘malformación’.

1.1.4. *"Instead, I am part of the cultural crisis of the new millennium"*³⁷⁶: La doble perspectiva teórico-activista

Como una característica de los emergentes campos discursivos trans* e intersex se puede nombrar la frecuente presencia de una doble perspectiva teórico-activista en sus autor*s.

De forma reiterada, el doble rol como académic*s y activistas trans* se hace explícito en los textos (Towle y Morgan 2002; Stryker 1998, 2006[1994], 2008; Whittle 2002, 2006), con referencia a la aportación específica de esta doble posición.

During the process of researching and writing this book I have had the unique experience of being a transsexual who presents myself to gender identity clinics and other health care institutions not to obtain services or undergo a psychiatric assessment, but to study how these institutions work and to identify potential gaps in the services. (Namaste 2000: xii)

So I become a part of the object of my study by studying it. I politicise, theorise the culture of gender, and in that way, I irreversibly change it. In the politics of gender, sex and the body, the existence of the body is, for us all, a statement of gender from the moment of birth. No matter how hard you try to talk about somebody else, you are always going to be talking about yourself. This book is, in the words of Stuart Hall, a ‘moment of self-clarification’. (Whittle 2002: 61)

La doble posición como académic*s y personas/activistas trans*, facilita, según la perspectiva de l*s autor*s revisad*s, una posición de reflexividad y autoconciencia desde la que se plantea el compromiso de llevar a cabo prácticas de investigación responsables y comprometidas con los objetivos del activismo político (Towle y Morgan 2002; Whittle 2002).

³⁷⁶ Fuente de la cita: Whittle 2006: viv.

We come to this discussion from anthropological experience as well as from personal transsexual experience. As the self-conscious subjects of our own inquiry into how anthropologists and trans-identified individuals alike use transgender-native models, we are ultimately invested in ensuring careful, responsible representation of individuals outside our culture. We are simultaneously committed to supporting transgender/transsexual scholarship, representation, and activism. If a common complaint among trans individuals is that their lives and identities are violated and misrepresented for the goals of scholarship, then it behooves us to make sure that we do not commit the same offense against others for the goal of political advancement.

(Towle y Morgan 2002: 470)

Se observa una relación recíproca entre reflexión teórica y acción activista, en la que se constata no solo una influencia de la actividad activista en la producción teórica, sino también de los discursos teóricos en la autoconceptualización de las personas trans* (Whittle 2006).

The public articulation of a trans voice and trans consciousness has not only influenced sex and gender studies, but it also impacted on trans people themselves, and has provided a collection of materials that coherently explain their own experiences as genuine. Amongst other things, it has created new ways in which to be an activist, as well as new ways of being trans.

(Whittle 2006: xv)

En este proceso, la experiencia trans* e intersex cambia de ser una narración de un destino individual, problema o enfermedad a ser concebida como expresión de un fenómeno de la cultura contemporánea y aportación a la misma, a modo de una "*cultural crisis of the new millennium*" (Whittle 2006: xiv).

On reflection, if I was not trans, I imagine I would have been an ordinary woman (though that is too difficult to imagine), perhaps with a teaching job, cooking meals, doing the garden, and ringing up the kids. Instead, I am part of the cultural crisis of the new millennium.

(Whittle 2006: xiv)

Aparte de las oportunidades de la doble experiencia teórico-activista, l*s autor*s revisad*s también contribuyen reflexiones sobre desafíos, contradicciones y limitaciones.

Escribir desde una doble posición teórico-activista no solo se percibe como una oportunidad, sino como una especial responsabilidad, en el sentido de un legado ético de no reproducir dinámicas de representación heterónoma de las vidas e identidades trans* mediante la investigación, aunque ésta tuviera objetivos políticos emancipatorios (Towle y Morgan 2002).

Feinberg (1996) realiza una autorreflexión crítica sobre la propia posición teórico-activista trans* en la intersección con otras dimensiones como la clase social o la etnia.

Could I wind the answers to these questions when it means wending my way through diverse societies in which the concepts of sex and gender shift like sand dunes over the ages? And as a white, transgender researcher, how can I avoid foisting my own interpretations on the cultures of oppressed peoples' nationalities?

(Feinberg 1996: xi-xii)

Desde su propia experiencia como activista intersex e "*ISNA poster-child*" (99)³⁷⁷, Morgan Holmes (2008) señala las ambivalencias de salir a la arena pública como activista intersex y dificultad de controlar las representaciones visuales y textuales referidas a la propia

³⁷⁷ Holmes (2008) hace referencia a *ISNA, Intersex Society of America*.

persona.

Questions of personal safety and politics aside, there are enormous difficulties in controlling the signifier, even when that signifier is one's own body.
(Holmes 2008: 99)

A la par de una valoración positiva de la posición de *insider*, se señala que la posición como miembro de un grupo social no automáticamente produce una representación más adecuada (Towle y Morgan 2002).

"[M]ember" knowledge is based on the conviction that members have a right to represent themselves, both to inspire others and to resist hostile and repressive political forces. But the politics of membership are complex. Do transgender natives, speaking for themselves, merit a place in the literature? What if they elect to be silent or invisible?
(Towle y Morgan 2002: 470 - 471)

En el marco de su tesis doctoral, basada en una investigación cualitativa con personas trans* en el contexto británico, Zowie Davy (2008) hace referencia a la influencia de su posición como persona trans* en el proceso de trabajo de campo. Desde la conciencia de las ventajas del rol como *insider*, tanto en relación al proceso de contacto como respecto a la sensibilidad hacia las personas entrevistadas, señala que esta posición no es exenta de dificultades, en el sentido de la presuposición de una experiencia compartida entre la investigadora y las personas participantes que no siempre corresponde a la realidad (Davy 2008).

On the other hand, however, there was a clear assumption by some participants that I would already know about and understand some elements of what they were saying without detailed explanation, simply because I was assumed to have identical experience – an assumption that was often incorrect. And this also often worked in reverse, when I had initially assumed shared experiences which sometimes turned out to be markedly different. In order to fully elicit their accounts, then, it was sometimes necessary to ask multiple questions on the same topic to ask them to explain things they assumed I already understood, and sometimes these accounts were quite different from my own experiences.
(Davy 2008: 93)

Asimismo, refleja la experiencia de una lectura diferenciada de su propia identidad y corporalidad trans* por parte de las personas participantes, produciendo tanto reacciones de una mayor afinidad como de una negación de 'leer' a la investigadora como persona trans* (Davy 2008).

One further and far less tangible issue was that at times I felt that my own appearance was quickly "evaluated" by some participants and that this coloured the research encounter somewhat. In some cases my appearance seemed to prompt an immediate affinity with the participant but at other times this was not the case. It is impossible to say exactly what this meant and it is likely that this takes place in all interview situations where the body of the researcher is "read" for signs of affinity or otherwise with the participant.
(Davy 2008: 83)

Platero (2013) incluye una mención autorreflexiva de su propia trayectoria académico-activista, los aspectos de interseccionalidad en su experiencia, así como su proceso de tránsito entre los géneros en su tesis doctoral. Identifica la relación con el ámbito activista LGBTQ y (trans)feminista como una oportunidad de adquirir conocimientos privilegiados y aportación para el trabajo académico, a pesar de su falta de reconocimiento en el currículum académico (Platero 2013).

Una actividad informal y que no es un mérito en el currículum académico me ha ofrecido un conocimiento privilegiado de los conflictos propios y las características de los movimientos sociales, como son los movimientos LGTBQ y los (trans)feminismos. Al mismo tiempo, soy consciente de que las habilidades que he desarrollado en estos movimientos sociales son imprescindibles para mi carrera académica. De hecho, mi activismo universitario LGTB y feminista me ha facilitado leer tempranamente y acceder a contenidos académicos y autoras que han resultado vitales para este trabajo investigador.

(Platero 2013: 9)

En relación al concepto de interseccionalidad, que constituye el tema central de su tesis doctoral, Platero (2013) señala la importancia de aspectos interseccionales en su propia trayectoria vital, por la pertenencia de sus padres a la comunidad sorda y por una conciencia temprana de la clase social de su entorno familiar.

Si tuviera que revelar quién soy, como sujeto que investiga y por tanto situado frente al objeto de estudio que elijo, señalaría que he aprendido sobre la interseccionalidad a través de mis padres y mis experiencias vitales. He crecido conviviendo con la “sordomudez” y en el seno de una comunidad Sorda que aún no había visto su lengua y cultura reconocidas, adquiriendo tempranamente además una conciencia de clase.

(Platero 2013: 10)

Como otro elemento de interseccionalidad nombra la vivencia de masculinidad y los conflictos que la expresión de género diferente al género asignado al nacer suscitó en su entorno social, familiar y escolar (Platero 2013).

Simultáneamente, pronto fue evidente la masculinidad que encarno y que siempre ha disparado las alarmas y pánicos sexuales de quienes se han sentido guardianes de la norma heteronormativa, como la escuela, el vecindario, la familia extensa. Esta evidente masculinidad se ha evidenciado en varias inflexiones en mi identidad de género, que se revelan como experiencias sexuadas y de género que a día de hoy aparecen como un tránsito inacabado.

(Platero 2013: 10)

En un artículo titulado *Two Trans* Teachers in Madrid. Interrogating Trans*formative Pedagogies*, Platero y Drager (2015) reflexionan en un diálogo sobre su experiencia docente desde una trayectoria de tránsito entre los géneros, identificando oportunidades y desafíos de “*Trans*formative Pedagogies*”(447).

Desde el ámbito de la educación bilingüe, Drager (en: Platero y Drager 2015) observa que l*s niñ*s castellanohablantes, con edades entre seis y nueve, usan el femenino (correspondiendo al género asignado al nacer) para nombrarlo cuando hablan en inglés, mientras usan el masculino (su género actual), cuando le hablan en castellano.

Según Drager (en: Platero y Drager 2015) el reconocimiento de su género actual en castellano se puede relacionar con una afinidad emocional con la lengua materna que les permite nombrarlo tal cómo le perciben, a diferencia del carácter aprendido del inglés.

In Spanish though, because for most of them it is their mother tongue (or at least a language they are more familiar with than English), they use language to gender me as they see me. While in English they consistently use she and her, in Spanish they almost exclusively use the masculine o to describe me. I have tried to figure out why this happens, and the best answer I have is that for them, English is a learned formula; it isn't the language to which they have any form of emotional attachment, so they can follow the format that is given to them. But then, in their own language, they use their own words to describe me as they see me.

(Drager en: Platero y Drager 2015: 455)

En su experiencia docente con jóvenes adult*s, Platero (en: Platero y Drager 2015) observa una mayor facilidad para nombrarlo según su género actual en l*s alumn*s que en l*s profesor*s, así como una influencia de la actitud de apertura del alumnado en el profesorado (*“The more students that engage with me using Platero or gender-neutral and masculine terms, the more teachers do as well”*, 454). Platero (en: Platero y Drager 2015) describe que al final del curso, pidió a sus alumn*s escribir *“what it was like for them to have a trans* teacher”* (458) y tirar las respuestas de forma anónima en una caja. Señala que las respuestas le mostraron la necesidad de abrir de forma más activa espacios para permitir a l*s alumn*s plantearle preguntas sobre su propia trayectoria.

One eighteen-year-old girl said, “The first weeks of school we googled you and we found out a lot of things. First, we were surprised you were teaching us, since you were at the uni and so on. Later, we were concerned with not knowing how to talk to you, despite the fact you told us to call you Platero, because we saw other teachers address you differently. We were concerned about not offending you.” Often, this kind of conversation does not take place with us, as teachers, but behind us and amongst the students. This discussion made me aware that my young adult students may feel trapped and unable to ask questions or be curious. I learned that my role needs to be more active in the future.
(Platero en: Platero y Drager 2015: 458)

A modo de reflexiones finales, Platero (en: Platero y Drager 2015) cuestiona las políticas de protección, victimización y vigilancia de aquell*s niñ*s que difieren de expectativas sociales respecto al género asignado al nacer (*“children become ‘queer subjects’ who are difficult to control and are kept under surveillance while used as an argument in all moral and sexual panics”*, 460). En consecuencia, Drager (en: Platero y Drager 2015) identifica como objetivo de las pedagogías trans*formativas *“to serve all children and eliminate the monitoring and shaming and reforming of queer and trans* kids in the name of innocence and protection”* (460).

Desde perspectivas queer, se aporta un cuestionamiento de la diferenciación dicotómica entre posiciones de *insider* y *outsider* respecto al campo a estudiar (Bereket y Adam 2006; Gabb 2004; Klesse 2007a; Shapiro 2007; Ward 2003), de relevancia en el ámbito de los estudios gay-lésbicos (Hash y Cramer 2003; LaSala 2003; Kong, Mahoney y Plummer 2001; Weston 2004).

En una revisión del desarrollo histórico de la investigación con temática homosexual, LGBT y queer desde principios del siglo XIX, Kong, Mahoney y Plummer (2001) constatan una creciente tendencia de priorización de la postura de *insider*, diferenciando entre un momento de estudios que categorizaban y patologizaban la homosexualidad, coordinados por investigador*s predominantemente heterosexuales, un periodo en el que empezaban a surgir investigaciones desde una actitud de apertura y tolerancia hacia la homosexualidad, realizadas por investigador*s que no hacían explícita su posición de *insider*, y un tercer momento de metodología queer en el que predominan investigador*s situad*s dentro de las comunidades estudiadas que a menudo nombran su posición explícitamente en sus trabajos.

En el ámbito de la investigación gay-lésbico, se mencionan como ventajas de una posición de *insider* una mayor accesibilidad hacia el campo a estudiar (La Sala 2003), una mayor oportunidad para elegir a las personas participantes en consecuencia del conocimiento del campo (La Sala 2003), una mayor facilidad en la comunicación durante la entrevista (LaSala 2003), una percepción de unión a causa de la experiencia compartida (Gabb 2004) y una mayor confianza de las personas participantes en una interpretación adecuada de los discursos por parte de la persona investigadora (LaSala 2003; Weston 2004). Como riesgos potenciales se señala la presuposición de un conocimiento cultural compartido en el que no se explicitan dudas y se deja de percibir lo particular en lo conocido (Hash y Cramer 2003; LaSala 2003; Weston 2004). Además, se nombra el peligro de un efecto de deseabilidad social, en el sentido del establecimiento de una dinámica transferencial en la que l*s entrevistad*s modifican sus discursos en dirección a la respuesta supuestamente deseada, así como una actitud de desconfianza a causa de la pertenencia a un ambiente compartido que encierra la posibilidad de un reencuentro (LaSala 2003).

Para desactivar estos riesgos, se recomienda una actitud reflexiva sobre el propio rol y las percepciones transferenciales de la situación de entrevista (LaSala 2003), la búsqueda de una mirada que permitiera sorprenderse de lo familiar (*"to study one's own culture involves a process of making the familiar strange"*, Weston 2004: 182), así como el conocimiento de diferentes enfoques teóricos, con el objetivo de relativizar el propio punto de vista (LaSala 2004).

Desde perspectivas queer, diferentes autor*s cuestionan una diferenciación dualista entre una posición de *insider/outsider*, partiendo de una deconstrucción de la estabilidad de la noción de identidad, un reconocimiento de los múltiples roles que constituyen la posición subjetiva en cada momento y la presencia de múltiples interseccionalidades (Bereket y Adam 2006; Klesse 2007a; Shapiro 2007; Ward 2003; Weston 1996)³⁷⁸.

A single body can not bridge that mythical divide between insider and outsider, researcher and researched. I am neither, in any simple way, and yet I am both.
(Weston 1996: 275)

En su experiencia de trabajo de campo, l*s autor*s revisad*s observan múltiples refracciones de su rol de *insider*, como miembro de la comunidad queer, con otras dimensiones,

³⁷⁸ Un cuestionamiento análogo de la posibilidad de diferenciación nítida entre posiciones de *insider/outsider* se puede encontrar en perspectivas feministas (Sultana 2007) y poscoloniales (Minh-ha 1997).

"I was acutely aware of my class and educational privilege (through material and symbolic differences). As such, I was simultaneously an insider, outsider, both and neither" (Sultana 2007: 377).

"Not quite the same, not quite the other, she stands in that undetermined threshold place where she constantly drifts in and out. Undercutting the inside/outside opposition, her intervention is necessarily that of both not quite an insider and not quite an outsider. She is, in other words, this inappropriate 'other' or 'same' who moves about with always at least two gestures: that of affirming 'I am like you' while persisting in her difference and that of reminding 'I am different' while unsettling every definition of otherness arrived at" (Minh-ha 1997: 418, citado en Sultana 2007: 377-378).

entre ellas el rol investigador (Shapiro 2007), la pertenencia cultural (Bereket y Adam 2006), la propia postura política respecto al tema estudiado (Gabb 2004) o la diferencia de clase social (Ward 2003).

I believe, as several others have suggested, that being both ‘insider’ and ‘outsider’, studying both ‘up’ and ‘down’, assisted in my ability to avoid both the pitfalls of total immersion or ‘going native’, and, conversely, the pitfalls of professional distance, or the reification of objectivity.
(Ward 2003: 73)

La observación de una mayor presencia de reflexiones sobre la doble perspectiva teórico-activista en caso de los discursos trans* e intersex, frente a un cuestionamiento de la diferenciación entre posiciones de *insider* u *outsider* en los discursos queer, me planteó la pregunta si esta diferencia se debía a un grado diferenciado de accesibilidad al ámbito académico o peso diferente de la vinculación activista, o en qué medida una búsqueda en profundidad de dobles perspectivas teórico-activistas en autor*s queer y reflexiones sobre el rol de *insider* y *outsider* en perspectivas trans* e intersex podría deconstruir esta impresión.

1.1.5. Reflexiones sobre la aportación de perspectivas activistas al ámbito académico

Aparte de las reflexiones sobre los procesos de entrada de las personas trans* e intersex al campo académico y reconocimiento de la doble perspectiva teórico-activista, autor*s de diferente procedencia teórica y vinculación con el activismo trans* e intersex aportan reflexiones sobre la aportación del contacto con activistas trans* e intersex y/o personas trans* e intersex entrevistadas durante el trabajo de campo a su propia reflexión teórica, enfoque metodológico, construcción subjetiva y, en algunos casos, grado de implicación en el activismo trans* e intersex.

En *Imagining Transgender*, David Valentine (2007) retrata la experiencia del trabajo de campo con personas trans* en Nueva York. En la descripción, parte de la mención explícita de su propia posición subjetiva, por considerar que “[i]n a field where those who are transgender-identified have historically been the subject of pathologization, ridicule, and barely disguised disgust, the position of the author (both political and personal) is deeply significant” (Valentine 2007: 22). Valentine sitúa su propia identificación como “non-transgender-identified male-bodied gay man” en un contexto histórico más amplio en el que la sexualidad se entiende separada de la identidad de género, dando lugar a una identidad homosexual no relacionada con la femineidad, a diferencia de modelos anteriores de diversidad sexual y de género (Valentine 2007: 22).

So, when I write that I am “non-transgender,” I do so to position myself in terms of contemporary understandings of what that term means (to me and others) while, at the same time, I am critically investigating how it is possible for me to make this claim in the first place.
(Valentine 2007: 23)

A la vez, Valentine (2007) resalta su posición como “political ally of people who identify

as transgender or who express their gender/sexuality in non-normative ways”(23).

En *La voluntad y el deseo: La construcción social del género y la sexualidad: el caso de lesbianas, gays y trans*, la versión publicada en formato de libro de su tesis doctoral, Gerard Coll-Planas (2010a) hace explícita sobre propia posición, desde la consideración de la importancia de situar el conocimiento, citando a Maturana y Haraway. En la descripción del trabajo de campo, hace referencia a la vivencia de un cuestionamiento de su propia construcción de la homosexualidad como trayectoria elegida en consecuencia del reflejo de situaciones de vulnerabilidad compartidas en las narraciones de las personas entrevistadas (Coll-Planas 2010a).

Tengo la sensación que utilicé una perspectiva académica y un tipo de activismo que me retornaban una imagen ciertamente positiva de mi (homo)sexualidad: como algo elegido, que me abría la puerta a experiencias fascinantes, que me alejaba de la mediocre (hetero)sexualidad... Sin embargo, me impedían conectar con el sufrimiento que supone vivir en una sociedad en la que aprender / adquieres tu diferencia a través del insulto, en que durante mucho tiempo temes perder el afecto de tus seres queridos si descubren tu homosexualidad o en que ir de la mano de tu pareja por la calle puede suponer recibir una agresión.

(Coll-Planas 2010a: 17)

En diferentes textos de autor*s que escriben sobre la intersexualidad, se incluyen referencias a la aportación del contacto con activistas intersex a sus reflexiones teóricas y grado de implicación activista (Dreger 1998; Kessler 1998).

Alice Dreger (1998) señala que durante la redacción de *Hermaphrodites and the Medical Intervention of Sex* no había tenido contacto con personas intersex, reflejando sus miedos a la hora de conocerlas y confrontar sus ideas con las suyas. Posteriormente, Dreger (1998) participaría en el activismo intersex, como miembro de la Junta Directiva de *ISNA, Intersex Society of North America*. En *Intersex in the Age of Ethics*, publicado un año más tarde, Dreger (1999) reúne textos de diferentes autor*s, entre ell*s activistas intersex con l*s que mantiene un contacto personal.

As the years went by and my work started to circulate more broadly, I began to meet people who were interested in my work because they themselves had been born intersexual (hermaphroditic). Some of them have become my friends over them, but I feared contact with them at first.

(Dreger 1999: 13)

Suzanne Kessler (1998), en *Lessons from the Intersexed*, incluye una lista de activistas intersex en sus agradecimientos, y relata haber tenido contacto con la activista intersex Cheryl Chase desde principio de los años 90, señalando su aportación a las reflexiones expresadas en el libro.

She has also helped me see that, contrary to my initial assumptions, the medical profession does not have to be the servant of an intransigent cultural ideology. Individual physicians can be moved, and this is how politics works – one person at a time.

(Kessler 1998: ix-x)

Además, Kessler (1998) realiza una revisión autocrítica de investigaciones previas, desarrolladas conjuntamente con Wendy McKenna (Kessler y McKenna 1978). En este sentido,

señala que el interés en la perspectiva constructivista contribuyó a que no tomaran conciencia del carácter conservador de la teoría de maleabilidad de género de Money y la reproducción del binarismo de género inherente a sus escritos (Kessler 1998).

Those of us who are social constructionists and have postulated the primacy of gender attribution or gender performance should have been more critical of Money's theory for putting so much emphasis on the genitals as evidence of gender.
(Kessler 1998: 7)

Anne Fausto-Sterling (2000) hace explícito un proceso de revisión de su propia postura en consecuencia del contacto con activistas intersex. Mientras en un artículo publicado en 1993 aboga por un modelo de cinco sexos, incluyendo las categorías hombre, mujer, pseudohermafrodita femenino/masculino y hermafrodita verdadero (Fausto-Sterling 1998[1993]), posteriormente revoca este modelo en respuesta a la crítica recibida por Chase (1993) que señala la procedencia médica y patologizante de las categorías nombradas, así como por parte de Kessler (1998) que critica la persistencia de una focalización en los genitales. En un escrito posterior, Fausto-Sterling (2000) da preferencia a un modelo multigénero, incluyendo la posición subjetiva de 'hombre' y 'mujer', y la posibilidad de encarnarla en independencia de la apariencia de los genitales. A la vez, señala la necesidad de una lucha política y social para lograr una mayor flexibilidad del sistema de géneros (Fausto-Sterling 2000).

Christian Klesse (2007b), desde una perspectiva queer, aporta una mirada autorreflexiva sobre dinámicas de reproducción de un lenguaje binario en su propia actividad académica. El autor describe como los propios presupuestos conceptuales (presuposición del carácter binario del mundo social) le llevaron a no considerar a personas trans* en la muestra de un estudio sobre relaciones no monógamas en personas con prácticas homo- y bisexuales y a confiar en la capacidad propia de leer 'de antemano' las identidades de género de sus participantes en el proceso de entrevista, a diferencia de otras dimensiones (clase social, procedencia cultural) por las que preguntaba de forma explícita.

1.2. Reflexiones metodológicas

Aparte de las reflexiones de carácter epistemológico, en los discursos trans* e intersex revisados pude identificar múltiples reflexiones metodológicas, incluyendo reflexiones sobre la ruptura con terminologías, propuestas para una inclusión del no binarismo de género y la dimensión interseccional en las técnicas de investigación, ideas para nuevos formatos de representación y reflexiones sobre la inclusión de la dimensión autorreflexiva y autoetnográfica.

1.2.1. Resistencia y reapropiación: Ruptura con un lenguaje estigmatizante

Desde la observación de un uso de terminologías y representaciones visuales patologizantes en la bibliografía científica, en el sentido de una descripción de los procesos de tránsito en el

género como trastorno mental y a los cuerpos intersex como ‘ambigüedad’, ‘anomalía’ o ‘malformación’, autor*s trans* e intersex y aliad*s aportan reflexiones sobre el efecto patologizante del lenguaje y las posibilidades de su reapropiación y resignificación subversiva (Baumgartinger 2008; Cabral 2009a, 2009b; Cabral y Benzur 2005; Holmes 2008; Namaste 2000; s_he 2003; Stone 2006[1987]; Stryker 2006[1994], 2006; Tompkins 2014).

Las estrategias de apropiación incluyen tácticas de ruptura con el carácter binario del lenguaje y dinámicas de experimentación con procesos de transformación creativa del lenguaje y fórmulas lingüísticas nuevas (Baumgartinger 2008; Cabral 2009a, 2009b; s_he 2003; Tompkins 2014). En este proceso, se observa un creciente reconocimiento de propuestas lingüísticas surgidas en el espacio activista en el lenguaje académico³⁷⁹.

En castellano, se propone una ruptura del carácter binario de la conjugación de los adjetivos a través del uso de la ‘@’, de la ‘x’ o ‘*’ (‘tod@s’, ‘todxs’ o ‘tod*s’) (Cabral 2009b; Cabral y Rojman 2004; Coll-Planas 2012a).

¿Cómo eludir en la lengua el imperativo binario del género? ¿Cómo introducir, de algún modo, lo que excede, aún desde el interior, el cierre normativo del género? En este texto hemos apelado a un recurso que creemos, aún en su imperfección, capaz de introducir al menos una cuña en el cierre del género en femenino o masculino. Es en este sentido que utilizamos el signo * para nombrar personas cuya carnalidad, corporalidad, identidad y/o expresión de género sin reducirlas a un supuesto saber de la otredad genéricamente normado.

(Cabral y Rojman 2004: 6)

Podríamos escribir siempre los
Podríamos escribir as/os
Podríamos escribir las y los
Podríamos escribir las, los y les.
Podríamos usar una arroba
Podríamos usar una x
Pero no. Usamos un asterisco.
¿Y por qué un asterisco?
Porque no multiplica la lengua por uno.
Porque no divide la lengua en dos.
Porque no divide la lengua en tres.
Porque a diferencia de la arroba no terminará siendo la conjunción de una a y una o.
Porque a diferencia de la x no será leído como tachadura, como anulación, como intersex.
Porque no se pronuncia.
Porque hace saltar la frase fuera del renglón.
Porque es una tela de araña, un agujero, una estrella.
Porque nos gusta. Faltaba más!
(Cabral 2009b: 14)

Siguiendo la propuesta de Mauro Cabral (2009: 14) opto por el asterisco cuando quiero marcar el carácter abierto de una palabra en términos de género.
(Coll-Planas 2012a: 9)

En inglés, la ruptura del carácter binario del lenguaje se produce a través de propuestas lingüísticas en el uso de los pronombres, incluyendo el uso de “ze” / “hir”, así como del plural

³⁷⁹ Baumgartinger 2008; Cabral 2009b; Cabral y Rojman 2004; Coll-Planas 2012a; Scottish Transgender Alliance 2015; s_he 2013; Tompkins 2014.

"they" para nombrar a una persona en singular, partiendo de formas lingüísticas históricamente reconocidas (Scottish Transgender Alliance 2015: s.p.). Como estrategia para un uso respetuoso de los pronombres se sugiere preguntar siempre a la persona, teniendo en cuenta que este uso puede cambiar o ser variable según la situación social (Scottish Transgender Alliance 2015).

Most trans people will use the most common pronouns, 'he' and 'she', to refer to themselves. However, some people may use the gender neutral pronouns 'they' and 'their' in the singular sense. You may also meet a trans person who uses less common gender neutral pronouns (such as 'ze' or 'hir').
(Scottish Transgender Alliance 2015: s.p.)

En otros idiomas, como en el francés o alemán, se pueden observar reinvencciones lingüísticas para evitar el genérico masculino plural, como el uso de la 'E' o '.' en francés o del ' ' en alemán, similar al uso del asterisco en castellano ('toutEs'; 'tra(ns)vesti.e.s', 'Aktivist_Innen')³⁸⁰. El uso del guion bajo en alemán se entiende como una representación simbólica de la brecha entre los géneros binarios (s_he 2013).

Tod*s l*s que no quieren o pueden dejarse subsumir bajo los dos polos de generización hegemonal, son o bien exclud*s del sistema de representación o bien apropiad*s – se les niega un lugar propio. Es el _ en 'Leser_In, Freund_in, Liebhaber_in' [lector*, amig*, amante] que pretende crear justo este espacio. Entre los límites de un orden de género rígido, es la espacialización de lo invisible, de la posibilidad permanente de lo imposible. Con esta visibilización se descentraliza el eje de lo imaginario binario hacia aquel punto que niega la sensación segura de normalidad: Hacia el lugar de una generización abyecta, perversa.
(s_he 2003: s.p.)³⁸¹

Baumgartinger (2008) presenta procesos de patologización y exclusión que surgen en el uso del lenguaje, así como posibilidades de emancipación y empoderamiento a través de una transformación creativa de asignaciones propias y ajenas. Señala que personas "TransInterQueers" (Baumgartinger 2008: 24), pero también personas con experiencias migratorias o personas con diversidad corporal experimentan a diario procesos de patologización a través del lenguaje. Baumgartinger (2008) distingue diferentes estrategias de reapropiación: Apropiación y resignificación de términos discriminantes, creación de nuevos conceptos, abreviaciones, estrategias de evitación, así como transformaciones del sistema lingüístico, como el uso del guion bajo o asterisco para expresar la diversidad de género (Baumgartinger 2008).

En relación a la diversidad de género en la infancia, Pyne (2014a) opta por el término "[g]ender independent kids" (1). Según su descripción, el término fue creado por un grupo de

³⁸⁰ A modo de ejemplo, véase Existrans 2014: s.p.; Genres Pluriels s.a.: s.p.; s_he 2013: s.p.

³⁸¹ Texto en el original (traducción propia al castellano): "Alle, die sich nicht unter die beiden Pole hegemonialer Geschlechtlichkeit subsumieren lassen wollen und können, werden entweder aus diesem Repräsentationssystem ausgeschlossen oder von ihm vereinnahmt - ein eigener Ort bleibt uns verwehrt. Es ist der _ in Leser_In, Freund_In, Liebhaber_In, der genau diesen Raum bilden soll. Zwischen die Grenzen einer rigiden Geschlechterordnung gesetzt, ist er die Verräumlichung des Unsichtbaren, die permanente Möglichkeit des Unmöglichen. Mit dieser Sichtbarmachung wird die Achse des zweigeschlechtlichen Imaginären auf jenen Punkt hin dezentriert, der ihr das sichere Gefühl der Normalität versagt: auf den Ort abweichender, perverser Geschlechtlichkeit" (s_he 2003: s.p.).

madres y padres y un* trabajador* social en el *Toronto District School Board* "in an attempt to describe several kids who were, well, a bit more fabulous than the others" (Pyne 2014a: 1).

Como otros términos para describir a niñ*s que desafían expectativas sociales relacionadas con el género, Pyne (2014a) nombra "gender non-conforming, gender variant, gender creative, transgender, and for some Aboriginal children, two-spirit"^[nota a pie de página] (1).

Paralelamente a la contribución de estrategias de ruptura con procesos de categorización, apropiación, resignificación e invención creativa, se aportan reflexiones sobre las dificultades de este proceso de ruptura (Cabral 2010b; Missé 2010a; Stryker 2006[1994]; Spade s.a.).

Bajo utilización de la metáfora del monstruo de Frankenstein, Susan Stryker (2006[1994]) hace referencia a la imposibilidad del lenguaje para representar las identidades trans* y los procesos de resistencia subversiva que emprenden las personas trans* en respuesta a esta exclusión lingüística.

The monster accomplishes this resistance by mastering language in order to claim a position as a speaking subject and enact verbally the very subjectivity denied it in the specular realm. Transsexual monstrosity, however, along with its affect, transgender rage, can never claim quite so secure a means of resistance because of the inability of language to represent the transgendered subject's movement over time between stably gendered positions in a linguistic structure. Our situation effectively reverses the one encountered by Frankenstein's monster. Unlike the monster, we often successfully cite the culture's visual norms of gendered embodiment. This citation becomes a subversive resistance when, through a provisional use of language, we verbally declare the unnaturalness of our claim to the subject positions we nevertheless occupy. (Stryker 2006[1994]: 247)

Mauro Cabral señala la dificultad de romper con "el mismo vocabulario que nos ha dado existencia" (Cabral 2010b: s.p.), desde la observación de la presencia de rastros de un lenguaje medicalizado incluso en los discursos por la despatologización trans*.

Recorrer cada una de las distintas posiciones que configuran, hoy, el escenario de esta lucha significa también asumir una comprobación desesperante: la medicalización de nuestras vidas, ésa contra la cual luchamos, parece habérsenos hecho carne. Nos revolvemos contra el mismo vocabulario que nos ha dado existencia y, hasta ahora, no hemos logrado inventar ese otro modo de existir y de nombrarnos que no invoque la patología a cada paso: hasta la noción de identidad de género nos viene de ese vocabulario. Esa emancipación en esta lucha es, por suerte, el horizonte que nos llama. (Cabral 2010b: s.p.)

Haciendo referencia a Lakoff³⁸², Miquel Missé (2010a) señala el efecto de reforzamiento del marco patologizador inherente a la afirmación de que "no tenemos ningún trastorno" (273), resaltando la importancia de una creación de referentes positivos para romper con el predominio de la terminología médica, presente incluso en los discursos de las personas trans*.

El trabajo está en crear alternativas, visibilizar otros cuerpos y otras identidades en las que también se pueda vivir, en construir un espacio habitable para todos. O incluso, como dice el lingüista Lakoff, se trata de hablar con otras palabras partiendo de marcos de lenguaje distintos, dejar de explicar por qué no tenemos ningún trastorno, porque eso finalmente

³⁸² Miquel Missé (2010a) hace referencia al libro del lingüista George Lakoff *No pienses en un elefante*, en el que Lakoff introduce su teoría de cambio de marco: "Cuando enseñe el estudio del cambio de marco, en Berkeley, en el primer curso de Ciencia Cognitiva, lo primero que hago es darles a los estudiantes un ejercicio. El ejercicio es: No pienses en un elefante. Hagas lo que hagas, no pienses en un elefante"^[referencia a final del texto]. "No he encontrado todavía un estudiante capaz de hacerlo" (Lakoff 2007[2004]: 6).

refuerza el paradigma del trastorno, ye empezar a hablar de otras cosas hasta que finalmente los que hablaban del trastorno acaben hablando con nuestras palabras. Pienso que en la cuestión trans también es central la cuestión de los referentes positivos. (Missé 2010a: 273)

Como proyección hacia el futuro, señala el deseo de *"dejar atrás las cicatrices, las eternas salas de espera"* y de *"hablar de otros lugares y aprender otras formas de leer el cuerpo"* (Missé 2010a: 275).

Como procesos análogos a la reapropiación del lenguaje observada en el ámbito trans* e intersex se pueden nombrar las estrategias de reapropiación y resignificación en el movimiento queer, empezando por el uso del propio término queer como estrategia contestataria y anti-asimiliacionista (capítulo I, 1.1.1.1). En contextos socioculturales y lingüísticos diferentes al anglosajón, se pueden observar versiones propias de esta estrategia de reapropiación. En caso del contexto español, cabe resaltar el uso de términos como ‘marica’, ‘bollera’ o ‘transmaricabollo’ como autodenominación reivindicativa y anti-asimiliacionista (Asamblea TransMaricaBollo de Sol 2011a, 2011b, 2015; Carrascosa 2005; Ceballos Muñoz 2005; Córdoba García 2005; Vidarte 2007; Viñuales y Guasch 2000).

1.2.2. Cuestionando la reproducción del binarismo de género en las técnicas de investigación

Como otros temas relacionados con aspectos metodológicos aportados desde perspectivas trans* e intersex se pueden nombrar las reflexiones sobre el cuestionamiento de una reproducción del binarismo de género³⁸³ y las posibilidades de inclusión de la perspectiva de interseccionalidad³⁸⁴ en el proceso de investigación, tanto respecto a metodologías cuantitativas como cualitativas, así como en la escritura científica.

En relación a metodologías cuantitativas, Namaste (2000: 42) cuestiona las dificultades metodológicas inherentes a una inclusión de la categoría *"others"* en las opciones de respuesta a la pregunta por el género en cuestionarios, introducida con el objetivo de incluir a personas trans*. Señala que la categoría *"others"* no diferencia entre personas trans* y cis, no capta adecuadamente la diversidad de expresiones e identidades de género existente en las comunidades trans* y no respeta la autoidentificación de muchas personas trans* como mujeres u hombres (Namaste 2000). De forma análoga, Namaste (2000) hace referencia a las dificultades de la inclusión de una tercera categoría *"transgender"* (43).

“Other” is clearly insufficient as an interpretative classification that seeks to comprehend the unique experiences of transvestites, transsexuals, and transgenderists. It forecloses a consideration of the diversity of identities, bodies, and experiences among transgendered people, and it does not begin by inquiring how transsexuals locate themselves in the social and institutional world. An appeal to the umbrella category of “transgender” is marked by similar methodological difficulties. (Namaste 2000: 43)

³⁸³ Ansara y Hegarty 2014; Bauer 2012; FRA 2014; Namaste 2000; Platero 2014a; Valentine 2007.

³⁸⁴ Broad 2010; Inckle 2010; McDermott 2010; Platero 2012; Valentine 2007.

Greta Bauer (2012) plantea reflexiones sobre la inclusión de personas trans* en cuestionarios sobre salud. Bauer (2012) parte de la consideración de que la identificación de personas trans* dentro de la muestra a través de la pregunta por la identidad de género no es suficiente sin tener en cuenta otras dimensiones. En este sentido, en el marco del proyecto de investigación *Trans PULSE* en Canadá observa la presencia de diferentes expresiones e identidades de género entre las personas participantes trans*, así como una amplia variedad de situaciones en relación a las trayectorias de modificación corporal o grados de transición social (Bauer 2012). En este sentido, Bauer (2012) señala que “[s]imply knowing that a survey participant is trans will rarely provide information needed to analyze factors impacting their health”, considerando que “[t]houghtful inclusion of trans participants provides information needed for more specific analysis of sex and gender for cisgender participants as well” (62).

En consecuencia, Bauer (2012) desarrolla un marco de dimensiones relacionadas con el sexo y género dirigido a todas las personas participantes en un estudio, no solo a personas trans*, incluyendo el sexo cromosómico / la identidad de género, el sexo asignado al nacer / el género vivido, el nivel hormonal / la expresión de masculinidad o feminidad, los órganos genitales y reproductivos, así como características sexuales secundarias, proponiendo su inclusión en la recogida de datos según los objetivos y el tema del estudio. Además, Bauer (2012) aporta una lista de preguntas y opciones de respuestas para recoger información sobre las diferentes dimensiones, señalando la necesidad de su traducción y adaptación transcultural.

En el informe *Being Trans in the EU* (FRA 2014) que analiza los resultados de participantes trans* del *LGBT Study* de FRA, *Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea* (FRA 2013a), se describe el proceso de inclusión de la diversidad de género en el cuestionario. En el estudio, se preguntó a las personas participantes por su identidad de género, con la posibilidad de especificar diferentes identidades, entre ellas “*Transgender*”, “*Transsexual*”, “*Woman with a transsexual past*”, “*Man with a transsexual past*”, “*Gender variant*”, “*Cross dresser*”, “*Queer*” y “*Other*” (FRA 2014: 104). L*s autor*s del informe señalan como “*striking*” que un 25% de las personas trans* hubiera elegido la opción “*Other*” (FRA 2014: 104). Las personas participantes que habían elegido “*Other*” podían añadir términos, produciendo una lista extendida de conceptos identitarios (FRA 2014: 104).

Además, en el análisis se observan casos de contradicciones entre el género asignado al nacer y la identidad trans* indicada, por ejemplo personas que habían indicado como género asignado al nacer “*female*” y después como categoría identitaria “*a woman with a transsexual past*” (FRA 2014: 107). L*s autor*s explican estas contradicciones con la diversidad de trayectorias trans* que se resiste a la categorización estadística lineal, ej. en caso de identidades de género fluidas o transiciones reiteradas. En este sentido, se señala que “[r]eading the open feedback question of these respondents, one realised that individual personal stories do not always fit in a predetermined normative or statistical categorization” (FRA 2014: 104-105). Además, el cuestionario recoge una tipología de sensaciones de género,

expresiones de género y deseos de género, así como la orientación sexual autoidentificada, el género de las parejas sexuales y la atracción sexual (FRA 2014).

Aparte de las reflexiones sobre metodologías cuantitativas, se aportan reflexiones relacionadas con la inclusión de la diversidad de expresiones e identidades de género en metodologías cualitativas y etnográficas (Namaste 2000; Platero 2014a; Valentine 2007).

En este sentido, se señala la importancia de una reflexión sobre el enfoque teórico y metodológico de la investigación para garantizar una representación adecuada de las vidas, los cuerpos y las circunstancias cotidianas de las personas trans* (Namaste 2000: 9).

The study of transgendered people brings with it important questions about theory and research methods. How do academics understand transgendered lives, bodies, and experiences; how is data gathered to further this understanding; and what are the implications of this research when it is applied to concrete social problems – to the daily life circumstances of transgendered people?
(Namaste 2000: 9)

Valentine (2007) refleja su experiencia de dificultades con la categoría '*transgender*' en un estudio con personas con expresiones e identidades de género diferentes al género asignado al nacer que sin embargo no se identifican con el término '*transgender*'.

"I've been gay all my life, been a woman all my life," says Fiona. I am sitting with Fiona and five other people around a table at the semi-monthly support group for transgender-identified people with HIV at New York Hospital in Manhattan (...). However, although the group is billed as a transgender support group, none of the participants routinely refer to themselves as transgender. More often, they talk about themselves as girls, sometimes as fem queens, every now and then as women, but also very often as gay, this category being one I share with them in talking about myself.
(Valentine 2007: 5)

Esta experiencia lleva a Valentine (2007) a una reflexión sobre el proceso de construcción institucional, investigador y activista del término "*transgender*" (68) que parece no responder a las necesidades y auto-identificaciones de las personas incluidas en el concepto, así como el rol de la investigación social en la producción de categorías identitarias.

When I started my fieldwork, "transgender identity" and "transgender community" were the framing ground for this project; I simply assumed that there were such self-evident things as transgender community and identity. But as my research progressed, I increasingly began to wonder about a transgender community and the transgender identities that inhabited it, so that the ideas of "community" and "identity" themselves began to unravel for the same reasons my initial project had. That is, I realized that a transgender community does not exist outside the contexts of those very entities which are concerned to *find* a transgender community: social service organizations, social science accounts, and activist discourse. (...) This does not mean that transgender identity and community are figments of the imagination, but rather that they are *products of an imaginary*.
(Valentine 2007: 68)

En el marco de una investigación cualitativa con madres y padres de niñ*s divers*s en el género, Platero (2014a) plantea el rol de l*s investigador*s en los estudios sobre temáticas trans*, señalando los riesgos de un aumento del conocimiento de la diversidad de género en la infancia, en el sentido del fomento de un modelo esencialista de géneros. Al mismo tiempo, identifica como potenciales ventajas el aumento de la comprensión de las construcciones de

género en diferentes sociedades y mejora de la vida de l*s niñ*s divers*s en el género y sus familias (Platero 2014a).

Last, I would like to pose another question. What is the role of researchers in the area of gender variance and transgender studies in terms of providing data? My concern is that better knowledge of this situation may be used to essentialise gender, instead of providing arguments to better understand gender constructions in different societies, along with improving families' and children's lives, which is, after all, the goal of many professionals in this field.

(Platero 2014a: 163-164)

Ansara y Hegarty (2014) aportan recomendaciones para una "*non-cisgenderist practice*" (7) tanto en la investigación cualitativa como cuantitativa, así como en relación a la escritura científica. En metodologías cualitativas, recomiendan a l*s investigador*s preguntar a las personas participantes por el nombre y género con el que se identifican, en vez de atribuir el nombre o género en función del género legalmente registrado o la apariencia física, así como consultar a las personas participantes sobre sus preferencias en relación a los usos terminológicos (Ansara y Hegarty 2014).

En metodologías cuantitativas como cuestionarios, recomiendan preguntar a las personas participantes a través de una pregunta abierta por su género o introducir múltiples opciones, dando la posibilidad de respuestas múltiples y codificando el género como variables continuos en vez de dicotómicos (Ansara y Hegarty 2014).

En el proceso de escritura científica, Ansara y Hegarty (2014) sugieren prescindir del uso de los términos "*male*" y "*female*" (8), evitar un lenguaje degenerizado, así como no utilizar términos basados en atributos biológicos. Además, señalan la importancia de evitar un "*[r]etroactive misgendering*", preguntando activamente a las personas cómo describirían su género en el pasado (Ansara y Hegarty 2014: 8). Para citar correctamente el género de autor*s referenciad*s en el trabajo, Ansara y Hegarty (2014) recomiendan ponerse en contacto con l*s mism*s para evitar una mis-representación o añadir una nota a pie de página para indicar que el género con el que l*s autor*s se identifican no había podido ser confirmado.

Desde un enfoque de interseccionalidad, se plantean cuestiones metodológicas para el análisis de aspectos interseccionales en la experiencia de personas LGBT (Broad 2010; Inckle 2010; McDermott 2010; Platero 2012, 2013; Valentine 2007). Broad (2010) abre una reflexión sobre la posibilidad de combinar un enfoque postestructuralista queer y metodologías sociológicas. McDermott (2010) propone, desde un marco teórico basado en Bourdieu, un análisis interseccional de clase social, sexualidad y género en jóvenes LGBT, señalando la brecha existente en la investigación de estas categorías interseccionales. Inckle (2010), desde la propia experiencia queer y de diversidad corporal, abre una reflexión sobre la inscripción de categorías en los cuerpos y la presencia de normas binarias relacionadas con los conceptos investigador* / sujeto, teoría / práctica, yo / otr*, mente / cuerpo.

Platero (2012) señala el rol de una mirada interseccional en la reflexión teórico-activista sobre sexualidades e identidades de género no normativas para la reflexión teórica y la actividad activista, resaltando su especial relevancia en el momento actual de crisis económica.

Y elegimos estudiar las sexualidades con una herramienta conceptual: la interseccionalidad, una aproximación a nuestras *marañas* de identidades y formas de estar en el mundo múltiples, que complican las formas habituales de pensar y hacer activismo identitario. Nos podríamos preguntar por el momento en el que sale este libro y su utilidad en este contexto, cuando los estados neoliberales europeos están desmantelando las sociedades del (cierto)bienestar, acabando con el derecho a la sanidad y la educación universales, precarizando la investigación y la cultura, poniendo las vidas de las personas dependientes al límite...
(Platero 2012: 15)

Desde una crítica de un proceso de clasificación de las personas en situación de vulnerabilidad social en "*grupos minoritarios*" (21), Platero (2012) indica el interés de un análisis interseccional de las estructuras sociales y experiencias de desigualdad y discriminación de todas las personas. De esta forma, cuestiona la exclusión de los "*sujetos dominantes*" del concepto de interseccionalidad en consecuencia de la consideración de sus características como "*neutrales y naturales*" (Platero 2012: 22).

Nuestro interés radica en cómo las vidas de todas las personas, y no sólo de aquellas que forman parte de las minorías, están construidas sobre la base de organizadores sociales y estructurales que jerarquizan nuestras experiencias. (...)
Ninguna persona deja de estar atravesada por estas estructuras, pero aquellas cuyas vidas se sitúan dentro de algunos valores dominantes, y por tanto de privilegio, se las representa como si sus características fueran neutras y naturales, como si no tuvieran acento, color, etnia, género o sexualidad, por ejemplo. Es decir, que los sujetos dominantes también son interseccionales (...).
(Platero 2012: 22)

Valentine (2007) desarrolla una revisión de enfoques interseccionales en el activismo y los estudios trans*, observando una falta de complejización y problematización de las categorías 'género' y 'sexualidad', limitando el análisis interseccional.

My central question here is: by identifying transgender people as experiencing discrimination or violence along the axis of gender identity, or describing gender-variant people through the framework of transgender, how are other kinds of social experiences elided? This is not to say that scholars and activists do not recognize the significance of those things we call race, class, and so on in the lives of transgender-identified people (...). But an intersectional analysis might not always capture the lived dynamics that intersectional analyses aim to describe. My concern is that while scholars who use intersectional theories and methodologies have complicated the assumed clarity of analytic categories ("gender", "race", and so forth), in the emerging fields of transgender activism and transgender studies there is a heavy reliance on the distinction between an unproblematic "gender" and "sexuality" which undercuts the critical impulse of intersectional analyses.
(Valentine 2007: 17)

1.2.3. Formas de representación entre relato autobiográfico y reflexión teórica

Partiendo de la experiencia de una reducción de la propia voz a un rol testimonial (capítulo III, 1.1.2), desde perspectivas trans* e intersex se aportan reflexiones sobre el desarrollo de nuevos formatos representacionales en la intersección entre relato autoetnográfico y reflexión

teórica (Bornstein 1994; Spade 2006a; Stryker 2006[1994]; Whittle 2006).

En una revisión de textos desarrollados desde perspectivas trans* e intersex y aliad*s, encontré diferentes modalidades de combinación entre relato autobiográfico y reflexión teórica:

- Mención de la propia posición subjetiva en la introducción (Balzer 2008; Califia 1997; Coll-Planas 2010a; Platero 2013; Valentine 2007).
- Texto teórico combinado con párrafos de narración de la experiencia personal en cursiva (Spade 2006a).
- Interrelación entre narración personal y reflexión teórica en un mismo texto (Cabral 2009c, 2009[2007/2008], 2010b; Cornejo 2011; Cromwell 1999; Green 2006[2000]; Stryker 1998, 2006[1994]; Whittle 2002, 2006).
- Diálogos co-construidos entre autor*s trans e intersex y aliad*s (Beger, Baer y De Silva 2000; Beger, Franzen y Genschel 2002; Boellstorff, Cabral, Cárdenas, et al. 2014; Franzen y Beger 2002).
- Priorización de la narración personal sobre la escritura científica, desde una ruptura del formato académico (Mejía 2006; Bornstein 1994).
- Narración autobiográfica sin referencias teóricas (Califia 2006).

En varios casos, pude identificar combinaciones entre escritura académica y formatos artísticos:

- Collage combinando la narración personal, citas teóricas y literarias (Bornstein 1994, 1998, 2006).
- Combinación entre reflexión teórica y representaciones gráficas (Bornstein 1994, 1998, 2006; Cabral 2009 ed.; Coll-Planas y Vidal 2013).
- Combinación de la descripción de una performance con contenido autobiográfico con reflexiones teóricas (Stryker 2006[1994]; Mahoney y Van der Platenvlotbrug 2001).
- Descripción de una performance con anotaciones teóricas a pie de página (Jones 2007).
-

En los trabajos revisados, se pueden encontrar diferentes reflexiones sobre el modo de combinación entre reflexión personal y teórica, sus significados y limitaciones.

En este sentido, Kate Bornstein (1994) identifica la utilización del recurso estilístico de collage textual y visual en el que se yuxtaponen reflexiones académicas y elementos autobiográficos, textos e imágenes, incluyendo un juego visual con diferentes fuentes tipográficas, como un espejo y metáfora de la experiencia trans*. La autora observa un uso de este recurso estilístico, que emplea en *Gender Outlaw* (1994), *My Gender Workbook* (1998) o *Hello Cruel World* (2006), también en otr*s autor*s trans*, entre l*s que nombra a Susan Stryker, Sandy Stone o David Harrison (Bornstein 1994).

My identity as a transsexual lesbian whose female lover is becoming a man is manifest in my fashion statement; both my identity and fashion are based on collage. You know –a little bit from here, a little bit from there? Sort of cut-and-paste thing. And that’s the style of this book. It’s a transgendered style, I suppose. I can see it in the work of Susan Stryker, Sandy Stone, David Harrison... the list goes on and on.
(Bornstein 1994: 3)

Susan Stryker (2006[1994]) comienza *My Words to Victor Frankenstein above the Village of Chamounix* indicando que el artículo constituye una adaptación de una performance presentada en la conferencia *Rage Across the Disciplines* en 1993 en la *California State University, San Marcos*. El texto en sí constituye una reflexión sobre el carácter construido del cuerpo trans* y la vivencia de un “*Transgender Rage*” (244) que mezcla elementos teóricos y autoetnográficos, utilizando la metáfora literaria del encuentro entre Victor Frankenstein y el ‘monstruo’ descrito en la novela de Mary Shelley. En la descripción del planteamiento de su performance, Stryker (2006[1994]) señala la intención de expresar una estética transgénero, a modo de una representación del carácter a menudo abrupto de las transiciones entre los géneros y ruptura de convenciones inherente a la experiencia trans* a través de la escritura y el uso de la técnica de performance, desafiando de esta forma los límites de un discurso académico ‘aceptable’.

My idea was to perform self-consciously a queer gender rather than simply talk about it, thus embodying and enacting the concept simultaneously under discussion. I wanted the formal structure of the work to express a transgender aesthetic by replicating our abrupt, often jarring transitions between genders – challenging generic classification with the forms of my words just as my transsexuality challenges the conventions of legitimate gender and my performance in the conference room challenged the boundaries of acceptable academic discourse.
(Stryker 2006[1994]: 227)

Dean Spade (2006a) elige una combinación entre narración autobiográfica, introducida en cursiva en el texto, y reflexión teórica como ejercicio de ruptura de una tradición de escritura científica en la que el género de la persona que escribe permanece excluido del relato.

The choice to use personal narrative in this piece comes from a belief that just such a combination of theoretical work about the relationships of trans people to medical establishments and gender norms and the experience of trans people is too rarely found. (...) In most writing about trans people, our gender performance is put under a microscope to prove theories or build “expertise” while the gender performances of the authors remain unexamined and naturalized. I want to avoid even the appearance of participation in such a tradition, just as I want to use my own experience to illustrate how the requirements for diagnosis and treatment play out on individual bodies. (...) I hope that the use of my experience in this paper will provide a grounding illustration of the regulatory effects of the current diagnosis-treatment scheme for GID and resist the traditional framing of transsexual experience which posits trans people as victims or villains, insane or fascinating.
(Spade 2006a: 316-317)

Norma Mejía (2006) parte en su tesis doctoral del relato autobiográfico de su propia trayectoria como persona trans* y trabajadora sexual, los desarrollos del movimiento activista a lo largo de las últimas décadas en el contexto español y catalán y la revisión de reflexiones teóricas. Describe la metodología elegida como “*etnografía extrema*” (Mejía 2006: 15),

nombrando como referente a "los antropólogos indígenas y las antropólogas feministas, entre otros" (Mejía 2006: 29).

A pesar de estos condicionantes (el principal de los cuales pienso que es la inevitable solidaridad con las personas de mi misma condición transexual), intentaré ser imparcial. Imparcial y parcial, con un punto de vista tan pronto etic como emic, pues, a la vez que sujeto, soy uno de los objetos de esta tesis (lógicamente, del que tengo más información). O sea, al mismo tiempo, la observadora y la observada. (...)
La etnografía extrema es parte de la etnografía reflexiva.
(Mejía 2006: 20-21)

El balance entre una visión *emic* y *etic*, identificación como persona trans* y antropóloga, hombre y mujer, acompaña el trabajo de Mejía (2006), reflejado en un paso de la tercera a la primera persona, género femenino y masculino. La autora señala que, a diferencia de otr*s antropólog*s que adquieren una visión *emic* al acercarse al campo, en su caso la visión *emic* precede a la reflexión antropológica (Mejía 2006).

El paso continuo, en la redacción de este libro, de la tercera a la primera persona, y del femenino al masculino, y viceversa, responde al doble y contradictorio esfuerzo de distanciamiento e identificación con mi gente, que me ha dividido interiormente a lo largo de su elaboración. Y si a eso vamos, a lo largo de mi vida. Tantas veces he intentado (y no por motivos antropológicos, sino simplemente porque quería ser una persona "normal") alejarme de la transexualidad, sin conseguirlo, que conozco la inutilidad, en mi caso, del empeño. No puedo dejar de identificarme con las personas objeto de mi estudio porque no es una identificación conseguida a base de esfuerzo y de empatía (como suele ser la de los antropólogos) sino sencilla y llanamente porque soy una de ellas. (...)
En mi caso, evidentemente, la visión *emic* no fue el resultado del trabajo de campo, sino que la precedió. Y de lo que me separo para dar sentido a lo *emic* desde una perspectiva *etic* no es de mi posición de iniciada sino de mi condición de transexual.
(Mejía 2006: 29)

David D.J.S. Scheidt (2008), desde la perspectiva como "*Creative Writer, Sound Performer and Critical Theorist Who Works in a Voice Clinic Specialised in the Assessment and Treatment of 'the Transsexual Voice'*" (1), utiliza la metodología de autoetnografía performativa, mediante una *collage* audio, para cuestionar el carácter binario y normativo del enfoque médico y los protocolos de terapia vocal para personas trans*.

Según la descripción del proceso, la utilización de la metodología de autoetnografía performativa se inserta en la búsqueda de nuevos formatos de escritura crítica sobre la temática, partiendo de la pregunta "[h]ow to write in a way that could effect a radical challenge to what seems as an amalgamation of a positivist paradigm, research method and presentation practice" (Scheidt 2008: 2). Mientras en un inicio del proyecto Scheidt (2008) partía de la presuposición del carácter subjetivo y autobiográfico de la voz, a lo largo de su transcurso, mediante una exploración autoetnográfica y con referencia a autores como Austin y Derrida, llega al reconocimiento de su carácter performativo, cambiante e inestable. Scheidt (2008) deconstruye la expectativa de l*s oyentes de escuchar una pieza autobiográfica, cuestionando la existencia de un 'sujeto autobiográfico' caracterizado por una posición subjetiva unificada, estable y coherente y la existencia de la figura de autor*, narrador* y protagonista, sustituida por una representación del carácter descentrado de la identidad posmoderna.

If the self, my "auto" part, is conceived as a linguistic effect, I cannot know in advance what it is, I will, in fact, never be able to determine it, because it will always be in the making. All I can do is to ask continuously: How does the — necessarily ephemeral — autobiographical subject come into being? As a consequence, through its radical challenge to any form of unified, stable and coherent subject position, the performative perspective explodes the "autobiographical contract" (see LEJEUNE, 1982) of traditional autobiography that presupposed the identity of author, narrator and protagonist. (Scheidt 2008: 10)

Una yuxtaposición de diferentes formatos se puede encontrar también en la antología *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano* que incluye reflexiones teóricas, textos que combinan relatos autobiográficos con reflexiones políticas, entrevistas, representaciones gráficas y propuestas de actividades, aportados por diferentes autor*s (Cabral 2009 ed.). En la introducción, Mauro Cabral (2009a) hace referencia a este carácter múltiple y heterogéneo.

Interdicciones es un libro heterogéneo, dividido en cuatro secciones principales. La primera sección, llamada **Articulaciones**, incluye cinco artículos que abordan distintos aspectos de la intersexualidad desde perspectivas también diferenciadas. La segunda sección, que lleva por nombre **Versiones**, recoge textos breves que combinan aproximaciones teóricas y políticas a la cuestión. La tercera sección, llamada **Conversaciones**, reúne tres entrevistas que tematizan, cada cual a su manera, la compleja relación entre experiencias, saberes, prácticas y horizontes ético-políticos. La última sección, a la que hemos dado en llamar **Operaciones**, introduce una guía de actividades cuyo objetivo principal es expandirlas posibilidades abiertas por la lectura de los textos que componen el libro —posibilidades de interés, de comprensión, de interpelación e involucramiento individual o comunitario, de acción política, de transformación cultural. (Cabral 2009a: 12)

La inquietud de desarrollar nuevas formas para combinar el relato autobiográfico y la reflexión teórica se puede encontrar también en autor*s queer (Jones 2006, 2007; Mahoney y Van der Platenvlotbrug 2001; Preciado 2002[2000], 2008). Jones (2007) plantea la pregunta por las características de una 'buena' autoetnografía performativa desde el cuestionamiento de una narración limitada a historias 'tristes' (Jones 2007).

Exploring the possibilities of a performative social science, for me, grew directly out of dissatisfaction with limitations in publication and presentation of my own biographic narrative data. (...)

I grappled with the question, what are the key components of "good" autoethnography? In doing so, I kept returning to one puzzling question: Why does it seem that autoethnographies so frequently tell "sad" stories? Is this one way of reaching an audience, by emotionally capturing it? I am not unfamiliar with sad stories in my narrative research and I have put a lot of energy into telling other people's sad stories in order to engage audiences. I wondered at the time, are there are other ways to write/perform autoethnography? Can you do autoethnography and tell a funny story or an amusing story? Will it still work and have the same impact?

(Jones 2007: s.p.)

En el marco del ciclo de conferencias *Más allá de los límites de los géneros / Estudios Queer* del Grupo de Trabajo Estudios LBG / Estudios Queer en la Universidad de Hamburgo (Heidel, et al. 2001: 10-11)³⁸⁵, Mahoney y Van der Platenvlotbrug (2001) presentan su trabajo académico a través de performances en *drag* en el ámbito académico y artístico y la

³⁸⁵ Traducción propia, títulos y nombres en el original "Vortragsreihe Jenseits der Geschlechtergrenzen / Queer Studies", "AG LesBiSchwule Studien / Queer Studies" (Heidel, et al. 2001: 10-11).

introducción del concepto "*Queenismo Internacional / Investigación Internacional sobre el Queenismo*" (387)³⁸⁶. Además, desarrollan un formato de escritura académica que utiliza la recitación irónica de terminologías y metodologías académicas, para exponer sus reflexiones sobre la deconstrucción del modelo binario de géneros y cuestionar modos de percepción socialmente establecidos (Mahoney y Van der Platenvlotbrug 2001).

En *El manifiesto contrasexual*, Preciado (2002[2000]) emplea una combinación entre texto y dibujos, manifiesto y ensayo académico. En *TestoYonqui* (Preciado 2008) alterna el proceso de reflexión teórica con la descripción de un proceso de experimentación con el propio cuerpo.

Este libro no es una autoficción. Se trata de un protocolo de intoxicación voluntaria a base de testosterona sintética que concierne el cuerpo y los afectos de B. P. Es un ensayo corporal. Una ficción, es cierto. En todo caso y si fuera necesario llevar las cosas al extremo, una ficción autopólitica o una autoteoría.
(Preciado 2008: 15)

1.3. Aspectos éticos

En tercer lugar, pude encontrar reflexiones sobre aspectos éticos desarrollados desde perspectivas trans* e intersex.

Partiendo de la mención explícita de su propia trayectoria como investigadora, activista y persona trans*, Zowie Davy (2008) incluye reflexiones éticas en su tesis doctoral, basada en una investigación cualitativa con personas trans*. Como un desafío ético durante el proceso de investigación señala el equilibrio entre investigación y activismo, en el sentido de superar su diferenciación y adoptar un enfoque emancipador, sin sesgar los resultados (Davy 2008). Además, hace referencia al dilema entre una intencionalidad política y la imposibilidad de representar completamente la voz de 'l*s otr*s'. Citando a bell hooks (1994), Davy (2008) habla de "*ethics of struggle*" (95), partiendo de la relevancia del activismo para los estudios trans* ("*I believe without activism there would be very little contemporary academic work on trans*", 95).

Como consecuencia de su propia posición teórico-activista y conocimiento de las comunidades trans*, Davy (2008) observa una mayor facilidad para adoptar una actitud de sensibilidad y cuidado. Como un aspecto ético específico, relacionado con la frecuente experiencia de discriminación de las personas trans*, resalta la importancia de una honestidad en el proceso de información sobre las características de la investigación y su posterior publicación, con el objetivo de posibilitar una decisión sobre el grado deseado de confidencialidad (Davy 2008). Además, hace referencia a la relevancia de un reconocimiento de la expresión e identidad de género de la persona trans* y retrato coherente con su autorrepresentación elegida, en contraposición a una frecuente experiencia de falta de

³⁸⁶ Traducción propia, texto en el original: "*Internationaler Queenismus / Internationale Queenismusforschung*" (Mahoney y Van der Platenvlotbrug 2001: 387).

reconocimiento en el ámbito clínico y fragmentación de la narración en la práctica de investigación (Davy 2008).

I noted previously there were contentions within the clinical setting as well as within transgender politics about the subject's authenticity. (...) In relation to respect, I felt the participants should be portrayed as the participants intended and not as fragmented pieces of information that fits nicely with the intended theory of the researcher. (Davy 2008: 96)

Reicherzer, Shavel y Patton (2013) aportan reflexiones éticas en una investigación cualitativa con personas trans* latinas en el contexto estadounidense, desde la experiencia de una de las personas participantes en el equipo de investigación, Stacee Reicherzer, como mujer trans*, psicoterapeuta e investigadora con posicionamiento teórico en la "*critical race theory*" (86), teoría feminista y teoría queer. L*s autor*s valoran su posición como *insider* como una oportunidad para el desarrollo de una sensibilidad ética específica, al mismo tiempo que señalan que la posición como *insider* no asegura un entendimiento completo, en consecuencia de la diversidad cultural inherente al grupo estudiado (Reicherzer, et al. 2014).

Reicherzer, et al. (2013) describen diferentes problemas éticos que vivió la investigadora con experiencia trans* durante el proceso de investigación cualitativa, relacionadas con la temática estudiada. En el proceso de entrevista, Reicherzer, et al. (2013) observan la dificultad de establecer límites entre el formato de entrevista cualitativa y el proceso terapéutico, especialmente en caso de personas trans* con intentos de suicidio o experiencias de abuso. Además, constatan dificultades en la separación entre el rol investigador y el rol como persona trans* en el entorno habitual de las personas entrevistadas, como pueden ser bares en los que actúan las "*performers*" trans* a las que Reicherzer entrevistó durante el trabajo de campo (Reicherzer, et al. 2013: 87).

Part of drag performance includes tipping the performers. As a transgender woman at a drag bar, it would have been culturally inappropriate, a sign of snubbing among transgendered women, had Stacee been present at the bar but not tipped the performers. As such, she made the decision that she would tip most or all of the performers, including her participants, for the purpose of appearing inconspicuous. (...) On one night, participant "Diana" was hosting a show and extolled the crowd to "give it up for my friend [Stacee], who's doing a study of my life!" The crowd cheered, and Stacee waved. (Reicherzer, et al. 2013: 87)

Como otro aspecto relevante, l*s autor*s señalan la importancia de tener en cuenta las diferencias de poder entre la investigadora trans* blanca con formación académica y las personas trans* latinas en situación de exclusión social entrevistadas, resaltando la necesidad de cuidar una representación adecuada de sus voces (Reicherzer, et al. 2013).

Because the ability of transgender women of color to name their experiences and identities in a manner that can be heard is significantly diminished, it is important to consider how we represent voices from communities of which we are partially but not wholly a part. As such, we were particularly conscientious in how this study with a White academic researcher and working class Mexican and Mexican-American women would develop. (Reicherzer, et al. 2013: 90)

Como una dificultad añadida, nombran la escasez de guías éticas específicas, limitando la reflexión ética al intercambio con otr*s investigador*s y el propio juicio profesional (Reicherzer, et al. 2013).

Stacee’s qualitative case study presented unique dilemmas. Her professional code of ethics, as well as similar codes that guide other professions, provided limited guidance of navigating in-depth qualitative research that occurred within this small cultural community. As such, Stacee relied heavily on her research colleagues with whom she reviewed results, as well as her own professional judgment, in making ethical decisions for navigating her relationships with participants.
(Reicherzer, et al. 2013: 90)

Reicherzer, et al. (2013) cierran la reflexión con recomendaciones, entre ellas 1. Realizar una revisión crítica de los objetivos de investigación, 2. Consultar códigos éticos, 3. Buscar el apoyo de otr*s investigador*s en la reflexión sobre aspectos éticos, 4. Ser consciente de múltiples diferencias interseccionales presentes paralelamente a la identidad compartida como personas trans* y 5. Ser flexibles ante múltiples entornos y sus características en el trabajo de campo.

Desde un cuestionamiento de la categoría ‘*transgender*’ y su utilización en el ámbito académico, Valentine (2007) abre una reflexión sobre la responsabilidad ética de una práctica de investigación sobre experiencias de violencia transfóbica. Desde el objetivo de evitar dinámicas de violencia discursiva, Valentine (2007) resalta la importancia de analizar la compleja interrelación entre dinámicas de poder, prácticas sociales, discursos y capital simbólico como punto de partida para una práctica etnográfica ética.

Indeed I found that “violence” can incorporate not only physical abuse and murder but all practices that may be perceived as impacting negatively upon a life, including the practices of ethnography itself. (...)
My analysis of violence lies in the territory between representation and physical violence – *discourse as violence* – and how such facts are mounted to make a series of claims – *violence as discourse*. (...) I will argue that an investigation of these complexities – and the diffuse nature of power, the ambiguity of social practices, flows of discourses, and symbolic capital – must be the starting point for effective and ethical action.
(Valentine 2007: 211, 212)

En una investigación antropológica sobre las experiencias de personas intersexuales, realizada desde una doble perspectiva teórico-activista intersex, Morgan Holmes (2008) hace referencia a la vivencia de conflictos éticos a pesar del intento de “*make intersexuality understood from the point of view of intersexuals themselves*”, en el sentido de “*allowing yet more voyeuristic, academic curiosity to access intersexuals’ already overaccessed bodies*” (Holmes 2008: 64). En consecuencia, expresa su preocupación ante la observación de un continuado proceso de objetivización en la práctica de investigación (Holmes 2008).

Now as objects of my own study, various intersexuals are asked to “speak” as subjects through their writing, and yet they are also forced to remain as “objects” of knowledge by the very fact that it is *my study, and my theory* that seeks to explain what intersex is, has been and could be.
(Holmes 2008: 110)

Estas reflexiones desarrolladas desde perspectivas teórico-activistas trans* e intersex y aliad*s, se insertan en el campo más amplio de reflexiones sobre aspectos éticos en la investigación con personas LGBT, aportadas desde diferentes perspectivas teóricas.

En un capítulo sobre aspectos éticos incluido en una antología sobre métodos de investigación con población LGBT desarrollados en el ámbito del trabajo social, Martin y Meezan (2003) señalan la ausencia de una referencia explícita a aspectos éticos específicos en la investigación con población LGBT en los códigos éticos existentes. Desde la observación de una frecuente situación de discriminación y estigmatización, detectan un riesgo aumentado de explotación o daño (Martin y Meezan 2003). En una revisión histórica, identifican múltiples ejemplos de vulneración de estándares éticos contemporáneos en la investigación con población LGBT, incluyendo la realización de experimentos médicos, métodos de investigación basados en la realización de terapias reparativas, el empleo de prácticas de engaño en el proceso de investigación, así como ejemplos de una vulneración de la confidencialidad de las personas participantes. Desde una revisión de códigos éticos procedentes del ámbito de trabajo social, Martin y Meezan (2003) señalan la importancia de una revisión de aspectos éticos y potenciales sesgos heteronormativos y generizados, especialmente en proyectos de investigación que incluyen fases de intervención, con el objetivo de prevenir potenciales daños, así como de evitar sesgos en el proceso de evaluación.

En consecuencia del carácter sensitivo de la temática LGBT y la posibilidad de experiencias previas de discriminación o normativización social, se destacan como aspectos éticos relevantes la creación de una relación de confianza en la situación de entrevista (Kong, Mahoney y Plummer 2001), así como el cuidado de la confidencialidad y privacidad de las personas participantes, considerado de especial importancia en caso de personas menores de edad (Martin y Meezan 2003).

En una edición especial del *Hasting Center Report* sobre bioética y temática LGBT, se incluyen reflexiones sobre la ética de la investigación relacionada con temáticas LGBT (Powell y Foglia 2014). En el editorial, Powell y Foglia (2014) nombran como motivación para esta edición especial la propia actividad profesional de docencia en bioética, paralelamente a una participación en la comunidad LGBT, el aniversario de un caso de asesinato homofóbico, la experiencia como madre de un hijo gay, así como la observación de prácticas patologizantes en la medicina y psiquiatría. Dentro de la revisión de casos de abusos en la práctica de investigación, señalan una escasez de análisis de vulneraciones de derechos de minorías sexuales (Powell y Foglia 2014). La edición especial incluye un artículo sobre aspectos éticos en la investigación con jóvenes LGBT (Fisher y Mustanski 2014).

Fisher y Mustanski (2014) observan una falta de investigaciones sobre la situación de jóvenes LGBT (capítulo II, 3.9.4.2.3.3), a pesar de la necesidad del desarrollo de programas de prevención de suicidio, abuso de sustancias y salud sexual. Como una de las razones para la

escasez de investigaciones, l*s autor*s señalan los requisitos específicos para la protección de menores en la investigación, incluyendo la posibilidad de una sobreestimación de los riesgos de su participación (Fisher y Mustanski 2014). La frecuente falta de conocimiento de l*s madres y padres sobre la orientación sexual de sus hij*s se identifica como otra limitación en el contacto con personas participantes menores de edad, creando un sesgo en su selección (Fisher y Mustanski 2014).

Desde la relevancia de proteger a personas jóvenes LGBT de potenciales riesgos, garantizar su confidencialidad y crear una práctica de investigación éticamente responsable, Fisher y Mustanski (2014) proponen la participación activa de jóvenes LGBT en todas las fases del proceso de investigación, incluyendo la fase de diseño.

Engaging prospective participants in the design of ethically responsible practices will help transform research involving LGBT youth into an evidence-informed process that will protect their rights and welfare and reduce undue barriers to participation in research critical to the future health of this population
(Fisher y Mustanski 2014: S31)

1.4. Enfoques colaborativos y proyectos colectivos

Frente a la observación de dinámicas de patologización y estigmatización de personas trans* e intersex en el ámbito de la investigación clínica y social, así como la presencia de múltiples barreras en el acceso a procesos de producción teórica, los enfoques participativos y colaborativos adquieren una especial relevancia (Fisher y Mustanski 2014; Namaste 2000; Singh, Richmond y Burnes 2013).

Desde una perspectiva feminista, Singh, Richmond y Burnes (2013) proponen la aplicación de enfoques de investigación-acción participativa con comunidades trans*, cuyo empleo se identifica como una oportunidad para realizar una investigación ética y empoderadora *con* en vez de *sobre* las comunidades trans*.

Because it is critical to understand the multiple experiences within the transgender community, and given the unique challenges associated with recruitment, the use of participatory action research (PAR) provides a framework to guide ethical and empowering research with rather than on transgender communities.
(Singh, Richmond y Burnes 2013: 94)

Singh et al. (2013) recomiendan la inclusión de diferentes aspectos en el enfoque participativo, entre ellos 1. La conceptualización del rol de l*s participantes como co-investigador*s, 2. La identificación colectiva de un enfoque de investigación basado en el cambio social, 3. Un proceso colaborativo de recogida y análisis de datos y 4. La evaluación del impacto del estudio en el cambio social.

El enfoque colaborativo se describe como una posibilidad de trabajar conjuntamente hacia un objetivo de cambio social, incluyendo todas las fases del proceso de investigación (Singh, et al. 2013). L*s autor*s optan por el uso de un marco teórico feminista desde su consideración como una oportunidad para reflexionar sobre las diferencias de poder dentro de las

comunidades trans*, en el equipo de investigación y entre l*s investigador*s y las personas trans*, así como para reforzar la atención a aspectos sociales que influyen en la vida de las personas trans*, incluyendo dinámicas de prejuicio, racismo, clasismo y sexismo (Singh, et al. 2013). Además, proponen la aplicación de un marco teórico queer, incluyendo su crítica de la heteronormatividad, conceptualización de las categorías de identidad como inestables y entendimiento del conocimiento como socialmente construido en el enfoque de investigación (Singh, et al. 2013). Asimismo, sugieren combinar el marco teórico feminista y queer con un enfoque trans*, retomando las reflexiones presentes en los estudios trans* sobre la complejidad de la construcción social del género, la corporalidad y los determinantes sociales (Singh, et al. 2013).

Como otro elemento importante de un enfoque de investigación-acción participativa, Singh, et al. (2013) identifican el auto-análisis de la posición de l*s investigador*s, incluyendo sus identidades sociales múltiples (etnicidad, orientación social, clase social, etc.) y su interseccionalidad. L*s autor*s aportan un *checklist* para comprobar la inclusión de todos los aspectos relevantes de una investigación-acción participativa con personas trans* (Singh, et al. 2013).

Con el objetivo de evitar procesos de categorización y objetivización, Namaste (2000) señala la importancia de un proceso de participación de las personas trans* en los procesos de investigación. Propone exigir a l*s investigador*s información sobre el proceso de revisión y validación de los resultados, interpretaciones y conclusiones por parte de las personas trans* (Namaste 2000).

Indeed, given that transsexuals and transgendered people are always reduced to an object of study (whether the object is deemed to be fascinating, horrific, tragic, or transgressive), I suggest that we demand that researchers on transsexual and transgendered people tell us how TS/TG people validated their interpretations, findings, and conclusions.
(Namaste 2000: 267)

Como mencionado más arriba, la adopción de enfoques participativos se identifica como una oportunidad para una práctica éticamente responsable con jóvenes LGBT (Fisher y Mustanski 2014; capítulo III, 1.3).

Aparte de estas reflexiones teóricas sobre enfoques participativos y colaborativos, se pueden nombrar diferentes proyectos de reflexión teórica y producción discursiva creados desde el activismo trans* e intersex que incluyen en sus editoriales y prefacios una mención explícita de la intención de cuestionar y contrarrestar prácticas de exclusión discursiva, categorización y patologización.

En este sentido, se puede nombrar el proyecto de periódico *El Teje, Primer periódico travesti latinoamericano*, surgido en el contexto argentino desde una colaboración entre el *Centro Cultural Ricardo Rojas* y activistas travestis y publicado en formato online y versión imprenta (Wayar 2007a, 2007b).

En el Editorial I del primer número de *El Teje*, se nombran como objetivos del proyecto romper con el silencio, la negación y la culpabilización de las travestis y transexuales, “*porque el silencio, lejos de ser inmaterial, se traduce sobre los cuerpos en dolor, desaparición y muerte*” y de esta forma “*dar voz a través de la palabra materializada y con cierta sistematización al silencio social histórico del que somos víctimas las travestis y transexuales*” (Wayar 2007a: 1).

En el Editorial II del mismo número, Wayar (2007b) nombra como objetivos adicionales construir una red de acción y resistencia, crear un “*espejo de nuestro sentir y pensar*”(2) y “*ser el lugar desde donde decir y actuar*”(2).

El Teje quiere ser la punta de una red de acción conjunta para evitar caer en las otras redes, las de la policía, las del gobierno de turno, las de los que creen que sólo hay dos maneras de ser: hombre o mujer. (...) El Teje se propone como el espejo de nuestro sentir y pensar, de las formas en que reaccionamos internamente y ante el mundo exterior y nuestra propia percepción de qué y cómo somos: no somos hombres. A veces sentimos que la sociedad toda habla por nosotras, en nuestro lugar. Otras veces sentimos que decimos algo que luego no se traduce en hechos. El Teje quiere ser el lugar desde donde decir y actuar en este sentido: traduciendo en representaciones culturales y acciones políticas transformadoras del afuera/otro/a colectivo/a.
(Wayar 2007b: 2)

Además, en el Editorial I se hace referencia al estilo y la intencionalidad política del periódico, señalando “*¡Nos declaramos abiertamente partidarias del error, la falla, el caos, la heterogeneidad y la contingencia humana!*” y demostrando su oposición hacia el “*paradigma de homogeneidad que ocasiona enfermedad psíquica, social, política, económica y cultural*” (Wayar 2007a: 1). Esta intencionalidad de ruptura se refleja en el título (“*El Teje es una suerte de espejo (...). Es una palabra todo terreno, lo que no se dice, lo oculto, lo que se trama, lo ilegal, lo sobreentendido*”, Wayar 2007a: 1) y el estilo del editorial I, que reproduce el diálogo entre la abogada colaboradora del *Centro Cultural Rojas* y una activista travesti que constituye el inicio del proyecto, bajo uso de expresiones propias de la cultura travesti y un estilo literario de collage (Wayar 2007a).

Desde el ámbito centroeuropeo, se puede nombrar el proyecto de revista online *Liminalis, Revista para la Emancipación de los Sexos/Géneros*, con publicaciones en inglés, castellano y alemán, surgida desde el ámbito de la *Red Transgénero de Berlín*, una red activista de grupos trans* e intersex. En su página web se destaca como objetivo principal de la revista reforzar enfoques de investigación desde una perspectiva despatologizadora y en interrelación con el movimiento activista (Liminalis 2007).

“Liminalis” es un proyecto del Consejo Científico de la Red Transgénero de Berlín (TGNB). El propósito de Liminalis es respaldar los objetivos emancipatorios de los movimientos trans e intersex, así como prestarles apoyo científico, lo que nos lleva, por un lado, a lanzar una mirada crítica y reflexiva sobre los métodos y estructuras de aquellas ciencias que se ocupan del estudio de los sexos/géneros y sexualidades; y por otro, a adoptar como principio el fomento y la demanda de enfoques de investigación despatologizantes y desexotizantes. Liminalis es, en consecuencia, el intento de crear un puente entre movimiento (social) y ciencia (crítica).
(Liminalis 2007: s.p.)

Como otro ejemplo de una producción teórica desde perspectivas trans* en interrelación con el ámbito activista, procedente del contexto castellano hablante, se puede nombrar la antología *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización* (Missé y Coll-Planas 2010 eds.). En la introducción, Gerard Coll-Planas (2010b) aporta una reflexión sobre el carácter colectivo y polifónico de la antología.

El libro que tienes entre las manos trata sobre el colectivo trans: sobre sus realidades, sus luchas, sus conflictos, sus deseos. Un colectivo al que se le usurpa la capacidad de nombrarse, al que se le niega la voz. Un colectivo atrapado en un juego de espejos en el que es difícil identificar la propia imagen, la que te devuelven los demás y la que te exige la medicina. (...)

Este libro es, en definitiva, una invitación al diálogo y a la reflexión a partir de un conjunto de voces polifónicas que abordan diferentes dimensiones y aspectos alrededor del tema de la patologización de las personas trans.

(Coll-Planas 2010b: 15)

La antología *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano* se puede señalar como un ejemplo de una producción colectiva realizada desde perspectivas teórico-activistas intersex procedentes del contexto castellano hablante y lusófono (Cabral 2009a).

Los textos contenidos en este libro provienen de distintos países: Argentina, Brasil, Costa Rica, España, México y Puerto Rico. Sus autor*s han recorrido distintas trayectorias, disciplinares, teóricas y políticas, y cada uno de sus trabajos considera aspectos diferenciados de la cuestión. Al editarlo hemos procurado evitar la tentación de uniformizar esa diversidad de perspectivas en una única escritura, capaz de dar cuenta de la intersexualidad como de un fenómeno objetivo, cerrado en sí mismo, acabado. Los distintos artículos brindan, por el contrario, la oportunidad de acercamientos diversos a la intersexualidad –diversos en su manera de encararla e, incluso, de nombrarla.

(Cabral 2009a: 6)

En un artículo publicado en 2014, analizo, citando a Butler (*“¿[C]ómo puede hablar la población que no tiene voz y cómo puede hacer sus reivindicaciones?”*, 2009: 336) el rol de estos proyectos colectivos en la ruptura de la exclusión discursiva de autor*s trans* e intersex y producción discursiva colectiva desde perspectivas teórico-activistas, cerrando el texto con preguntas abiertas (Suess 2014).

¿Cómo romper con dinámicas de patologización, discriminación y exclusión del orden de lo vivible en la vida cotidiana? ¿Cómo trabajar para un mayor reconocimiento de las perspectivas travesti, trans e intersex como potencial oportunidad de cambio para la sociedad en su conjunto, como aportación de nuevas perspectivas teóricas y como punto de partida para una celebración de la diversidad corporal y de género?

(Suess 2014: 138)

2. LA CONTRIBUCIÓN DE LA PERSPECTIVA DE DESPATOLOGIZACIÓN A LA REFLEXIVIDAD Y ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

En las reflexiones sobre aspectos epistemológicos, metodológicos y éticos aportados desde perspectivas teórico-activistas trans* e intersex, pude identificar una frecuente presencia de la perspectiva de despatologización.

A un nivel epistemológico, las reflexiones revisadas se centran en un cuestionamiento de dinámicas de patologización y categorización presentes en la bibliografía médica,

psiquiátrica y psicoanalítica, la sociología, la antropología o la teoría queer. Además, se desarrollan reflexiones sobre dinámicas de exclusión de las personas trans* de los procesos de producción discursiva y la importancia de su ruptura, así como las características, desafíos y responsabilidades de una doble posición teórico-activista.

A un nivel metodológico, pude identificar un cuestionamiento del uso de un lenguaje patologizante en la bibliografía científica, incluyendo la propuesta de estrategias de resignificación, reapropiación y ruptura con el binarismo de género en metodologías cuantitativas, enfoques cualitativos y procesos de escritura científica. Además, se aportan propuestas para la inclusión de aspectos interseccionales, así como para el desarrollo de nuevas formas de representación para posibilitar una combinación entre reflexión teórica y autoetnografía sin limitar las aportaciones trans* e intersex a una voz testimonial.

En relación a la dimensión ética, diferentes autor*s hacen referencia a las responsabilidades éticas inherentes a una doble posición teórico-activista. Autor*s de diferentes perspectivas teóricas contribuyen reflexiones sobre la especial exposición de las personas LGBT en general, y específicamente de personas trans* y menores de edad divers*s en el género, a dinámicas de vulneración de derechos en el ámbito de la investigación. El foco de las reflexiones éticas revisadas en aspectos epistemológicos, entre ellos la responsabilidad ético-política de una doble trayectoria teórico-activista, comprueba la estrecha interrelación entre una perspectiva de reflexividad y una mirada desde la ética de la investigación, en coherencia con reflexiones desarrolladas desde perspectivas de ética reflexiva (capítulo I, 3.5.4.1).

Finalmente, autor*s trans* e intersex y aliad*s señalan la importancia de enfoques participativos y colaborativos en la investigación sobre temáticas trans* e intersex, incluyendo proyectos colectivos que buscan, desde perspectivas activistas y teórico-activistas, romper con la exclusión de las personas trans* e intersex de los circuitos de producción del conocimiento. Siguiendo la diferenciación descrita en el capítulo I, 3.4.2 entre modelos de investigación-acción participativa y enfoques de investigación y etnografía militante, los proyectos colectivos desarrollados desde perspectivas teórico-activistas se pueden situar en el contexto de una investigación o etnografía militante.

Las reflexiones aportadas desde perspectivas trans* e intersex se encuentran en una interrelación estrecha con demandas del movimiento por la despatologización trans*. En este sentido, la denuncia de una conceptualización y terminología patologizante en el ámbito de la investigación mantiene una relación de correspondencia con la crítica de dinámicas de patologización y psiquiatrización en el ámbito sanitario, educativo, jurídico, administrativo y social (capítulos II, 1, II, 3.2, II, 3.6, II, 3.8 y II, 3.9). La exclusión discursiva de las personas trans* e intersex de los circuitos de producción de conocimiento se puede relacionar con la falta de reconocimiento de su ciudadanía plena en el ámbito jurídico y administrativo (capítulo II, 3.8), así como la falta de concesión de agencia y posibilidad de participación activa en el ámbito sanitario (capítulo II, 3.6). La preocupación ética por una vulnerabilidad específica de las

personas trans* e intersex a dinámicas de abuso en el ámbito de la investigación se puede asociar a la observación de prácticas de discriminación, distrato y abuso en el ámbito clínico (capítulos II, 3.2, II, 3.6 y II, 3.9).

Además, la propuesta de enfoques participativos y colaborativos de investigación coincide con la demanda de una mayor participación de las personas trans* e intersex en el ámbito sanitario, tanto en relación a la toma de decisiones en el proceso de modificación corporal, como referente a políticas sanitarias, incluyendo la elaboración de estándares de cuidado y la participación en el proceso de revisión de los manuales diagnósticos (capítulos II, 3.1, II, 3.5 y II, 3.6).

Finalmente, la propuesta de una auto-reflexión del equipo de investigación sobre su propia trayectoria social y de género se puede relacionar con la práctica autorreflexiva en el ámbito activista (capítulo II, 3.11), así como con la sugerencia dirigida a l*s profesionales sanitari*s de incluir en su práctica clínica con personas trans* e intersex una revisión de la propia trayectoria de género (capítulo II, 3.6).

En mi propio proceso de investigación, las reflexiones aportadas desde perspectivas trans* e intersex me contribuyeron aspectos relevantes relacionados con las dudas epistemológicas, metodológicas y éticas vividas en el proceso. En este sentido, la descripción de dinámicas de patologización y psiquiatrización en la práctica de investigación coinciden con la experiencia de una representación patologizante de mi propia narración desde el rol como persona entrevistada y vivencia de incomodidad y miedo a la reproducción de dinámicas de patologización desde el rol investigador.

Las reflexiones sobre las responsabilidades, oportunidades y desafíos asociados al doble rol teórico-activista reflejados desde perspectivas trans* e intersex resuenan con mi propia experiencia de una doble trayectoria teórico-activista, así como la sensación de una especial responsabilidad ético-política en el proceso de producción y difusión de conocimientos sobre el ámbito activista.

Las reflexiones sobre aspectos de interseccionalidad me abrieron la posibilidad de repensar mi propia posición de privilegio en este proceso, en consecuencia de mi propia procedencia social, formación académica y ubicación geopolítica, así como las tensiones y contradicciones internas a la estructura de capitales heredada y adquirida (capítulo I, 3.6.1.4).

A un nivel metodológico, las propuestas para combinar la reflexión teórica con el relato autoetnográfico y autorreflexivo me aportaron posibles formatos y modalidades, paralelamente a un reflejo de las dificultades de combinar ambas perspectivas vividas en el proceso de elaboración de la presente tesis doctoral.

En relación a la perspectiva ética, mi propia inquietud coincidió con la de l*s autor*s trans* e intersex ciudad*s: La preocupación por la responsabilidad social y ético-política de la actividad de investigación, en el sentido de una producción de conocimientos que no causara

daño a las comunidades trans* y contribuyera al cambio social, así como la preocupación por evitar una representación patologizante del espacio activista retratado. La descripción del riesgo de "misgendering" (2) en la citación de autor*s aportada por Ansara y Hegarty (2014) reflejó mi propia experiencia de dificultad en el intento de evitar una asunción acerca de la identidad de género en autor*s que no conocía personalmente, basada únicamente en la asociación entre el nombre y el género. Esta conciencia me llevó a menudo a evitar el uso de términos generizados, un cuidado que puede repercutir negativamente en el estilo. Me di cuenta que incluso en caso de autor*s a l*s que conocía personalmente no podía estar siempre segur* del correcto uso del género, por la posibilidad de un cambio en su expresión o identidad de género. Esta duda aumentaba en caso de autor*s de l*s que solo conocía su bibliografía, o de autor*s no contemporáne*s. Ante este riesgo de "misgendering" (2), la propuesta de Ansara y Hegarty (2014) de contactar directamente con l*s autor*s me parecía una opción interesante, al mismo tiempo que valoré potenciales dificultades en la tarea de ponerme en contacto con tod*s l*s autor*s citad*s. Finalmente, opté por su segunda propuesta – incluir en el texto una mención de la falta de conocimiento del género de l*s autor*s citad*s (Ansara y Hegarty 2014). Además, en referencia a otro aspecto criticado por Ansara y Hegarty (2014), intenté evitar una diferenciación entre perspectivas trans* y cis, mediante la expresión "autor*s trans* y aliad*s" o "perspectivas activistas y teórico-activistas de despatologización".

"No me importa, ya me han examinado tantas veces" – la experiencia patologizante, de resignación y resistencia que resuena en la cita de la persona trans* con la que entré en contacto al principio del proyecto de tesis doctoral da indicios de otra dimensión de patologización menos presente en la bibliografía revisada: El riesgo de una repetición de experiencias traumáticas relacionadas con la escena clínica en la situación de entrevista cualitativa y antropológica. La frase con la que la persona trans* expresó su consentimiento a – y a la vez crítica de– la posibilidad de ser entrevistada, da indicios de una interrelación intrínseca entre la situación de examen médico, psiquiátrico o psicológico y las técnicas de investigación, una interrelación que se encuentra en consonancia con la hipótesis de Foucault (2009[1975]) de una analogía estructural entre la confesión religiosa, el examen policial o jurídico, la escena clínica o psicoterapéutica y la situación de entrevista en la investigación social.

La percepción de analogía entre ambas formas de 'examen' inherente al comentario de la persona trans* "ya me han examinado tantas veces" cuestiona la suposición de un carácter inocuo y efecto necesariamente benéfico de la metodología cualitativa y etnográfica en la persona entrevistada, planteando la pregunta por las posibilidades de ruptura con la asociación entre técnicas de investigación y métodos de examen en el encuentro clínico. En diferentes perspectivas teóricas, incluyendo los discursos trans* e intersex, encontré propuestas metodológicas para romper con desigualdades estructurales y relaciones de poder inherentes a la situación de entrevista, mediante propuestas de entrevista interactiva y reflexiva, así como formatos de investigación-acción participativa, investigación y etnografía militante, sin resolver

todas las dudas respecto a la legitimidad de la actividad de investigación y escritura científica, así como posibilidades de interacción entre el campo académico y activista (EUPHA Section Ethics in Public Health y Suess 2015; Suess 2011a, 2011d, 2014, 2015a, 2015b; Suess, et al. 2015).

En relación a la pregunta por la contribución de la perspectiva de despatologización trans* al campo discursivo sobre reflexividad y ética de la investigación, puedo observar un análisis compartido de aspectos epistemológicos relacionados con el rol investigador y estructuras de poder y desigualdad social en la situación de entrevista, al mismo tiempo que identificar reflexiones específicas aportadas desde perspectivas trans* e intersex.

En este sentido, puedo resaltar como contribuciones específicas el cuestionamiento de dinámicas de patologización en la práctica de investigación y la escritura científica, el análisis de analogías entre una escena clínica patologizante y las técnicas de entrevista y la identificación de la necesidad de romper con el binarismo de género en las prácticas de investigación. En consecuencia de estos análisis, desde perspectivas trans* e intersex se aportan propuestas para evitar la iatrogenia en la práctica de investigación, superar el binarismo de género en las técnicas de investigación, desarrollar conceptos y terminologías no patologizantes y abrir una autorreflexión sobre la propia trayectoria de género, posición en el campo académico y activista y su influencia en el proceso de investigación. Además, se aportan reflexiones sobre el impacto de la clasificación diagnóstica como trastorno mental en dinámicas de patologización, discriminación y exclusión discursiva, reforzadas por otras dimensiones de desigualdad social y geopolítica, así como las posibilidades de su ruptura.

Las experiencias de patologización, categorización y exclusión discursiva, así como las reflexiones sobre la importancia de un reconocimiento de las aportaciones desde perspectivas teórico-activistas no se limitan al ámbito trans* e intersex, sino constituyen una vivencia compartida por otros grupos tradicionalmente limitados a un rol de *"pacientes, es decir, sujetos de una tradicional escucha menguada, mutilada"* (Cabral en: Cabral y Benzur 2005: 298), entre ellas las personas con experiencias psiquiátricas (Bracken, et al. 2012; Lehmann 2013; Minkowitz 2012; Stastny y Lehmann 2007 eds.) o personas con experiencias de diversidad corporal (Guzman y Platero 2012; Inckle 2010; Puar 2014; Roth 2010).

Desde esta experiencia compartida, se postula la necesidad de detectar la presencia de aspectos iatrogénicos en la práctica de investigación y desarrollar enfoques basados en la despatologización y los Derechos Humanos.

A MODO DE CONCLUSIÓN: RECORRIDOS Y REFLEXIONES

Desde un resumen de diferentes recorridos por las diferentes fases del proyecto de investigación desarrollados en la presente tesis doctoral, aportaré en este capítulo de conclusiones reflexiones sobre aportaciones, limitaciones y futuras líneas de investigación, a modo de posibles recorridos futuros por la perspectiva de despatologización y temáticas relacionadas.

1. RECORRIDO I: REFLEXIVIDAD Y ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La incomodidad con la investigación como "*obra de la caza*" (Ibáñez 1996a: 69), aumentada por la sensación de una especial responsabilidad ético-política inherente a la doble posición teórico-activista, me suscitó la necesidad de profundizar en el amplio campo existente sobre reflexividad y ética de la investigación. Poder identificar mis propias dudas como parte de una crisis epistemológica, metodológica y ética presente en las Ciencias Sociales de finales del siglo XX y comienzo del siglo XXI me ayudó a salir del momento de *impasse* y buscar lugares epistemológico-éticos, enfoques y metodologías desde los que pensar sobre una temática que me atraviesa a nivel personal, político y teórico: La despatologización de las expresiones e identidades trans*.

Las dudas éticas inherentes a mi propia posición teórico-activista y el interés por una comprensión reflexiva del lugar de la perspectiva de despatologización en un campo discursivo más amplio, influyeron en la toma de decisión sobre el enfoque y la metodología, la realización de un análisis sociológico de los discursos teórico-activistas sobre despatologización trans* y la construcción de cartografías discursivas.

Además, el recorrido por el debate actual sobre reflexividad y ética de la investigación me motivó a desarrollar los siguientes aspectos: 1. La inclusión de la dimensión autorreflexiva y autoetnográfica como un eje transversal en el texto y la realización de un ejercicio de autosocioanálisis, 2. El análisis de las reflexiones epistemológicas, metodológicas y éticas aportadas desde perspectivas trans* e intersex, así como 3. La reflexión sobre la aportación de la perspectiva de despatologización al debate contemporáneo sobre reflexividad y ética de la investigación.

2. RECORRIDO II: ANÁLISIS DEL CAMPO DISCURSIVO DE DESPATOLOGIZACIÓN TRANS*

El análisis del campo discursivo de despatologización trans* se produjo en cuatro pasos: 1. El resumen del proceso de emergencia e internacionalización del activismo actual por la despatologización trans*, 2. La revisión del desarrollo de las clasificaciones diagnósticas y estándares de cuidado, 3. El análisis de diferentes líneas temáticas presentes en los discursos

activistas y teórico-activistas de la despatologización trans* y 4. La construcción de cartografías discursivas.

En la elaboración del resumen sobre el proceso de surgimiento e internacionalización del activismo actual por la despatologización trans* tomé conciencia de la dificultad de la construcción de una narrativa lineal sobre un proceso activista complejo y multifocal, cuyos puntos de emergencia son difusos y múltiples, de forma análoga a la descripción del carácter difuso de los procesos de emergencia de campos discursivos en Foucault (2003[1969]).

La revisión de conceptualizaciones históricas de los procesos de tránsito en el género desde el siglo XIX y del desarrollo de las diferentes versiones del DSM y de la CIE que contienen categorías diagnósticas relacionadas con sexualidades, expresiones e identidades de género, así como de las diferentes ediciones de los SOC, me hizo tomar conciencia de la estrecha interrelación entre clasificación diagnóstica y contexto histórico, sociopolítico y profesional, así como de la presencia de aspectos de cambio y permanencia a lo largo de las diferentes ediciones.

Profundicé en el análisis de la perspectiva de despatologización desde el interés teórico-activista de crear una cartografía de los discursos por la despatologización trans* y su interrelación con discursos profesionales, institucionales y teóricos, a modo de un trabajo de registro de un proceso aún en marcha, contribución a la memoria histórica de procesos activistas, reconocimiento de los discursos producidos desde diferentes perspectivas y contextos geopolíticos, así como comprensión de la interrelación entre avances recientes y desarrollos sociopolíticos más amplios. Este proceso se produjo desde un constante proceso de reflexión sobre mi propia legitimidad y responsabilidad ético-política en el proceso de escribir sobre un proceso de carácter colectivo y altamente politizado.

El análisis de los discursos teórico-activistas actuales sobre despatologización trans* muestra la presencia de diferentes ejes temáticos que a su vez están estrechamente relacionados con discursos teórico-activistas precedentes, marcos teóricos y procesos activistas afines, incluyendo reflexiones procedentes desde perspectivas filosóficas, sociológicas y antropológicas, enfoques y modelos relacionados con el campo discursivo de la Salud Pública, así como perspectivas bioéticas, jurídicas y de Derechos Humanos.

En este sentido, la perspectiva de despatologización se puede identificar como una temática no únicamente trans-específica, sino transversal a debates contemporáneos sobre ciudadanía, Derechos Humanos, autonomía corporal, participación ciudadana en salud, no binarismo de género, ética y promoción del respeto a la diversidad.

Desde perspectivas activistas y teórico-activistas de despatologización trans*, se aportan reflexiones sobre desarrollos recientes a niveles internacionales, regionales y estatales, aspectos de avance y de permanencia, así como la emergencia de nuevos puntos de controversia y factores de complejidad.

En relación a aspectos de avance, desde perspectivas activistas y teórico-activistas se resaltan los siguientes desarrollos: 1. La observación de un "*cambio de paradigma*" (Missé 2012b: 5; Missé y Coll-Planas 2010b: 54) desde una conceptualización de los tránsitos en el género como trastorno mental a su reconocimiento como Derecho Humano y expresión de diversidad, 2. La inclusión de las demandas de despatologización trans* en la agenda de organismos internacionales, regionales y estatales y 3. La presencia de avances en los procesos de revisión del DSM, de la CIE y de los SOC, en el sentido de una modificación de la clasificación diagnóstica en el DSM-5 (APA 2013a), cambios en los SOC-7 (WPATH 2012a) y la retirada de las categorías diagnósticas trans-específicas del Capítulo 'Trastornos mentales y de comportamiento' e inclusión de una nueva categoría trans-específica en el Capítulo 'Condiciones relacionadas con la salud sexual' en el *ICD Beta Draft* (OMS 2015a), 4. La aprobación de leyes de reconocimiento de género sin requisitos médicos en diferentes países, entre ellos Argentina, Dinamarca, México D.F., Malta, Colombia e Irlanda y 5. El fortalecimiento del activismo trans* internacional y regional.

Por el otro lado, el activismo por la despatologización trans* y autor*s afines denuncian elementos de permanencia de un modelo psicopatológico de la transexualidad en el ámbito clínico, jurídico, administrativo y social, en relación a 1. La continuada clasificación diagnóstica de los procesos de tránsito en el género en el DSM-5 (APA 2013a), 2. La permanencia de un modelo de evaluación en la atención sanitaria trans-específica en los SOC-7 (WPATH 2012a), 3. La inclusión de una clasificación diagnóstica de la diversidad de género en la infancia en el *ICD-11 Beta Draft* (OMS 2015) y 4. La continuada situación de discriminación, exclusión social y exposición a violencia transfóbica de las personas trans* en diferentes partes del mundo.

Además, en un proceso autorreflexivo aportado desde perspectivas activistas y teórico-activistas se identifican nuevos puntos de controversia y complejidad, entre ellos 1. La percepción de una contradicción entre el derecho a la despatologización y el derecho a la atención sanitaria trans-específica, requiriendo la necesidad del desarrollo de nuevos marcos de argumentación, 2. Las potenciales tensiones entre la reivindicación del derecho a la modificación corporal y el cuestionamiento de una conceptualización biomédica y binaria de los procesos de tránsito en el género, 3. La disyuntiva entre un rechazo radical del sistema de clasificación diagnóstica y la participación en el proceso de negociación de cambios en el mismo, 4. La demanda de reconocimiento legal de género sin requisitos médicos, acompañada por un cuestionamiento de la mención del género en los documentos identificativos, 5. El creciente apoyo a la diversidad de género en la infancia en el ámbito familiar, educativo, social, sanitario y administrativo, paralelamente a la observación de dinámicas de presión hacia la adopción de expresiones e identidades de género binarias inherente a algunos enfoques afirmativos, así como 6. La complejidad de un establecimiento de demandas activistas a nivel internacional ante la amplia diversidad de expresiones, trayectorias e identidades de género,

necesidades de atención sanitaria y situaciones de desprotección jurídica en diferentes partes del mundo.

La propuesta de un análisis de marcos interpretativos, estructuras de oportunidad y ciclos de protesta aportada desde la teoría de los movimientos sociales (Benford y Snow 2000; Della Porta 2006[1996], 2014; Creed, et al. 2002; McAdam, et al. 2006[1996]; Snow y Benford 1988), el análisis de los procesos de entrada discursiva, consolidación y desplazamiento en los campos sociales desarrollado por Bourdieu (1997[1994], 1999[1997], 2000[1987], 2003[2001], 2006[2004]), así como la teoría de formación discursiva y el concepto de umbrales discursivos en Foucault (2003[1969]) me aportaron marcos teóricos relevantes para revisar y repensar el proceso de emergencia, internacionalización y reconocimiento institucional de la perspectiva de despatologización trans* desde un análisis de los campos discursivos, contextos sociopolíticos y circunstancias históricas más amplios.

A la vez, ante el carácter del activismo por la despatologización trans* como un proceso en pleno desarrollo, su diversidad interna y mi propia posición de cautela ética, basada en la idea de que la valoración del proceso activista tiene que ser necesariamente una actividad colectiva, mis reflexiones tienen un carácter necesariamente limitado, tentativo y expuesto al cambio, similar a lo expresado por Miquel Missé (2010a) en el epílogo de la antología *El género desordenado*.

El epílogo de este libro todavía no puede escribirse. La mayor parte de los debates que plantea siguen abiertos y tardarán todavía en resolverse (si es que algún día se resuelven). De hecho, resolverlos no es algo que nos inquieta especialmente: probablemente las conclusiones sobre este libro no podemos sacarlas solo nosotros. En todo caso, la intención de este proyecto no era cerrar el debate sino abrirlo, seguir pensando, dialogando y proponiendo.
(Missé 2010a: 265)

3. RECORRIDO III: PERSPECTIVAS DE DESPATOLOGIZACIÓN, REFLEXIVIDAD Y ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

En la reflexión sobre aspectos epistemológicos, metodológicos y éticos aportados desde perspectivas teórico-activistas trans* e intersex, pude identificar una frecuente presencia de reflexiones relacionadas con la perspectiva de despatologización, en el sentido de una denuncia de conceptualizaciones, terminologías, metodologías y formas de representación patologizantes en la práctica de investigación y bibliografía científica sobre temáticas trans* e intersex, el cuestionamiento de procesos de exclusión discursiva, reflexiones sobre la doble perspectiva teórico-activista, así como la aportación de enfoques y terminologías no patologizantes.

En este sentido, se puede observar un paralelismo entre el activismo por la despatologización trans* y la reflexión metateórica aportada desde perspectivas trans* e intersex en relación a la relevancia de conceptualizaciones, marcos teóricos y enfoques no patologizantes, la demanda de un reconocimiento de una amplia diversidad de expresiones e

identidades de género y la reivindicación del derecho a la autonomía y participación activa tanto en el ámbito político, sanitario, como en relación a procesos de investigación.

En respuesta a la pregunta por contribuciones específicas de la perspectiva de despatologización al debate actual sobre reflexividad y ética de la investigación se puede resaltar el cuestionamiento de dinámicas de patologización en la práctica de investigación clínica y social, propuestas para romper con el binarismo de género en las técnicas de recogida de datos, así como sugerencias para incluir la autorreflexión sobre la propia trayectoria de género en el proceso de investigación y escritura científica. A la vez, estas reflexiones pueden relacionarse con otros procesos de ruptura con dinámicas de exclusión discursiva, como propuestos por el movimiento de (ex)usuari*s y supervivientes de la Psiquiatría o el activismo de diversidad corporal.

La respuesta de la persona trans* con la que contacté al inicio del proceso de elaboración de la tesis doctoral (*"no me importa, ya me han examinado tantas veces"*), remite a otra aportación central de la perspectiva de despatologización al debate contemporáneo sobre reflexividad y ética de la investigación: El análisis de la analogía entre la escena clínica y la situación de entrevista en la investigación cualitativa y antropológica, en coherencia con la reflexión aportada por Foucault (2009[1975]).

En este sentido, se propone una revisión crítica de aspectos de iatrogenia en la práctica de investigación clínica y social contemporánea, una autorreflexión sobre su reproducción en las propias prácticas académicas, así como la elaboración de estrategias para una práctica de investigación basada en una perspectiva de despatologización y Derechos Humanos.

4. RECORRIDO IV: LIMITACIONES

Puedo identificar varias limitaciones y aspectos de duda en el proceso de elaboración de la presente tesis doctoral.

En primer lugar, la elección de enfoques y autor*s en el recorrido por el debate actual sobre reflexividad y ética de la investigación que constituye necesariamente una selección mediada por mi propia trayectoria teórica y las dudas éticas vividas, dejando fuera otras contribuciones relevantes.

En segundo lugar, la renuncia a la realización de un proceso de investigación colaborativo o de co-investigación, por razones relacionadas con los límites del formato de tesis doctoral, las presiones de tiempo y el momento organizativo del activismo por la despatologización trans*.

En tercer lugar, la decisión de no utilizar la técnica de entrevista cualitativa o antropológica o metodologías grupales, que puede leerse como una claudicación ante las dudas éticas vividas en vez de su abordaje. Como mencionado más arriba, en la decisión sobre el enfoque metodológico tuvieron relevancia tanto la vivencia de una incomodidad ético-política

con la técnica de entrevista como el interés de realizar una cartografía de las producciones discursivas teórico-activistas, una priorización que a su vez está relacionada con la necesidad vivida en el ámbito activista de conocer y comprender el lugar de la despatologización trans* en un contexto discursivo e histórico más amplio. La decisión de no optar por la técnica de entrevista en el marco del presente proyecto no constituye una renuncia completa y fue paralela a su utilización en otros proyectos de investigación recientes³⁸⁷. Al mismo tiempo, me sigue acompañando una cierta incomodidad con las técnicas cualitativas de recogida de datos, a modo de la investigación como "*obra de la caza*" (Ibáñez 1996a: 69), reflejada en reflexiones recientes sobre ética de la investigación (EUPHA Section Ethics in Public Health y Suess 2015; Suess 2015a, 2015b; Suess, et al. 2015).

Como otra limitación, puedo nombrar la reducción de los documentos teórico-activistas revisados en el marco del análisis de discursos por la despatologización trans* a publicaciones disponibles en Internet y redactados en algunos de los idiomas que podía leer (castellano, inglés, catalán, francés, portugués, alemán o italiano), dejando fuera una parte de la producción discursiva aportada desde África, Asia, Oceanía y países europeos con idiomas diferentes a los nombrados. En este sentido, puedo observar un cierto desequilibrio en las citaciones, con un predominio de documentos procedentes del ámbito español, latinoamericano y anglosajón.

La revisión de la bibliografía científica sigue solo en parte el proceso de una revisión sistemática, dando paso a una revisión narrativa de la producción discursiva aportada por profesionales de la salud relacionada con cada una de las líneas temáticas relevantes para la perspectiva de despatologización trans*, completando el foco prioritario de la presente revisión, el análisis de las perspectivas activistas y teórico-activistas. Una revisión sistemática del desarrollo discursivo de las diferentes temáticas en la bibliografía científica, y concretamente en la bibliografía clínica, podría identificarse como tarea de futuros proyectos de investigación.

En el proceso de escritura de la presente tesis doctoral, intenté combinar la descripción autorreflexiva del proceso de investigación, la perspectiva autoetnográfica y el análisis teórico. En la elección del formato, partí de la revisión de autor*s que habían incluido una perspectiva autorreflexiva y autoetnográfica en el texto. Esta intersección de las diferentes dimensiones no está igualmente presente en todas las partes del trabajo, adquiriendo mayor prioridad en algunos capítulos y perdiéndose en otros. Su presencia intermitente refleja la dificultad de la

³⁸⁷ En este sentido, trabajé con la metodología de entrevistas semiestructuradas individuales, grupos triangulares y grupos focales en el marco del proyecto de investigación *Procesos de desahucio y salud*, financiado por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía, desarrollado entre 2014-2015, en el que ocupé el lugar de investigador* principal (Suess, et al. 2015). Asimismo, participaré en el proyecto de investigación *Opiniones sobre la atención sanitaria a la diversidad de expresiones e identidades de género en Andalucía*, financiado por la Fundación Progreso y Salud, Junta de Andalucía, que se desarrollará entre 2016 – 2017 y en cuyo marco está previsto realizar una metodología cualitativa basada en entrevistas individuales y grupos focales con personas adultas, adolescentes y niños* con expresiones e identidades de género diferentes al género asignado al nacer, así como profesionales sanitari*s.

integración de las diferentes perspectivas que a su vez constituye una ruptura con un estilo académico aprendido de escritura en tercera persona. En el marco de la presente tesis doctoral, la inclusión de metodologías de etnografía performativa (formatos visuales o gráficos) se limita a la reproducción de carteles de las actividades por la despatologización trans*, así como trabajos artísticos propios, sin ser parte central o constitutiva de la metodología elegida.

Finalmente, soy consciente de la extensión del texto. La síntesis es un arte y a la vez una cuestión de tiempo, un tiempo que me faltó para seguir sintetizando los contenidos, reducir el número de páginas y facilitar su lectura. Puedo identificar la intencionalidad de mantener un lenguaje ‘políticamente correcto’ como un elemento adicional de dificultad en este intento de aumentar el carácter sintético del texto.

5. RECORRIDO V: APORTACIONES

El presente texto es el resultado de un recorrido teórico-activista de más de diez años. Elegir un tema que me atraviesa a nivel personal, que incluye una dimensión política y está estrechamente vinculado con perspectivas teóricas relevantes en la propia trayectoria, tiene la ventaja de emprender un viaje enriquecedor a nivel teórico, activista y personal, paralelamente a una aumentada sensación de responsabilidad ético-política, dificultad de delimitar el grado de profundización y postergación del momento de finalización.

No me arrepiento en absoluto haber optado por elegir el camino de la tesis doctoral como proyecto personal en vez de como trámite académico. La elección temática me aportó la oportunidad de profundizar en diferentes proyectos activistas y marcos teóricos relacionados con la perspectiva de despatologización trans*, contribuyendo una mirada reflexiva que acompañó mi recorrido por espacios activistas y teórico-activistas trans* e intersex en el contexto español, europeo e internacional a lo largo de los últimos años. En este recorrido, la dimensión teórica y la implicación activista estaban estrechamente vinculadas. Aunque era consciente de las contradicciones y complejidades de esta doble trayectoria teórico-activista, no la viví como una imposibilidad, sino como una característica inherente a la investigación social en el momento actual, en el sentido del carácter intrínsecamente político de la actividad de investigación (Bourdieu 2002; Cannella y Lincoln 2007; Foucault 1994[1984]; Gillies y Alldred 2002; Lincoln y Cannella 2007; Sultana 2007) y potencial aportación en mi propio proceso de reflexión.

Frente a una contraposición entre perspectivas académicas y activistas, me siento cercan* a la deconstrucción del binario academia – activismo propuesto por Maxey (1999) y Routledge (1996), en el sentido de un *"third space of critical engagement"* (Routledge 1996: 411), el concepto de *"ethics of struggle"* aportado por Davy (2008: 95) con referencia a bell hooks (1994) o la propuesta de *"ethics of resistance"* en Christians (2007), así como la consideración de múltiples dimensiones que atraviesan nuestras trayectorias, reflejadas en

reflexiones sobre aspectos de interseccionalidad en proyectos de investigación en el ámbito LGBT y trans* (Broad 2010; Inckle 2010; McDermott 2010; Platero 2012, 2013; Valentine 2007). En este sentido, me planteaba en qué medida no sería más pertinente hablar de múltiples perspectivas en vez de una doble perspectiva teórico-activista y trabajar hacia el reconocimiento de estas trayectorias múltiples en diferentes espacios académicos, profesionales y activistas.

En el recorrido realizado durante el proceso de desarrollo de la presente tesis doctoral, tuve la oportunidad de conocer redes activistas, profesionales del ámbito de la salud y personas con trayectoria activista, teórico-activista, artista y activista de diferentes continentes y contextos culturales con l*s que pude compartir la reflexión autocrítica sobre las propias prácticas activistas, artísticas y académicas.

Además, la profundización en la perspectiva de despatologización trans* contribuyó a convertir la temática en una de las líneas principales de mi actividad profesional y académica en la Escuela Andaluza de Salud Pública y otros espacios académicos, a través de la realización de proyectos de investigación y consultoría, la publicación de artículos científicos, así como actividades de docencia relacionadas con enfoques de despatologización y promoción del respeto a la diversidad de expresiones e identidades de género, en estrecha interrelación con otras líneas temáticas (Derechos Humanos y Salud Mental, migración, interculturalidad, derecho a la salud y a la atención sanitaria, crisis económica y salud).

Finalmente, la vivencia de dudas en el proceso de trabajo de campo me motivó a iniciar un recorrido por el amplio debate actual sobre reflexividad, metodología y ética de la investigación, coincidiendo con mi interés por la reflexión metateórica y convirtiendo esta temática en otra línea prioritaria a nivel profesional y académico.

La inclusión de una dimensión autorreflexiva y autoetnográfica, así como la realización de un ejercicio de autosocioanálisis fue un punto relevante en este recorrido, por abrir una posibilidad de reflexión sobre la propia trayectoria personal, académica y activista no a modo de un relato autobiográfico, sino desde el análisis de los discursos disponibles en cada momento, así como desde las características y tensiones internas a las disposiciones de origen y estructura de capital heredado y adquirido.

En este sentido, el proceso de elaboración de la tesis doctoral constituyó un viaje, un viaje por diferentes marcos teóricos y reflexiones epistemológicas, metodológicas y éticas, un viaje por espacios académicos, activistas y artísticos, un viaje por diferentes regiones del mundo, sus expresiones e identidades de género, sistemas sanitarios, marcos legislativos y espacios activistas, así como un viaje por los géneros. En este sentido, una parte de las reflexiones de la presente tesis doctoral surgieron en encuentros activistas y conferencias académicas internacionales, asambleas, reuniones de grupos internacionales de trabajo, comunicaciones por e-mail con activistas de diferentes regiones del mundo y horas de espera

en aeropuertos. Además, el momento final de revisión del presente texto coincidió con las semanas de convocatoria, preparación y celebración del *Día Internacional de Acción por la Despatologización 2015*. La incorporación de las declaraciones, notas de prensa y textos de reflexión publicados con motivo de esta fecha en el momento de cierre de la tesis doctoral refleja el carácter abierto y actual del proceso, así como los desafíos inherentes a un proceso de escritura desde perspectivas teórico-activistas.

6. FUTUROS RECORRIDOS

La tesis doctoral es un recorrido y a la vez es un punto de partida para futuros recorridos.

En su transcurso, pude identificar diferentes temas de interés que nombro en la tesis doctoral sin poder desarrollarlos a fondo o que tuve que excluir por exceder el alcance del presente trabajo.

En este sentido, aunque pude retomar algunas de las preguntas planteadas en la revisión de discursos sobre reflexividad y ética de la investigación (capítulo I, 3.6) en momentos posteriores de la tesis doctoral, en concreto en el ejercicio de autosocioanálisis (capítulo I, 3.6.1.4), en el análisis de los discursos teórico-activistas sobre despatologización trans* (capítulo II, 3), así como en la revisión de reflexiones metateóricas desde perspectivas trans* e intersex (capítulo III), muchas de ellas se quedaron sin desarrollar.

Como potenciales líneas futuras de investigación, puedo identificar los siguientes temas y metodologías:

- Profundizar en el análisis arqueológico y genealógico de discursos, partiendo del marco teórico desarrollado por Foucault e incluyendo las relecturas y desarrollos de su teoría en autor*s contemporáneos relacionad*s con temáticas trans* e intersex.
- Desarrollar un análisis de la estructura de capitales, trayectoria y lugar en el espacio social y su impacto en la situación social de las personas trans* y sus posibilidades en la libre exploración de expresiones e identidades de género, incluyendo opciones no binarias, siguiendo el marco teórico elaborado por Bourdieu y teniendo en cuenta potenciales cambios en la estructura del espacio social en el momento actual.
- Seguir profundizando en la metodología de un análisis sociológico de discursos y construcción de mapas discursivos relacionados con la temática de despatologización trans*, derechos trans* y diversidad de expresiones e identidades de género.
- Desarrollar formatos que combinen la reflexión teórica con la dimensión autoetnográfica, relacionando la propia trayectoria con las circunstancias sociopolíticas más amplias y retomando las propuestas aportadas desde diferentes perspectivas teóricas en relación a formatos de escritura y representación.

- Profundizar en técnicas de investigación performativa, combinando formatos de escritura científica con metodologías artísticas e introduciendo la reflexión teórica en trabajos artísticos.
- Seguir reflexionando sobre posibilidades de incluir la dimensión metarreflexiva en la exposición de resultados de proyectos de investigación.
- Profundizar en la interrelación entre la perspectiva de despatologización y marcos teóricos afines, incluyendo enfoques de Salud Pública.
- Desarrollar un análisis del impacto de la actual situación de crisis económica en los determinantes sociales de las personas trans* en el contexto andaluz y/o español.
- Profundizar en la reflexión sobre la iatrogenia en la práctica de investigación y aspectos éticos relevantes para una práctica de investigación basada en una perspectiva de despatologización y Derechos Humanos.
- Avanzar en la publicación de artículos relacionados con la temática de despatologización que tuve que dejar a medias para poder finalizar la presente tesis doctoral.
- Y, finalmente, seguir participando en espacios activistas internacionales, regionales y locales relacionados con la demanda de despatologización trans*, así como seguir desarrollando una actividad artística sobre despatologización trans*, trayectorias corporales y diversidad de expresiones e identidades de género.

En este sentido, espero que, aparte de reflejar diferentes recorridos por la perspectiva de despatologización trans*, la presente tesis doctoral constituya un punto de partida y mapa para recorridos futuros en la intersección entre un análisis de dinámicas de patologización, iatrogenia y violencia estructural, la elaboración de prácticas de investigación autorreflexivas basadas en una perspectiva de despatologización y Derechos Humanos, así como la construcción de espacios en los que *"transitar entre los géneros es un derecho"*, motivo de celebración y oportunidad de reflexión.

BIBLIOGRAFÍA

- Abel, B.S. (2014). Hormone treatment of children and adolescents with gender dysphoria: an ethical analysis. *Hastings Cent Rep* 4:S23–S27.
- AboSex, Abogad*s por los Derechos Sexuales (2015). *Colombia despatologiza y desjudicializa el reconocimiento de la identidad de género*, Junio 30, 2015. Accesible en: <https://abosex.wordpress.com/2015/06/30/colombia-despatologiza-y-desjudicializa-el-reconocimiento-de-la-identidad-de-genero/>
- Acera del Frente (2008). *Manifiesto de Acera de Frente. "Ni hombres ni mujeres. No respondemos, sacudimos las preguntas"*. Accesible en: <http://aceradelfrente.blogspot.com.es/2008/09/11-de-octubre-dia-internacional-por-la.html?zx=355f0e1ae56522a1>
- Acera del Frente (2009). *Manifiesto "La transexualidad no es una enfermedad. ¡Fuera ya de los catálogos de enfermedades!"*. Accesible en: http://aceradelfrente.blogspot.com.es/2009/10/la-transexualidad-no-es-una-enfermedad_14.html
- ACHRE, Advisory Committee on Human Radiation Experiments (1995). *The ACHRE Report*. Accesible en: <https://ehss.energy.gov/ohre/roadmap/achre/index.html>
- ACNUDH-América del Sur, Oficina Regional para América del Sur del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2012). *ACNUDH-América del Sur acoge con beneplácito ley sobre identidad de género en Argentina*, 25 de mayo de 2012. Accesible en: <http://acnudh.org/2012/05/acnudh-america-del-sur-acoge-con-beneplacito-ley-sobre-identidad-de-genero-en-argentina/>
- ACOG, American College of Obstetricians and Gynaecologists, Committee on Health Care for Underserved Women (2011). Committee Opinion no. 512: health care of transgender individuals. *Obstet Gynecol* 118(6):1454-1458.
- ActivaMent, Catalunya Associació (2012a). *Adhesión y Celebración por la Despatologización de la Transexualidad*. Accesible en: <http://www.activament.org/es/2012/12/06/adhesio-i-celebracio-per-la-despatologitzacio-de-la-transsexualitat/>
- ActivaMent, Catalunya Associació (2012b). *Patologizar la Diferencia: el caso Alan Turing y la Transexualidad*. Accesible en: <http://www.activament.org/es/tag/dsm-v/>
- Adams, K. (2014). *There is truly Nothing Wrong with These Children*. Accesible en: <https://gidreform.wordpress.com/2014/07/24/there-is-truly-nothing-wrong-with-these-children/>
- Adelson, S.L. (2012). Practice Parameter on Gay, Lesbian, or Bisexual Sexual Orientation, Gender Nonconformity, and Gender Discordance in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 51(9):957–974.
- Administración Pública del Distrito Federal (2015). Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Código Civil para el Distrito Federal y del Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal. *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, N° 24, 5 de febrero de 2015. Accesible en: http://www.consejeria.df.gob.mx/portal_old/uploads/gacetas/7bb8a79364dfde1302011f559a62d207.pdf
- Adrián, T. (2013). Cuadrando el círculo: despatologización vs derecho a la salud de personas trans en DSM-5 y CIE-11. *Comunidad Salud* 11(1):60–67.
- AEGIS, American Education Gender Information Service (1992). *Position Statement – Blanket Requirement for Real-Life Test Before Hormonal Therapy: In Our Opinion, Inadvisable*. Decatur: AEGIS. Accesible en: http://dallasdenny.com/Writing/wp-content/uploads/2013/11/AEGIS-Position-Statement-on-Hormonal-Therapysmallpdf.com_.pdf
- AG 1-0-1 intersex (2005). Statt einer Einleitung... En: Neue Gesellschaft für Bildende Kunst (ed.). *1-0-1 [one 'o one] intersex. Das Zwei-Geschlechter-System als Menschenrechtsverletzung*, p. 8-11. Berlin: NGBK.
- Agius, S., Köhler, R., Aujean, S. y Ehrt, J. (2011). *Human Rights and Gender Identity. Best Practice Catalogue*. Brussels, Malmö: ILGA-Europe y TGEU, Transgender Europe. Accesible en: http://www.tgeu.org/sites/default/files/best_practice_catalogue_human_rights_gender_identity.pdf
- Alabao, N.V. (2012). La identidad es una metáfora. *Diagonal*, 18 de diciembre de 2012. Accesible en: <https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/la-identidad-es-metafora.html>
- Alarcón, R.D. (2009). Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry* 8(3):131–139.
- Alba Juez, L. (2002). Consideraciones sobre algunos aspectos y problemas del análisis de discurso. *EPOS* 8:297-308.

- Alberich, T. (1998). Introducción a los métodos y técnicas de investigación social y a la investigación-acción participativa. *Cuadernos de la red* 5:31-41.
- Alberich, T., Arnanz, L., Basagoiti, M., Belmonte, R., Bru, P., Espinar, C., et al. (2010). *Metodologías Participativas. Manual*. Madrid: CIMAS, Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible. Accesible en: http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/manual_2010.pdf
- Alcántara Zavala, E. (2009). Pobreza y condición intersexual en México: reflexiones y preguntas en torno al dispositivo médico. En: Cabral, M. (ed.). *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*, p. 16-30. Córdoba, Argentina: Anarrés Editorial.
- Alessandrin, A. (2013[2011]). CIM 11 et DSM V: déclassifiez les variances de genre. En: Thomas, M.Y., Espineira, K. y Alessandrin, A. (eds.). *Transidentités. Histoire d'une dépathologisation*, p. 49-60. ODT, Observatoire des transidentités, Cahiers de la Transidentité. Paris: L'Harmattan.
- Alessandrin, A. (2014). Du «transsexualisme» à la «dysphorie de genre»: ce que le DSM fait des variances de genre. *Socio-logos Revue de l'Association Française de Sociologie* 9: s.p. Accesible en: <http://socio-logos.revues.org/2837>
- Alexander, B.K. (2005). Performance Ethnography: The Reenacting and Inciting of Culture. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 411-442. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Alianza Sexo-Género Diversa Revolucionaria (2009). *Carta por la despatologización trans. Manifiesto Venezolano*. Accesible en: <http://asgdr.blogspot.com.es/2009/10/carta-por-la-despatologizacion-trans.html>
- Allred, P. (1998). Ethnography and Discourse Analysis: Dilemmas in Representing the Voices of Children. En: Ribbens, J. y Edwards, R. (eds.). *Feminist Dilemmas in Qualitative Research. Public Knowledge and Private Lives*, p. 147-170. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Allred, P. y Gillies, V. (2002). Eliciting Research Accounts: Re/producing Modern Subjects? En: Mauthner, M., Birch, M., Jessop, J. y Miller, T. (eds.). *Ethics in qualitative research*, p. 146-165. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Allex A. (2014[2012]). Vorwort. En: Allex, A. (ed.). *Stop Trans* Pathologisierung. Berliner Beiträge für eine internationale Kampagne, 3. Auflage*, p. 7-10. Berlin: AG SPAK Bücher.
- Allex, A. (2014[2012] ed.). *Stop Trans* Pathologisierung. Berliner Beiträge für eine internationale Kampagne, 3. Auflage*. Berlin: AG SPAK Bücher.
- Alonso, L.E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología*. Madrid: Fundamentos.
- Alonso, L.E., Martín Criado, E. y Moreno Pestaña, J.L. (2004). Introducción: Lo que es tan difícil como raro: La sociología de un luchador contra su tiempo. En: Alonso, L.E., Martín Criado, E. y Moreno Pestaña, J.L. (eds.). *Pierre Bourdieu, las herramientas del sociólogo*, p. 9-54. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Altork, K. (1995). Walking the fire line: the erotic dimension of the fieldwork experience. En: Kulick, Don y Willson, Margaret (eds.). *Taboo. Sex, identity and erotic subjectivity in anthropological fieldwork*, p. 107-139. Routledge: London, New York.
- American Academy of Pediatrics (2013). Policy Statement. Office-based care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth. *Pediatrics* 132(1):e297–e313.
- American Anthropological Association (1986[1971]). *Principles of Professional Responsibility*. Accesible en: <http://www.americananthro.org/ParticipateAndAdvocate/Content.aspx?ItemNumber=1656>
- AMA, American Medical Association (2008). *Removing Financial Barriers to Care for Transgender Patients. Resolution 122 (A-08)*. Accesible en: http://www.tgender.net/taw/ama_resolutions.pdf
- AMA, American Medical Association (2013[1964]). *Declaración de Helsinki – Principios éticos para las investigaciones médicas con seres humanos*. Accesible en: www.wma.net/s/policy/pdf/17c.pdf
- American Psychological Association (2009a). *Report of the APA Task Force on Gender Identity and Gender Variance*, incluyendo *Resolution on Transgender, Gender Identity & Gender Expression Non-Discrimination*. Accesible en: <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/policy/gender-identity-report.pdf>
- American Psychological Association (2009b). *Appropriate Affirmative Responses to Sexual Orientation Distress and Change Efforts*. Accesible en: <http://www.apa.org/about/policy/sexual-orientation.pdf>
- American Psychological Association and NASP, National Association of School Psychologists (2015). *Resolution on gender and sexual orientation diversity in children and adolescents in schools*. Accesible en: <http://www.apa.org/about/policy/orientation-diversity.aspx>
- Amnesty International (2012). *Europe has still a long way to go to combat violence against transgender people*. Accesible en: <https://www.amnesty.org/en/news/europe-has-still-long-way-go-combat-violence-against-transgender-people-2012-11-20>
- Amnesty International (2013). *Because of Who I Am. Homophobia, Transphobia and Hate Crimes in Europe*. London: AI. Accesible en: http://www.amnesty.eu/content/assets/PressReleases/European_hate_crime_briefing.pdf

- Amnesty International (2014). *The State Decides Who I Am. Lack of Legal Gender Recognition for Transgender People in Europe*. London: AI. Accesible en: https://www.es.amnesty.org/uploads/media/The_state_decide_who_I_am_Febrero_2014.pdf
- AMPGYL, Asociación de Madres y Padres de Gays, Lesbianas, Bisexuales y Transexuales y Missé, Miquel (2013). *Guía para madres y padres de niñ@s con roles y comportamientos de género no normativos*. Barcelona: AMPGYL. Accesible en: http://www.ampgyl.org/mm/file/GUIA_ROLS_CAST_OK.pdf
- Anderson, K., Armitage, S., Jack, D. y Wittner, J. (2004). Beginning Where We Are: Feminist Methodology in Oral History. En: Hesse-Biber, S.N. y Leavy, P. (eds.). *Approaches to Qualitative Research. A Reader on Theory and Practice*, p. 224-242. Oxford: Oxford University Press.
- Anderson, L. (2006). Analytic Autoethnography. *Journal of Contemporary Ethnography* 35(4):373-395.
- Andía Pérez, B., ILGA – Secretariado Trans e Instituto Runa de Desarrollo y Estudios sobre Género (2009). *Fundamentación de la Campaña contra la Patologización de la Identidad de Género: Alto a la patologización trans 2012*. Lima: Secretariado Trans de ILGA. Accesible en: http://old.ilga.org/news_results.asp?LanguageID=2&FileCategory=21&ZoneID=19&FileID=1302
- Andía Pérez, B. (s.a.). *Apuntes Transgénero*. Accesible en: <http://www.ciudadaniasexual.org/reunion/M2%20Andia.pdf>
- Andrinopoulos, K., Hembling, J., Guardado, M.E., Hernández, F., Nieto, A. y Melendez, G. (2015). Evidence of the negative effect of sexual minority stigma on HIV testing among MSM and Transgender Women in San Salvador, El Salvador. *AIDS and Behavior* 19(1):60-71.
- Angel, S. y Frederiksen, K.N. (2015). Challenges in achieving patient participation: A review of how patient participation is addressed in empirical studies. *International Journal of Nursing Studies* 52:1525-1538.
- Antonelli, C. y FELGTB, Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (2014). Campaña *Organización Mundial de la Salud (OMS): La transexualidad no es una enfermedad mental*. Accesible en: <https://www.change.org/p/organizaci%C3%B3n-mundial-de-la-salud-oms-la-transexualidad-no-es-una-enfermedad-mental>
- Ansara, Y.G. (2010). Beyond Cisgenderism: Counselling people with non-assigned gender identities. En Moon, L. (ed.). *Counselling Ideologies: Queer Challenges to Heteronormativity*, pp. 167-200. Aldershot: Ashgate.
- Ansara, Y.G. y Hegarty, P. (2012). Cisgenderism in psychology: pathologising and misgendering children from 1999 to 2008. *Psychology and Sexuality* 3(2):137-160.
- Ansara, Y.G. y Hegarty, P. (2014). Methodologies of Misgendering: Recommendations for Reducing Cisgenderism in Psychological Research. *Feminism & Psychology* 24(2):259-270.
- Antonelli, C. (2012). *A cinco años de la aprobación de Ley Identidad de Género en España "Es nuestra Memoria..."*. Accesible en: <http://www.carlaantonelli.com/notis-2702012-cinco-anos-ley-transexuales-espana-nuestra-memoria.htm>
- Anzaldúa, G. (2006[1987]). Towards a New Consciousness. En: Ashcroft, B., Griffiths, G. y Tiffin, H. (eds.). *The Post-Colonial Studies Reader*, 2nd Edition, p. 208-210. London, New York: Routledge.
- Anzieu, D. y Martin, J.-Y. (1997). *La dinámica de los grupos pequeños*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1997.
- APA, American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-I]*. Washington, DC: American Psychiatric Association, Mental Hospital Service.
- APA, American Psychiatric Association (1968). *DSM-II, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA, American Psychiatric Association (1973). *Homosexuality and Sexual Orientation Disturbance: Proposed Change in DSM-II, 6th Printing, page 44. Position Statement (retired)*. Accesible en: <http://dsm.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.books.9780890420362.dsm-ii-6thprintingchange>
- APA, American Psychiatric Association (1974). *DSM-II, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition, 7th Printing*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA, American Psychiatric Association (1980). *DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition*. Washington: APA.
- APA, American Psychiatric Association (1987). *DSM-III-R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA, American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington: American Psychiatric Association.
- APA, American Psychiatric Association (2000a). *DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual, 4th Edition, Text Revision*. Washington: APA.
- APA, American Psychiatric Association (2000b). *Position Statement on Therapies Focused on Attempts to Change Sexual Orientation (Reparative or Conversion Therapies)*. Accesible en: file:///Users/AS/Downloads/ps2000_ReparativeTherapy.pdf

- APA, American Psychiatric Association (2007). *APA Names DSM-V Task Force Members Leading Experts to Revise Handbook for Diagnosing Mental Disorders*, July 23, 2007. Accesible en: <http://www.dsm5.org/Newsroom/Documents/07-57%20APA%20Announces%20DSM%20Task%20Force%20Members.pdf>
- APA, American Psychiatric Association (2008a). *APA Names DSM-V Work Group Members Experts to Revise Manual for Diagnosis of Mental Disorders*, May 1, 2008. Accesible en: <http://www.dsm5.org/Newsroom/Documents/08-28%20-%20DSM%20WG%20Press%20release%20FINAL%20with%20TF%20and%20WG%20list.pdf>
- APA, American Psychiatric Association (2008b). *APA Statement on GID and the DSM-V*. May 28, 2008. Accesible en: <http://www.dsm5.org/Newsroom/Documents/APAStatementonGIDandTheDSMV.pdf>
- APA, American Psychiatric Association (2009). *DSM-5 Publication Date Moved to May 2013*, December 2009, 10. Accesible en: <http://www.dsm5.org/Newsroom/Documents/09-65%20DSM%20Timeline.pdf>
- APA, American Psychiatric Association (2010a). *Gender Identity Disorder in Adolescents or Adults, Gender Incongruence (in adolescents or adults), Proposal February 2010*. Accesible en: www.dsm5.org [consultado: 11 de febrero de 2010; ya no disponible online, octubre de 2015].
- APA, American Psychiatric Association (2010b). *Gender Identity Disorder in Children, Gender Incongruence (in children), Proposal February 2010*. Accesible en: www.dsm5.org [consultado: 11 de febrero de 2010; ya no disponible online, octubre de 2015].
- APA, American Psychiatric Association (2010c). *Transvestic Disorder, Proposal February 2010*. Accesible en: www.dsm5.org [consultado: 11 de febrero de 2010; ya no disponible online, octubre de 2015].
- APA, American Psychiatric Association (2010d). *APA Announces Draft Diagnostic Criteria for DSM-5 New Proposed Changes Posted for Leading Manual of Mental Disorders*. February 10, 2010. Accesible en: <http://www.dsm5.org/Newsroom/Documents/Diag%20%20Criteria%20General%20FINAL%202.05.pdf>
- APA, American Psychiatric Association (2010e). *APA Modifies DSM Naming Convention to Reflect Publication Changes*. March 9, 2010. Accesible en: <http://www.dsm5.org/Newsroom/Documents/DSM-Name-Change.pdf>
- APA, American Psychiatric Association (2010f). *APA Announces Start of Field Trials for DSM-5 Sites to Test Proposed Diagnostic Criteria in Real-World Clinical Settings*, October 5, 2010. Accesible en: <http://www.dsm5.org/Documents/APA-Announces-Start-of-Field-Trials-for-DSM-5-.pdf>
- APA, American Psychiatric Association (2010g). *Transvestic Disorder*, updated October 14, 2010. Accesible en: www.dsm5.org [consultado: 15 de octubre de 2010; ya no disponible online, octubre de 2015].
- APA, American Psychiatric Association (2011a). *Gender Dysphoria (in Adolescents or Adults)*, updated May 4, 2011. Accesible en: www.dsm5.org [consultado 5 de mayo de 2011; ya no disponible online, octubre de 2015].
- APA, American Psychiatric Association (2011b). *Gender Dysphoria (in Children)*, updated May 4, 2011. Accesible en: www.dsm5.org [consultado 5 de mayo de 2011; ya no disponible online, octubre de 2015].
- APA, American Psychiatric Association (2011c). *New Framework Proposed for Manual of Mental Disorders APA Revisions a Key Step in Development of DSM-5*, May 4, 2011. Accesible en: http://www.dsm5.org/Newsroom/Documents/DSM5Structure_050411.pdf
- APA, American Psychiatric Association (2011d). *Transvestic Disorder*, updated June 2011. Accesible en: www.dsm5.org [consultado 30 de junio de 2011; ya no disponible online, octubre de 2015].
- APA, American Psychiatric Association (2012a). *Transvestic Disorder*, updated April 28, 2012. Accesible en: www.dsm5.org [consultado 29 de abril de 2012; ya no disponible online, octubre de 2015].
- APA, American Psychiatric Association (2012b). *Position Statement on Access to Care for Transgender and Gender Variant Individuals*, July 2012. Accesible en: http://www.psychiatry.org/File%20Library/Advocacy%20and%20Newsroom/Position%20Statements/ps2012_TransgenderCare.pdf
- APA, American Psychiatric Association (2012c). *Position Statement on Discrimination Against Transgender and Gender Variant Individuals*, July 2012. Accesible en: http://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Documents/2013_04_AC_06d_APA_ps2012_Transgen_Disc.pdf
- APA, American Psychiatric Association (2012d). *DSM: History of the Manual*. Accesible en: <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm-history-of-the-manual>
- APA, American Psychiatric Association (2012e). *American Psychiatric Association Board of Trustees Approves DSM-5*. December 1, 2012. Accesible en: <http://www.psychiatry.org/File%20Library/Advocacy%20and%20Newsroom/Press%20Releases/2012%20Releases/12-43-DSM-5-BOT-Vote-News-Release--FINAL--3-.pdf>

- APA, American Psychiatric Association (2013a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- APA, American Psychiatric Association (2013b). *American Psychiatric Association Releases DSM-5*. May 17, 2013. Accesible en: <http://www.psychiatry.org/File%20Library/Advocacy%20and%20Newsroom/Press%20Releases/2013%20Releases/13-31-DSM-5-Publication-News-Release.pdf>
- APA, American Psychiatric Association (2013[1973]). *The Principles of Medical Ethics With Annotations Especially Applicable to Psychiatry 2013 Edition*. Accesible en: <http://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/Ethics/principles-medical-ethics.pdf>
- APT, Asia Pacific Transgender Network (2010). *Asia Pacific Transgender Network Calls for Depathologisation of Gender Identity Variance*. Accesible en: <http://www.transgenderasia.org/aptnlettertoapa.pdf>
- Aquelarre Trans (2015). *Organizaciones celebran Decreto para que las personas trans puedan cambiar el sexo en sus documentos en notaria y esperan más acciones contra la discriminación*, Bogotá, Junio 8 de 2015. Accesible en: <https://www.facebook.com/aquelarretrans/photos/pcb.909860719037433/909858939037611/?type=1&theater>
- Araneta Zinkunegi, A. (2012). Diversidades Cuestionadoras: La Campaña Internacional “Stop Trans Patologización 2012”. *Feminismo/s* 19:143-163.
- Ard, K.L. y Makadon, HJ. (2012). *Improving the Health Care of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) People. Understanding and Eliminating Health Disparities*. Boston: The National LGBT Health Education Center, The Fenway Institute, Brigham and Women’s Hospital, Harvard Medical School. Accesible en: http://www.lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/12-054_LGBTHealtharticle_v3_07-09-12.pdf
- Armstrong, D. (2011) Diagnosis and nosology in primary care. *Social Science & Medicine* 73(6):801–807.
- Arnstein, S.R. (1969). A Ladder of Citizen Participation. *AIP Journal* 35(4):216-224.
- Arribas Lozano, A. (2014). *Formas de hacer: Experimentación y prácticas emergentes en los movimientos sociales, una etnografía de las oficinas de derechos sociales* [tesis doctoral]. Accesible en: <http://digibug.ugr.es/handle/10481/34050?mode=full#.Vb1YFULtmko>
- Asamblea del Octubre Trans, Asamblea TransMaricaBollo de Sol, Acera del Frente, Migrantes Transgresorxs (2011c). *Manifiesto Octubre Trans 2011. “Por el placer y la libertad de ser trans”*. Accesible en: <http://asambleatransmaricabollodesol.blogspot.com.es/2011/10/octubre-trans-madrid-2011-manifiesto.html>
- Asamblea TransMaricaBollo de Sol (2011a). *Manifiesto TransMaricaBollo. Manifiesto del Grupo TransMaricaBollo de Sol del Movimiento 15-M en Madrid*, 03/06/2011. Accesible en: <http://madrid.tomalaplaza.net/2011/06/03/manifiesto-del-grupo-transmaricabollo-del-movimiento-15m-en-madrid/>
- Asamblea TransMaricaBollo de Sol (2011b). *La Asamblea TransMaricaBollo de Sol convoca una huelga de género global*, 29 de septiembre de 2011. Accesible en: <http://madrid.tomalaplaza.net/2011/09/29/huelga-de-genero-global/>
- Asamblea TransMaricaBollo de Sol (2015). *Manifiesto de la Asamblea Transmaricabollo de Sol Día Internacional de la Visibilidad Trans*, 14 de marzo de 2015. Accesible en: <http://asambleatransmaricabollodesol.blogspot.com.es/2015/03/manifiesto-dia-internacional-de-la.html>
- Asenjo-Araque, N., Rodríguez-Molina, J.M., Lucio-Pérez, M.J. y Becerra-Fernández, A. (2011). Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG MADRID). *SEMERGEN - Medicina de Familia* 37(2):87–92.
- Ashcroft, B., Griffith, G. y Tiffin, T. (2006[1995] eds.). *The Post-Colonial Studies Reader*. London: Routledge.
- Assambleia da República (Portugal) (2011). Lei n.º 7/2011 de 15 de Março. Cria o procedimento de mudança de sexo e de nome próprio no registo civil e procede à décima sétima alteração ao Código do Registo Civil. *Diário da República, 1ª série, N.º 52, 15 de Março de 2011*. Accesible en: <http://dre.pt/pdf1sdip/2011/03/05200/0145001451.pdf>
- ATC, Guerrilla Travolaka, Plataforma d’Activistes Sin Vergüenza i activistes independents (2008). *Manifest. Manifestació per la Lluita Transgènere, Transsexual i Intersexual. Ni homes, ni dones, el binarisme ens enmalalteix!* (catalán | castellano). Accesible en: <http://manitransbcn.blogspot.com.es/p/manifestacio-11-doctubre-del-2009.html>
- Atkinson, P. y Delamont, S. (2005). Analytic Perspectives. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 821-840. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

- ATME e.V., Aktion Transsexualität und Menschenrecht (s.a.) *Stellungnahme and die WHO zur notwendigen Abschaffung der Diagnose F.64.0 bis F.64.9*. Ludwigsburg: ATME e.V. Accesible en: <http://atme-ev.de/images/Menschenrechtstexte/who-deutsch-3.pdf>
- Ault, A. (1999). Ambiguous Identity in an Unambiguous Sex/Gender Structure: The Case of Bisexual Women. En: Storr, M. (ed.). *Bisexuality. A reader*, p. 167-186. London, New York: Routledge.
- Aultman, B. (2014). Cisgender. *TSQ, Transgender Studies Quarterly* 1(1-2):61-62.
- Austin, J.L. (1962). *Cómo hacer cosas con palabras*. Barcelona: Paidós.
- Australian Capital Territory (1997). *Births, Deaths and Marriages Registration Act*. Accesible en: <http://www.legislation.act.gov.au/a/1997-112/current/pdf/1997-112.pdf>
- Australian Government (2013). *Guidelines on the Recognition of Sex and Gender*. Barton Act: Commonwealth of Australia. Accesible en: <http://www.aq.gov.au/Publications/Documents/AustralianGovernmentGuidelinesontheRecognitionofSexandGender/AustralianGovernmentGuidelinesontheRecognitionofSexandGender.PDF>
- Azarola, A., Pérez Corral, O., Prieto Rodríguez, M.A., Suess, A. y March Cerdà, J.C. (2008). Construcción del concepto de Seguridad de Pacientes según la experiencia frente a los riesgos sanitarios: ¿Qué entienden por Seguridad de Pacientes los propios pacientes? En: Ortiz Gómez, T., Olagüe de Ros, G., Rodríguez Ocaña, E., et al. (eds.). *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica*. pp. 131-138. Granada: Universidad de Granada.
- Baldiz, M. (2010). El psicoanálisis contemporáneo frente a las transexualidades. En: Missé, M. y Coll-Planas, G. (eds.). *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, p. 141-156. Barcelona, Madrid: Egales.
- Balza, I. (2009). Bioética de los cuerpos sexuados: transexualidad, intersexualidad y transgenerismo. *Isegoría: Revista de Filosofía Moral y Política* 40:245-258.
- Balzer, C. (2008). *Gender Outlaw Triptychon - Eine ethnologische Studie zu Selbstbildern und Formen der Selbstorganisation in den Transgender-Subkulturen Rio de Janeiro, New Yorks und Berlin* [Tesis doctoral]. Berlín: Freie Universität Berlin. Accesible en: www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000005722
- Balzer, C. (2010). «Eu acho transsexual é aquele que disse: “eu sou transsexual!” ». Reflexiones etnológicas sobre la medicalización globalizada de las identidades trans a través del ejemplo de Brasil. En: Missé, M. y Coll-Planas, G. (eds.). *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, p. 81-96. Barcelona, Madrid: Egales.
- Balzer, C., Eckert, L., De Silva, A. y Suess, A. (2009). Editorial: Intersex and Transgender in Movement [Editorial: Intersex y Trans en Movimiento]. *Liminalis, Journal for Sex/Gender Emancipation and Resistance* 3:1-15.
- Balzer, C. y Hutta, J.S. (2012). *Mapeo de la Situación legal y de Atención Sanitaria del informe TvT (TvT Report Legal and Health Care Mapping Spanish Version)*. Berlin: TGEU, Transgender Europe. Accesible en: http://www.transrespect-transphobia.org/uploads/downloads/Publications/ES2_world-tables.pdf
- Balzer, C., Hutta, J.S, con Adrian, T., Hyndal, P. y Stryker, S. (2012). *Transrespeto versus Transfobia en el Mundo – Un Estudio Comparativo de la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Trans (TvT Report Spanish Version)*. Berlin: TGEU, Transgender Europe. Accesible en: http://www.transrespect-transphobia.org/uploads/downloads/Publications/TvT_research-report_ES_.pdf y http://transrespect.org/wp-content/uploads/2015/08/TvT_research-report_ES_.pdf [nueva página web].
- Balzer, C. y Suess, A. (2010a). Definiciones de trabajo de TvT. *Proyecto de investigación TvT, Transrespeto versus transfobia en el mundo*. Accesible en: http://www.transrespect-transphobia.org/es_ES/tvt-project/definitions.htm
- Balzer, C. y Suess, A. (2010b). *Resultados por países: España – versión elaborada. Proyecto de investigación TvT, Transrespeto versus transfobia en el mundo*. Accesible en: http://www.transrespect-transphobia.org/es_ES/countries/spain-1/spain-2.htm
- Banks, S., Armstrong, A., Carter, K., Graham, H., Hayward, P., Henry, A., et al. (2012). Everyday ethics in community-based participatory research. *Contemporary Social Sciences* 8(3):263-277.
- Barrio Cantalejo, I.M. y Simón Lordá, P. (2006). Problemas éticos de la investigación cualitativa. *Med Clin* 126(11):418-423.
- Barrio Cantalejo, I.M., Simón Lordá, P., Sánchez Rodríguez, C.M., Molina Ruíz, A., Tamayo Velázquez, M.I., Suess, A. y Jiménez Martín, J.M. (2009). Adaptación transcultural y validación del Picker Patient Experience Questionnaire – 15 para su uso en población española. *Revista de Calidad Asistencial* 24(5):196-206.
- Barry, M.J. y Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making – The Pinnacle of Patient-Centered Care. *N Engl J Med* 366:780-781.
- Bartlett, N.H., Vasey, P.L., Bukowski y W.M. (2000). Is Gender Identity Disorder in Children a Mental Disorder? *Sex Roles* 43(11-12):753-785.

- Basaglia, F. (1982[1968]). *Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'assistenza psichiatrica*. Torino: Paperbacks.
- Battiste, M. (2007). Research Ethics for Protecting Indigenous Knowledge and Heritage: Institutional and Research Responsibilities. En: Denzin, N. y Giardina, M.D. (eds.). *Ethical Futures in Qualitative Research: Decolonizing the Politics of Knowledge*, pp. 111-132. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Bauer, G.R. (2012). Making sure everyone counts: considerations for inclusion, identification and analysis of transgender and transsexual participants in health surveys. En: CIHR, Institute of Gender and Health (ed.). *What a Difference Sex and Gender Makes: A Gender, Sex and Health Research Handbook*, pp. 59-68. British Columbia: CIHR.
- Bauer, G.R. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine* 110:10-17.
- Bauer, G.R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K.M. y Boyce, M. (2009). "I Don't Think This Is Theoretical; This Is Our Lives": How Erasure Impacts Health Care for Transgender People. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 20(5):348-361.
- Baumgartinger, P.P. (2008). Dear reader... – On emancipation and pathologisation, empowerment and language modification. [Lieb[schtein] Les[schtein], [schtein] du das gerade liest... Von Emanzipation und Pathologisierung, Ermächtigung und Sprachveränderungen]. *Liminalis, Journal for Sex/Gender Emancipation and Resistance* 2: 24-39.
- Bazargan, M. y Galvan, F. (2012). Perceived discrimination and depression among low-income Latina male-to-female transgender women. *BMC Public Health* 12(1):663.
- Beasley, C. y Bacchi, C. (2000) Citizen Bodies: embodying citizens – a feminist analysis. *International Feminist Journal of Politics* 2(3):337-358.
- Beauchamp, T.L. y Childress J.F. (1999[1979]). *Principios de ética biomédica*. Masson: Barcelona.
- Beecher, H.K. (1966). Ethics and Clinical Research. *New England Journal of Medicine* 274:1354-1360.
- Beger, N.J., Baer, S. y De Silva, A. (2000). Recht und Rechte: Zwischen legaler Anerkennung und kulturell-politischer "Revolution". En Podiumgespräch. En: questio (ed.). *Queering Demokratie [sexuelle politiken]*, p. 182-208. Berlin: Quer Verlag.
- Beger, N.J., Franzen, J. y Genschel, C. (2002): Differente Bewegungen. Ein Gespräch über politische Aspekte von Transgender und anderen Bewegungen, En: polymorph (ed.): *(K)ein Geschlecht oder viele? Transgender in politischer Perspektive*, p. 205-240. Berlin: Querverlag.
- Belizán, J.M., Rubinstein, A., Rubinstein, F. y Althabe, F. (2014). Research: increasing value, reducing waste. *The Lancet* 383(9923):1125-1126.
- Benestad, E.E.P. (2009). Addressing the disturbed, like ripples in water: Intervention with the social networks of children who transe. *Sexual and Relationship Therapy* 24(2):207-216.
- Benestad, E.E.P. (2010). From gender dysphoria to gender euphoria: An assisted journey. *Sexologies* 19(4):225-231.
- Benford, R.D. y Snow, D.A. (2000). Framing Processes and Social Movements: An Overview and Assessment. *Annual Review of Sociology* 26:611-639.
- Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York: The Julian Press.
- Benjamin, H. (2006[1954]). Transsexualism and Transvestism as Psycho-Somatic and Somato-Psychic Syndromes. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 45-53. New York: Routledge.
- Bento, B. (2010). Pouco saber para muito poder: a patologização do gênero. En: Pocahy, F. (ed.). *Políticas de enfrentamento ao heterossexismo: corpo e prazer*. Porto Alegre: Ed. Nuances.
- Bereket, T. y Adam, B.D. (2006). The Emergence of Gay Identities in Contemporary Turkey. *Sexualities* 9(2):131-151.
- Berger, L. (2001). Inside Out: Narrative Autoethnography as a Path Toward Rapport. *Qualitative Inquiry* 4(4):403-518.
- Bergero Miguel, T., Asiain Vierge, S., Gorneman Schaffer, I., Giraldo Ansio, F., Lara Montenegro, J., Esteva de Antonio, I. y Gómez Banovio, M. (2008). Una reflexión sobre el concepto de género alrededor de la transexualidad. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 28(1):211-226.
- Bergero Miguel, T., Asiain Vierge, S. y Cano-Caballero Gálvez, M.D. (2010). ¿Hacia la despatologización de la transexualidad? Apuntes desde una lógica difusa. *Norte de Salud mental* 8(38):56-64.
- Bergero Miguel, T., Cano Oncala, G., Giraldo Ansio, F., Esteva de Antonio, I., Ortega Aguilar, M.V., Gómez Banovio, M. y Gornemann Schaffer, I. (2004). La transexualidad: asistencia multidisciplinaria en el Sistema Público de Salud. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 89:9-20.
- Berkins, L. (2007). Lohana Berkins: "Hay que tener coraje para ser mariposa en un mundo de gusanos capitalistas". *El Teje, Primer periódico travesti latinoamericano* 1: 4-5. Accesible en: http://www.rojas.uba.ar/img/libros/el-teje/teje_01.pdf
- Berkins, L. y Fernández, J. (2005). *La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

- Berliner Bündnis Stop Trans*-Pathologization (2010). *Stop Trans*-Pathologization 2012*. Accesible en: <http://www.transinterqueer.org/index.php/archiv/in-2010/stop-trans--pathologization-2012.html>
- Berridge, S. (2008). What Does It Take? Auto/biography as Performative PhD Thesis. *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 9(2):1-20. Accesible en: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/379/826
- Bhabha, H.K. (2006[1985]). Signs Taken for Wonders. En: Ashcroft, B., Griffiths, G. y Tiffin, H. (eds.). *The Post-Colonial Studies Reader*, 2nd Edition, p. 38-43. London, New York: Routledge.
- Bhabha, H.K. (2006[1988]). Cultural Diversity and Cultural Differences. En: Ashcroft, B., Griffiths, G. y Tiffin, H. (eds.). *The Post-Colonial Studies Reader*, 2nd Edition, p. 155-157. London, New York: Routledge.
- Bhattacharya, C.S. (2005). 'Third sex' in passports *The Telegraph, Calcutta, India*, March 10, 2005. Accesible en: http://www.telegraphindia.com/1050310/asp/nation/story_4474399.asp
- Billings, D.B. y Urban, T. (1998[1982]). La construcción socio-médica de la transexualidad: interpretación y crítica. En: Nieto, J.A. (ed.). *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*, p. 91-122. Madrid: Talasa Ediciones.
- Bimbi, B. (2008). *Mauro Cabral* [entrevista], 19 de junio de 2008. Accesible en: <http://heroinadeloperiferico.blogspot.com.es/2008/06/s-s-ya-s-que-os-debo-una-crnica.html>
- Bion, W.R. (1980). *Experiencias en grupos*. Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós.
- Birch, M., Miller, T., Mauthner, M. y Jessop, J. (2002). Introduction. En: Mauthner, M., Birch, M., Jessop, J. y Miller, T. (eds.). *Ethics in qualitative research*, p. 1-13. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Blanchard, R. (1989). The classification and labeling of nonhomosexual gender dysphorias. *Archives of Sexual Behavior* 18(4):315-334.
- Blanchard, R. (2010). The DSM diagnostic criteria for transvestic fetishism. *Arch Sex Behav* 39(2):363-72.
- Blaxter, M. (1978). Diagnosis as Category and Process: The Case of Alcoholism. *Soc Sci Med* 12:9-17.
- Blee, K.M. y Taylor, V. (2002). Semi-Structured Interviewing in Social Movement Research. En: Klandermans, B. y Staggenborg, S. (eds.). *Methods of Social Movement Research*, p. 92-117. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Bochner, A.P. (2000). Criteria Against Ourselves. *Qualitative Inquiry* 6(2):266-272.
- Bockting, W. (2009). Are Gender Identity Disorders Mental Disorders? Recommendations for Revision of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism* 11(1):53-62.
- Boellstorff, T., Cabral, C., Cárdenas, M., et al. (2014). Decolonizing Transgender A Roundtable Discussion. *TSQ: Transgender Studies Quarterly* 1(3):419-439.
- Böhm, B., Legewie, H. y Diemel, H.-L. (2008). The Citizens' Exhibition: A Combination of Socio-scientific, Participative and Artistic Elements. *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 9(2): 1-26. Accesible en: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/380/830
- Bolam, B., Gleeson, K. y Murphy, S. (2003). "Lay Person" or "Health Expert"? Exploring Theoretical and Practical Aspects of Reflexivity in Qualitative Health Research. *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 4(2), Art. 26: s.p. Accesible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/699/1514>
- Bolton, R. (1995). Tricks, friends, and lovers: erotic encounters in the field. En: Kulick, D. y Willson, M. (eds.). *Taboo. Sex, identity and erotic subjectivity in anthropological fieldwork*, p. 140-168. London, New York.
- Bono del Trigo, A., Navarro Matillas, B. y Suess, A. (2012). *Derechos Humanos y Salud Mental en Andalucía. Protección de los Derechos Humanos de las personas con trastorno mental en el marco de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad*. Granada, Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Andalucía. Accesible en: http://www.1decada4.es/profsalud/eticaddhh/EASP_Informe_Dchos%20Humanos%20y%20Salud%20Mental.pdf
- Borg, T., EU Commissioner for Health and Consumer Rights (2012). *Letter to the European Parliament*. Accesible en: http://tgeu.org/sites/default/files/Tonio_Borg_letter_MEPs_Nov2012.pdf
- Borges, J.L. (1960[1952]). *Otras Inquisiciones*. Buenos Aires: Sur.
- Borgogno, I.G.U. (2010). *La transfobia en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires: REDLACTRANS. Accesible en: <http://redlactrans.org.ar/site/wp-content/uploads/2013/05/La-Transfobia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- Borland, Katherine (2004). "That's Not What I Said" Interpretive Conflict in Oral Narrative Research. En: Hesse-Biber, Sharlene N. y Leavy, Patricia (eds.). *Approaches to Qualitative Research. A Reader on Theory and Practice*, p. 522-534. Oxford: Oxford University Press.
- Bornstein, K. (1994). *Gender Outlaws. On Men, Women and the Rest of Us*. Nueva York: Routledge.

- Bornstein, K. (2006). *Hello, Cruel World: 101 Alternatives to Suicide for Teens, Freaks & Other Outlaws*. New York, Toronto, London, Melbourne: Seven Stories Press.
- Boser, S. (2007). Power, Ethics, and the IRB Dissonance Over Human Participant Review of Participatory Research. *Qualitative Inquiry* 13(8):1060-1074.
- Boston Women’s Health Collective (1971). *Our Bodies Ourselves*. Boston: New England Free Press.
- Bouman, W.P., Bauer, G.R., Richards, C. y Coleman, E. (2010). World Professional Association for Transgender Health Consensus Statement on Considerations of the Role of Distress (Criterion D) in the DSM Diagnosis of Gender Identity Disorder. *International Journal of Transgenderism* 12(2):100–106.
- Bourcier, M.-H. (2000). Foucault, ¿Y después ?... *Reverso, (de-)construyendo identidades* Nº 2:9-18.
- Bourdieu, P. (1974[1958]). *Sociologie de l’Algérie*. Paris: Les Éditions G. Crès et Cie.
- Bourdieu, P. (1981[1970]): *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Barcelona: Laia.
- Bourdieu, P. (1991[1980]). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (1997[1992]). *Las reglas del arte. Génesis y estructura del campo literario*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (1997[1994]). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Bourdieu, P. (1999[1990]). The Social Conditions of the International Circulation of Ideas. En: Shusterman, R. (ed.). *Bourdieu: A Critical Reader*, p. 220-228. San Francisco: Wiley-Blackwell.
- Bourdieu, P. (1999[1997]). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Bourdieu, P. (1999[1998a]). *Contrafuegos. Reflexiones para servir a la resistencia contra la invasión neoliberal*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Bourdieu, P. (1999[1998b]). *La dominación masculina*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Bourdieu, P. (2000[1979]). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (2000[1986]). The biographical illusion. En: Du Gay, P., Evans, J. y Redman, P. (eds.). *Identity: a reader*, p. 297-303. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: Sage Publications.
- Bourdieu, P. (2000[1987]). *Cosas dichas*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Bourdieu, P. (2001[2001]). *Contrafuegos 2. Por un movimiento social europeo*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Bourdieu, P. (2002). *Pour un savoir engagé*. Le Monde Diplomatique, février 2002. Accesible en: <http://www.monde-diplomatique.fr/2002/02/BOURDIEU/16120>
- Bourdieu, P. 2002[1982]). *Lección sobre la lección*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Bourdieu, P. (2003[1970]). *Un arte medio: ensayo sobre los usos sociales de la fotografía*. Barcelona: Gustavo Gilli.
- Bourdieu, P. (2003[2001]). *El oficio de científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Bourdieu, P. (2004[2002]). *El baile de los solteros*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Bourdieu, P. (2006[2004]). *Autoanálisis de un sociólogo*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Bourdieu, P. (2008[1984]). *Homo academicus*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- Bourdieu, P. y Accardo, A. (1999[1993]). *La miseria del mundo*. Madrid: Ediciones Akal.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C. y Passeron, J.-C. (2001[1973]). *El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005[1992]). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- Bowker, G.C. y Star, S.L. (1999). *Sorting things out: Classification and its consequences*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Boyce, S., Barrington, C., Bolaños, H., Arandi, C.G. y Paz-Bailey, G. (2012). Facilitating access to sexual health services for men who have sex with men and male-to-female transgender persons in Guatemala City. *Cult Health Sex* 14(3):313–327.
- Boyd, N.A. (2006). Bodies in Motion: Lesbian and Transsexual Histories. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 420-434. New York: Routledge.
- Boyden, J. y Ennew, J. (1997). *Children in focus: A manual for participatory research with children*. Stockholm: Save the Children.
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., et al. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *BJPsych* 201:430-434.
- Bradford, J., Reisner, S.L., Honnold, J.A. y Xavier, J. (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health* 103(10):1820–1829.
- Bradley, S.J. y Zucker, K.J. (1997). Gender identity disorder: a review of the past 10 years. *J Am Ac Child Adolesc Psychiatry* 36(7):872-880.
- BRE (2007). Hard Livin’: Bare Life, Autoethnography, and the Homeless Body. En: Shukaitis, S. y Graeber, D. (eds.). *Constituent Imagination: Militant Investigations*, p. 223-241. Collective Theorization. Oakland, Edinburgh: AK Press.

- Breuer, F. (2003). Lo subjetivo del conocimiento socio-científico y su reflexión: ventanas epistemológicas y traducciones metodológicas. *FSQ Forum: Social Qualitative Research* 4(2), Art. 25: s.p. Accesible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/698/1512>
- Briggs, C.L. (2001). Interviewing, Power/Knowledge, and Social Inequality. En: Gubrium, J.F. y Holstein, J.A. (eds). *Handbook of Interview Research. Context & Method*, p. 911-921. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Briones Pérez de la Blanca, E. (2000). *Informe sobre consulta específica. Atención sanitaria de los trastornos de identidad de género en Andalucía*. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias 2000. Accesible en: <http://www.elhombretransexual.es/archivos%20PDF/atencion%20sanitaria%20en%20Andalucia.pdf>
- Broad, K. (2010). Sexualities, Sociologies and the Intersectional Potential of Two Qualitative Methodologies. En: Taylor, Y., Hines, S. y Casey, M.E. (eds). *Theorizing Intersectionality and Sexuality*, p. 193-211. Houndmills, New York: Palgrave Macmillan.
- Bronstein, S. y Joseph, J. (2011). Therapy to change 'feminine' boy created a troubled man, family says. June 10, 2011. *CNN*. Accesible en: <http://edition.cnn.com/2011/US/06/07/sissy.boy.experiment/>
- Brown G.R. (2009). Recommended Revisions to the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care Section on Medical Care for Incarcerated Persons with Gender Identity Disorder. *International Journal of Transgenderism* 11(2):133-139.
- Brown, L.M. y Gilligan, C. (1993). Meeting at the crossroads: women's psychology and girls' development. *Feminism and Psychology* 3:11-35.
- Brown, P. (1990). The name game: Toward a sociology of diagnosis. *Journal of Mind and Behavior* 11(3-4):385-406.
- Brown, P., Lyson, M. y Jenkins, T. (2011). From diagnosis to social diagnosis. *Social Science & Medicine* 73(6):939-943.
- Brownstein, M.L. (2009). Ethical Questions Concerning Sex Reassignment Surgery: Revisions for Version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism* 11(4):220-221.
- Bryant, K. (2006). Making gender identity disorder of childhood: Historical lessons for contemporary debates. *Sexuality Research & Social Policy* 3(3):23-39.
- Buchanan, D.R. y Miller, F.G. (2006). A public health perspective on research ethics. *J Med Ethics* 32:729-733.
- Bullough, V.L. (1998[1975]). La transexualidad en la historia. En: Nieto, J.A. (ed.). *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*, p. 63-78. Madrid: Talasa.
- Bundesministerium der Justiz (2009[1980]). *Gesetz über die Änderung der Vornamen und die Feststellung der Geschlechtszugehörigkeit in besonderen Fällen (Transsexuellengesetz - TSG)*. Accesible en: <http://www.gesetze-im-internet.de/tsg/BJNR016540980.html>
- Bundesministerium des Inneren (2013). Gesetz zur Änderung personenstandsrechtlicher Vorschriften (Personenstandsrechts-Änderungsgesetz – PstRÄndG) vom 7. Mai 2013. *Bundesgesetzblatt 2013, Teil I nr. 23, 14. Mai 2013*. Accesible en: http://www.personenstandsrecht.de/SharedDocs/Downloads/PERS/Themen/Rechtsquellen/per%20C3%A4nd_g.pdf;jsessionid=9D2877EC019CDE35D0AFE17517E0F6B9.1_cid373?__blob=publicationFile
- Bundesverfassungsgericht (2011). *Leitsatz zum Beschluss des Ersten Senats vom 11. Januar 2011. 1 BvR 3295/07*. Accesible en: http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20110111_1bvr329507.html
- Burke, P. (1996). *Gender shock: Exploding the myths of male and female*. New York: Anchor Books.
- Burns, C. (2005). *A Basis for Evaluating Care Approaches and Services for Trans People in the UK*. Accesible en: <http://www.changelingaspects.com/PDF/cb-eval1.pdf>
- Butler, J. (1994). Against Proper Objects. *Differences. A Journal of Feminist Cultural Studies* 2(3):1-26.
- Butler, J. (1997). *Excitable Speech. A Politics of the Performative*. New York, London: Routledge.
- Butler, J. (2000). Imitación e insubordinación del género. *Revista de Occidente* 235:85-109.
- Butler, J. (2000[1990]). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de Identidad*. Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós.
- Butler, J. (2002): Críticamente subversiva. En: Mérida Jiménez, R. (ed.): *Sexualidades transgresoras. Una antología de estudios queer*, p. 55-80. Barcelona: Icaria Editorial.
- Butler, J. (2002[1993]). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós.
- Butler, J. (2004). *Undoing gender*. Routledge: New York, London.
- Butler, J. (2009). Performatividad, precariedad y políticas sexuales. *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana* 4(3):321-336.
- Butler, J. (2010). Prólogo. En: Missé, Miquel y Coll-Planas Gerard (eds.). *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, p. 9-14. Barcelona, Madrid: Egales.

- Byne, W., Bradley, S.J., Coleman, E., Eyler, E., Green, R., Menvielle, E., et al. (2012). Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Arch Sex Behav* 41(4):759–796.
- Byrne, J. (2014). *License To Be Yourself. Laws and advocacy for legal gender recognition of trans people*. Nueva York: Open Society Foundations. Accesible en: <http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/license-to-be-yourself-20140501.pdf>
- Cabral, M. (2003a). *Género, Sexualidades y Subjetividades – Intervención de Mauro Cabral*. Accesible en: <http://www.panielosenrebeldia.com.ar/content/view/119/61/>
- Cabral, M. (2003b). Pensar en la intersexualidad, hoy. En: Maffia, D. (ed.). *Sexualidades Migrantes, Género y Transgénero*, p. 117-126. Buenos Aires: Editorial Feminaria.
- Cabral, M. (2004). *Para los intersexuales, la mutilación crea un estado permanente de violación de los derechos humanos y de inhumanidad*, Declaración en la ONU. Accesible en: http://old.ilga.org/news_results_b.asp?FileID=101
- Cabral, M. (2006). La paradoja transgénero. En: Cáceres, C.F., Mogollón, M.E., Pérez-Luna, G. y Olivos, F. (eds.). *Sexualidad, ciudadanía y derechos humanos en América Latina*, p. 97-104. Lima: Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano, Universidad Peruano Caytano Heredia.
- Cabral, M. (2009[2007/2008]). Versiones. En: Cabral, M. (ed.). *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*, p. 101-121. Córdoba, Argentina: Anarrés Editorial.
- Cabral, M. (2009 ed.). *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*. Córdoba, Argentina: Anarrés Editorial. Accesible en: <http://www.mulabi.org/Interdicciones2.pdf>
- Cabral, M. (2009a). Presentación. En: Cabral, M. (ed.). *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*, p. 5-12. Córdoba, Argentina: Anarrés Editorial. <http://www.mulabi.org/Interdicciones2.pdf>
- Cabral, M. (2009b). Asterisco. En: Cabral, M. (ed.). *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*, p. 14. Córdoba, Argentina: Anarrés Editorial. <http://www.mulabi.org/Interdicciones2.pdf>
- Cabral, M. (2009c). Desvelos (notas desveladas sobre la patologización de la transexualidad). *El Teje* 5:3. Accesible en: http://www.rojas.uba.ar/img/libros/el-teje/teje_05.pdf
- Cabral, M. (2010a). *Comentario de Mauro Cabral, activista trans e intersex de GATE (Global Advocates for Trans Equality), sobre la campaña internacional de despatologización*, enero de 2010. Accesible en: <http://www.sxpolitics.org/es/?p=1067> [ya no disponible online, octubre de 2015].
- Cabral, M. (2010b). Autodeterminación y libertad. *Página12, Suplemento Soy*, 22/10/2010. Accesible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-1675-2010-10-22.html>
- Cabral, M. (2011a). *Dilemas de la despatologización*. CLAM: Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos. <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infolid=7957&sid=25>
- Cabral, M. (2011b). Orgullo intersex. *Página12, Suplemento Soy*, 20 de septiembre de 2011. <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-2134-2011-09-30.html>
- Cabral, M. (2011c). Un día para recordar. *Página12, Suplemento Soy*, 26/08/2011. <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-2103-2011-08-26.html>
- Cabral, M. (2011d). *Ni que niño muerto*. Accesible en: <http://cabralsoldadoheroico.blogspot.com/2011/04/ni-que-nino-muerto.html> [ya no disponible online, octubre de 2015].
- Cabral, M. (2014). Leyendo entre líneas. Día de Acción Mundial por la Despatologización Trans. *Página12, Suplemento Soy*, 17/10/2014. Accesible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-3667-2014-10-17.html>
- Cabral, M. y Benzur, G. (2005). Cuando digo intersex. Un diálogo introductorio a la intersexualidad. *Cadernos Pagu* 24: 283-304.
- Cabral, M. y Hoffman, J. (2009). *Me preguntaron cómo vivía / sobreviviendo, dije, sobreviviendo... Trans Latinoamericanas en situación de extrema pobreza*. Nueva York: International Gay and Lesbian Human Rights Commission. Accesible en: <https://www.outrightinternational.org/sites/default/files/262-1.doc>
- Cabral, M. y Rojman, A. (2004). *La muerte de un extraño*. Accesible en: http://programaeducsex.edu.uy/biblioteca/opac_css/materiales/cabroj.PDF
- Cabral, M. y Viturro, P. (2006). (Trans)Sexual Citizenship in Contemporary Argentina. En: Currah, P., Juang, R.M. y Minter, S.P. (eds.). *Transgender Rights*, p. 262-273. Minneapolis: Minnesota UP.
- Cabrera-León, A., Escudero Carretero, M., Suess, A., Ruiz Román, P., Cía Ramos, R. y Sanz Amores, R. (2015). Valoración de los servicios de cuidados paliativos desde la perspectiva de los profesionales sanitarios de Andalucía. *Medicina Paliativa* 22(1):12-24.
- Cahill, J. (1996). Patient participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 24(3):561-571.
- Calain, P., Fiore, N., Poncin, M. y Hurst, S.A. (2009). Research Ethics and International Epidemic Response: The Case of Ebola and Marburg Hemorrhagic Fevers. *Public Health Ethics* 1;2(1):7–29.
- Califia, P. (1997). *Sex Changes. The Politics of Transgenderism*. San Francisco: Cleis Press.

- Califia, P. (2006). *Manliness*. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 434-439. New York: Routledge.
- Callard, F. (2014). Psychiatric diagnosis: the indispensability of ambivalence. *J Med Ethics*, Online First: doi:10.1136/medethics-2013-10176
- Callejo Gallego, J. (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Rev Esp Salud Pública* 76(5):409-422.
- Callén, B., Balasch, M., Guarderas, P., Gutiérrez, P., León, A., Montenegro, M., Montenegro, K. y Pujol, J. (2007). Riereta.net: Epistemic and Political Notes From a Techno-Activist Ethnography. *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 8(3):1-26. Accesible en: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/276/608
- Callen Lorde Community Health Center (2010). *DSM-5 Gender Identity Disorder Reform*, April 19, 2010. Accesible en: http://transgroublog.blogspot.com.es/2010_04_01_archive.html
- Callen Lorde Community Health Center (2014). *Callen Lorde's Hormone Therapy Protocols (2014 Revision)*. Accesible en: http://issuu.com/callenlorde/docs/tg_protocols_2014_v.5?e=8526609/10794503
- Cámara de Diputados de Chile (2013). *Proyectos de Ley. Reconoce y da protección al derecho a la identidad de género*. Boletín Nº 8924-07. Accesible en: <http://www.camara.cl/pley/pdfpley.aspx?prmID=9129&prmTIPO=INICIATIVA>
- Camara dei Deputati, Repubblica Italiana (1982). *Legge 14 aprile 1982, n. 164. Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso*. Accesible en: <http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1982-04-14;164>
- Cambrolle, M. (2008). “La Transexualidad no es Queer” Cada cosa por su nombre y cada una en terreno y ámbito. *Diario Digital Transexual*, 20 de octubre de 2008. Accesible en: <http://transexualidad-euskadi.blogspot.com.es/2008/10/la-transexualidad-no-es-queer-cada-cosa.html>
- Cameron, D. (1998[1998]). Caught Between: An Essay on Intersexuality. En: Dreger, A.D. (ed). *Intersex in the Age of Ethics*, p. 91-98. Hagerstown: University Publishing Group.
- Cannella, G.S. y Lincoln, Y.S. (2007). Predatory vs. Dialogic Ethics Constructing an Illusion or Ethical Practice as the Core of Research Methods. *Qualitative Inquiry* 13(3):315-335.
- Cano Oncala, G., Bergero Miguel, T., Esteva de Antonio, I., Giraldo Ansio, F., Gómez Banovio, M. y Gorneman Schaffer, I. (2004). La construcción de la identidad de género en pacientes transexuales. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 89:21-30.
- Capicúa Diversidad (2014). *Aportes para pensar la salud de personas trans. Actualizando el paradigma de derechos humanos en salud*. Accesible en: <http://capicuadaiversidad.org/#!/-guia-de-salud>
- Carillo, J. (2007). Entrevista con Beatriz Preciado. *Cad Paga* 28:375-405.
- Carrasco Portiño, M. (2012). Comentario. Desigualdades territoriales en la atención sanitaria a la transexualidad en España. *Gac Sanit* 26(3):209-210.
- Carrascosa, S. (2005). Qué es Queer? En: Córdoba, D., Sáez, J. y Vidarte, P. (eds). *Teoría queer. Políticas bolleras, maricas, trans, mestizas*, p. 179-180. Barcelona, Madrid: Editorial Egales.
- Carrascosa, S. y Vila Nuñez, F. (2005). Geografías víricas: hábitats e imágenes de coaliciones y resistencias. En: Romero Bachiller, C., García Dauder, S. y Bagueiras Martínez, C. (Grupo de Trabajo Queer) (eds.). *El eje del mal es heterosexual. Figuraciones, movimientos y prácticas feministas*, p. 45-60. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Carroll, M. (2009). Transgender Youth, Adolescent Decisionmaking, and Roper v. Simmons. *UCLA Law Review* 56(3):725-753.
- Carter, B. (2009). Ticket box for child? The ethical positioning of children as vulnerable, researchers as barbarians and reviewers as overly cautious. *International Journal of Nursing Studies* 46:858-864.
- Casas-Cortés, M. y Cobarrubias, S. (2007). Drifting Through the Knowledge Machine. En: Shukaitis, S. y Graeber, D. (eds.). *Constituent Imagination. Militant Investigations. Collective Theorization*, p. 112-126. Oakland, Edinburgh: AK Press.
- Castañeda, C. (2014). Developing gender: The medical treatment of transgender young people. *Social Science & Medicine* 1-9. doi:10.1016/j.socscimed.2014.11.031
- Castro Varela, M.M. (1999): Queer the Queer! Queer Theory und politische Praxis am Beispiel Lesben im Exil. *Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis* 22(52):29-40.
- CASWE-ACFTS, Canadian Association for Social Work Education y CASW-ACTS, Canadian Association of Social Workers (2015). *Joint Statement on the Affirmation of Gender Diverse Children and Youth*, January 9, 2015. Accesible en: <http://www.casw-acts.ca/sites/default/files/Joint%20Statement%20on%20the%20Affirmation%20of%20Gender%20Diverse%20Children%20and%20Youth.pdf>
- Cattacin, S., Chiarenza, A. y Domenig, D. (2013). Equity standards for healthcare organisations: a theoretical framework. *Diversity and Equality in Health and Care* 10:249-258.
- Cauldwell, D.O. (1950). *Questions and Answers on the Sex Life and Sexual Problems of Trans-Sexuals*. Girard, Kansas: Haldeman-Julius Publications.

- Cauldwell, D.O. (2006[1949]). Psychopathia Transexualis. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 40-44. New York: Routledge.
- CDC, Centers for Disease Control and Prevention (2015). *International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM)*. Accesible en: <http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10cm.htm>
- Ceballos Muñoz, A. (2005). Teoría rarita. En: Córdoba, D., Sáez, J. y Vidarte, P. (eds). *Teoría queer. Políticas bolleras, maricas, trans, mestizas*, p. 165-178. Barcelona, Madrid: Editorial Egales.
- Ceceña, A.E. (2004). El zapatismo. De la inclusión en la nación al mundo en el que quepan todos los mundos. En: Gómez, J.M. (ed.). *América Latina y el (des)orden global neoliberal. Hegemonía, contrahegemonía, perspectivas*, p. 301- 320. Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Chakrapani, V., Newman, P.A., Shunmugam, M. y Dubrow, R. (2011). Barriers to free antiretroviral treatment access among kothi-identified men who have sex with men and aravanis (transgender women) in Chennai, India. *AIDS Care* 23(12):1687–1694.
- Chalmers, I., Bracken, M.B., Djulbegovic, B., Garattini, S., Grant, J., Gülmezoglu, A.M., et al. (2014). How to increase value and reduce waste when research priorities are set. *The Lancet* 383(9912):156–65.
- Chalmers, I. y Gasziou, P. (2009). Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *The Lancet* 374:86-89.
- Chan, A.-W., Song, F., Vickers, A., Jefferson, T., Dickersin, K., Gøtzsche, P.C., et al. (2014). Increasing value and reducing waste: addressing inaccessible research. *The Lancet* 383(9913):257–66.
- Chapman, R., Wardrop, J., Freeman, P., Zappia, T., Watkins, R. y Shields, L. (2012). A descriptive study of the experiences of lesbian, gay and transgender parents accessing health services for their children. *Journal of Clinical Nursing* 21(7-8):1128–1135.
- Charmaz, K. (2005). Grounded Theory in the 21st Century: Applications for advancing Social Justice Studies. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 507-536. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Chase, C. (1993). Letters to The Sciences R: The Five Sexes. *The Sciences* July/August 3. Accesible en: <http://www.isna.org/articles/chase1995a>
- Chase, C. (1999[1998]). Surgical Progress Is Not the Answer. En: Dreger, A.D. (ed). *Intersex in the Age of Ethics*, p. 147-160. Hagerstown: University Publishing Group.
- Chase, C. (2005[1998]). Hermafroditas con actitud. Hermafroditas cartografiando la emergencia del activismo político. En: Romero Bachiller, C. García Dauder, S. y Bagueiras Martínez, C. (Grupo de Trabajo Queer) (eds.). *El eje del mal es heterosexual. Figuraciones, movimientos y prácticas feministas queer*, p. 87-111. Madrid: Traficantes de Sueños. [Original en inglés: Hermaphrodites with Attitude: Mapping the Emergence of Intersex Political Activism. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies* 3(2):189-211].
- Chase, S.E. (2005). Narrative Inquiry: Multiple Lenses, Approaches, Voices. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 651-680. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Chawla, D. (2008). Poetic Arrivals and Departures: Bodying the Ethnographic Field in Verse. *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 9(2):1-24. Accesible en: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/382/834
- Chen, D.T. y Sheperd, S.L. (2009). When, Why and How to Conduct Research in Child and Adolescent Psychiatry: Practical and Ethical Considerations. *Psychiatr Clin* 32:361-380.
- Cherry, S. (2008). Parody as a Performative Analytic: Beyond Performativity as Metadiscourse. *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 9(2):1-21. Accesible en: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/383/836
- Chiarenza, A. (2012). Developments in the concept of 'cultural competence'. En: Ingleby, D., Chiarenza, A., Devillé, W. y Kotsioni, I. (eds.). *Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities*, Vol. 2, pp. 66-81. COST Series on Health and Diversity. Antwerp: Garant Publishers.
- Choguill, G. (1996). A ladder of community participation for underdeveloped countries. *Habitat International* 20:431-444.
- Clifford, J. (1997). *Routes: Travel and translation in the late twentieth century*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Christians, C.G. (2005). Ethics and Politics in Qualitative Research. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 139-164. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Christians, C.G. (2007). Neutral Science and the Ethics of Resistance. En: Denzin, N.K. y Giardina, M.D. (eds.). *Ethical Futures in Qualitative Research. Decolonizing the Politics of Knowledge*, p. 47-66. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.

- CIDH, Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2015). Comunicado de Prensa. *CIDH saluda a México y Colombia por medidas que reconocen la identidad de personas trans*, 1 de julio de 2015. Accesible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2015/075.asp>
- CIOMS, Council of International Organizations of Medical Sciences (2002). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Geneva: CIOMS. Accesible en: http://www.cioms.ch/publications/layout_guide2002.pdf
- Clarke, S. y Oakley, J. (2004). Informed Consent and Surgeons' Performance. *Journal of Medicine and Philosophy* 29(1):11-35.
- Clemens, E.S. y Hughes, M.D. (2002). Recovering Past Protest: Historical Research on Social Movements. En: Klandermans, B. y Staggenborg, S. (eds.). *Methods of Social Movement Research*, p. 201-230. Minneapolis, London: University of Minnesota Press.
- Cleminson, R. y Medina Domenech, R. (2004). ¿Mujer u hombre? Hermafroditismo, tecnologías médicas e identificación del sexo en España, 1860-1925. *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus* 24:53-91.
- Cobos, D.G. y Jones, J. (2009). Moving forward: transgender persons as change agents in health care access and human rights. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC* 20(5):341-347.
- Cochran, S.D., Drescher, J., Kismödi, E., Giami, A., García-Moreno, C., Atalla, E., et al. (2014). Proposed classification of disease categories related to sexual orientation in the *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11)*. *Bulletin of the World Health Organization* 92(9):672-679.
- Código de Nuremberg (1947). Accesible en: www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/norm/CodigoNuremberg.pdf
- Coffey, A. (1999). *The ethnographic self: fieldwork and the representation of identity*. London: Sage.
- Cohen, J. y Ezer, T. (2013). Human rights in patient care: A theoretical and practical framework. *HHR, Health and Human Rights Journal* 15(2):s.p.
- Cohen-Kettenis, P.T. (2001). Gender identity disorder in DSM? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40(4):391-391.
- Cohen-Kettenis, P.T. y Pfäfflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Arch Sex Behav* 39(2):499-513.
- Colectivo Entre-Tránsitos (2011). *Comunicado #6 Entre-Tránsitos Stop Transpatologización*. Accesible en: <http://entrettransitos.tumblr.com/post/11646699547/comunicado-6-entre-transitos-stop>
- Colectivo Situaciones (2003). *Sobre el Militante Investigador*. Accesible en: <http://eipcp.net/transversal/0406/colectivosituaciones/es>
- Colectivo Situaciones (2004). Algo más sobre la Militancia de la investigación. Notas al pie sobre procedimientos e (in)decisiones. En: VV.AA. (eds.). *Nociones comunes. Experiencias y ensayos entre investigación y militancia*, p. 93-110. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Coleman, E. (2009). Toward Version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism* 11(1):1-7.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., et al. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism* 13(4):165-232.
- Coleman, D.L. y Rosoff, P.M. (2013). The Legal Authority of Mature Minors to Consent to General Medical Treatment. *Pediatrics* 131(4):787-793.
- Colipe, L. (2010). Desventuras en los hospitales públicos porteños. *El Teje, Primer Periódico Travesti Latinoamericano* 6: 10. Accesible en: <http://www.rojas.uba.ar/contenidos/revistas/el-teje/Final.pdf>
- Collectif Existrans (2004). *Psychiatisation des trans = transphobie*. Accesible en: http://existrans.org/?page_id=73
- Collectif Existrans (2009). *Bachelot, Encore du Boulot avec et pour les trans et les intersexués!* Accesible en: http://existrans.org/?page_id=35
- Collectif Existrans (2010). *Notre identité de genre nous appartient, notre liberté de choix ne se négocie pas!* Accesible en: http://existrans.org/?page_id=33
- Collectif Existrans (2011). *Transphobie d'Etat: pathologisation, stérilisation, précarisation, expulsion*. Accesible en: http://existrans.org/?page_id=31
- Collectif Existrans (2012). *Des papiers: se je veux, quand je veux*. Accesible en: http://existrans.org/?page_id=28
- Collectif Existrans (2013). *Trans, Intersexes: Une loi, des droits*. Accesible en: http://existrans.org/?page_id=26
- Collectif Existrans (2014a). *Le Collectif Existrans*. Accesible en: http://existrans.org/?page_id=18
- Collectif Existrans (2014b). *Changement d'état-civil libre et gratuit promesses non tenues: les trans et les intersexes sont dans la rue!* Accesible en: http://existrans.org/?page_id=54

- Collectif Existrans (2015). *Argentine, Colombie, Danemark, Irlande, Malte, Mexico, Québec... Papiers et droits por les trans et les intersexes: Le monde avance, la France recule!* Accesible en: <http://existrans.org/?p=244>
- Coll-Planas, G. (2010a). *La voluntad y el deseo. La construcción social del género y la sexualidad: el caso de lesbianas, gays y trans.* Barcelona, Madrid: Egales.
- Coll-Planas, G. (2010b). Introducción. En: Missé, M. y Coll-Planas, G. (eds.). *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, p. 15-28. Barcelona, Madrid: Egales.
- Coll-Planas, G. (2012a). *La carne y la metáfora. Una reflexión sobre el cuerpo en la teoría queer.* Barcelona, Madrid: Egales Editorial.
- Coll-Planas, G. (2012b). “El circo de los horrors”. Una mirada interseccional a las realidades de lesbianas, gays, intersex y trans. En: Platero, R.L. (ed.). *Intersecciones: Cuerpos y sexualidades en la encrucijada. Temas contemporáneos*, p. 255-276. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Coll Planas, G., Bustamante, G. y Missé, M. (2009). *Transitant per les fronteres del gènere. Estratègies, trajectòries i aportacions de joves lesbianes, gais i trans.* Barcelona: Observatori Català de la Joventut. Accesible de: http://benestar.gencat.cat/web/.content/documents/arxiu/publicacions/col_estudis/estudis25.pdf
- Coll-Planas, G. y Missé, M. (2015). La identidad en disputa. Conflictos alrededor de la construcción de la transexualidad. *Papers Revista de Sociologia* 100(1):35–52.
- Coll-Planas, G. y Vidal, M. (2013). *Dibujando el género.* Barcelona, Madrid: Egales Editorial.
- Comisión Europea (2012a). *Trans and Intersex People. Discrimination on grounds of sex, gender identity and gender expression.* Luxembourg: Office for Official Publications of the European Union. Accesible: http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/trans_and_intersex_people_web3_en.pdf
- Comisión Europea (2012b). *Special Eurobarometer 393. Discrimination in the EU in 2012. Report.* Accesible en: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_393_en.pdf
- Comité contra la Homofobia y el Discrimen (2011). *La (des)patologización y las necesidades de las personas trans.* Accesible en: <http://www.facebook.com/events/300997333247935/>
- Comunidad Autónoma de Canarias (2014). *Ley 8/2014, de 28 de octubre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales.* BOE, Boletín Oficial del Estado, Nº 281, de 20 de noviembre de 2014. Accesible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2014/BOE-A-2014-11995-consolidado.pdf>
- Comunidad Autónoma del País Vasco (2012). *Ley 14/2012, de 28 de junio, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales.* BOE, Boletín Oficial del Estado, Nº 172, de 19 de julio de 2012. Accesible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-9664
- Comunidad Foral de Navarra (2009). *Ley Foral 12/2009, de 19 de noviembre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento del derecho de las personas transexuales.* Boletín Nº 147, 30 de noviembre de 2009. Accesible en: http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2009/147/Anuncio-0/
- Conde Gutiérrez del Álamo, F. (2010). *Análisis sociológico del sistema de discursos.* Madrid: CIE-Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Congreso Argentino (2012). *Identidad de Género. Ley 26.743. Boletín Oficial de la República Argentina Nº 32.404, 24 de mayo de 2012.* Accesible en: <http://www4.hcdn.gov.ar/BO/boletin12/2012-05/BO24-05-2012leg.pdf>
- Congreso de los Diputados (2010). 122/000235 Proposición de Ley sobre la propia identidad. Presentado por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verde. *Boletín Oficial de las Cortes Generales, Congreso de los Diputados*, IX Legislatura, Nº 260-1, 11 de junio de 2010. Accesible en: http://www.congreso.es/public_oficiales/L9/CONG/BOCG/B/B_260-01.PDF
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology* 18:209-232.
- Conrad, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior* 46:3-14.
- Conrad, P. y Barker, K.K. (2010). The Social Construction of Illness Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior* 51(1 suppl):S67–79.
- Consejo de Europa (1989). *Recommendation 1117(1989) on the condition of transsexuals.* Accesible en: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=15151&lang=en>
- Consejo de Europa (1997). *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*, Oviedo, 4.IV.1997. Accesible en: <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm>

- Consejo de Europa (2000). *Recommendation No. R(2000) of the Committee of Ministers to member states on the development of structures for citizen and patient participation in the decision-making process affecting health care*. Accesible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=340437&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFB55&BackColorLogged=FFAC75>
- Consejo de Europa (2010[1970]). *Convenio Europeo de Derechos Humanos*. Accesible en: http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_SPA.pdf
- Consejo de Europa (2010). *Recommendation CM/Rec(2010)5 of the Committee of Ministers to member states on measures to combat discrimination on grounds of sexual orientation or gender identity*. Accesible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1606669>
- Consejo de Europa (2011[2010]). Resolution 1728(2010) of the Parliamentary Assembly – Discrimination on the basis of sexual orientation and gender identity. En: Council of Europe (ed.). *Combating Discrimination on Grounds of Sexual Orientation or Gender Identity*, p. 52-55. Strasbourg: Council of Europe Publishing. Accesible en: http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/hrpolicy/Publications/LGBT_EN.pdf
- Consejo de Europa (2011). *Discrimination on grounds of Sexual Orientation and Gender Identity, 2nd Edition*. Strasbourg: Council of Europe Publishing. Accesible en: http://www.coe.int/t/Commissioner/Source/LGBT/LGBTStudy2011_en.pdf
- Consejo de Europa (2013a). *Putting an end to coerced sterilizations and castrations*. Accesible en: <http://assembly.coe.int/ASP/Doc/XrefViewPDF.asp?FileID=19755&Language=EN>
- Consejo de Europa (2013b). *Resolution 1946 (2013). Equal access to health care*. Accesible en: <http://assembly.coe.int/ASP/Doc/XrefViewPDF.asp?FileID=19991&Language=en>
- Consejo de Europa (2013c). *Situation of Transgender persons: education is the passport to the future*. Accesible en: http://assembly.coe.int/ASP/NewsManager/EMB_NewsManagerView.asp?ID=8757&L=2
- Consejo de Europa (2015a). *Parliamentary Assembly. Discrimination against transgender people in Europe, Resolution 2048 (2015)*. Accesible en: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-ViewPDF.asp?FileID=21736&lang=en>
- Consejo de Europa (2015b). *It's time to stop treating transgender people as diseased, says PACE rapporteur, October 23, 2015*. Accesible en: <http://assembly.coe.int/nw/xml/News/News-View-EN.asp?newsid=5845&lang=2&cat=135>
- Consejo de la Unión Europea (2013). *Guidelines to Promote and Protect the Enjoyment of all Human Rights by Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex (LGBTI) Persons*. Foreign Affairs Council Meeting, Luxembourg, 24 June 2013. Accesible en: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_Data/docs/pressdata/EN/foraff/137584.pdf
- Conselhos Regional e Federais de Psicologia (2011). *Manifesto pela Despatologização das Identidades Trans*. Accesible en: http://www.crsp.org.br/portal/midia/fiquedeolho_ver.aspx?id=365
- Cooper, D. (1967). *Psychiatry and anti-psychiatry*. London: Tavistock.
- Conquergood, Dwight (1985). Performing as a Moral Act: Ethical Dimensions of the Ethnography of Performance. *Literature in Performance* 5(2):1-13.
- Cora García, A., Standlee, A.I., Bechkoff, J. y Cui, Y. (2009). Ethnographic Approaches to the Internet and Computer-Mediated Communication. *Journal of Contemporary Ethnography* 38(1):52-84.
- Cordner, A., Ciple, D., Brown, P. y Morello-Frosch, R. (2012). Reflexive Research Ethics for Environmental Health and Justice: Academics and Movement-Building. *Soc Mov Stud* 11(2):161-176.
- Córdoba García, D. (2005). Teoría queer: reflexiones sobre sexo, sexualidad e identidad. Hacia una politización de la sexualidad. En: Córdoba, D., Sáez, J. y Vidarte, P. (eds.). *Teoría queer. Políticas bolleras, maricas, trans, mestizas*, p. 7-20. Barcelona, Madrid: Editorial Egales.
- Corneil, T.A., Eisfeld, J.H. y Botzer, M. (2010). Proposed Changes to Diagnoses Related to Gender Identity in the DSM: A World Professional Association for Transgender Health Consensus Paper Regarding the Potential Impact on Access to Health Care for Transgender Persons. *International Journal of Transgenderism* 12(2):107-114.
- Cornejo, G. (2011). La guerra declarada contra el niño afeminado: Una autoetnografía “queer”. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales* 39:79-95.
- Cornwall, A. (2008). Unpacking ‘Participation’: modes, meanings and practices. *Community Development Journal* 43(3):269-283.
- Costa Alcaraz, A.M. y Almendro Padilla, C. (2009). Un modelo para toma de decisiones compartida con el paciente. *Atención Primaria* 41(5):285-287.
- Costa-Font, J. (2005). Participación colectiva y revelación de preferencias sobre programas sanitarios: un enfoque de sistema sanitario. *Gac Sanit* 19:242-252.
- Costa, L. y Matzner, A. (2007). *Male Bodies, Women's Souls: Personal Narratives of Thailand's Transgendered Youth*. New York: Haworth Press.
- Costa, P.A. y Davies, M. (2012). Portuguese adolescents’ attitudes toward sexual minorities: transphobia, homophobia, and gender role beliefs. *J Homosex* 59(10):1424-1442.

- Coughlin, S.S. (2006). Ethical issues in epidemiologic research and public health practice. *Emerging Themes in Epidemiology* 3(16):1–10.
- Coughlin, S.S., Barker, A., Dawson, A. (2012). Ethics and Scientific Integrity in Public Health, Epidemiological and Clinical Research. *Public Health Rev* 34(1):71–83.
- Coulter, A., Parsons, S. y Askham, J. (2008). *Policy Brief. Where are the patients in decision-making about their own care*. Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Accesible en: <http://www.who.int/management/general/decisionmaking/WhereArePatientsinDecisionMaking.pdf>
- Creed, W.E.D., Langstraat, J.A. y Scully, M.A. (2002). A Picture of the Frame: Frame Analysis as Technique and as Politics. *Organizational Research Methods* 5(1):34-55.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracists Politics. *University of Chicago Legal Forum* 140:139-167.
- Crenshaw, K.W. (2012[1991]). Cartografiando los márgenes. *Interseccionalidad, políticas identitarias, y violencia contra las mujeres de color*. En: Platero, R.L. (ed.). *Intersecciones: Cuerpos y sexualidades en la encrucijada. Temas contemporáneos*, p. 87-124. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- CRIN, Child Rights International Network (2009). *Discrimination: Briefing on Age Discrimination*. Accesible en: <https://www.crin.org/en/library/publications/discrimination-briefing-age-discrimination>
- Cromwell, J. (1999). *Transmen and FTMs: Identities, Bodies, Genders, and Sexualities*. Urbana: University of Illinois Press.
- Cromwell, J. (2006[1999]). Queering the Binaries: Transsituated Identities, Bodies, and Sexualities. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 509-520. New York: Routledge.
- Crouch, R.A. (1999[1998]). Betwixt and between: The Past and Future of Intersexuality. En: Dreger, A.D. (ed.). *Intersex in the Age of Ethics*, p. 29-50. Hagerstown: University Publishing Group.
- Cruz, T.M. (2014). Assessing access to care for transgender and gender nonconforming people: a consideration of diversity in combating discrimination. *Social Science & Medicine* 110:65–73.
- Currah, P. (2006). Gender Pluralisms under the Transgender Umbrella. En: Currah, P., Juang, R.M. y Minter, S.P. (eds). *Transgender Rights*, p. 3-31. Minnesota, London: University of Minnesota Press.
- Currah, P. (2008). Stepping Back, Looking Outward: Situating Transgender Activism and Transgender Studies – Kris Hayasi, Matt Richardson, and Susan Stryker Frame the Movement. *Sexuality Research & Social Policy* 5(1):93-105.
- Currid, B. (2001). Nach *queer*? En: Heidler, U., Micheler, S. y Tuidler, E. (eds.): *Jenseits der Geschlechtergrenzen. Sexualitäten, Identitäten und Körper in Perspektiven von Queer Studies*, p. 365-385. Hamburg: MännerschwarmSkript Verlag.
- Daley, A.E. y Macdonnell, J.A. (2011). Gender, sexuality and the discursive representation of access and equity in health services literature: implications for LGBT communities. *Int J Equity Health* 10:40:1-10.
- Daley, A. y Mulé, N.J. (2014). LGBTQs and the DSM-5: a critical queer response. *J Homosex* 61(9):1288–1312.
- Dank, M., Lachman, P., Zweig, J.M. y Yahner, J. (2014). Dating violence experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *J Youth Adolesc* 43(5):846–857.
- Davidson, R. (2009). DSD Debates: Social Movement Organizations’ Framing Disputes Surrounding the Term ‘Disorders of Sex Development’. *Liminalis, Journal for Sex/Gender Emancipation and Resistance* 3: 60-80.
- Davis, E.C. (2009). Situating “Fluidity”. (Trans)Gender Identification and the Regulation of Gender Diversity. *GLQ, A Journal of Lesbian and Gay Studies* 15(1):97-130.
- Davis, T.S., Saltzburg, S. y Locke, C.R. (2009). Supporting the emotional and psychological well being of sexual minority youth: Youth ideas for action. *Children and Youth Services Review* 31(9):1030–1041.
- Davy, Z. (2008). *Transsexual recognition: embodiment, bodily aesthetics and the medicolegal system* [PhD Thesis]. University of Lincoln. Accesible en: <http://eprints.lincoln.ac.uk/2520/1/Thesis.pdf>
- Davy, Z. (2015a). Democratizing Diagnoses: (trans*)forming the DSM 5. *EPATH Conference, European Professional Association of Transgender Health*. Ghent: EPATH [conference paper]. Accesible en: <http://eprints.lincoln.ac.uk/16983/>
- Davy, Z. (2015b). The DSM-5 and the Politics of Diagnosing Transpeople. *Archives of Sexual Behavior* 44(5):1165–1176.
- Debord, G. (1958). Teoría de la Deriva. *Internacional situacionista, vol. 1: La realización del arte, Nº 2*. Madrid: Literatura Gris.

- De Cuypere, G., Knudson, G. y Bockting, W. (2010). Response of the World Professional Association for Transgender Health to the Proposed DSM 5 Criteria for Gender Incongruence. *International Journal of Transgenderism* 12(2):119–123.
- De Cuypere, G., Knudson, G. y Bockting, W. (2011). Second Response of the World Professional Association for Transgender Health to the Proposed Revision of the Diagnosis of Gender Dysphoria for DSM 5. *International Journal of Transgenderism* 13(2):51–53.
- De Cuypere, G., Knudson, G. y Green, J. (2013). *WPATH Consensus Process regarding Transgender and Transsexual-Related Diagnoses in ICD-11, 31 May 2013*. WPATH, World Professional Association for Transgender Health. Accesible en: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/ICD%20Meeting%20Packet-Report-Final-sm.pdf
- De Cuypere, G. y Vercruyssen, H. (2009). Eligibility and Readiness Criteria for Sex Reassignment Surgery: Recommendations for Revision of the WPATH Standards of Care. *International Journal of Transgenderism* 11(3):194–205.
- De Lauretis, T. (1987). *Technologies of Gender: Essays on Theory, Film, and Fiction*. Bloomington: Indiana University Press.
- De Lauretis, T. (1991). Queer Theory. Lesbian and Gay Sexualities. *Differences: A Journal of Feminist Cultural Studies* 3(2):3-18.
- De Lauretis, T. (1994). Habit changes. *Differences: A Journal of Feminist Cultural Studies* 6:296-313.
- De Lauretis, T. (2000). *Diferencias: Etapas de un camino a través del feminismo*. Madrid: Horas y Horas.
- de Sousa Santos, B. (2004). *La Universidad en el siglo XXI. Para una reforma democrática y emancipadora de la Universidad*. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México. Accesible en: http://www.ces.uc.pt/bss/documentos/Libro_Universidad_SigloXXI_Mexico.pdf
- de Sousa Santos, B. (2009). *Una epistemología del Sur. La reinención del conocimiento y la emancipación social*. Buenos Aires: Clacso, Siglo XXI Editores.
- De Sutter, P. (2009). Reproductive Options for Transpeople: Recommendations for Revision of the WPATH's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism* 11(3):183–185.
- De Vries, A.L.C. y Cohen-Kettenis, P.T. (2009). Review of World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care for Children and Adolescents with Gender Identity Disorder: A Need for Change? *International Journal of Transgenderism* 11(2):100–109.
- De Vries, A.L.C. y Cohen-Kettenis, P.T. (2012). Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: The Dutch Approach. *Journal of Homosexuality* 59(3):301–320.
- De Vries, K.M. (2012). Intersectional Identities and Conceptions of the Self: The Experience of Transgender People. *Symbolic Interaction* 35(1):49–67.
- Declaración de Montreal (2006). Declaración de Montreal. *1st Outgames Montréal 2006 présentent / presents International Conférence Internationale on LGBT Human Rights / sur les droits humaines des LGBT*. Accesible en: <http://www.declarationofmontreal.org/DeclaraciondeMontrealES.pdf>
- Delamont, S. (2007). Arguments against Auto-Ethnography. *Qualitative Researcher* 4:2-4.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (2002[1980]): *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: Editorial Pre-Textos.
- Delgado Gallego, M.E., Vázquez Navarrete, M.L, Zapata Bermúdez, Y. y Hernán García, M. (2005). Participación social en salud: conceptos de usuarios líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. *Revista Española de Salud Pública* 79:697-707.
- Della Porta, D. (2006[1996]). Comparative Politics and Social Movements. En: McAdam, D., McCarthy, J.D. y Zald, M.N. (eds). *Comparative Perspectives on Social Movements. Political Opportunities, Mobilizing Structures, and Cultural Framings*, p. 286-313. Cambridge: Cambridge University Press.
- Della Porta, D. (2014). Cycles of protest and the consolidation of democracy. *Partecipazione e Conflitto. The Open Journal of Sociopolitical Studies* 7(3):447-468.
- Del Valle, T. (1993). Introducción. En: Del Valle, T. (ed.). *Gendered Anthropology*, p. 1-16. London, New York: Routledge.
- Denny, S., Lucassen, M.F.G., Stuart, J., Fleming, T., Bullen, P., Peiris-John, R., et al. (2014). The Association Between Supportive High School Environments and Depressive Symptoms and Suicidality Among Sexual Minority Students. *J Clin Child Adolesc Psychol* 1–14 [Epub ahead of print]. Doi: 10.1080/15374416.2014.958842
- Denzin, N. (1994). The art and politics of interpretation. En: Denzin, N. y Lincoln, Y. (eds.). *Handbook of qualitative research*, p. 500 - 515. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Denzin, N.K. (2001). The reflexive interview and a performative social science. *Qualitative Research* 1(1):23-46.
- Denzin, N.K. (2005). Emancipatory Discourses and the Ethics and Politics of Interpretation. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 933-958. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Denzin, N.K. (2006). Analytic Autoethnography, or Déjà Vu all Over Again. *Journal of Contemporary Ethnography* 35(4):419-428.

- Denzin, N.K. (2009). *Qualitative Inquiry under Fire. Toward a New Paradigm Dialogue*. Walnut Creek: Left Coast Press.
- Denzin, N.K. y Giardina, M.D. (2007). Introduction: Ethical Futures in Qualitative Research. En: Denzin, N.K. y Giardina, M.D. (eds.). *Ethical Futures in Qualitative Research. Decolonizing the Politics of Knowledge*, p. 9-44. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (2005 eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (2005). The Discipline and Practice of Qualitative Research. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 1-32. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Derrida, J. (1988). *Márgenes de la filosofía*. Madrid: Cátedra.
- Deusch, M.B. (2012). Use of the Informed Consent Model in the Provision of Cross-Sex Hormone Therapy: A Survey of the Practices of Selected Clinics. *International Journal of Transgenderism*, 13(3):140–146.
- Deusch, M.B. y Feldman, J.L. (2013). Updated recommendations from the world professional association for transgender health standards of care. *American Family Physician* 87(2):89–93.
- Devor, A.H. (2013). *The EEF and The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA)*. Accesible en: <http://web.uvic.ca/~erick123/#HB>
- Devor, A.H. y Matte, N. (2006[2004]). ONE Inc. and Reed Erickson: The Uneasy Collaboration. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 387-406. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Dewey, J. (2013). Challenges of implementing collaborative models of decision making with trans-identified patients. *Health Expectations* [online ahead of print]. doi: 10.1111/hex.12133
- Diani, M. (2002). Network Analysis. En: Klandermans, B. y Staggenborg, S. (eds.). *Methods of Social Movement Research*, p. 173-200. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Di Ceglie, D. y Coates Thümmel, E.C. (2006). An experience of group work with parents of children and adolescents with gender identity disorder. *Clin Child Psychol Psychiatry* 11(3):387–396.
- Dierkes-Thrun, P. (2014). Transgender Studies Today: An Interview with Susan Stryker. *Boundary 2, An International Journal of Literature and Culture*, August 20, 2014. Accesible en: <http://boundary2.org/2014/08/20/transgender-studies-today-an-interview-with-susan-stryker/>
- DiFulvio, G.T. (2015). Experiencing Violence and Enacting Resilience: The Case Story of a Transgender Youth. *Violence Against Women* 21(11):1385-1405.
- Dirksmeier, P. y Helbrecht, I. (2008). Time, Non-representational Theory and the 'Performative Turn' – Towards a New Methodology in Qualitative Social Research. *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 9(2):1-15. Accesible en: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/385/840
- Doucet, A. y Mauthner, N. (2002). Knowing Responsibly: Linking Ethics, Research Practice and Epistemology. En: Mauthner, M., Birch, M., Jessop, J. y Miller, T. (eds.). *Ethics in qualitative research*, p. 123-145. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Drayton, M. (2009). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). *Occup Med* 59(2):135-136.
- Dreger, A.D. (1998). *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*. Cambridge, London: Harvard University Press.
- Dreger, A.D. (1999[1998]). A History of intersex: From the Age of Gonads to the Age of Consent. En: Dreger, A.D. (ed). *Intersex in the Age of Ethics*, p. 5-22. Hagerstown: University Publishing Group.
- Drescher J. (2010a). Queer diagnoses: parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the diagnostic and statistical manual. *Arch Sex Behav* 39(2):427–460.
- Drescher J. (2010b). Transsexualism, Gender Identity Disorder and the DSM. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health* 14(2):109–122.
- Drescher, J. (2014[2013]). Controversies in Gender Diagnoses. *LGBT Health* 1(1):10–14 [online ahead of print 2013]. doi:10.1089/lgbt.2013.1500.
- Drescher, J. (2015). Queer diagnoses revisited: The past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD. *Int Rev Psychiatry* 4:1–10 [epub ahead of print]. doi: 10.3109/09540261.2015.1053847
- Drescher, J. y Byne, W. (2012). Gender Dysphoric/Gender Variant (GD/GV) Children and Adolescents: Summarizing What We Know and What We Have Yet to Learn. *J Homosex* 59(3):501–510.
- Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. y Winter, S. (2012). Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatry* 24(6):568–577.
- Drescher, J. y Pula J. (2014). Ethical issues raised by the treatment of gender-variant prepubescent children. *Hastings Cent Rep* 44 Suppl 4:S17–S22.
- Drummond, J.S. y Themessl-Huber, M. (2007). The Cyclical Process of Action Research: The contribution of Gilles Deleuze. *Action Research* 5(3):430-448.

- Drummond, K. D., Bradley, S.J., Peterson-Badali, M. y Zucker, K.J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1):34-45.
- Dubisch, J. (1995). Lovers in the field: sex, dominance, and the female anthropologist. En: Kulick, D. y Willson, M. (eds.). *Taboo. Sex, identity and erotic subjectivity in anthropological fieldwork*, p. 29-50. London, New York.
- Duncombe, J. y Jessop, J. (2002). 'Doing Rapport' and the Ethics of 'Faking Friendship'. En: Mauthner, M., Birch, M., Jessop, J. y Miller, T. (eds.). *Ethics in qualitative research*, p. 107-122. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Dx Revision Watch (2015). *ICD-11*. Accesible en: <http://dxrevisionwatch.com/icd-11/>
- Dysart-Gale, D. (2010). Social Justice and Social Determinants of Health: Lesbian, Gay, Bisexual, Transgendered, Intersexed, and Queer Youth in Canada. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 23(1):23-28.
- Edginton-Green, L., Edginton, B. y Green, F.J. (2015[2013]). Nuestra familia fluida: expresión, comprensión y feminismo. En: Green, F.J. y Friedman, M. (eds.). *Buscando al final del arcoiris. Una exploración de las prácticas de crianza desde la fluidez de género*, p. 211-226. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Edwards, R. y Mauthner, M. (2002). Ethics and Feminist Research: Theory and Practice. En: Mauthner, M., Birch, M., Jessop, J. y Miller, T. (eds.). *Ethics in qualitative research*, p. 14-31. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Edwards, R. y Ribbens, J. (1998). Living on the Edges: Public Knowledge, Private Lives, personal Experiences. En: Ribbens, J. y Edwards, R. (eds.). *Feminist Dilemmas in Qualitative Research. Public Knowledge and Private Lives*, p. 1-23. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Edwards-Leeper, L. y Spack, N.P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary "Gender Management Service" (GeMS) in a major pediatric center. *J Homosex* 59(3):321-336.
- EFE (2009). Francia dejará de considerar la transexualidad una enfermedad mental. *20 minutos*, 16/05/2009. Accesible en: <http://www.20minutos.es/noticia/468791/0/transexuales/francia/enfermedad-mental/>
- Egale Canada (2010). *Egale Canada's Comments on Proposed DSM*. Accesible en: http://archive.egale.ca/extra/egale_dsm-v_2010-04-21.pdf
- EGHAM, Euskal Herriko Gay Askapen Mugimendua (2008). *Disforia: la otra cara de la homofobia*, 17 de mayo de 2008. Accesible en: <http://ehgamdok2008.blogspot.com.es/2008/05/komunikatuak-ehgam-disforia-la-otra.html>
- Ehrbar, R.D. (2010). Consensus from Differences: Lack of Professional Consensus on the Retention of the Gender Identity Disorder Diagnosis. *International Journal of Transgenderism* 12(2):60-74.
- Ehrbar, R.D. y Gorton, R.N. (2010). Exploring Provider Treatment Models in Interpreting the Standards of Care. *International Journal of Transgenderism* 12(4):198-210.
- Ehrbahr, R.D., Winters, K. y Gorton, N. (2010). Sugerencias para la revisión de los diagnósticos relacionados con el género en el DSM y la CIE. En: Missé, M. y Coll-Planas, G. (eds.). *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, p. 157-176. Barcelona, Madrid: Egales.
- Ehrbar, R.D., Witty, M.C., Ehrbar, H.G. y Bockting, W.O. (2008). Clinician judgment in the diagnosis of gender identity disorder in children. *Journal of Sex & Marital Therapy* 34(5):385-412.
- Ehrensaft, D. (2011a). "I'm a Prius": A Child Case of a Gender/Ethnic Hybrid. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health* 15:46-57.
- Ehrensaft, D. (2011b). Boys will be girls, girls will be boys: Children affect parents as parents affect children in gender nonconformity. *Psychoanalytic Psychology* 28(4):528-548.
- Ehrensaft, D. (2012). From gender identity disorder to gender identity creativity: true gender self child therapy. *J Homosex* 59(3):337-356.
- Ekins, R. (2005). Science, Politics and Clinical Intervention: Harry Benjamin, Transsexualism and the Problem of Heteronormativity. *Sexualities* 8:306-328.
- El País (2012). Los transexuales ya no son enfermos mentales, 5 de diciembre de 2012. *El País*, 5 de diciembre de 2012. Accesible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/12/04/actualidad/1354628518_847308.html
- Elliot, P. (2009). Engaging Trans Debates on Gender Variance: A Feminist Analysis. *Sexualities* 12(1):5-32.
- Ellis, C. (2007a). 'I Just Want to Tell My Story': Mentoring Students about Relational Ethics in Writing about Intimate Others. En: Denzin, N.K. y Giardina, M.D. (eds.). *Ethical Futures in Qualitative Research. Decolonizing the Politics of Knowledge*, p. 209-228. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Ellis, C. (2007b). Telling Secrets, Revealing Lives. Relational Ethics in Research With Intimate Others. *Qualitative Inquiry* 13(1):3-29.

- Ellis, C., Adams, T.E. y Bochner, A.P. (2011). Autoethnography: An Overview. *FQS. Forum Qualitative Social Research* 12(1), Art. 10: s.p. Accesible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1589/3095>
- Ellis, C. y Berger, L. (2001). Their Story/My Story/Our Story: Including the Interviewer's Experience in Interview Experience. En: Gubrium, J.F. y Holstein, J.A. (eds.). *Handbook of Interview Research. Context & Method*, p. 849-876. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Ellis, C. y Bochner, A.P. (2000). Autoethnography, personal narrative, reflexivity: researcher as subject. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *Handbook of qualitative research. 2nd edition*, p. 733-768. Thousand Oaks: Sage.
- Ellis, C., Bochner, A.P., Denzin, N.K., Lincoln, Y.S., Morse, J.M., Pelias, R.J. y Richardson, L. (2007). Coda: Talking and Thinking about Qualitative Research. En: Denzin, N.K. y Giardina, M.D. (eds.). *Ethical Futures in Qualitative Research. Decolonizing the Politics of Knowledge*, p. 229-268. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Ellis, H. (1913). Sexo-aesthetic Inversion. *The Alienist and Neurologist* 34:156-167.
- Ellis, H. (1928). *Studies in the Psychology of Sex: Eonism and other supplementary studies*. Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., et al. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *J Gen Intern Med* 27(10):1361-1367.
- Emanuel, E.J., Wendler, D. y Grady, C. (2000). What Makes Clinical Research Ethical? *JAMA* 283(20):2701-2711.
- Engel, A. (2001). Die VerUneindeutigung der Geschlechter – eine queere Strategie zur Veränderung gesellschaftlicher Machtverhältnisse? En: Heidler, U., Micheler, S. y Tuidler, E. (ed.). *Jenseits der Geschlechtergrenzen. Sexualitäten, Identitäten und Körper in Perspektiven von Queer Studies*, p. 346-364. Hamburg: MännerschwarmSkript Verlag.
- Engel, A. (2002). *Wider die Eindeutigkeit. Sexualität und Geschlecht im Fokus queerer Politik der Repräsentation*. Frankfurt / Main: Campus Verlag.
- England, Kim V.L. (1994). Getting Personal: Reflexivity, Positionality, and Feminist Research. *The Professional Geographer* 46(1):80-91.
- Entwistle, V.A., Carter, S.M., Cribb, A. y McCaffery, K. (2010). Supporting Patient Autonomy: The Importance of Clinician-patient Relationships. *J Gen Intern Med* 25(7):741-745.
- ENUSP, European Network of (Ex)-Users and Survivors of Psychiatry (2015). *Who we are*. Accesible en: <http://www.enusp.org/index.php/about-us/who-we-are>
- Epele, M. (2013). El tratamiento como palimpsesto. Cuando la medicalización se convierte en crítica “políticamente correcta”. *Cuadernos de Antropología Social* 38:7-31.
- Erren, T.C., Shaw, D.M. y Groß, J.V. (2015). How to avoid haste and waste in occupational, environmental and public health research. *J Epidemiol Community Health* 69(9):823-825.
- Escobar Nieto, M. y Fernández Droguett, R. (2008). Performatividad, memoria y conmemoración: la experiencia de la marchaRearme en el Chile post-dictatorial. *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 9(2): 1-33. Accesible en: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/389/847
- Espineira, K. (2011). Transidentité : de la théorie à la politique. Une métamorphose culturelle entre pragmatisme et transcendance. *L'Information psychiatrique* 87:279-282.
- Espineira, K., Macé, E., Guillot, V., Thomas M.-Y., Reucher, T. y Alessandrin, A. (2011 eds.). *Dossier CIM – Dépsychiatriser!* Accesible en: <http://observatoire-des-transidentites.over-blog.com/article-dossier-cim-depsychiatriser-65808653.html>
- Espineira, K., Thomas, M.-Y. y Alessandrin, A. (2012). *La transyclopédie. Tout savoir sur les transidentités*. Accacio: Editions Des ailes sur un tracteur.
- Espinosa Miñoso, Y. (2004). A una Década de la Performatividad: de presunciones erróneas y malos entendidos. En: Fernández, J., D'Uva, M. y Vitorro, P. (eds.). *Cuerpos Ineludibles. Un diálogo a partir de las sexualidades en América Latina*. Buenos Aires: Ají de Pollo.
- Espinosa Miñoso, Y. y Jacob, S. (2010). En tránsito. *Página 12, Suplemento Soy*, 26 de febrero de 2010. Accesible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-1248-2010-03-02.html>
- Esteva de Antonio, I., Gómez Gil, E., Almaraz, M.C., Martínez Tudela, J., Bergero, T., Oliveira, G., et al. (2012). Organización de la asistencia a la transexualidad en el sistema sanitario público español. *Gac Sanit* 26(3):202-209.
- Esteva de Antonio, I., Gómez-Gil, E. y GIDSEEN Group (2013). Coordination of healthcare for transsexual persons: a multidisciplinary approach. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity* 20(6):585-591.
- Esteva de Antonio, I. y Soriguer Escofet, J.C. (2006). El sistema sanitario español y la transexualidad. En: Gómez Gil, E. y Esteva de Antonio, I. (eds.). *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*, p. 385-392. Barcelona: Editorial Glosa.
- Etherington, K. (2007). Ethical Research in Reflexive Relationships. *Qualitative Inquiry* 13(5):599-616.

- EUPHA Section Ethics in Public Health y Suess, A. (2015). Round table: Ethics in Public Health Research: Collective Responsibility, Sustainability and Social Transformation. *European Journal of Public Health* 25(suppl 3):40.
- European Parliament's Intergroup on LGBT Rights (2010). *Parliamentary question to the Commission: Depathologisation of gender identity disorder*, 23 October 2010. Accesible en: <http://www.lgbt-ep.eu/parliamentary-work/parliamentary-question-to-the-commission-depathologisation-of-gender-identity-disorder/>
- European Parliament's Intergroup on LGBT Rights (2011). *Response to the parliamentary question on the depathologisation of gender identity disorder*, 21 January 2011. Accesible en: <http://www.lgbt-ep.eu/parliamentary-work/response-to-the-parliamentary-question-on-the-depathologisation-of-gender-identity-disorder/>
- European Parliament's Intergroup on LGBT Rights (2014). *Denmark becomes Europe's leading country on legal gender recognition*, June 12, 2014. Accesible en: <http://www.lgbt-ep.eu/press-releases/denmark-becomes-europes-leading-country-on-legal-gender-recognition/>
- European Parliament's Intergroup on LGBT Rights (2015). *Malta adopts ground breaking gender identity, gender expression and sex characteristics law*, April 2, 2015. Accesible en: <http://www.lgbt-ep.eu/press-releases/malta-adopts-ground-breaking-gender-identity-gender-expression-and-sex-characteristics-law/>
- Evans, D.T. (1993). *Sexual Citizenship: The Material Construction of Sexualities*. London and New York: Routledge.
- EZLN, Ejercito Zapatista de Liberación Nacional (1997[1996]). Cuarta Declaración de la Selva Lacandona. En: EZLN (ed.). *Documentos y Comunicados*. México: Ediciones Era.
- Fals Borda, O. (1972). *Reflexiones sobre la aplicación del método de estudio-acción en Colombia. Simposio sobre política de enseñanza e investigaciones en ciencias sociales*. Lima: UNESCO, FLACSO.
- Fals Borda, O. (2002). Participatory (Action) Research in Research: Origins and Challenges. En: Thimayya, K.S., Reason, P. y Bradbury, H. (eds.). *Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*, p. 27-37. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Farr, W. (1856). *Sixteenth annual report*. London: Registrar General of England and Wales.
- Fausto-Sterling, A. (1998[1993]). Los cinco sexos. ¿Por qué varón y mujer no son suficiente? En: Nieto, J.A. (ed.). *Transsexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*, p. 79-90. Madrid: Talasa. [Original en ingles: The Five Sexes: Why male and female are not enough. *Sciences*: 20–24].
- Fausto-Sterling, A. (2000). The five sexes, revisited. *Sciences (New York)* 40(4):18-23.
- Fausto-Sterling, A. (2006[2000]). *Cuerpos Sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*. Barcelona: Melusina. [Original en ingles: *Sexing the Body. Gender Politics and the Construction of Sexuality*. New York: Basic Books].
- Fee, M. (2006[1989]). Who Can Write as Other? En: Ashcroft, B., Griffiths, G. y Tiffin, H. (eds.). *The Post-Colonial Studies Reader, 2nd Edition*, p. 169-171. London, New York: Routledge.
- Feinberg, L. (1992). *Transgender Liberation: A Movement Whose Time Has Come*. New York: World View Forum.
- Feinberg, L. (1993). *Stone Butch Blues*. New York: Firebrand Books.
- Feinberg, L. (1996). *Transgender Warriors: Making History from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Boston: Beacon Press.
- Feldman, J. y Safer, J. (2009). Hormone Therapy in Adults: Suggested Revisions to the Sixth Version of the Standards of Care. *International Journal of Transgenderism* 11(3):146–182.
- Feliu i Samuel-Lajeunesse, J. (2007). Nuevas formas literarias para las ciencias sociales: el caso de la autoetnografía. *Athenea Digital* 12:262-271.
- Fernández, S. (2010). Derechos sanitarios desde el reconocimiento de la diversidad. Alternativas a la violencia de la psiquiatrización de las identidades trans. En: Missé, M. y Coll-Planas, G. (eds.). *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, p. 177-198. Barcelona, Madrid: Egales.
- Finlay, L. (2002). Negotiating the swamp: the opportunity and challenge of reflexivity in research practice. *Qualitative Research* 2(2):209-230.
- Finley, S. (2005). Arts-Based Inquiry: Performing Revolutionary Pedagogy. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 681-694. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Fisher, C.B. y Mustanski, B. (2014). Reducing Health Disparities and Enhancing the Responsible Conduct of Research Involving LGBT Youth. *Hastings Center Report* 44(s4):S28–S31.
- FNLIG, Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género (2012). *Histórico: Argentina tiene ley de Identidad de Género*, 10 de mayo de 2012. Accesible en: <http://frentenacionaleydeidentidad.blogspot.com.es/2012/05/historico-argentina-tiene-ley-de.html>

- Fontana, A. (2001). Postmodern Trends in Interviewing. En: Gubrium, J.F. y Holstein, J.A. (eds.). *Handbook of Interview Research. Context & Method*, p. 161-176. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Fontana, A. y Frey, J.H. (2005). The Interview: From Neutral Stance to Political Involvement. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 695-728. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Forcier, M.M. y Haddad, E. (2013). Health care for gender variant or gender non-conforming children. *Rhode Island Med J* 96(4):17–21.
- Forcier, M. y Johnson, M. (2013). Screening, Identification, and Support of Gender Non-Conforming Children and Families. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*. 28(1):100–102. Forcier, M.M. y Haddad, E. (2013). Health care for gender variant or gender non-conforming children. *Rhode Island Med J* 96(4):17–21.
- Foucault, M. (1984[1954]). *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona, Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M. (1994[1984]). *Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona, Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Foucault, M. (1995[1976]). *Historia de la sexualidad 1. La voluntad del saber*. Madrid: siglo XXI editores de España.
- Foucault, M. (1999[1966]). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Foucault, M. (2000[1961]). *Historia de la locura en la época clásica*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2003[1976]). *Society Must Be Defended. Lectures at the College de France, 1975-1976*. New York: Picador.
- Foucault, M. (2003[1969]). *La arqueología del saber*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2003[1984]). *Historia de la sexualidad 3. La inquietud de sí*. Vuenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- Foucault, M. (2006[1966]). *Las palabras y las cosas*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2006[1984]). *Historia de la sexualidad 2. El uso de los placeres*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Foucault, M. (2007[1978]). *Herculine Barbin llamada Alexina B*. Madrid: Talasa Ediciones.
- Foucault, M. (2009[1975]). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Foucault, M. y Deleuze, G. (1977[1972]). Intellectuals and Power. En: Bouchard, D. (ed.). *Language, Counter-Memory, Practice*, p. 209. Ithaca: Cornell University Press.
- Foulkes, S.H. (1983[1948]). *Introduction to Group Analytic Psychotherapy*. London: H. Karnac Books.
- FRA, European Union Agency for Fundamental Rights (2013a). *EU LGBT survey: Main results*. Luxembourg: FRA Publications Office. Accesible en: http://fra.europa.eu/sites/default/files/eu-lgbt-survey-technical-report_en.pdf
- FRA, European Union Agency for Fundamental Rights (2013b). *FRA Opinion on the situation of equality in the European Union 10 years on from initial implementation of the equality directives*. Accesible en: http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2013-opinion-eu-equality-directives_en.pdf
- FRA, European Union Agency for Fundamental Rights (2014). *Being Trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Accesible en: http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-being-trans-eu-comparative_en.pdf
- Frances, A. (2010a). The first draft of DSM-V. *BMJ* 340:c1168.
- Frances, A. (2010b). *DSM5 in Distress. The DSM's Impact on health practice and research*. Accesible en: <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201003/dsm5-sexual-disorders-make-no-sense>
- Frankish, C.J., Kwan, B., Ratner, P.A., Higgins, J.W. y Larsen, C. (2002). Challenges of citizen participation in regional health authorities. *Soc Sci Med* 2002;54(1):1471-1480.
- Franson, H.V. (2013). The Rise of the Transgender Child: Overcoming Societal Stigma. *Institutional University of Colorado Law Review* 84(2):498–528.
- Franzen, J. (2002). Grenzgänge: Judith “Jack” Halberstam und C. Jacob Hale. Weibliche Maskulinität, Transmänner und die Frage nach Bündnissen. En: polymorph (ed.). *(K)ein Geschlecht oder viele? Transgender in politischer Perspektive*, p. 69 – 92. Berlin: Querverlag.
- Franzen, J. y Beger, N.J. (2002). „Zwischen die Stühle gefallen“. Ein Gespräch über queere Kritik und gelebte Geschlechterentwürfe. En: polymorph (ed.): *(K)ein Geschlecht oder viele? Transgender in politischer Perspektive*, p. 53 – 68. Berlin: Querverlag.
- Fraser, L. (2009a). Psychotherapy in the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Background and Recommendations. *International Journal of Transgenderism* 11(2):110–26.
- Fraser L. (2009b). Etherapy: Ethical and Clinical Considerations for Version 7 of the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care. *International Journal of Transgenderism* 11(4):247–63.

- Fraser, L. (2015). Gender Dysphoria: Definition and Evolution through the Years. En: Trombetta, C., Kiguori, G. y Bertolotto, M. (eds.). *Management of Gender Dysphoria, A Multidisciplinary Approach*, p. 19-32. Milan, Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer Verlag Italia.
- Fraser, L., Karasic, D.H., Meyer, W.J. y Wylie, K. (2010). Recommendations for Revision of the DSM Diagnosis of Gender Identity Disorder in Adults. *International Journal of Transgenderism* 12(2):80–85.
- Freedman, J. (2004). *Feminismo ¿unidad o conflicto?* Madrid: Narcea Ediciones.
- Freidson, E. (1972). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead and Company.
- Frente Ciudadano Pro Derechos de Transexuales y Transgéneros (2010). *Pronunciamiento: Por la Despatologización Trans*. Accesible en: <http://ombudsgay.wordpress.com/2010/10/25/jornada-internacional-por-la-despatologizacion-trans/>
- Frente Ciudadano Pro Derechos de Transexuales y Transgéneros (2011). *Contra la patologización*. Accesible en: <http://www.clam.org.br/publique/cqj/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=9005&sid=21>
- FNLIG, Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género (2012). *Histórico: Argentina tiene Ley de Identidad de Género*, 10 de mayo de 2012. Accesible en: <http://frentenacionaleydeidentidad.blogspot.com.es/2012/05/historico-argentina-tiene-ley-de.html>
- Friedman, E.J. (2007). Lesbians in (cyber)space: the politics of the internet in Latin American on- and off-line communities. *Media, Culture & Society* 29(5):790-811.
- Friedman, M. y Green, F.J. (2015[2013]). Introducción. En: Green, F.J. y Friedman, M. (eds.). *Buscando al final del arcoiris. Una exploración de las prácticas de crianza desde la fluidez de género*, p. 13-34. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Fundación Iguales (2012). *Fundación Iguales adhiere a campaña internacional por la despatologización de las identidades trans*. Accesible en: <http://www.iguales.cl/fundacion-iguales-adhiere-a-campana-internacional-por-la-despatologizacion-de-las-identidades-trans/>
- Gabb, J. (2004). Critical Differentials: Queerying the Incongruities within Research on Lesbian Parent Families. *Sexualities* 7(2):167-182.
- Gale, K. y Wyatt, J. (2006). Inquiring Into Writing. An Interactive Interview. *Qualitative Inquiry* 12(6):1117-1134.
- Gallivan, J., Kovacs Burns K., Bellows, M. y Eigenseher, C. (2012). The Many Faces of Patient Engagement. *Journal of Participatory Medicine* 4(e32).
- Galofre, P. y Missé, M. (2015). *Políticas trans. Una antología de textos desde los estudios trans norteamericanos*. Barcelona, Madrid: Egales.
- Galofre Molero, P. (2007). La nueva ley... ¿es tan buena cómo nos la venden? García Ruiz, M. (ed.). *Transexualidad: situación actual y retos de futuro*, 147-154. Asturias: Conseyu de la Moceda.
- Gamarel, K.E., Reisner, S.L., Laurenceau, J.P., Nemoto, T. y Operario, D. (2014). Gender minority stress, mental health, and relationship quality: a dyadic investigation of transgender women and their cisgender male partners. *J Fam Psychol* 28(4):437-447.
- Gamson, J. (1998[1995]). Must identity Movement Self Destruct? En: Nardi, P.M. y Schneider, B.E. (eds.). *Social Perspectives in Lesbian and Gay Studies. A Reader*, p. 589-604. London, New York: Routledge.
- Garaizabal, C. (1998). La transgresión del género. Transexualidades, un reto apasionante. En: Nieto, J.A. (ed.). *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*, p. 39-62. Madrid: Talasa.
- Garaizabal, C. (2010). Transexualidades, identidades y feminismos. En: Missé, M. y Coll-Planas, G. (eds.). *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, p. 125-140. Barcelona, Madrid: Egales.
- García Becerra, A. y Missé, M. (2010). Diálogo trans-cultural. En: Missé, M. y Coll-Planas, G. (eds.) *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, p. 197-204. Barcelona, Madrid: Egales.
- García Dauder, S. (2006). Ingeniería bioconductual al servicio de la normalización: vigilando las fronteras del sexo. En: Romero Cuadra, J.L. y Vázquez, R.A. (eds.). *Antipsychologicum. El papel de la psicología académica: de mito científico a mercenaria del sistema*, p. 157-176. Barcelona: Virus.
- Gardner, J., Dew, K., Stubbe, M., Dowell, T. y Macdonald, L. (2011). Patchwork diagnoses: The production of coherence, uncertainty, and manageable bodies. *Social Science & Medicine* 73(6):843–850.
- GATE, Global Action for Trans* Equality (2012). *Es tiempo de reforma. Cuestiones de Salud Trans en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Informe de la reunión de Expert*s organizada por GATE, La Haya 16 al 18 de noviembre 2011*. Accesible en: <https://globaltransaction.files.wordpress.com/2012/05/es-tiempo-de-reforma.pdf>

- GATE, Global Action for Trans* Equality (2013a). *Critique and Alternative Proposal to the "Gender Incongruence of Childhood" Category in ICD-11*. GATE Civil Society Expert Working Group Buenos Aires, April 4-6, 2013. Accesible en: <http://globaltransaction.files.wordpress.com/2012/03/critique-and-alternative-proposal-to-the-gender-incongruence-of-childhood-category-in-icd-11.pdf>
- GATE, Global Action for Trans* Equality (2013b). *GATE Statement on the International Day Against Homophobia and Transphobia 2013*. Accesible en: <http://transactivists.org/2013/05/17/idadhot2013/>
- GATE, Global Action for Trans* Equality (2013c). *Declaración de GATE en el Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans**. Accesible en: <http://transactivists.org/2013/10/21/declaracion-de-gate-en-el-dia-internacional-de-accion-por-la-despatologizacion-trans>
- GATE, Global Action for Trans* Equality (2013d). *Declaración de GATE en el Día Internacional de Eliminación de la Violencia contra las Mujeres*. Accesible en: <http://transactivists.org/2013/11/25/declaracion-de-gate-en-el-dia-internacional-por-la-eliminacion-de-la-violencia-contra-las-mujeres/>
- GATE, Global Action for Trans* Equality (2014a). *Gender Diversity in Childhood is not a Pathology*. Accesible en: <http://transactivists.org/2014/10/18/gender-diversity-in-childhood-is-not-a-pathology/>
- GATE, Global Action for Trans* Equality (2014b). *Día Internacional de la Memoria Trans*. Un mensaje de GATE / International Day of Trans* Remembrance. A message from GATE*. Accesible en: <http://transactivists.org/2014/12/16/dia-internacional-de-la-memoria-trans-un-mensaje-de-gate-international-day-of-trans-remembrance-a-message-from-gate/>
- GATE, Global Action for Trans* Equality (2015a). *Making depathologization a matter of law. A comment from GATE on the Maltese Act on Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics*, April 8, 2015. Accesible en: <http://transactivists.org/2015/04/08/making-depathologization-a-matter-of-law-a-comment-from-gate-on-the-maltese-act-on-gender-identity-gender-expression-and-sex-characteristics/>
- GATE, Global Action for Trans* Equality (2015b). *We Are Unstoppable! GATE Statement on the International Day of Action for Trans* Depathologization*, October 24, 2015. Accesible en: <http://transactivists.org/2015/10/24/we-are-unstoppable-gate-statement-on-the-international-day-of-action-for-trans-depathologization/>
- GATE, Global Action for Trans Equality (2015c). *Intersex Issues in the International Classification of Diseases: a revision*. Accesible en: <https://globaltransaction.files.wordpress.com/2015/10/intersex-issues-in-the-icd.pdf>
- GATE, Global Action for Trans Equality (2015d). *Interview with Dainius Pūras, the United Nations Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of health*, October 2015. Accesible en: <https://globaltransaction.files.wordpress.com/2015/10/interview-with-dainius-pc3bcras.pdf>
- GATE, Global Action for Trans* Equality (s.a.). *About GATE*. Accesible en: <http://transactivists.org/about/>
- GATE, Global Action for Trans* Equality y STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2014). *Nota de Prensa: Nuevos desarrollos en el proceso de revisión de la CIE*. Accesible en: http://www.stp2012.info/old/es/noticias#informacion_proceso_revision_CIE
- Gaventa, J. y Cornwall, A. (2002). Power en Knowledge. En: Thimayya, K.S., Reason, P. y Bradbury, H. (eds.). *Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*, 70-80. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Gay Lesbian Bisexual Transgender & Queer Jamaica (2011). *Stop Transgender Pathologization (STP) Designates October 22nd International Day of Action*, September 14, 2011. Accesible en: <http://glbtqjamaica.blogspot.com.es/2011/09/stop-transgender-pathologization-stp.html>
- Gay Lesbian Bisexual Transgender & Queer Jamaica (2015). *Stop Trans Pathologization Day 2015*. October 26, 2015. Accesible en: <http://glbtqjamaica.blogspot.com.es/2015/10/stop-trans-pathologization-day-2015.html>
- Gehi, P.S. y Arkles, G. (2007). Unraveling injustice: Race and class impact of medicaid exclusions of transition-related health care for transgender people. *Sexuality Research & Social Policy*, 4(4):7-35.
- Gelaude, D.J., Sovine, M.L. y Herbst J.H. (2013). HIV Prevention Programs Delivered by Community-Based Organizations to Young Transgender Persons of Color: Lessons Learned to Improve Future Program Implementation. *International Journal of Transgenderism* 14(3):127-139.
- Gender DynamiX (2010). *Indigenous Comments on the Standards for Care of Gender Identity Disorders*. Accesible en: <http://www.genderdynamix.org.za/wp-content/uploads/2013/05/Indigenous-Comments.pdf>
- Gender DynamiX (2014). *Cape Town Declaration Gender Incongruence in Childhood*. Accesible en: <http://www.genderdynamix.org.za/%E2%80%8Bcape-town-declaration/>

- Genres Pluriels (s.a.). *Présentation de Genres Pluriels ASBL*. Accesible en: <http://www.genrespluriels.be/PRESENTATION-DE-GENRES-PLURIELS-ASBL?lang=fr>
- Genres Pluriels (2009). *Pétition – Ni hommes, ni femmes: le binarisme nous rend malades!* Accesible en: <http://www.genrespluriels.be/Petition-Ni-hommes-ni-femmes-le.html>
- Gessert, C.E. (2008). The problem with Autonomy. *Minnesota Medicine* 91(4):40-42.
- Gherovici, P. (2011). *Please Select Your Gender: From the Invention of Hysteria to the Democratizing of Transgenderism*. New York, London: Routledge.
- GID Reform Advocates (2008[2004]). *A Fifth Edition – Opportunity for Change?* Accesible en: <http://www.gidreform.org/dsm5.html> [ya no disponible online, octubre de 2015].
- GID Reform Advocates (2009). *Protest in San Francisco May 18th for APA Reform of Gender Disorders*. Accesible en: <https://thegenderblenderblog.wordpress.com/2009/05/17/apa-protest-may-18th-for-reform-of-gender-identity-disorder/>
- GID Reform Advocates (2010[2000]). *Because our identities are not disordered*. Accesible en: <http://www.gidreform.org/> [ya no disponible online, octubre de 2015].
- Gijs, L. y Carroll, R.A. (2010). Should Transvestic Fetishism Be Classified in DSM 5? Recommendations from the WPATH Consensus Process for Revision of the Diagnosis of Transvestic Fetishism. *International Journal of Transgenderism* 12(4):189–197.
- Gillan, K. y Pickerill, J. (2012). The Difficult and Hopeful Ethics of Research on, and with, Social Movements. *Social Movement Studies: Journal of Social, Cultural and Political Protest* 11(2):133–143.
- Gillies, V. y Alldred, P. (2002). The Ethics of Intention: Research as a Political Tool. Mauthner, M., Birch, M., Jessop, J. y Miller, T. (eds.). *Ethics in qualitative research*, p. 32-52. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Gimeno, B. (2010). *Género indefinido*. Accesible en: <http://beatrizgimeno.es/2010/04/07/genero-indefinido/>
- Giordano, S. (2011). Where Christ did not go: men, women and Frusculicchi. Gender identity disorder (GID): epistemological and ethical issues relating to the psychiatric diagnosis. *Monash Bioeth Rev* 29(4):1–22.
- Giordano, S. (2012a). *Children with Gender Identity Disorder. A Clinical, Ethical and Legal Analysis*. New York, London: Routledge.
- Giordano, S. (2012b). Sliding Doors: should treatment of gender identity disorder and other body modifications be privately funded? *Med Health Care Philos* 15(1):31–40.
- Glasziou, P., Altman, D.G., Bossuyt, P., Boutron, I., Clarke, M., Julious, S., et al. (2014). Reducing waste from incomplete or unusable reports of biomedical research. *The Lancet* 383(9913):267–276.
- Glesne, C. (2007). Research as Solidarity. En: Denzin, N.K. y Giardina, M.D. (eds.). *Ethical Futures in Qualitative Research. Decolonizing the Politics of Knowledge*, p. 169-178. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Glicken, MD. (2009). *Evidence-Based Practice with Emotionally Troubled Children and Adolescents*. San Diego: Academic Press.
- GLSEN, Gay Lesbian Straight Education Network y Harris Interactive (2012). *Playgrounds and Prejudice: Elementary School Climate in the United States. A Survey of Students and Teachers*. New York: GLSEN. Accesible en: <http://glsen.org/sites/default/files/Playgrounds%20%26%20Prejudice.pdf>
- Gobierno de España (1978). Ley 77/1978, de modificación de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social y de su Reglamento. *BOE, Boletín de Estado*, Nº 10, de 11 de enero de 1979. Accesible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1979/01/11/pdfs/A00658-00659.pdf>
- Gobierno de España (1983). Ley Orgánica 8/1983, de 25 de junio, de Reforma Urgente y Parcial del Código Penal. *BOE, Boletín del Estado*, Nº 152, de 27 de junio de 1983. Accesible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1983/06/27/pdfs/A17909-17919.pdf>
- Gobierno de España (1995a). Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. *BOE, Boletín de Estado*, Nº 35, 10 de febrero de 1995. Accesible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1995/02/10/pdfs/A04538-04543.pdf>
- Gobierno de España (1995b). Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *BOE, Boletín Oficial del Estado*, Nº 281, de 24 de noviembre de 1995. Accesible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1995/11/24/pdfs/A33987-34058.pdf>
- Gobierno de España (1999). *Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respect a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina)*, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. *BOE, Boletín Oficial del Estado*, Nº 251, de 20 de octubre de 1999. Accesible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1999/10/20/pdfs/A36825-36830.pdf>
- Gobierno de España (2005). Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio. *BOE, Boletín Oficial del Estado*, Nº 157, 2 de julio de 2005. Accesible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2005/07/02/pdfs/A23632-23634.pdf>

- Gobierno de España (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 BOE*, N° 65, 16 de marzo de 2007. Accesible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/03/16/pdfs/A11251-11253.pdf>
- Gobierno de España (2010). *Declaración Institucional contra la homofobia y la transfobia*, mayo de 2010. Accesible en: <http://www.lamoncloa.gob.es/consejodem ministros/referencias/paginas/2010/refc20100514.aspx/#DeclaracionInstitucional>
- Gobierno de España (2012). Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *BOE, Boletín del Estado* N° 98, 24 de abril de 2012. Accesible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
- Gobierno de España (2014[1996]). Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia. *BOE, Boletín Oficial del Estado*, N° 97, 22 de abril de 1996. Accesible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1996/BOE-A-1996-8930-consolidado.pdf>
- Gobierno de España (2015[2011]). Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil. *BOE, Boletín Oficial del Estado*, N° 175, 22 de julio de 2011. Texto consolidado (última modificación: 14 de julio de 2015). Accesible en: <http://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-12628-consolidado.pdf>
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Doubleday.
- Gojar, C. (2012). *Síndrome de Harry Benjamin*. Accesible en: <http://www.shb-info.org/sitebuildercontent/sitebuilderfiles/shbknl.pdf>
- Goldberg, D.S. (2009). In Support of a Broad Model of Public Health: Disparities, Social Epidemiology and Public Health Causation. *Public Health Ethics* 2(1):70–83.
- Goldby S. (1971). Experiments at the Willowbrook State School. *Lancet* 1:749.
- Gómez, A. (2004). Trascendiendo. *Desacatos, Revista de Antropología Social* 16:199-208.
- Gómez Gil, E. y Peri Nogués, J.M. (2002). Transexualidad. Un reto para el sistema sanitario español. *Med Clin* 118(11): 18-420.
- González, E. y Comelles, J.M. (2000 eds.). *Psiquiatría Transcultural*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Gonzalez, K.A., Rostovsky, S.S., Odom, R.D. y Riggle, E.D.B. (2013). The positive aspects of being the parent of an LGBTQ Child. *Fam Process* 52(2):325–337.
- Gonzálo-Polledo, E.J. (2010). “No sé qué otra cosa podría ser”: medicina entre la elección y el cuidado en la transición FTM. En: Missé, M. y Coll-Planas, G. (eds.) *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, p. 67-80. Barcelona, Madrid: Egales.
- Goodbaum, J., Huot, J. y Patterson, D. (2012). *Let People Be Who They Are. Best Practices When Working With Gender Independent Children and Their Families in Ottawa*. Ottawa: Family Services Ottawa, Carleton University School of Social Work. Accesible en: <http://familyservicesottawa.org/wp-content/uploads/2014/12/Let-People-Be-Who-They-Are.pdf>
- Government of Denmark (2014). *Forslag til Lov om ændring af lov om Det Centrale Personregister (Tideling af nyt personnummer til personer, der oplever sig som tilhørende det andet køn) L 182. Vedtaget af Folketinget ved 3. behandling den 11. juni 2014*. Accesible en: http://www.ft.dk/RIpdf/samling/20131/lovforslag/L182/20131_L182_som_vedtaget.pdf
- Government of Malta, Ministry for Social Dialogue, Consumer Affairs and Civil Liberties (2015a). *Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act. Submissions Report*. Accesible en: https://socialdialogue.gov.mt/en/Public_Consultations/MSDC/Documents/GIGESC/GIGESC%20-%20Outcome%20Report.pdf
- Government of Malta (2015b). *ACT No. XI of 2015. Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act, 2015*. Accesible en: <http://justiceservices.gov.mt/DownloadDocument.aspx?app=lp&itemid=26805&l=1>
- Government of the Netherlands (1985). *Wet van 24 april 1985. Nadere regelen ten behoeve van transseksuelen omtrent het wijzigen van de vermelding van de kunne in de akte van geboorte. Staatsblad, 243, Kamerstukken. 17 297*. Accesible en: http://ressourcessqd.kb.nl/SGD/19841985/PDF/SGD_19841985_0000201.pdf
- Government of the Netherlands (1992[1838]). *Burgerlijk Wetboek, art. 28(1) - 28b(2)*. Accesible en: <http://www.wetboek-online.nl/wet/Burgerlijk%20Wetboek%20Boek%201/28.html>
- Government of the Netherlands (2013). *Easier to change gender in birth certificate, December 18, 2013*. Accesible en: <http://www.government.nl/news/2013/12/18/easier-to-change-gender-in-birth-certificate.html>
- Government of the United Kingdom (2004). *Gender Recognition Act 2004*. Accesible en: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/7/contents>

- Goyal, S., Deb, K.S., Elawadhi, D. y Kaw, N. (2014). Substance abuse as a way of life in marginalized gender identity disorder: A case report with review of Indian literature. *Asian Journal of Psychiatry* 12:160–162.
- Grabham, E. (2007). Citizen Bodies, Intersex Citizenship. *Sexualities* 10(1):29-48.
- Gracia, D. (1998). *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Santa Fé de Bogotá: Búho Ediciones.
- Graham, S. (2001). “Negotiating gender: ‘Calalai’ in Bugis society”. *Intersections: Gender, History and Culture in the Asian Context* 6:s.p.
- Graham-Davies, S. (2007). *Challenging gender norms: five genders among Bugis in Indonesia*. Belmont: Thomas Wadsworth.
- Grant, J.M., Mottet L.A. y Tanis J., et al. (2011). *Injustice at every turn: A Report of the National Transgender Discrimination Study*. Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force. Accesible en: http://www.thetaskforce.org/downloads/reports/reports/ntds_full.pdf
- Green, F.J. y Friedman, M. (2015[2013] eds.). *Buscando el final del arcoíris. Una exploración de las prácticas de crianza desde la fluidez de género*. Barcelona: edicions bellatera. [Versión original en inglés: *Chasing Rainbows: Exploring Gender Fluid Parenting Practices*. Bradford: Demeter Press].
- Green, J., McGowan, S., Levi, J., Wallbank, R. y Whittle, S. (2011). Recommendations from the WPATH Consensus Process for Revision of the DSM Diagnosis of Gender Identity Disorders: Implications for Human Rights. *International Journal of Transgenderism* 13(1):1–4.
- Green, J. (2006[2000]). Look! No, Don’t! The Visibility Dilemma for Transsexual Men. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 499-508. New York: Routledge.
- Green, R. (1971). Diagnosis and treatment of gender identity disorders during childhood. *Archives of Sexual Behavior* 2(2):167-173.
- Green, R. y Money, J. (1969 eds). *Transsexualism and Sex Reassignment*. Baltimore: The Johns Hopkins Press.
- Gregori Flor, N. (2009). La experiencia intersexual en el contexto español. Tensiones, negociaciones y microrresistencias. En: Cabral, M. (ed.). *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*, p. 71-82. Córdoba, Argentina: Anarrés Editorial.
- Gregori, N., Gallego, C. y García Dauder, S. (2007). *New managements in intersex debates*. Accesible en: <http://www.aissg.org/PDFs/Gregori-et-al-2007.pdf>
- Gregorio Gil, C. (2006). Contribuciones feministas a problemas epistemológicos de la disciplina antropológica: representación y relaciones de poder. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana* 1(1):22-39.
- Griffiths, G. (2006[1994]). The Myth of Authenticity. En: Ashcroft, B., Griffiths, G. y Tiffin, H. (eds.). *The Post-Colonial Studies Reader*, 2nd Edition, p. 165-168. London, New York: Routledge.
- Groveman, S.A. (1999[1998]). The Hanukkah Bush: Ethical Implications in the Clinical Management of Intersex. En: Dreger, A.D. (ed.). *Intersex in the Age of Ethics*, p. 23-28. Hagerstown: University Publishing Group.
- Gubrium, J.F. y Holstein, J.A. (2001). From the Individual Interview to the Interview Society. En: Gubrium, J.F. y Holstein, J.A. (eds). *Handbook of Interview Research. Context & Method*, p. 1-32. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Guerrilla Travolaka (s.a.). *Ni homes, ni dones* [Texto de presentación del blog]. Accesible en: <http://guerrilla-travolaka.blogspot.com.es/>
- Guerrilla Travolaka (2006). *Manifiesto*, 07/11/2006. Versión en castellano: Accesible en: <http://guerrilla-travolaka.blogspot.com.es/2006/11/manifiesto.html>. Versión en catalán: Accesible en: <http://guerrilla-travolaka.blogspot.com.es/2007/06/actes-contra-la-psiquiatritzaci-dels.html>
- Guerrilla Travolaka (2007a). *Manifest 28 de Juny 2007: Genera’t; construeix-te sens transfòbia*. Accesible en: http://guerrilla-travolaka.blogspot.com.es/2007/05/wwwassemebleatransbarcelonatk_22.html
- Guerrilla Travolaka (2007b). *Actes contra la psiquiatrització del Trans*. Accesible en: <http://guerrilla-travolaka.blogspot.com.es/2007/06/actes-contra-la-psiquiatritzaci-dels.html>
- Guerrilla Travolaka i activistes independents (2007). *Manifestació per la lluita transgènere, transsexual i intersexual a BCN*. Accesible en: <https://ehgamdok.wordpress.com/2007/08/29/manifestuak-trans-%C2%A1basta-disforia-de-genero-%C2%B7-no-somos-enferms-mentales/>
- Guerrilla Travolaka, Xarxa D’Acció Trans-Intersex de Barcelona, ATN Libertad y activistas independientes (2009). *Manifest. Manifestació per la Lluita Transgènere, Transsexual i Intersexual. La Transsexualitat no és cap malaltia* (catalán / castellano). Accesible en: <http://manitransbcn.blogspot.com.es/p/manifestacio-17-doctubre-del-2009.html>
- Guillemin, M. y Gillam, L. (2004). Ethics, Reflexivity, and “Ethically Important Moments” in Research. *Qualitative Inquiry* 10(2):261-280.
- Guillot, V. (2011). Accompanier ou stigmatiser. *L’Information Psychiatrique* 87(4):283-286.
- Gunguluz, N. (2012 ed.). *Report of the Gender DynamiX Trans Health & Advocacy Conference 2011*. Ciudad del Cabo: Gender DynamiX. Accesible en: <http://www.genderdynamix.org.za/wp-content/uploads/2012/11/Trans-Health-Advocacy-Conference-2011-report.pdf>

- Gunsalus, C.K., Bruner, Edward M., Burbules, Nicholas, C, Dash, Leon, Finkin, Matthew, Goldberg, J.P., et al. (2007). The Illinois White Paper. Improving the System for Protecting Human Subjects: Counteracting IRB “Mission Creep”. *Qualitative Inquiry* 13(5):617-649.
- Guruvitch, Z. (2000). The Serious Play of Writing. *Qualitative Inquiry* 6(3):3-8.
- Guzman, P. y Platero, R.L. (2012). *Passing*, enmascaramiento y estrategias identitarias: diversidades funcionales y sexualidades no-normativas. En: Platero, R.L. (ed.). *Intersecciones: Cuerpos y sexualidades en la encrucijada. Temas contemporáneos*, p. 125-158. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Hagland, P.E.P. (1997). International Theory and LGBT Politics. Testing the Limits of a Human Rights-Based Strategy. *GLQ, A Journal of Lesbian and Gay Studies* 3:357-384.
- Halberstam, J. (2000). Book Review of *Second Skins: The Body Narratives of Transsexuality*, by Jay Prosser, *Trans Liberation: Beyond Pink or Blue*, by Leslie Feinberg, and *FTM: Female-to-Male transsexuals in Society*, by Holly Devor. *Signs* 26(1):313-318.
- Halberstam, J. y Hale, C.J. (1998). Butch/FTM Border Wars. A Note on Collaboration. *GLQ, A Journal of Lesbian and Gay Studies* 4(2):283-285.
- Hale, C.J. (2007). Ethical problems with the mental health evaluation standards of care for adult gender variant prospective patients. *Perspectives in Biology and Medicine* 50(4):491-505.
- Hale, J. (2006[1996]). Are Lesbians Women? En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 281-299. New York: Routledge.
- Halfmann, D. (2012). Recognizing medicalization and demedicalization: discourses, practices, and identities. *Health (London)* 16(2):186-207.
- Halperin, D.M. (1995) *Saint Foucault. Towards a Gay Hagiography*. New York: Oxford University Press.
- Hammarberg, T., Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa (2009). *Issue Paper "Derechos Humanos e Identidad de Género"*. *CommDH/IssuePaper(2009)2*. Accesible en: <https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?Index=no&command=com.instranet.CmdBlobGet&InstranetImage=1556791&SecMode=1&DocId=1576358&Usage=2>
- Hammarberg, T., Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa (2011). *Human Rights Comment "Clear laws needed to protect trans people from discrimination and hatred"*. Accesible en: http://commissioner.cws.coe.int/tiki-view_blog_post.php?postId=160 [ya no disponible online, octubre de 2015].
- Hammersley, M. (2013). On the ethics of interviewing for discourse analysis. *Qualitative Research* 14(5):529-541.
- Han, B.-Ch. (2014[2014]). *Psicopolítica. Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Barcelona: Herder Editorial [edición digital].
- Haraldsen, I., Ehrbar, R.D., Gorton, R.N. y Menvielle, E. (2010). Recommendations for Revision of the DSM Diagnosis of Gender Identity Disorder in Adolescents. *International Journal of Transgenderism* 12(2):75-79.
- Haraway, D. (1995[1991]). *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Harding, S. (1987). Is there a feminist method? En: Harding, S. (ed.). *Feminism and methodology: social science issues*. Milton Keynes: Open University Press.
- Hark, S. (1999). *Deviant Subjekte. Die paradoxe Politik der Identität*. Opladen: Leske + Budrich.
- Harmon-Smith, H. (1999[1998]). A Mother's 10 Commandments to Medical Professionals: Treating Intersex in the Newborn. En: Dreger, A.D. (ed.). *Intersex in the Age of Ethics*, p. 195-196. Hagerstown: University Publishing Group.
- Harper, D. (1998). An Argument for Visual Sociology. En: Prosser, J. (ed.). *Image-based Research. A Sourcebook for Qualitative Researchers*, p. 24-41. Oxon, New York: Routledge.
- Hash, K.M. y Cramer, E.P. (2003). Empowering Gay and Lesbian Caregivers and Uncovering Their Unique Experiences Through the Use of Qualitative Methods. En: Meezan, W. y Martin, J.I. (eds.). *Research Methods with Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Population*, p. 47-64. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Hathaway, S.R. y McKinley, J.C. (1989[1942]). *MMPI-II Scoring*. Accesible en: <http://www.liquidccd.com/mmpi2.htm>
- Hauens, S. (2004). *Identität in Bewegung. Prozesse kollektiver Identität bei den Autonomen und in der Schwulenbewegung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hausman, B.L. (2006[1995]). Body, Technology, and Gender in Transsexual Autobiographies. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 335-361. New York, London: Routledge.
- HBIGDA, Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association (2001a). *Las Normas de Cuidado para Trastornos de Identidad de Género, Versión Sexta*. Accesible en: http://transexualia.org/wp-content/uploads/2015/03/Medico_harrybenjamingenero.pdf

- HBIGDA, Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association (2001b). *Ethical Guidelines for Members of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, INC*. Accesible en: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/Ethics011105.pdf
- HBIGDA, Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association (2005[1979]). Standards of Care. The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons, Version 1. En: HBIGDA, Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association (ed.). *Standards of Care, Compilation v1-6*, p. 1-9. Accesible en: http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=4655
- HBIGDA, Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association (2005[1980]). Standards of Care. The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons, Version 2. En: HBIGDA, Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association (ed.). *Standards of Care, Compilation v1-6*, p. 10-21. Accesible en: http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=4655
- HBIGDA, Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association (2005[1981]). Standards of Care. The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons, Version 3. En: HBIGDA, Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association (ed.). *Standards of Care, Compilation v1-6*, p. 22-33. Accesible en: http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=4655
- HBIGDA, Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association (2005[1990]). Standards of Care. The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons, Version 4. En: HBIGDA, Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association (ed.). *Standards of Care, Compilation v1-6*, p. 34-44. Accesible en: http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=4655
- HBIGDA, Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association (2005[1998]). The Standards of Care for Gender Identity Disorders, Fifth Edition. En: HBIGDA, Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association (ed.). *Standards of Care, Compilation v1-6*, p. 45-78. Accesible en: http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=4655
- HBIGDA, Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association (2005[2001]). The Standards of Care for Gender Identity Disorders, Sixth Version. En: HBIGDA, Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association (ed.). *Standards of Care, Compilation v1-6*, p. 79-106. Accesible en: http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=4655
- HBIGDA, Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association (2005). *Standards of Care, Compilation v1-6*. Accesible en: http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=4655
- Health Policy Project, APTN, Asia Pacific Transgender Network y UNDP, United Nations Development Programme (2015). *Blueprint for the Provision of Comprehensive Care for Trans People and Trans Communities*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project. Accesible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=28440&lang=en
- Heidel, U., Micheler, S. y Tuidler, E. (2001). Einleitung. En: Heidel, U., Micheler, S. y Tuidler, E. (eds.). *Jenseits der Geschlechtergrenzen. Sexualitäten, Identitäten und Körper in Perspektiven von Queer Studies*, p. 10-29. Hamburg: MännerschwarmSkript Verlag.
- Hellert, J. (1972). Syphilis Victims in U.S. Study Went Untreated for Forty Years. Syphilis Victims Got No Therapy. *New York Times* 26/07/1972: 1. Accesible en: <http://select.nytimes.com/gst/abstract.html?res=F40616F6345A137B93C4AB178CD85F468785F9>
- Helsedirektoratet (2015). *Rett til rett kjønn – helse til alle kjønn. Utredning av vilkår for endring av juridisk kjønn og organisering av helsetjenester for personer som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori*. Oslo: Helsedirektoratet. Accesible en: https://www.regjeringen.no/contentassets/d3a092a312624f8e88e63120bf886e1a/rapport_juridisk_kjonn_100415.pdf
- Herdt, G. (1996 ed.). *Third Sex Third Gender. Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*. New York: Zone Books.
- Herdt, G. (1996). Introduction. En Herdt, Gilbert (ed.). *Third Sex / Third Gender: Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*. New York: Zone Books.
- Hernández Hernández, F. (2008). La investigación basada en las artes. Propuestas para repensar la investigación en educación. *Education Siglo XX* 26:85-118.

- Heron, J. y Reason, P. (2002). The Practice of Co-operative Inquiry: Researching 'with' rather than 'on' People. En: Thimayya, K.S., Reason, P. y Bradbury, H. (eds.). *Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*, p. 179-188. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Herrero, E., Platero, R.L. y Berná, D. (2012). De *Maricas, Trans y Bollos* en los CIEs. Conversaciones a propósito del tratao de las personas LGTB en los Centros de Internamiento de Extranjeros. En: Platero, R.L. (ed.). *Intersecciones: Cuerpos y sexualidades en la encrucijada. Temas contemporáneos*, p. 233-254. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Herrschaft, F. (2008). Performing Proximity – 'Learning to Fly'. *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 9(2), Art. 62:1-18. Accesible en: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/393/855
- Higgins, J.P.T. y Green, S. (2011 eds.). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0. London: The Cochrane Collaboration. Accesible en: <http://handbook.cochrane.org/>
- Hill, D.B. y Menvielle, E. (2009). You have to give them a place where they feel protected and safe and loved: The views of parents who have gender variant children and adolescents. *Journal of LGBT Youth* 6:243–271.
- Hill, D.B., Rozanski, C., Carfagnini, J. y Willoughby, B. (2006). Gender Identity Disorders in Childhood and Adolescence. *Journal of Psychology & Human Sexuality* 17(3-4):7–34.
- Hines, S. (2009). A pathway to diversity?: human rights, citizenship and the politics of transgender. *Contemporary Politics* 15(1):87-102.
- Hines, S. (2010). Sexing Gender; Gendering Sex: Towards an Intersectional Analysis of Transgender. En: Y. Taylor, S. Hines, M. Casey (eds.). *Theorizing Intersectionality and Sexuality*, p. 99-118. Houndmills, New York: Palgrave Macmillan.
- Hines, S. (2013). *Gender Diversity, Recognition and Citizenship. Towards a Politics of Difference*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Hird, M.J. (2002). Out/Performing Our Selves: Invitation for Dialogue. *Sexualities* 5(3):337-356.
- Hirschauer, S. (1993). *Die soziale Konstruktion der Transsexualität*. Frankfurt/Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Hirschfeld, M. (2006[1910]). Selections from *The Transvestites: The Erotic Drive to Cross-Dress*. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 28-39. New York: Routledge.
- Holmes, D.R. y Marcus, G.E. (2005). Refunctioning Ethnography: The Challenge of an Anthropology of the Contemporary. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 1099-1114. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Holmes, M.M.L. (2000). *The Doctor Will Fix Everything. Intersexuality in Contemporary Culture* [tesis doctoral]. Montréal: Concordia University. Accesible en: http://www.nlc-bnc.ca/obj/s4/f2/dsk1/tape2/PQDD_0015/NQ47720.pdf
- Holmes, M. (2002). Rethinking the Meaning and management of intersexuality. *Sexualities* 5(2):159–180.
- Holmes, M. (2004). Locating Third Sexes. *Transformations Journal* 8: s.p. Accesible en: http://www.transformationsjournal.org/journal/issue_08/article_03.shtml
- Holmes, M. (2008). *Intersex. A Perilous Difference*. Selinsgrove: Susquehanna University Press.
- Holstein, J.A. y Gubrium, J.F. (2005). Interpretive Practice and Social Action. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 483-506. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Holt, N.L. (2003). Representation, Legitimation, and Autoethnography: an Autoethnographic Writing Story. *International Journal of Qualitative Methods* 2(1):1-22.
- hooks, b. (1994). *Teaching to transgress*. New York: Routledge.
- Horsfall, D. (2008). Performing Communit(y)ies. *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 9(2), Art. 57: 1-29. Accesible en: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/395/859
- Houses of the Oireachtas (2013). *Legal Recognition of Gender Bill 2013 (Proposal sponsored by Senator Katherine Zappone)*. Accesible en: <http://www.oireachtas.ie/viewdoc.asp?DocID=23950&&CatID=59>
- Houses of the Oireachtas (2014). *Gender Recognition Bill (2014)*. Accesible en: <http://www.oireachtas.ie/viewdoc.asp?fn=/documents/bills28/bills/2014/11614/document1.htm>
- Houses of the Oireachtas (2015). *Gender Recognition Act 2015*, 22nd July, 2015. Accesible en: <http://www.irishstatutebook.ie/eli/2015/act/25/enacted/en/pdf>
- Hughes, I.A., Houk, C., Ahmed, S.F., Lee, P.A. y LWPEs/ESPE Consensus Group (2006). Consensus statement on management of intersex disorders. *Arch Dis Child* 91:554-563.
- Human Rights Watch (2011). *"We'll Show You You're a Woman". Violence and Discrimination against Black Lesbians and Transgender Men in South Africa*. Accesible en: <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/southafrica1211.pdf>
- Humphreys, L. (1970). *Tearoom Trade: Impersonal Sex in Public Places*. Chicago: Aldine.
- Hurd, T.L. (1998). Process, Content, and Feminist Reflexivity: One Researcher's Exploration. *Journal of Adult Development* 5(3).

- Hyman, S.E. (2003). Foreword. En: Phillips, K.A., First, M.B. y Pincus, H.A. (eds.). *Advancing DSM: Dilemmas in psychiatric diagnosis*, pp. xi–xxi. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Ibáñez Alonso, J. (1979). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*. Madrid: Siglo XXI España Editores.
- Ibáñez Alonso, J. (1985). *Del algoritmo al sujeto: perspectivas de la investigación social*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Ibáñez Alonso, J. (1994). *El regreso del sujeto: La investigación social de segundo orden*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Ibáñez Alonso, J. (1996a). Perspectivas de la investigación social: el diseño en las tres perspectivas. En: García Ferrando, M., Ibañez, J. y Alvira, F. (eds.). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*, p. 51-85. Madrid: Alianza Textos.
- Ibáñez Alonso, J. (1996b). Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión. En: García Ferrando, M., Ibañez, J. y Alvira, F. (eds.). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*, p. 283-297. Madrid: Alianza Textos.
- ICTLEP, International Conference on Transgender Law and Employment Policy (1993a). *Health Law Standards of Care for Transexualism*. Accesible en: <http://www.transgenderlegal.com/health1.htm>
- ICTLEP, International Conference on Transgender Law and Employment Policy (1993b). *Policy for the Imprisoned, Transgendered*. Accesible en: <http://www.transgenderlegal.com/>
- ICTLEP, International Conference on Transgender Law and Employment Policy (1996[1993]). *International Bill of Gender Rights*. Accesible en: <http://www.transgenderlegal.com/ibgr.htm>
- ICTLEP, International Conference on Transgender Law and Employment Policy y NCLR, National Center for Lesbian Rights (1996). GID and the Transgender Movement. *A Joint Statement by the International Conference on Transgender Law and Employment Policy (ICTLEP) and the National Center for Lesbian Rights (NCLR)*, November 14, 1996. Accesible en: <http://www.transgenderlegal.com/gid1.htm>
- IDAHOT, Día Internacional contra la Homofobia, Transfobia y Bifobia (2015a). *Historia del día*. Accesible en: <http://dayagainsthomophobia.org/es/historia/>
- IDAHOT, Día Internacional contra la Homofobia, Transfobia y Bifobia (2015b). *IDAHOT 2015 – Otro año notable*. Accesible en: <http://dayagainsthomophobia.org/es/idahot-2015-otro-ano-notable/>
- IFGE, International Foundation for Gender Education (2010). *Stop Gender Madness! Drop 302.3 out of the DSM*. Accesible en: <http://dsm.ifge.org/petition/>
- ILGA-Europe (2010). *ILGA-Europe’s statement on the occasion of the International Day for Depathologisation of Trans Identities (23 October)*. Accesible en: http://old.ilga-europe.org/home/news/latest/ilga_europe_s_statement_on_the_occasion_of_the_international_day_for_depathologisation_of_trans_identities_23_october
- ILGA-Europe (2012). *ILGA-Europe’s statement on the occasion of the International Day for Trans and Intersex Depathologisation (20 October 2012)*. Accesible en: http://old.ilga-europe.org/home/news/for_media/media_releases/ilga_europe_s_statement_on_the_occasion_of_the_international_day_for_trans_and_intersex_depathologisation_20_october
- ILGA-Europe (2014). *Today is the International Action Day for Trans Depathologisation*, 19/10/2014. Accesible en: http://old.ilga-europe.org/home/news/for_media/media_releases/today_is_the_international_action_day_for_trans_depathologisation
- ILGA-Europe (2015). *Historic moment for trans and intersex people as Malta passes the Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Bill Act*, April 2, 2015. Accesible en: <http://ilga.org/malta-qigesc/>
- ILGALAC (2009). *A 40 años de Stonewall Inn: "Transfobia, Lesbofobia, Homofobia, Bifobia en Latinoamérica y El Caribe"*. Accesible en: <http://www.cha.org.ar/docs/2009INFORMEILGALAC.pdf>
- ILGA-Secretariado Mundial Trans, Red Peruana TLGB, Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, Amnistía Internacional, Caveles Rojos, Comunidad Centauro, Luchando unidas x el futuro y Asociación Cisne (2010). *Nota de Prensa – Campaña ¡Alto a la Patologización de las identidades trans!, 20 de octubre de 2010*. Accesible en: <https://www.facebook.com/notes/campa%C3%B1a-stop-2012/nota-de-prensa-campa%C3%B1a-alto-a-la-patologizaci%C3%B3n-de-las-identidades-trans/169178169766236>
- Illich, I. (1973). *Limits to Medicine – Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London: Marion Boyars Publisher Ltd.
- Inckle, K. (2010). Bent: Non-Normative Embodiment as Lived Intersectionality. En: Taylor, Y., Hines, S. y Casey, M. (eds.). *Theorizing Intersectionality and Sexuality*, p. 255-273. Houndmills, New York: Palgrave Macmillan.
- Infante, C., Sosa Rubi, S.G. y Cuadra, M. (2009). Social, cultural and economic aspects of male sex work in Mexico: differentiated vulnerabilities. *Culture, Health and Sexuality* 11(2):125-137.

- International Intersex Forum (2011). *First Ever International Intersex Forum*. Accesible en: http://www.ilga-europe.org/home/news/latest/intersex_forum
- International Intersex Forum (2012). *The Second International Intersex Forum Concluded*. Accesible en: http://www.ilga-europe.org/home/news/for_media/media_releases/intersex_forum_2012_media_release
- International Intersex Forum (2013). *Public Statement by the Third Intersex Forum*. Accesible en: <http://tgeu.org/third-international-intersex-forum-concludes/>
- International Statistical Institute y Health Organization of the League of Nations (1990). *International List of Causes of Death, Revision 1*. Accesible en: <http://www.wolfbane.com/icd/icd1h.htm>
- International Statistical Institute y Health Organization of the League of Nations (1909). *International List of Causes of Death, Revision 2*. Accesible en: <http://www.wolfbane.com/icd/icd2h.htm>
- International Statistical Institute y Health Organization of the League of Nations (1920). *International List of Causes of Death, Revision 3*. Accesible en: <http://www.wolfbane.com/icd/icd3h.htm>
- International Statistical Institute y Health Organization of the League of Nations (1929). *International List of Causes of Death, Revision 4*. Accesible en: <http://www.wolfbane.com/icd/icd4h.htm>
- International Statistical Institute y Health Organization of the League of Nations (1938). *International List of Causes of Death, Revision 5*. Accesible en: <http://www.wolfbane.com/icd/icd5h.htm>
- Ioannidis, J.P.A., Greenland, S., Hlatky, M.A., Khoury, M.J., Macleod, M.R., Moher, D., et al. (2014). Increasing value and reducing waste in research design, conduct, and analysis. *The Lancet* 383(9912):166–175.
- Irigoyen, J. (2011). Perspectivas de la participación en salud después de la reforma gerencialista. *Rev Comunidad* 8:73-79.
- ISNA, Intersex Society of North America (2008). *Dear ISNA Friends and Supporters*. Accesible en: http://www.isna.org/farewell_message
- IVIM, Internationale Vereinigung Intergeschlechtlicher Menschen y OII Germany, Organisation Intersex International Germany (2013). *PM: Mogelpackung für Inter*: Offener Geschlechtseintrag keine Option*. Accesible en: <http://www.intersexualite.de/index.php/pm-mogelpackung-fur-inter-offener-geschlechtseintrag-keine-option/>. Versión en inglés (traducción: Eisfeld, J.): *Sham package for Intersex: Leaving sex entry open is not an option*. Accesible en: <http://oieurope.org/bluff-package-for-inter-leaving-sex-entry-open-is-not-an-option/>
- Izquierda Unida Andalucía (2015). *Programa Elecciones Andaluzas 22M 2015*. Accesible en: http://iuandalucia.org/sites/default/files/programa_IU_A15.pdf
- Jackson, M.K., Burns, K.K. y Richter, M.S. (2014). Confidentiality and treatment decisions of minor clients: a health professional's dilemma & policy makers challenge. *Springerplus* 3(320):1-8.
- Jagose, A. (1996). *Queer Theory*. New York: New York University Press.
- Jansen, S. y Spijkerboer, T. (2011). *Fleeing Homophobia*. Amsterdam: COC Netherlands, University of Amsterdam, Hungarian Helsinki Committee, Avvocatura per i diritti LGBT / RETE Lenford, European Council on Refugees and Exiles. Accesible en: <http://www.refworld.org/pdfid/4ebba7852.pdf>
- Jefatura del Estado (1954). Ley de 15 de julio de 1954 por la que se modifican los artículos 2º y 6º de la Ley de Vagos y Maleantes, de 4 de agosto de 1933. *BOE, Boletín del Estado*, Nº 198, 17 de julio de 1954. Accesible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1954/198/A04862-04862.pdf>
- Jefatura del Estado (1970). Ley 16/1970, de 4 de agosto, sobre peligrosidad y rehabilitación social. *BOE, Boletín Oficial del Estado*, Nº 187, de 6 de agosto de 1970. Accesible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1970/08/06/pdfs/A12551-12557.pdf>
- Jefferson, K., Neilands, T.B. y Sevelius, J. (2013). Transgender women of color: discrimination and depression symptoms. *Ethn Inequal Health Soc Care* 6(4):121-136.
- Jiménez, N. y Cabral, M. (2009). Con voz propia. Conversación con Natasha Jiménez. En: Cabral, M. (ed.). *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*, p. 123-130. Córdoba, Argentina: Anarrés Editorial.
- Johnson, M. (2012). User and community involvement in health and social care research with migrants and ethnic minorities. En: Ingleby, D., Chiarenza, A., Devillé, W. y Kotsioni, I. (eds.). *Inequalities in health care for migrants and ethnic minorities*, Vol. 2, p. 173-186. COST Series on Health and Diversity. Antwerp: Garant Publishers.
- Johnston, H. (2002). Verification and Proof in Frame and Discourse Analysis. En: Klandermans, B. y Staggenborg, S. (eds.). *Methods of Social Movement Research*, p. 62-91. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Jones, J. (2006). Gender Without Genitals: Hedwig's Six Inches. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 449-468. New York: Routledge.
- Jones, K. (2007). How Did I Get to Princess Margaret? (And How Did I Get Her to the World Wide Web?). *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 8(3), Art. 3:1-11. Accesible en: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/281/618

- Jones, S.H. (2005). Autoethnography: Making the Personal Political. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 763-792. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Jorge, J.C. y Cabral, M. (2009). Los límites del silencio. Conversación con Juan Carlos Jorge. En: Cabral, M. (ed.). *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*, p. 141-148. Córdoba, Argentina: Anarrés Editorial.
- Jovell, A.J. y Navarro Rubio, M.D. (2008). La voz de los pacientes ha de ser escuchada. *Informa SESPAS* 2008. *Gac Sanit* 22:192-197.
- Juang, R. (2006). Transgendering the Politics of Recognition. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 706-720. New York: Routledge.
- Junta de Andalucía (2015a). *Protocolo de actuación sobre identidad de género en el sistema educativo andaluz*. Accesible en: <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/ishare-servlet/content/0c4f4c50-b038-48c0-9a80-de10bf5ad75a>
- Junta de Andalucía (2015b). *Orden de 28 de abril de 2015, por la que se modifica la Orden de 20 de junio de 2011, por la que se adoptan medidas para la promoción de la convivencia en los centros docentes sostenidos con fondos públicos y se regula el derecho de las familias a participar en el proceso educativo de sus hijos e hijas*. BOJA, Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, Nº 96, 21 de mayo 2015. Accesible en: http://www.juntadeandalucia.es/boja/2015/96/BOJA15-096-00005-8939-01_00070046.pdf
- Juris, J.S. (2007). Practicing Militant Ethnography with the Movement for Global Resistance in Barcelona. En: Shukaitis, S. y Graeber, D. (eds.). *Constituent Imagination. Militant Investigations. Collective Theorization*, p. 164-178. Oakland, Edinburgh: AK Press.
- Jutel, A. (2009). Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Sociology of Health and Illness* 31:278-299.
- Jutel, A. (2010). Self-Diagnosis: A Discursive Systematic Review of the Medical Literature. *Journal of Participatory Medicine* 2:e8. Accesible en: <http://www.jopm.org/evidence/research/2010/09/15/self-diagnosis-a-discursive-systematic-review-of-the-medical-literature/>
- Jutel, A. y Nettleton, S. (2011). Towards a sociology of diagnosis: reflections and opportunities. *Soc Sci Med* 73(6):793-800.
- Kamens, S.R. (2011). On the proposed sexual and gender identity diagnoses for DSM-5: History and controversies. *The Humanistic Psychologist* 39(1):37-59.
- Kaplan, R.L., Wagner, G.J., Nehme, S., Aunon, F., Khouri, D. y Mokhbat, J. (2015). Forms of Safety and Their Impact on Health: An Exploration of HIV/AIDS-Related Risk and Resilience Among Trans Women in Lebanon. *Health Care for Women International* 36(8):917-935.
- Kass, N.E. (2004). Public Health Ethics From Foundations and Frameworks to Justice and Global public Health. *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 32(2):232-242.
- Kemmis, S. y McTaggart, R. (2005). Participatory Action Research: Communicative Action and the Public Sphere. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 559-604. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Kemmis, S. y McTaggart, R. (2005). Participatory Action Research: Communicative Action and the Public Sphere. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 559-604. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Kempker, K. (1998 ed.). *Flucht in die Wirklichkeit. Das Berliner Weglaufhaus*. Berlin: Peter Lehmann Publishing.
- Kendler, K., Kupfer, D., Narrow, W., Philips, K. y Fawcett, J. (2009). *Guidelines for Making Changes to DSM-V*. Accesible en: <http://www.dsm5.org/ProgressReports/Documents/Guidelines-for-Making-Changes-to-DSM-1.pdf>
- Kenway, J. y McLeod, J. (2004). Bourdieu's Reflexive Sociology and 'Spaces of Points of View': Whose Reflexivity, Which Perspective? *British Journal of Sociology of Education* 25(4):525-544.
- Kerry, S.C. (2014). Sistergirls/Brotherboys: The Status of Indigenous Transgender Australians. *International Journal of Transgenderism* 15(3-4):173-186.
- Kessler, S.J. (1990). The Medical Construction of Gender: Case Management of Intersexed Infants. *Signs* 16(1):3-26.
- Kessler, S.J. (1998). *Lessons from the Intersexed*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press.
- Kessler, S.J. y McKenna, W. (1978). *Gender: An Ethnomethodological Approach*. Nueva York: John Wiley.
- Killick, A.P. (1995). The penetrating intellect: on being white, straight, and male in Korea. En: Kulick, D. y Willson, M. (eds.). *Taboo. Sex, identity and erotic subjectivity in anthropological fieldwork*, p. 75-106. London, New York.
- Kincheloe, J.L. y McLaren, P. (2005). Rethinking Critical Theory and Qualitative Research. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 303-342. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

- King, D. (1998[1981]). Confusiones de género: concepciones psicológicas y psiquiátricas sobre el travestismo y la transexualidad. En: Nieto, J.A. (ed.). *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*, p. 123-158. Madrid: Talasa.
- Kipnis, K. y Milton, D. (1999[1998]). Pediatric Ethics and the Surgical Assignment of Sex. En: Dreger, A.D. (ed.). *Intersex in the Age of Ethics*, p. 173-194. Hagerstown: University Publishing Group.
- Klandermans, B. y Smith, J. (2002). Survey Research: A Case for Comparative Design. En: Klandermans, B. y Staggenborg, S. (eds.). *Methods of Social Movement Research*, p. 3-31. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Klandermans, B. y Staggenborg, S. (2002). Introduction. En: Klandermans, B. y Staggenborg, S. (eds.). *Methods of Social Movement Research*, p. ix-xx. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Klandermans, B., Staggenborg, S. y Tarrow, S. (2002). Conclusion: Blending Methods and Building Theories in Social Movement Research. En: Klandermans, B. y Staggenborg, S. (eds.). *Methods of Social Movement Research*, p. 314-350. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Klesse, C. (2007a). *The Spectre of Promiscuity. Gay Male and Bisexual Non-monogamies and Polyamories*. Hampshire, Burlington: Ashgate Publishing.
- Klesse, C. (2007b). Heteronormativität und qualitative Forschung. Methodische Überlegungen. En: Hartmann, J., Klesse, C., Wagenknecht, P., Fritzsche, B. y Hackmann, K. (eds.). *Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht*, p. 35-54. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Knudson, G., De Cuyper, G. y Bockting, W. (2010a). Process Toward Consensus on Recommendations for Revision of the DSM Diagnoses of Gender Identity Disorders by the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism* 12(2):54-59.
- Knudson, G., De Cuyper, G. y Bockting, W. (2010b). Recommendations for Revision of the DSM Diagnoses of Gender Identity Disorders: Consensus Statement of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism* 12(2):115-118.
- Koh, C. S., Kang, M., y Usherwood, T. (2014). “I demand to be treated as the person I am”: experiences of accessing primary health care for Australian adults who identify as gay, lesbian, bisexual, transgender or queer. *Sexual Health* 11(3):258-264.
- Köhler, R., Ehrh, J. y Recher, A. (2013). *Legal Gender Recognition in Europe. Toolkit. TGEU, Transgender Europe, ACCESS ALL AREAS! Recognition Opens Doors Campaign*. Berlin: TGEU, Transgender Europe. Accesible en: http://www.tgeu.org/sites/default/files/Toolkit_web.pdf
- König, K. (2006). Foreword. En: Wagner, F., König, K., Friedrich, J. y Museum Ludwig y Gesellschaft für Moderne Kunst am Museum Ludwig (eds.). *The Eight Square. Gender, Life, and Desire in the Arts since 1960*, p. 11-13. Ostfildern: Hatje Cantz Verlag.
- Koken, J.A., Bimbi, D.S. y Parsons, J.T. (2009). Experiences of familial acceptance-rejection among transwomen of color. *J Fam Psychol* 23(6):853-860.
- Kon, A.A. (2014). Transgender children and adolescents. *Am J Bioeth* 14(1):48-50.
- Kong, Travis S.K., Mahoney, D. y Plummer, K. (2001). Queering the Interview. En: Gubrium, J.F. y Holstein, J.A. (eds.). *Handbook of Interview Research. Context & Method*, p. 239-258. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Koopmans, R. y Rucht, D. (2002). Protest Event Analysis. En: Klandermans, B. y Staggenborg, S. (eds.). *Methods of Social Movement Research*, p. 231-259. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Koopmans, R. y Rucht, D. (2006[1996]). Protest Event Analysis. En: McAdam, D., McCarthy, J.D. y Zald, M.N. (eds.). *Comparative Perspectives on Social Movements. Political Opportunities, Mobilizing Structures, and Cultural Framings*, p. 231-259. Cambridge: Cambridge University Press.
- Korol, C. (2006). *Las batallas de Lohana: el arco iris en el cielo rojo y la libertad de Pepo. Diálogo de Claudia Korol con Lohana Berkins*. Accesible en: http://www.nodo50.org/americalibre/novedades/korol_271106.htm
- Koro-Ljungberg, M., Gemignani, M. y Brodeur, C.W. (2007). The Technologies of Normalization and Self Thinking About IRBs and Extrinsic Research Ethics With Foucault. *Qualitative Inquiry* 13(8):1075-1094.
- Kosenko, K., Rintamaki, L., Raney, S. y Maness, K. (2013). Transgender patient perceptions of stigma in health care contexts. *Med Care* 51(9):819-822.
- Krafft-Ebing, R. von (2006[1886]). Selections from *Psychopathia Sexualis with Special Reference to Contrary Sexual Instinct. A Medico-Legal Study*. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 21-27. New York: Routledge.
- Kraft Alsop, C. (2002). Home and Away: Self-Reflexive Auto-/Ethnography. *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 3(3), Art. 10: s.p. Accesible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/823/1788>
- Kulick, D. (1995). Introduction. The sexual life of anthropologists: erotic subjectivity and ethnographic work. En: Kulick, D. y Willson, M. (eds.). *Taboo. Sex, identity and erotic subjectivity in anthropological fieldwork*, p. 1-28. London, New York: Routledge.

- Kupfer, D.J., First, M.B. y Regier, D.A. (2002). *A Research Agenda for DSM-5*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Lacqueur, T.W. (1994[1990]). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Crítica.
- Laing, R.D. (1960). *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. London: Penguin Books.
- Lakoff, G. (2007[2004]). *No pienses en un elefante. Lenguaje y debate político*. Madrid: Editorial Complutense.
- Lamas, M. (2014). *Cuerpo, sexo y política*. México: Editorial Oceano.
- Langenohl, A. (2009). Zweimal Reflexivität in der gegenwärtigen Sozialwissenschaft: Anmerkungen zu einer nicht geführten Debatte. *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 10(2), Art. 9: s.p. Accesible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/1207/2722>
- Langer, S.J. y Martín, J.I. (2004). How Dresses Can Make You Mentally Ill: Examining Gender Identity Disorder in Children. *Child and Adolescent Social Work Journal* 21(1):5–23.
- Lansdown, G. (2005). *The Evolving Capacities of the Child*. Florencia: Save the Children, UNICEF.
- Lapum, J.L. (2008). The Performative Manifestation of a Research Identity: Storying the Journey Through Poetry. *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 9(2), Art. 9: s.p. Accesible en: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/397/863
- LaSala, M.C. (2003). When Interviewing “Family”: Maximizing the Insider Advantage in the Qualitative Study of Lesbians and Gay Men. En: Meezan, W. y Martin, J.I. (eds.). *Research Methods with Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Population*, p. 15-30. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Laursen, S. y Jayaseelan, M.L. (2009). *Disturbing knowledge. Decisions from asylum cases as documentation of persecution of LGBT persons*. Copenhagen: LGBT Denmark. Accesible en: https://flygtning.dk/fileadmin/uploads/pdf/Saadan_hjaelper_vi_PDF/asyl_PDF/disturbing_knowledge.pdf
- Lavigne, L. (2009). La regulación biomedical de la intersexualidad. Un abordaje de las representaciones socioculturales dominantes. En: Cabral, M. (ed.). *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*, p. 51-70. Córdoba, Argentina: Anarrés Editorial.
- Lawrence, A.A. (2010). Proposed revisions to gender identity disorder diagnoses in the DSM-5. *Arch Sex Behav* 39(6):1253–1260.
- LeFrançois B.A. y Diamond, S. (2014). Queering the Sociology of Diagnosis: Children and the Constituting of “Mentally Ill” Subjects. *Journal of Critical Anti-Oppressive Social Inquiry* 1(1):39-61.
- Le Heuzey, M.-F. (2013). Le concept de trouble de l’identité sexuelle chez l’enfant et l’adolescent. Qu’en savoir ? Que dire ? Que faire ? *Archives de Pédiatrie* 20(3):318–322.
- Lehmann, P. (2004[1998] ed.). *Coming off Psychiatric Drugs*. Berlin: Peter Lehmann Publishing.
- Lehmann, P. (2013). Alternativas a la psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 33(117):137-150.
- Leibowitz, S.F. y Spack, N.P. (2011). The Development of a Gender Identity Psychosocial Clinic: Treatment Issues, Logistical Considerations, Interdisciplinary Cooperation, and Future Initiatives. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 20(4):701–724.
- Lenning, E. y Buist, C.L. (2013). Social, psychological and economic challenges faced by transgender individuals and their significant others: gaining insight through personal narratives. *Cult Health Sex* 15(1):44-57.
- Lev, A.I. (2006). Disorder Gender Identity. Gender Identity Disorder in the DSM-IV-TR. *Journal of Psychology & Human Sexuality* 17(3-4):35-69.
- Lev, A.I. (2009). The Ten Tasks of the Mental Health Provider: Recommendations for Revision of the World Professional Association for Transgender Health’s Standards of Care. *International Journal of Transgenderism* 11(2):74–99.
- Lev, A.I. (2013). Gender Dysphoria: Two Steps Forward, One Step Back. *Clinical Social Work Journal* 41(3):288–296.
- Levine, S.B. (2009). Real-Life Test Experience: Recommendations for Revisions to the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism* 11(3):186–193.
- Levine, S.B., Brown, G., Coleman, E., Cohen-Kettenis, P., Hage, J. J., Van Maasdam, J., et al. (1998). Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association’s The Standards of Care for Gender Identity Disorders. *International Journal of Transgenderism* 2(2):s.p.
- Levine, S.K. (2004). Arts-Based Research. *The Journal of Pedagogy, Pluralism and Practice* III(1):s.p.
- Lewin, K. (1948). Action research and minority problems. En Lewin, K. (ed.). *Resolving Social Conflicts: Selected Papers on Group Dynamics*, p. 201-216. New York: Harper and Brothers.
- LGBT Denmark (2011). *Stop Pathologizing Gender Variation!* Accesible en: <http://www.kvinfo.dk/file.php?file=7963>
- Liminalis, Revista para la Emancipación de los Sexos/Géneros (2007). *¡Otra ciencia es posible!* Accesible en: <http://www.liminalis.de/index.html>

- Lincoln, Y.S. (2005). Institutional Review Boards and Methodological Conservatism: The Challenge to and from Phenomenological Paradigms. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 165-181. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Lincoln, Y.S. y Cannella, G.S. (2007). Ethics and the Broader Rethinking / Reconceptualization of Research as Construct. En: Denzin, N.K. y Giardina, M.D. (eds.). *Ethical Futures in Qualitative Research. Decolonizing the Politics of Knowledge*, p. 67-84. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Lincoln, Y.S. y Denzin, N.K. (2005). Epilogue: The Eighth and Ninth Moments: Qualitative Research in/and the Fractured Future. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 1115-1126. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Linds, W. y Vettraino, E. (2008). Collective Imagining: Collaborative Story Telling through Image Theater. *FQS Forum: Qualitative Social Research* 9(2), Art. 2: 32. Accesible en: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/400/869
- Lipsky, M. y Lounds, M. (1976). *Citizen participation and health care: problems of government induced participation*. *J Health Polit Policy Law* 1(1):85-111.
- Llamas, R. (1995 ed.). *Construyendo sidentidades. Estudios desde el corazón de una pandemia*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Llamas, R. (1998). *Teoría Torcida. Prejuicios y discursos en torno a "la homosexualidad"*. Madrid: siglo XXI.
- López Fernández, L.A., Martínez Millán, J.I., Fernández Ajuria, A., March Cerdà, J.C., Suess, A., Danet Danet, A. y Prieto Rodríguez, M.A. (2012). Editorial. ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit* 26(4):298-300.
- Macdonnell, J. A. y Grigorovich, A. (2012). Gender, work, and health for trans health providers: a focus on transmen. *ISRN Nursing Article ID* 161097:1-11.
- Macé, E. (2011). Les conséquences de la dépathologisation des identifications de genre trans. *L'Information Psychiatrique* 87(4):291-293.
- Machado, P.S. (2006). Intersexualidade e o "Consenso de Chicago" as vicissitudes da nomenclatura e suas implicações regulatórias. *Rev Bras Ciênc Soc* 23(68):109-123.
- Machado, P.S. (2009). Confesiones corporales: algunas narrativas sociomédicas sobre los cuerpos intersex. En: Cabral, M. (ed.). *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*, p. 83-100. Córdoba, Argentina: Anarrés Editorial.
- MacKenzie, G.O. (1994). *Transgender Nation*. Bowling Green, Ohio: Bowling Green State University Popular Press.
- Macleod, M.R., Michie, S., Roberts, I., Dirnagl, U., Chalmers, I., Ioannidis, J.P.A., et al. (2014). Biomedical research: increasing value, reducing waste. *The Lancet* 383(9912):101-104.
- Madison, S.D. (2005). Critical Ethnography as Street Performance. Reflections of Home, Race, Murder, and Justice. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 537-546. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Mahoney, B. y Van der Platenvlotbrug, D. (2001). Die Tunte – Krönung der Schöpfung?! Die Internationale Queenismusforschung auf dem Weg ins 21. Jahrhundert. Die Vorträge der Blessless Mahoney und der Didine van der Platenvlotbrug an der Universität Hamburg. En: Heidel, U., Micheler, S. y Tuidter, E. (eds.). *Jenseits der Geschlechtergrenzen. Sexualitäten, Identitäten und Körper in Perspektiven von Queer Studies*, p. 386-413. Hamburg: MännerschwarmSkript Verlag.
- Malo, M. (2004). Algunas fuentes de inspiración. En: VV.AA. (eds.). *Nociones comunes. Experiencias y ensayos entre investigación y militancia*, p. 13-40. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Manning, D. (2007). Auto/ethnography: a journey of self/indulgence. *International Education Research Conference, Australian Association of Research in Education*: 1-16. Accesible en: <http://www.aare.edu.au/data/publications/2007/man07419.pdf>
- Manning, N. (2006). DSM-IV and dangerous and severe personality disorder--an essay. *Soc Sci Med* 63(7):1960-1971.
- Manning, P.K. y Cullum-Swan, B. (1994). Narrative, Content, and Semiotic Analysis. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *Handbook of Qualitative Research*, p. 463-477. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Mansh, M., Garcia, G. y Lunn, M.R. (2015). From Patients to Providers: Changing the Culture in Medicine Toward Sexual and Gender Minorities. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 90(5):574-580.
- Marañón, G. (1929). *Los estados intersexuales en la Especie Humana*. Madrid: Javier Morata.
- March Cerdà, J.C., Prieto Rodríguez, M.A., Danet, A., Suess, A., Ruiz Román, P. y García Toyos, N. (2012). El consumo de alcohol en la población joven (12 a 17 años). El punto de vista de los profesionales de la salud. *Aten Primaria* 44(9):527-531.
- March Cerdà, J.C., Prieto Rodríguez, M.A., Hernán García, M. y Solas Gaspar, O. (1999). Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit* 13:312-319.

- March, J.C., Prieto, M.A., Suess, A. y Escudero, M.J. (2006). Seguridad del paciente: una perspectiva antropológica. *Monografías Humanitas* 8:27-42.
- March, J.C., Suess, A., Prieto, M.A., Escudero, M.J., Nebot, M., Cabeza, E. y Pallicer, A. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición Hospitalaria* 21(1):4-12.
- Marín Viadel, R. (2005). La 'investigación educativa basada en las artes visuales' o 'arteinvestigación educativa'. Marín Viadel, R. (ed.). *Investigación en Educación Artística*, p. 223-274. Granada, Sevilla: Universidad de Granada, Universidad de Sevilla.
- Marshall, T.H. (1997[1950]). Ciudadanía y clase social. *Reis, Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 79:297-344.
- Martin, J.I. y Meezan, W. (2003). Applying Ethical Standards to research and Evaluations Involving Lesbian, Gay, Bisexual, and transgender Populations. En: Meezan, W. y Martin, J.I. (eds.). *Research Methods with Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Population*, p. 181-202. Binghamton, NY: The Haworth Press.
- Martínez, J.N. (2009). Introducción. En: Martínez, J.N. (ed.). *Géneros???* Murcia: Centro Párraga.
- Martínez-Guzman, A. y Montenegro, M. (2010). Producciones narrativas: transitando conocimientos encarnados. En: Missé, M. y Coll-Planas, G. (ed.). *El género desordenado Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, p. 229-264. Barcelona, Madrid: Egales.
- Martínez-Guzman, A. y Montenegro-Martínez (2011). El desafío trans. Consideraciones para un abordaje situado de las identidades de sexo/género. *Rev. Sociedad & Equidad* 2:3-22.
- Mascia-Lees Frances, E., Sharpe, P. y Ballerino Cohen, C. (1989). The Postmodernist Turn in Anthropology: Cautions from a Feminist Perspective. *Signs* 15(1):7-33.
- Mason, C.N. (s.a.) *Leading at the Intersections: An Introduction to the Intersectional Approach Model for Policy & Social Change*. New York: Women of Color Policy Network, New York University Robert F. Wagner. Accesible en: <http://www.racialequitytools.org/resourcefiles/Intersectionality%20primer%20-%20Women%20of%20Color%20Policy%20Network.pdf>
- Masood, S. (2009). *Pakistan: A Legal Victory for Eunuchs*. *The New York Times*, December 23, 2009. Accesible en: http://www.nytimes.com/2009/12/24/world/asia/24webbriefs-ALEGALVICTOR_BRF.html
- Matte, N., Devor, A.H. y Vladicka, T. (2009). Nomenclature in the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Background and Recommendations. *International Journal of Transgenderism* 11(1):42-52.
- Mattilda a.k.a. Berstein Sycamore, M. (2006 ed.). *Nobody passes. Reflecting the Rules of Gender and Conformity*. Emeryville: Seal Press.
- Maturo, A. (2012). Medicalization: current concept and future directions in a bionic society. *Mens Sana Monogr* 10(1):122-133.
- Mauthner, N. y Doucet, A. (1998). Reflections on a Voice-centered Relational Method: Analysing Maternal and Domestic Voices. En: Ribbens, J. y Edwards, R. (eds.). *Feminist Dilemmas in Qualitative Research. Public Knowledge and Private Lives*, p. 119-146. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Mauthner, N.S. y Doucet, A. (2003). Reflexive Accounts and Accounts of Reflexivity in Qualitative Data Analysis. *Sociology* 37(3):413-431.
- Maxey, I. (1999). Beyond boundaries? Activism, academia, reflexivity and research. *Area* 31(3):199-208.
- McAdam, D. (2006[1996]). Conceptual origins, current problems, future directions. En: McAdam, D., McCarthy, J.D. y Zald, M.N. (eds.). *Comparative Perspectives on Social Movements. Political Opportunities, Mobilizing Structures, and Cultural Framings*, p. 23-40. Cambridge: Cambridge University Press.
- McAdam, D., McCarthy, J.D. y Zald, M.N. (2006[1996]). Introduction: Opportunities, mobilizing structures, and framing processes – toward a synthetic, comparative perspective on social movements. En: McAdam, D., McCarthy, J.D. y Zald, M.N. (eds.). *Comparative Perspectives on Social Movements. Political Opportunities, Mobilizing Structures, and Cultural Framings*, p. 1-20. Cambridge: Cambridge University Press.
- McBride, R. (2013). *Grasping the Nettle. The Experience of Gender Variant Children and Transgender Living in Northern Ireland*. Belfast: Institute for Conflict Research. Accesible en: <http://www.ofmdfmi.gov.uk/grasping-the-nettle-transgender-youth-living-in-ni.pdf>
- McCall, L. (2005). The Complexity of Intersectionality. *Signs, Journal of Women in Culture and Society* 30(3):1771-1800.
- McCarty, J.D. (2006[1996]). Constraints and opportunities in adopting, adapting, and inventing. En: McAdam, D., McCarthy, J.D. y Zald, M.N. (eds.). *Comparative Perspectives on Social Movements. Political Opportunities, Mobilizing Structures, and Cultural Framings*, p. 141-151. Cambridge: Cambridge University Press.

- McDermott, E. (2010). Multiplex Methodologies: Researching Young People’s Well-Being at the Intersections of Class, Sexuality, Gender and Age. En: Taylor, Y., Hines, S. y Casey, M. (eds.). *Theorizing Intersectionality and Sexuality*, p. 235-254. Houndmills, New York: Palgrave Macmillan.
- McIlveen, P. (2008). Autoethnography as a method for reflexive research and practice in vocational psychology. *Australian Journal of Career Development* 17(2):13-20.
- McNiff, S. (2000). *Art-based Research*. London, New York: Jessica Kingsley Publisher.
- Medford, K. (2006). Caught With a Fake ID. Ethical Questions About *Slippage* in Autoethnography. *Qualitative Inquiry* 12(5):853-864.
- Médicos del Mundo (2012). *Semáforo de la aplicación de la reforma sanitaria a los tres meses de su entrada en vigor*. Madrid: Médicos del Mundo. Accesible en: <http://www.sanidadpublicaasturias.org/wp-content/uploads/2012/11/Mapa-sem%C3%A1foro-exclusi%C3%B3n-sanitaria-MdM-V27N1630-2.pdf>
- Médicos del Mundo (2014). *Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo*. Madrid: Médicos del Mundo. Accesible en: https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos Impacto-Reforma-Sanitaria-Medicos-del-Mundo_3ec0bdf9%232E%23pdf
- Mejía, N. (2006). *Transgenerismos. Una experiencia transexual desde la perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Meler, I. (2004). Hubo un niño varón que murió en el parto. *Página12*, 08/06/2004. Accesible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-36164-2004-06-08.html>
- Melucci, A. (1996). *Challenging codes. Collective action in the information age*. Cambridge: University Press.
- Menvielle, E. (2012). A Comprehensive Program for Children with Gender Variant Behaviors and Gender Identity Disorders. *J Homosex* 59(3):357–368.
- Menvielle, E. y Gomez-Lobo, V. (2011). Management of Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 24(4):183–188.
- Mérida Jiménez, R.M. (2002 ed.). *Sexualidades transgresoras. Una antología de estudios queer*. Barcelona: Icaria editorial.
- MCC, Metropolitan Community Churches (2010). *Stop Trans Pathologization*. Accesible en: <http://mcccchurch.org/resources/diversity-inclusion/trans/stop-trans-pathologization/>
- Meyer, W., Bockting, W.O., Cohen-Kettenis, P., Coleman, E., DiCeglie, D., Devor, H., et al. (2001). Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association’s The Standards of Care for Gender Identity Disorders, Sixth Version. *International Journal of Transgenderism* 5(1):s.p.
- Meyer, W., Bockting, W.O., Cohen-Kettenis, P., Coleman, E., DiCeglie, D., Devor, H., et al. (2002). Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association’s The Standards of Care for Gender Identity Disorders, Sixth Version. *Journal of Psychology Human Sexuality* 13(1):1-30.
- Meyer, W.J. (2009). World Professional Association for Transgender Health’s Standards of Care Requirements of Hormone Therapy for Adults with Gender Identity Disorder. *International Journal of Transgenderism* 11(2):127–132.
- Meyer, D. (2012). An Intersectional Analysis of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) People’s Evaluations of Anti-Queer Violence. *Gender & Society* 26(6):849–873.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L. (2009). Variants of Gender Differentiation in Somatic Disorders of Sex Development: Recommendations for Version 7 of the World Professional Association for Transgender Health’s Standards of Care. *International Journal of Transgenderism* 11(4):226–237.
- Meyer-Bahlburg, H.F.L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Arch Sex Behav* 39(2):461–476.
- Meyerowitz, J. (2006[2002]). A “Fierce and Demanding” Drive. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 362-386. New York: Routledge.
- Mezzich, J.E., Kleinman, A., Febrega, H. y Parron D.L. (1996). *Culture and Psychiatric Diagnosis. A DSM-IV Perspective*. Washington, London: American Psychiatric Press.
- Mienczakowski, J. y Morgan, S. (2002). Ethnodrama: Constructing Participatory, Experiential and Compelling Action Research Through Performance. En: Thimayya, K.S., Reason, P. y Bradbury, H. (eds.). *Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*, p. 219-227. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Milan, S. (2014). The Ethics of Social Movement Research. En: Della Porta, D. (ed.). *Methodological practices in social movement research*, p. 446-464. Oxford: Oxford University Press.
- Milgram, S. (1963). Behavioral Study of Obedience. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 67:371-378.
- Miller, T. y Bell, L. (2002). Consenting to What? Issues of Access, Gate-keeping and ‘Informed’ Consent. En: Mauthner, M., Birch, M., Jessop, J. y Miller, T. (eds.). *Ethics in qualitative research*, p. 53-69. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

- Miller, W.L. y Crabtree, B.F. (2004). Depth Interviewing. En: Hesse-Biber, S.N. y Leavy, P. (eds.). *Approaches to Qualitative Research. A Reader on Theory and Practice*, p. 185-202. Oxford: Oxford University Press.
- Miller-Day, M. (2008). Translational Performances: Toward Relevant, Engaging, and Empowering Social Science. *FQS Forum: Qualitative Social Research* 9(2): Art. 54: 1-4. Accesible en: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/402/872
- Milton, D. (1982). Sexual identity, Monzygotic twins reared in discordant sex roles and a BBC follow-up. *Archives of Sexual Behavior* 11(2):181-186.
- Minh-ha, T.T. (1997). Not You/Like You: Post-Colonial Women and the Interlocking Question of Identity and Difference. En: McClintock, A., Mufti, A. y Shohat, E. (eds.). *Dangerous Liaisons: Gender, Nation, and Postcolonial Perspectives*, p. 415-419. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Ministère des affaires étrangères et européennes et du ministère de la santé et des sports (2010). *Déclassement de la trans-identité de la liste des maladies mentales de l'organisation mondiale de la santé*. Accesible en: <http://www.sante-sports.gouv.fr/declassification-de-la-trans-identite-de-la-liste-des-maladies-mentales-de-l-organisation-mondiale-de-la-sante.html>
- Ministère de la Justice (2007). *Loi relative à la transsexualité, 10 Mai 2007*. Accesible en: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2007051055
- Ministère de la Santé et des Sports, Ministère du Budget, des Comptes Publics, de la Fonction Publique et de la Réforme d l'Etat y Ministère de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Pêche (2010). *Décret n° 2010-125 du 8 février 2010 portant modification de l'annexe figurant à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale relative aux critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée « affections psychiatriques de longue durée »*. Accesible en: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021801916&dateTexte=&categorieLien=id>
- Ministerio de Justicia y del Derecho, República de Colombia (2015). *Decreto 1227, Por el cual se adiciona una sección al Decreto 1069 de 2015, Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, relacionada con el trámite para corregir el componente sexo en el Registro del Estado Civil*, 4 de junio de 2015. Accesible en: <http://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Ministerio/decreto%20unico/%23%20decretos/1.%20DECRETO%202015-1227%20sexo%20c%C3%A9dula.pdf>
- Ministry of Education and Employment, Malta (2015a). *Trans, Gender Variant and Intersex Students in Schools. Policy*, June 2015. Accesible en: <http://tgeu.org/wp-content/uploads/2015/06/Malta-Education-Policy.pdf>
- Ministry of Education and Employment, Malta (2015b). *Trans, Gender Variant and Intersex Students in Schools. Procedures*, June 2015. Accesible en: <http://tgeu.org/wp-content/uploads/2015/06/Malta-Education-Procedures.pdf>
- Ministry of Justice (2011). *Table of Gender Recognition Systems in Approved Countries and Territories under the Gender Recognition Act 2004*. Accesible en: <http://www.justice.gov.uk/downloads/tribunals/gender-recognition-panel/list-of-approved-countries-or-territories/table-approved-countries.pdf>
- Minkowitz, T. (2012). *CRPD Advocacy by the World Network of Users and Survivors of Psychiatry: The Emergence of a User/Survivor Perspective in Human Rights*. Accesible en: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2326668
- Minter, S.P. (2012). Supporting transgender children: new legal, social, and medical approaches. *J Homosex* 59(3):422-433.
- Missé, M. (2008). *Argumentos para la descatalogización del trastorno de identidad de género. Situación médico-legal y movimiento trans en el Estado Español*. Boletín T-Infoma del Secretariado Trans de ILGA 1(1):s.p. Accesible en: <http://trans.esp.ilga.org> [ya no disponible online, octubre de 2015].
- Missé, M. (2010a). Epílogo. En: Missé, M. y Coll-Planas, G. (eds.) *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, pp. 265-276. Barcelona, Madrid, Egales.
- Missé, M. (2010b). La lucha por la despatologización trans, una lucha feminista. *Página abierta* 208. Accesible en: <http://www.pensamientocritico.org/miqmiss0610.htm>
- Missé, M. (2012a). *Transsexualitats. Altres Mirades Possibles*. Barcelona: Col·lecció Textos del Cuerpo.
- Missé, M. (2012b). *La lucha por la despatologización trans y perspectivas de futuro del movimiento trans en Barcelona*. Accesible en: <http://fundacionbetiko.org/wp-content/uploads/2012/11/La-lucha-por-la-despatologizaci%C3%B3n-trans-y-perspectivas-de-futuro-del-movimiento-trans-en-Barcelona.pdf>
- Missé, M. (2013a). ¿Niños transexuales? *IdemTV*, 5 de mayo de 2013. Accesible en: <http://www.idemtv.com/es/2013/05/05/infants-transsexuals/>
- Missé, M. (2013b). El arca de los cuerpos equivocados. *IdemTV*, 26 de julio de 2013. Accesible en: <http://www.idemtv.com/es/2013/07/26/larca-dels-cossos-equivocats/>

- Missé, M. y Coll-Planas, G. (2010 eds.). *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona, Madrid: Egales.
- Missé, M. y Coll-Planas, G. (2010a). “Incongruencias” Nota de los editores: En: Missé, M. y Coll-Planas, G. (eds.). *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, p. 277-278. Barcelona, Madrid: Egales.
- Missé, M. y Coll-Planas, G. (2010b). La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas. *Norte de salud mental* VII(38):44-55.
- Mitchell, K.J., Ybarra, M.L. y Korchmaros, J.D. (2014). Sexual harassment among adolescents of different sexual orientations and gender identities. *Child Abuse Negl* 38(2):280–295.
- Möller, B., Schreier, H., Li A. y Romer, G. (2009). Gender Identity Disorder in Children and Adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* 39(5):117–143.
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care. Health and the problem of patient choice*. London, New York: Routledge.
- Money, J. (1968). *Sex errors of the body: Dilemmas, education, counselling*. Baltimore: The John Hopkins Press.
- Money, J. y Ehrhardt, A.A. (1972). *Man & Woman, boy & girl: gender identity from conception to maturity*. Lanham: Janson Aronson.
- Monro, S. (2005a). Beyond Male and Female: Poststructuralism and the Spectrum of Gender. *International Journal of Transgenderism* 8(1):3–22.
- Monro, S. (2005b). *Gender politics: citizenship, activism and sexual diversity*. London: Pluto Press.
- Monro, S. y Richardson, D. (2010). Intersectionality and Sexuality: The Case of Sexuality and Transgender Equalities Work in UK Local Government. En: Taylor, Y., Hines, S. y Casey, M. (eds.). *Theorizing Intersectionality and Sexuality*, p. 99-118. Houndmills, New York: Palgrave Macmillan.
- Monro, S. y Warren, L. (2004). Transgendering Citizenship. *Sexualities* 7(3):345–362.
- Monstrey, S., Vercruyse, H. y De Cuyper, G. (2009). Is Gender Reassignment Surgery Evidence Based? Recommendation for the Seventh Version of the WPATH Standards of Care. *International Journal of Transgenderism* 11(3):206–214.
- Moore, Henrietta L. (1993). The differences within and the differences between. En: Del Valle, Teresa (ed). *Gendered Anthropology*, p. 193-204. London, New York: Routledge.
- Moreno Pestaña, J.L. y Espadas Alcázar, M.A. (2008). Investigación-acción participativa. En: Reyes, R. (ed). *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales*. Madrid: Plaza & Valdés.
- Moreno-Pérez, O. y Esteva de Antonio, I. (2012). Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN) (anexo 1). *Endocrinología y Nutrición* 59(6):367-382.
- Morgan, D.L. (2004). Focus Groups. En: Hesse-Biber, S.N. y Leavy, P. (eds.). *Approaches to Qualitative Research. A Reader on Theory and Practice*, p. 263-285. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Morgan, J. (2013). Bangladesh officially recognizes hijra as separate gender. *Gay Star News*, November 12, 2013. Accesible en: <http://www.gaystarnews.com/article/bangladesh-officially-recognizes-hijra-separate-gender121113>
- Morland, I. (2014). Intersex. *TSQ, Transgender Studies Quarterly* 1(1–2):111-114.
- Morton, D. (2002). El nacimiento de lo ciberqueer. En: Mérida Jiménez, R.M. (ed.): *Sexualidades transgresoras. Una antología de estudios queer*, p. 111-140. Barcelona: Icaria Editorial.
- Mosher, L.R., Hendrix, V. y Fort, D.C. (2004). *Soteria. Through Madness to Deliverance*. Bloomington: Xlibris.
- Moskowitz, A., Stein, J.A. y Lightfoot, M. (2013). The mediating roles of stress and maladaptive behaviors on self-harm and suicide attempts among runaway and homeless youth. *J Youth Adolesc* 42(7):1015–1027.
- Mruck, K. y Breuer, F. (2003). Subjectivity and Reflexivity in Qualitative Research – the FQS Issues. *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 4(2); Art. 23:1-13. Accesible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/696/1505>
- MSM-GF (2010). *The Global Forum on MSM & HIV (MSMGF) supports worldwide advocacy efforts to depathologize transgender identities*. Accesible en: http://www.msmgf.org/files/msmgf//News/Statements/GID_Statement.pdf
- Müller, A. (2013). Teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in a South African health sciences faculty: addressing the gap. *BMC Medical Education* 13(174):1-7.
- Muižnieks, N., Council of Europe Commissioner for Human Rights (2014). *LGBTI children have the right to safety and equality*. Strasbourg, 02/10/2014. Accesible en: <http://www.coe.int/en/web/commissioner/-/lgbti-children-have-the-right-to-safety-and-equality>
- MUMS, Movimiento por la Diversidad Sexual (2011). *Marcha por la Despatologización Trans*. Accesible en: <http://www.mums.cl/2011/10/marcha-despatologizacion-trans-2011/>

- Muñoz, E. (2001). *Ética y transexualismo. Informe preparado para el Panel de Expertos sobre cirugía de Cambio de Sexo*. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, CSIC, Instituto de Carlos III. Accesible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/1477/1/dt-0110.pdf>
- Muñoz León, F. (2015). El reconocimiento legal de la transexualidad en Chile mediante el procedimiento judicial de cambio de nombre: Un caso de complementariedad epistemológica entre medicina y derecho. *Revista médica de Chile* 143(8):1015–1019.
- Nagar, R. y Geiger, S. (2007). Reflexivity and Positionality in Feminist Fieldwork Revisited. En Tickell, A., Sheppard, E., Peck, J. y Barnes, T. (eds.). *Politics and Practice in Economic Geography*, p. 267-278. London: Sage Publications.
- Nagoshi, J.L. y Bruzuzy, S. (2010). Transgender Theory: Embodying Research and Practice. *Affilia* 25(4):431–443.
- Namaste, V. K. (2000). *Invisible Lives. The Erasure of Transsexual and Transgendered People*. Chicago, London, University of Chicago Press.
- Nanda, S. (2000 ed.). *Gender diversity: cross-cultural variations*. Long Grove, Illinois: Waveland Press.
- NAPNAP, National Association of Pediatric Nurse Practitioners (2011). Health Risks and Needs of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Adolescents Position Statement. *Journal of Pediatric Health Care* 25(6):A9–A10.
- Nardi, P.M. y Schneider, B.E. (1998 eds.). *Social Perspectives in Lesbian and Gay Studies. A Reader*. London, New York: Routledge.
- Nash, J.C. (2008). Re-thinking intersectionality. *Feminist Review* 89:1-15.
- Nataf, Z. (2006[1996]). Selection from *Lesbians Talk Transgender*. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 439-448. New York: Routledge.
- National Assembly, Quebec (2013). *Bill 35 (2013, chapter 27). An Act to amend the Civil Code as regards civil status, successions and the publication of rights*. Accesible en: <http://www.assnat.qc.ca/en/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-35-40-1.html>
- National Coalition for LGBT Health (2010). *Statement*. Accesible en: <http://lgbthealth.webolutionary.com/sites/default/files/Statement%20on%20DSM-5%20from%20National%20Coalition%20for%20LGBT%20Health.pdf>
- NCPHSBRR, National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1979). *The Belmont Report*. Washington: Department of Health, Education and Welfare, US Government. Accesible en: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>
- Nelson, J.L. (1998). The Silence of the Bioethicists. Ethical and Political Aspects of Managing Gender Dysphoria. *GLQ A Journal for Lesbian and Gay Studies* 4(2):213-230.
- Nelson, J.L. (2012). Still quiet after all these years : revisiting “the silence of the bioethicists.” *Journal of Bioethical Inquiry* 9(3):249–259.
- Nemoto, T., Iwamoto, M., Perngparn, U., Areesantichai, C., Kamitani, E. y Sakata, M. (2012). HIV-Related Risk Behaviors among Kathoey (Male-to-Female Transgender) Sex Workers in Bangkok, Thailand. *AIDS Care* 24(2):210–219.
- Nettleton, S. (2006). “I just want permission to be ill”: towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Soc Sci Med* 62(5):1167–1178.
- New Zealand Human Rights Commission (2008). *Inquiry into Discrimination Experienced by Transgender People: To Be Who I Am – Kia noho au ki tōku anō ao*. Wellington, NZ: New Zealand Human Rights Commission. Accesible en: http://www.hrc.co.nz/files/5714/2378/7661/15-Jan-2008_14-56-48_HRC_Transgender_FINAL.pdf
- NGLTF, National Gay and Lesbian Task Force (1996). *NGLTF Statement on Gender Identity Disorder and Transgender People*, 13 Dec 1996. Accesible en: <http://www.qrd.org/qrd/trans/1996/nglft.on.gid-12.11.96>
- Nieto Piñeroba, J.A. (1998 ed.). *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa Ediciones.
- Nieto Piñeroba, J.A. (1998a). Presentación. En: Nieto, J.A. (ed.). *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*, p. 5-10. Madrid: Talasa.
- Nieto Piñeroba, J.A. (1998b). Transgénero / Transexualidad: de la crisis a la reafirmación del deseo. En: Nieto, J.A. (ed.). *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*, p. 11-38. Madrid: Talasa.
- Nieto Piñeroba, J.A. (2008). *Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género*. Barcelona: edicions bellaterra.
- Noy, C. (2003). La escritura de transición: Reflexiones en torno a la composición de una disertación doctoral en metodología narrativa. *FQS. Forum Qualitative Social Research* 4(2), Art. 39: s.p. Accesible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/rt/prinfterfriendly/712/2562>

- Nuñileo, R. (2013). *Día de Acción Mundial por la Despatologización de las Identidades Trans. Discurso Público por el Día de Acción Mundial por la Despatologización de las Identidades Trans (Transexuales, Transgénerxs, Travestis e Intersex)*, 22 de octubre de 2013. Accesible en: <http://www.amnistia.org/profiles/blogs/d-a-de-acci-n-mundial-por-la-despatologizaci-n-de-la-identidades?context=tag-stop>
- Nygren-Krug, H. (2002). *Veinticinco Preguntas y Respuestas sobre Salud y Derechos Humanos*. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N° 1. Ginebra: OMS.
- O’Connell, T., Rasanathan, K. y Chopra, M. (2014). What does universal health coverage mean? *The Lancet* 283(9913):277-279.
- OEA, Organización de los Estados Americanos (2008). *AG/RES.2435 (XXXVIII-O/08). Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género*. Accesible en: http://www.oas.org/dil/esp/AG-RES_2435_XXXVIII-O-08.pdf
- OEA, Organización de los Estados Americanos (2009). *AG/RES.2504 (XXXIX-O/09). Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género*. Accesible en: https://www.oas.org/dil/esp/AG-RES_2504_XXXIX-O-09.pdf
- OEA, Organización de los Estados Americanos (2010). *AG/RES. 2600 (XL-O/10). Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género*. Accesible en: http://www.oas.org/dil/esp/AG-RES_2600_XL-O-10_esp.pdf
- OEA, Organización de los Estados Americanos (2011). *AG/RES.2653 (XLI-O/11). Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género*. Accesible en: http://www.oas.org/dil/esp/AG-RES_2653_XLI-O-11_esp.pdf
- OEA, Organización de los Estados Americanos (2012). *AG/RES.2721 (XLII-O/12). Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género*. Accesible en: http://www.oas.org/dil/esp/AG-RES_2721_XLII-O-12_esp.pdf
- OEA, Organización de los Estados Americanos (2013). *AG/RES.2807 (XLIII-O/13). Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad y Expresión de Género*. Accesible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/AG-RES_2807_XLIII-O-13.pdf
- OEA, Organización de los Estados Americanos (2014). *AG/RES. 2863 (XLIV-O/14). Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad y Expresión de Género*. Accesible en: <https://www.oas.org/es/cidh/lgtbi/docs/AG-RES2863-XLIV-O-14esp.pdf>
- O’Flaherty, M. y Fisher, J. (2008). Sexual Orientation, Gender Identity and International Human Rights Law: Contextualising the Yogyakarta Principles. *Human Rights Law Review* 8(2):207-248.
- O’Hartigan, M.D. (1997). Transsexuals need the Gender Identity Disorder Diagnosis. *Transgender Tapestry* 79:30,45.
- OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, WHO (2014). *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization. An interagency statement*. Geneva: WHO. Accesible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112848/1/9789241507325_eng.pdf?ua=1
- OII Australia (2010). *OII Position Statement on Genital Cutting*. Accesible en: https://oii.org.au/wp-content/uploads/2010/01/oii_position_statement_genital_cutting.pdf
- OII Australia (2011a). [Media Release] *Arrogance, Hypocrisy & the new World Professional Association for Transgender Health (WPATH) Standards of Care, version 7 (SOC v7)*. Accesible en: <http://oiiinternational.com/2060/media-release-arrogance-hypocrisy-world-professional-association-transgender-health-wpath-standards-care-version-7-soc-v7/>
- OII Australia (2011b). *World Professional Association for Transgender Health (WPATH) pathologies intersex people in its Standards of Care, version 7 (SOC v7)*. Accesible en: <http://oiiaustralia.com/14595/wpath-pathologises/>
- OII Australia y OII Aotearoa (2012). *Submission on the Draft Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition and the World Professional Association for Transgender Health 7th Standards of Care*. Accesible en: <http://oiiaustralia.com/wp-content/uploads/2012/06/OII-Aus+NZ-DSM+SOC-Submission.pdf>
- OII Europe (2014a). *Statement of the European Intersex Meeting in Riga*, 12 October 2014. Accesible en: <http://oii europe.org/statement-of-the-european-intersex-meeting-in-riga-2014/>
- OII Europe (2014b). *OII-Europe applauds Malta’s Gender Identity, Gender Expression And Sex Characteristics Act*, December 4, 2014. Accesible en: <http://oii europe.org/oii-europe-applauds-maltas-gender-identity-gender-expression-and-sex-characteristics-act/>
- OII, Organización Internacional Intersexual (s.a.). *Posturas oficiales*. Accesible en: <http://www.intersexualite.org/Spanish-Offical-Position.html> [ya no disponible online, octubre de 2015].
- OII United States (2015). *Our History*. Accesible en: <http://oii-usa.org/about/our-history/>
- Olafsdottir, S. y Pescosolido, B.A. (2011). Constructing illness: how the public in eight Western nations respond to a clinical description of “schizophrenia.” *Soc Sci Med* 73(6):929–938.

- Olesen, V. (2005). Early Millennial Feminist Qualitative Research: Challenges and Contours. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 235-278. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Olivera, A. (2005). La Colifata, radio terapia des-estigmatizante. *L'Interrogant* 6:60-66.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (s.a.). *History of the development of the ICD*. Accesible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>
- OMS, Organización Mundial de la Salud (1948). *ICD-6. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 6th Revision*. Ginebra: WHO.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (1955). *ICD-7. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 7th Revision*. Ginebra: WHO.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (1965). *ICD-8. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 8th Revision*. Ginebra: WHO.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (1975). *ICD-9. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 9th Revision*. Ginebra: WHO.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (1978). *Declaración de Alma Ata. Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS. Accesible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>
- OMS, Organización Mundial de la Salud (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Accesible en: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- OMS, Organización Mundial de la Salud (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Bluebook*. Ginebra: OMS. Accesible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
- OMS, Organización Mundial de la Salud (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Ginebra: OMS.
- OMS, Organización Mundial para la Salud (1994). *Guía de Bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosarios y criterios diagnósticos de investigación. CIE-10: CDI-10*. Buenos Aires, Santa Fé de Bogotá, Madrid, México D.F., Caracas D.F.: Editorial Médica Panamericana.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (1996a). *ICD-9-CM. International Classification of diseases, 9th revision, clinical modification*. Commission on Professional and Hospital Activities.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (1996b). *Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ICD-10 Chapter V Primary Care Version*. Göttingen: Holgrefe.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (1998[1992]). *CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2006[1946]). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: WHO. Accesible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2007a). *WHO Letter to Dr. Pierre L. -J. Ritchie*. Accesible en: <https://dxrevisionwatch.files.wordpress.com/2009/12/exhibit-1-who-letter-aug-07.pdf>
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2007b). *People-Centered Health Care: A policy framework*. Ginebra: WHO. Accesible en: http://www.wpro.who.int/health_services/people_at_the_centre_of_care/documents/ENG-PCIPolicyFramework.pdf
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud: más necesaria que nunca*. Ginebra: OMS. Accesible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1
- OMS, Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud (2009). *Informe final. Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: WHO. Accesible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2010a). A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Discussion Paper Series on Social Determinants of Health, 2*. Ginebra: WHO. Accesible en: http://www.who.int/social_determinants/publications/9789241500852/en/
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2010b). *Informe sobre la salud en el mundo 2010: La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*. Ginebra: WHO. Accesible en: http://www.who.int/whr/2010/whr10_es.pdf?ua=1
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2011). *ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Volumen 2, Instruction Manual, 2010 Edition*. Ginebra: WHO. Accesible en: http://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2012). *Fighting stereotypes. Ageism*. Accesible en: http://www.who.int/ageing/about/fighting_stereotypes/en/
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2015[1990]). *ICD-10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision*. Ginebra: WHO. Accesible en: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>

- OMS, Organización Mundial de la Salud (2015a). *ICD-11 Beta Draft*. Accesible online: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en>
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2015b). *The International Classification of Diseases 11th Revision is due by 2018*. Accesible en: <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2015c). *List of Official ICD-10 Updates*. Accesible en: <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/>
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2015d). *The WHO Family of International Classifications*. Accesible en: <http://www.who.int/classifications/en/>
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2015e). *International Classification of Diseases (ICD)*. Accesible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2015f). *ICD-11 Joint Linearization for Mortality and Morbidity Statistics: Project Plan 2015-2018*. Accesible en: <http://www.who.int/classifications/icd/revision/icdprojectplan2015to2018.pdf?ua=1>
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2015g). *ICD-11 Beta: Expectations, Concerns and Known Issues*. Accesible en: <http://www.who.int/classifications/icd/revision/betaexpectations/en/>
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2015h). *¿Qué es la cobertura sanitaria universal?* Accesible en: http://www.who.int/universal_health_coverage/es/
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2015i). *Policy Brief. Transgender People and HIV*, July 2015. Accesible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179517/1/WHO_HIV_2015.17_eng.pdf?ua=1&ua=1
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2015j). *Sexual health, human rights and the law*. Geneva: WHO. Accesible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf?ua=1
- OMS, Organización Mundial de la Salud y OACDH, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (s.a.). *Enfoque de salud basado en los derechos humanos*. Geneva: WHO, OHCHR.
- OMS, Organización Mundial de la Salud y CDC, Centers for Disease Control and Prevention (2015). *International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM)*. Accesible en: <http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10cm.htm>
- O’Neill, M. (2008). Transnational Refugees: The Transformative Role of Art? *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 9(2), Art. 59: 1-23. Accesible en: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/403/874
- ONU, Organización de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Accesible en: http://www.un.org/es/comun/docs/?path=/es/documents/udhr/index_print.shtml
- ONU, Organización de las Naciones Unidas (1951). *Convención sobre el Estatuto de los Refugiados*. Accesible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0005>
- ONU, Organización de las Naciones Unidas (1966a). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Accesible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- ONU, Organización de las Naciones Unidas (1966b). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Accesible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>
- ONU, Organización de las Naciones Unidas (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Accesible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm>
- ONU, Organización de las Naciones Unidas (1989). *Convención sobre los derechos del niño*. Accesible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>
- ONU, Organización de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). *Observación general N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel de salud*. Accesible en: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm>
- ONU, Organización de las Naciones Unidas (2003a). *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt, 13 de febrero de 2003 (Main focus: Right to health). Accesible en: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/AnnualReports.aspx>
- ONU, Organización de las Naciones Unidas (2003b). *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt, 10 de octubre de 2003 (Main focus: Right to health indicators). Accesible en: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/AnnualReports.aspx>
- ONU, Organización de las Naciones Unidas (2004). *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt, 16 de febrero de 2004 (Main focus: The rights to sexual and reproductive health). Accesible en: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/AnnualReports.aspx>
- ONU, Organización de las Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos del Niño (2005). *Observación General N° 7 (2005). Realización de los derechos del niño en la primera infancia*. Accesible en: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f7%2fRev.1&Lang=en

- ONU, Organización de las Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos (2006a). *Joint Statement. Human rights violations based on sexual orientation and gender identity*. Accesible en: <http://arc-international.net/global-advocacy/sogi-statements/2006-joint-statement>
- ONU, Organización de las Naciones Unidas (2006b). *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt*, 3 de marzo de 2006 (Main focus: A human rights-based approach to health indicators). Accesible en: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/AnnualReports.aspx>
- ONU, Organización de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2007). *Observación general Nº 19. El derecho a la seguridad social*. Accesible en: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm>
- ONU, Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General (2008a). *Joint Statement on Human Rights, Sexual Orientation and Gender Identity*. Accesible en: <http://arc-international.net/global-advocacy/sogi-statements/2008-joint-statement>
- ONU, Organización de las Naciones Unidas (2008b). *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt*, 31 de enero de 2008 (Main focus: Health systems and the right to the highest attainable standard of health). Accesible en: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/AnnualReports.aspx>
- ONU, Organización de las Naciones Unidas (2009a). *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial, Sr. Anand Grover*, 10 de agosto de 2009 (Main focus: right to health and informed consent). Accesible en: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/AnnualReports.aspx>
- ONU, Organización de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2009b). *Observación general Nº 20. La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales*. Accesible en: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm>
- ONU, Organización de las Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos del Niño (2009c). *Observación General Nº 12 (2009). El derecho del niño a ser escuchado*. Accesible en: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f12&Lang=en
- ONU, Organización de las Naciones Unidas (2010). *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial*, 27 de abril de 2010 (Main focus: right to health and criminalization of same-sex conduct and sexual orientation, sex-work and HIV transmission). Accesible en: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/AnnualReports.aspx>
- ONU, Organización de las Naciones Unidas (2011a). *Resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos. Derechos humanos, orientación sexual e identidad de género. A/HRC/RES/17/19*, 14 de julio de 2011. Accesible en: http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/RES/17/19
- ONU, Organización de las Naciones Unidas, Alto Comisionado de los Derechos Humanos (2011b). *Informe Anual. Leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género. A/HRC/19/41*. Accesible en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session19/A-HRC-19-41_sp.pdf
- ONU, Organización de las Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos del Niño (2011c). *Observación General Nº 13 (2011). Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia*. Accesible en: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f13&Lang=en
- ONU, Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General (2012a). *A/C.3/67/L.36. Extrajudicial, summary or arbitrary executions*. Accesible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/C.3/67/L.36
- ONU, Organización de las Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos (2012b). *A/HRC/19/L.31 Derechos del niño*. Accesible en: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/LTD/G12/123/40/PDF/G1212340.pdf?OpenElement>
- ONU, Organización de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2012c). *E/C-12/ESP/CO/5. Examen de los informes presentados por los estados partes en virtud de los artículos 16 y 17 del pacto. Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, 6 de junio de 2012. Accesible en: http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/co/E.C.12.ESP.CO.5_sp.doc

- ONU, Organización de las Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos (2013a). *A/HRC/22/53. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*, Juan E. Méndez. Accesible en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf
- ONU, Organización de las Naciones Unidas (2013b). *Derechos del niño: el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud* A/HRC/22/L.27, 18 de marzo de 2013. Accesible en: http://ap.ohchr.org/documents/alldocs.aspx?doc_id=21380
- ONU, Organización de las Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos del Niño (2013c). *Observación General Nº 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Accesible en: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f15&Lang=en
- ONU, Organización de las Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos del Niño (2013d). *Observación General Nº 17 (2013) sobre del derecho del niño al descanso, el esparcimiento, el juego, las actividades recreativas, la vida cultural y las artes*. Accesible en: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f17&Lang=en
- ONU, Organización de las Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos (2014). *Resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos, Derechos humanos, orientación sexual e identidad de género*. A/HRC/RS/27/32, 2 de octubre de 2014. Accesible en: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/177/35/PDF/G1417735.pdf?OpenElement>
- ONU, Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General (2015). *A/70/213. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, 30 de julio de 2015. Accesible en: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/213&referer=http://www.ohchr.org/EN/newyork/Pages/GA70thSession.aspx&Lang=S
- ONUSIDA, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (2014a). *The GAP Report 2014. Transgender People*. Accesible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/08_Transgenderpeople.pdf
- ONUSIDA, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (2014b). *Inter-Agency Working Group on Key Populations. HIV and young transgender people: a technical brief*. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/briefs_ykp_2014.pdf
- ONUSIDA, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (2015). *Declaración de prensa. Poner fin a la violencia y a la discriminación contra las personas lesbianas, gais, bisexuales, trans e intersex*, septiembre de 2015. Accesible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/20150929_Joint_LGBTI_Statement_es.PDF
- Operario, D. y Nemoto, T. (2011). HIV in Transgender Communities: Syndemic Dynamics and a Need for Multicomponent Interventions. *J Acquir Immune Defic Syndr* 55(Suppl 2):S91-S93.
- OPS, Organización Panamericana de la Salud, John Snow, Inc. y WPATH, World Professional Association for Transgender Health (2014). *Blueprint for the provision of comprehensive care for trans persons and their communities in the Caribbean and other Anglophone countries*. Arlington, VA: John Snow, Inc. Accesible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&qid=28440&lang=en
- OPS, Organización Panamericana de la Salud y OMS, Organización Mundial de la Salud (2013). *Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans*, 30 de septiembre de 2013. Accesible en: http://www.who.int/hiv/pub/populations/lgbt_paper/en/
- Ortega, E., Romero Bachiller, C. y García Dauder, S. (2006). *Transformaciones tecno-científicas de cuerpos, sexos y género*. VI Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología y Género, Zaragoza. Accesible en: www.hartza.com/carmen5.pdf
- Osborne, R., Longo, V., Monteros, S., Aguirre, V.A., Rojas, L. y López, S. (2012). *La situación social de la población migrante latinoamericana TLGB (Transexual, Transgénero, Lesbiana, Gay y Bisexual) en España desde un enfoque de género y de derechos humanos*. Ginebra: ONU Mujeres.
- OTD, Organización de Transexuales por la Dignidad de la Diversidad (2010). *Declaración por la Despatologización de nuestras Identidades y Expresiones de Género y por el cese a la violencia contra las personas transexuales, transgéneras, travestis e intersex*. Accesible en: <https://groups.google.com/forum/#!topic/ulibre/4ak4xj5IaIQ>
- OTD, Organizando Trans Diversidades (2015). *No hay democracia sin despatologización de las identidades trans*, 7 de octubre de 2015. Accesible en: <http://otdchile.org/no-hay-democracia-sin-despatologizacion-de-las-identidades-trans/>

- OUTrans (2010). *Non, la France n'a pas dépsychiatrisé la transidentité*. Publicado en: <http://www.outrans.org/spip.php?article94> [ya no disponible online, octubre de 2015]. Accesible en: <http://www.contre-info.com/transsexualisme-roselyne-bachelot-ouvre-la-voie/>
- OUTrans (2011). *STP 2012, Communiqué de presse, 30 octobre 2011*. Accesible en: <http://outrans.org/2011/11/09/stp-2012/>
- Palés, M. (2011). *Miquel Missé: "Hay gente que cambia de género sin someterse a la cirugía"*, 04/02/2011 [Entrevista con Miquel Missé]. Accesible en: <http://marapales.blogspot.com.es/2011/02/miquel-misse-hay-gente-que-cambia-de.html>
- Papadopoulos, I. (2006) (ed). *Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Papoulias, C. (2006). Transgender. *Theory Culture Society* 23: 231-233.
- Park, P. (2002). Knowledge and Participatory Research. En: Thimayya, K.S., Reason, P. y Bradbury, H. (eds.). *Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*, 81-90. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Park-Fuller, L. (2000). Performing absence: The staged personal narrative as testimony. *Text and Performance Quarterly* 20:20-42.
- Parlamento de Andalucía (2010). *Declaración institucional del Parlamento de Andalucía "Por la despatologización de la transexualidad"*, 25 de mayo de 2010. Accesible en: http://www.parlamentodeandalucia.es/opencms/export/portal-web-parlamento/contenidos/pdf/Prensa/20100623_despatologizacixn_de_la_transexualidad.pdf
- Parlamento de Andalucía (2014). Ley Integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía (Aprobada por el Pleno del Parlamento de Andalucía el día 25 de junio de 2014). *BOPA, Boletín Oficial del Parlamento de Andalucía*, Nº 487, 4 de julio de 2014. Accesible en: <http://www.parlamentodeandalucia.es/webdinamica/portal-web-parlamento/pdf.do?tipodoc=bopa&id=94573>
- Parlamento Europeo (2000). *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*. Accesible en: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf
- Parlamento Europeo (2011). *Resolución del Parlamento Europeo, de 28 de septiembre de 2011, sobre derechos humanos, orientación sexual e identidad de género en las Naciones Unidas*. Accesible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P7-TA-2011-0427+0+DOC+PDF+V0//ES>
- Parlamento Europeo (2012a). *European Parliament legislative resolution of 12 September 2012 on the proposal for a directive of the European Parliament and of the Council establishing minimum standards on the rights, support and protection of victims of crime*. Accesible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&language=EN&reference=P7-TA-2012-327>
- Parlamento Europeo (2012b). *A7-0383/2012. Report on the situation of fundamental rights in the European Union (2010 – 2011)*. Accesible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A7-2012-0383+0+DOC+PDF+V0//EN>
- Parlamento Europeo (2015a). *Report on the Annual Report on Human Rights and Democracy in the World 2013 and the European Union policy on the matter*. A8_0023/2015 20 February 2015. Accesible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A8-2015-0023+0+DOC+PDF+V0//EN>
- Parlamento Europeo (2015b). *Report on the situation of fundamental rights in the European Union*. A8-0230/2015, 22 July 2015. Accesible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A8-2015-0230+0+DOC+PDF+V0//EN>
- Parlamento Europeo (2015c). *European Parliament resolution of 8 September 2015 on the situation of fundamental rights in the European Union (2013-214)*. Accesible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P8-TA-2015-0286+0+DOC+PDF+V0//EN>
- Parliament of the United Kingdom (2014a). *Early day motion 907. Legal recognition for those who do not associate with a particular gender*, January 6, 2014. Accesible en: <http://www.parliament.uk/edm/2013-14/907>
- Parliament of the United Kingdom (2014b). *Early day motion 47. Legal recognition for those who do not associate with a particular gender*, June 5, 2015. Accesible en: <http://www.parliament.uk/edm/2014-15/47>

- Parliament of the United Kingdom (2015). Early day motion 660. *Legal recognition for people who do not associate with a particular gender*, November 5, 2015. Accesible en: <http://www.parliament.uk/edm/2015-16/660>
- Park-Fuller, L. (2000). Performing absence: The staged personal narrative as testimony. *Text and Performance Quarterly* 20:20-42.
- Parry, B. (2006[1987]). Problems in Current Theories of Colonial Discourse. En: Ashcroft, B., Griffiths, G. y Tiffin, H. (eds.). *The Post-Colonial Studies Reader*, 2nd Edition, p. 38-43. London, New York: Routledge.
- Partridge, B. (2014). Adolescent Pediatric Decision-Making: A Critical Reconsideration in the Light of the Data. *HEC Forum* 26:299-308.
- PASTT, Prévention, Action, Santé, Travail pour les Transgenres y ASB, Association du Syndrome de Benjamin (2004). *Psychiatisation des trans = transphobie*. Accesible en: <http://pantheres-roses.org/Psychiatisation-des-trans.html>
- Patai, D. (1991). U.S. Academics and Third World Women: Is Ethical Research Possible? En: Berger-Gluck, S. y Patai, D. (eds.). *Women's Words: The feminist practice of oral history*, p. 137-153. New York: Routledge.
- Patai, D. (1994). When method becomes power. En Gitlen, A. (ed.), *Power and method*, p. 61-73. New York: Routledge.
- Patton, J. (1979). [Untitled]. *Renaissance* 4(1).
- Paulus, T.M., Woodside, M. y Ziegler, M.F. (2010). "I Tell You, It's a Journey, Isn't It?" Understanding Collaborative Meaning Making in Qualitative Research. *Qualitative Inquiry* 16(10):852-862.
- Payne, E. y Smith, M. (2014). The big freak out: educator fear in response to the presence of transgender elementary school students. *J Homosex* 61(3):399-418.
- Pega, F. y Veale, J.F. (2015). The Case for the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health to Address Gender Identity. *American Journal of Public Health* 105(3):e58-e62.
- Pelias, R.J. (2003). The Academic Tourist: An Autoethnography. *Qualitative Inquiry* 9(3):369-373.
- Pérez Fernández-Figares, K. (2006). Historia de tres semanas. *Trasversales* 5-8.
- Pérez Fernández-Figares, K. (2009a). *Manual de Transexualidad (en borrador) Primera parte*. Accesible en: <http://outgender.blogspot.com.es/2009/10/un-manual-de-transexualidad-en-borrador.html>
- Pérez Fernández-Figares, K. (2009b). *Panorama del no binarismo*. Accesible en: <http://conjuntosdifusos.blogspot.com/2009/08/panorama-del-no-binarismo-por-kim-perez.html>
- Pérez Fernández-Figares, K. (2010). Historia de la patologización y despatologización de las variantes de género. En: Missé, M. y Coll-Planas, G. (eds.). *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, p. 97-114. Barcelona, Madrid: Egales.
- Perko, G. (2005). *Queer-Theorien. Ethische, politische und logische Dimensionen plural-queeren Denkens*. Viena: Papy Rossa Verlag.
- Pfäfflin, F. (2011). Remarks on the History of the Terms Identity and Gender Identity. *International Journal of Transgenderism* 13(1):13-25.
- Pickersgill, M.D. (2014). Debating DSM-5: diagnosis and the sociology. *J Med Ethics* 40:521-525.
- Pickstone-Taylor, S.D. (2003). Children with Gender Nonconformity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 42(3):266.
- Pigrum, D. y Stables, A. (2005). Qualitative Inquiry as Gegenwerk: Connections Between Art and Research. *International Journal of Qualitative Methods* 4(4):1-15. Accesible en: www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/4_4/PDF/PIGRUM.PDF
- Pilgrim, D. y Rogers, A.E. (2005). Psychiatrists as social engineers: a study of an anti-stigma campaign. *Soc Sci Med* 61(12):2546-56.
- Pillow, W. (2003). Confession, catharsis, or cure? Rethinking the uses of reflexivity as methodological power in qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies in Education* 16(2):175-196.
- Plataforma Octubre Trans Madrid (2013). *Manifiesto Octubre Trans 2013 "Otros cuerpos son posibles"*, 15 de octubre de 2013. Accesible en: <http://octubretransmadrid2013.blogspot.com.es/2013/10/manifiesto-octubre-trans-2013.html>
- Plataforma reivindicativa unitaria del movimiento asociativo transexual del Estado Español (2004). Demandas. En: R. Rullán Bertson. *Situación actual de la regulación de los derechos de identidad de género en España*, p. 41-43. En: S. Saéz Sesma, R. Rullán Bertson, S. Luengo Matos, V. Bataller, O. Cambasani, A. Casanova, A. Becerra Fernández, R. Abenoza, C. Antonelli (eds.). *Guía transexualidad*, p. 28-45. Oviedo: Consejo de la Juventud del Principado de Asturias, Consejería de Salud y Servicios Sociales.
- Platero, R. (2009). Transexualidad y agenda política: una historia de (dis)continuidades y patologización. *Política y Sociedad* 46(1,2):107-128.
- Platero, R.L. (2011). The narratives of transgender rights mobilization in Spain. *Sexualities* 14(5):597-614.

- Platero, R.L. (2012 ed.). *Intersecciones: Cuerpos y sexualidades en la encrucijada. Temas contemporáneos*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Platero, R.L. (2012). Introducción. La interseccionalidad como herramienta de estudio de la sexualidad. En: Platero, R.L. (ed.). *Intersecciones: Cuerpos y sexualidades en la encrucijada. Temas contemporáneos*, p. 15-74. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Platero, R.L. (2013). *La interseccionalidad en las políticas públicas sobre la ciudadanía íntima: los discursos y la agenda política española (1995-2012)* [tesis doctoral]. UNED, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Facultad de CC Políticas y Sociología. Accesible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=tesisuned:CiencPolSoc-Rplatero&dsID=Documento.pdf>
- Platero, R.L. (2014a). The Influence of Psychiatric and Legal Discourses on Parents of Gender-Nonconforming Children and Trans Youth in Spain. *Journal of GLBT Family Studies* 10(1-2):145-167.
- Platero, R.L. (2014b). *Trans*sexualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Barcelona: edicions bellaterra.
- Platero, R.L. y Drager, E.H. (2015). *Two Trans* Teachers in Madrid. Interrogating Trans*formative Pedagogies*. *TGS, Transgender Studies Quarterly* 2(3):447-463.
- Pleak, R.R. (2011). Gender identity issues in youth: opportunities, terminologies, histories, and advancements. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 20(4):601-625.
- Plummer, K. (1995). *Telling Sexual Stories: Power, Change, and Social Worlds*. Abingdon: Psychology Press.
- Plummer, K. (2003). *Intimate Citizenship: Private Decisions and Public Dialogue*. Washington: University of Washington Press.
- Plummer, K. (2005). Critical Humanism and Queer Theory: Living With the Tensions. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 357-374. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Polo Usaola, C. y Olivares Zarco, D. (2011). Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la transexualidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 31(2):285-302.
- Poó Puerto, C. (2009). Qué puede un cuerpo (impaciente). Reflexiones autoetnográficas sobre el cuerpo y la enfermedad. *Athenea Digital* 15:149-168.
- Poteat, T., German, D. y Kerrigan, D. (2013). Managing uncertainty: a grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine* 84:22-29.
- Poteat, V.P., Mereish, E.H., Digiovanni, C.D. y Koenig, B.W. (2011). The effects of general and homophobic victimization on adolescents' psychosocial and educational concerns: the importance of intersecting identities and parent support. *J Couns Psychol* 58(4):597-609.
- Poteat, V.P., Scheer, J.R. y Mereish, E.H. (2014). Factors affecting academic achievement among sexual minority and gender-variant youth. *Adv Child Dev Behav* 47:261-300.
- Powell, T. y Foglia, M.B. (2014). The Time is Now: Bioethics and LGBT Issues. *Hasting Center Report* 44(s4):S2-S3.
- Precarias a la deriva (2004). De preguntas, ilusiones, enjambres y desiertos. Apuntes sobre investigación y militancia desde Precarias a la deriva [Madrid]. En: VV.AA. (eds.). *Nociones comunes. Experiencias y ensayos entre investigación y militancia*, p. 81-92. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Preciado, B. (2002[2000]): *Manifiesto contra-sexual. Prácticas subversivas de identidad sexual*. Madrid: Editorial Opera Prima.
- Preciado, B. (2003). Multitudes queer. Notas para una política de los "anormales". *Multitudes* 12. Accesible en: <http://multitudes.samizdat.net/Multitudes-queer>
- Preciado, B. (2008). *TestoYonqui*. Madrid: Espasa Calpe.
- Preciado, B. y Bourcier, M.-H. (2001). Contrabandos queer. En: Aliaga, V. (ed.). *Miradas sobre la sexualidad en el arte y la literatura del siglo XX en Francia y España*, p. 34-46. Valencia: Universidad de Valencia.
- Presidencia del Consejo de Ministros (1933). Ley [Ley de Vagos y Maleantes]. *Gaceta de Madrid Nº 217*, 5 de agosto de 1933. Accesible en: <http://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1933/217/A00874-00877.pdf>
- Preves, S.E. (1999[1998]). For the Sake of the Children: Destigmatizing Intersexuality. En: Dreger, A.D. (ed.). *Intersex in the Age of Ethics*, p. 51-68. Hagerstown: University Publishing Group.
- Prieto Rodríguez, M.A., Escudero Carretero, M.J., Suess, A., March Cerdà, J.C., Ruiz Azarola, A. y Danet, A. (2011). Análisis de calidad percibida y expectativas de pacientes en el proceso asistencial de diálisis. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 34(1):21-31.
- Prieto Rodríguez, M.A., Suess, A., March Cerdà, J.C., Danet, A., Corral Pérez, O. y Martín Barato, A.I. (2011). Opiniones y expectativas de pacientes con problemas de salud relacionados con la exposición al amianto. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 34(1):33-42.
- Prieto Rodríguez, M.A., Suess, A., March Cerdà, J.C., Escudero Carretero, M. y Danet, A. (2011). Opinions and expectations of women in the treatment of cervical and uterine cancer in Spain. *Women's Health* 7(6):709-718.

- Prieto Rodríguez, M.A., Suess, A. y March Cerdà, J.C. (2005). De gestoras de recursos a gestoras de cuidados: opiniones y expectativas de las supervisoras sobre su nuevo rol profesional. *Enfermería Clínica* 15(6):314-320.
- Prieto Rodríguez, M.A., Suess, A., Ruiz Azarola, A., Terol, E. y Casal Gómez, J. (2008). Percepción de los pacientes sobre la seguridad de la asistencia sanitaria. *Medicina Clínica. Monografías* 131(Supl. 3):33-38.
- Principios de Yogyakarta (2007). *Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación de la Legislación Internacional de Derechos Humanos en Relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género*. Accesible en: http://www.yogyakartaprinciples.org/docs/File/Yogyakarta_Principles_ES.pdf
- Prosser, J. (1998). *Second Skins. The Body Narratives of Transsexuality*. New York: Columbia University Press.
- Prosser, J. y Schwartz, D. (2004). Photographs within the Sociological Research Process. En: Hesse-Biber, Sharlene N. y Leavy, Patricia (eds.). *Approaches to Qualitative Research. A Reader on Theory and Practice*, p. 334-350. Oxford: Oxford University Press.
- PSOE Andalucía, Partido Socialista Obrero Español de Andalucía (2015). *Andalucía tiene mucho que decir. Programa de Gobierno Autonómicas 2015*. Accesible en: <http://www.psoeandalucia.com/wp-content/uploads/2015/03/Programa-de-Gobierno-2015-PSOE-Andalucia.pdf>
- Puar, J.K. (2014). Disability. *TSQ, Transgender Studies Quarterly* 1(1-2):77-81.
- Pujol Reig, A. (2011). *Reivindicació del col·lectiu trans el 22 d'octubre a més de seixanta ciutats. Entrevista amb Miguel Missé, encarregat de comunicació de la campanya mundial Despatologització Trans a Barcelona*, 11/10/2011. Accesible en: <https://directa.cat/reivindicaci%C3%B3-del-col%C2%B7lectiu-trans-22-doctubre-m%C3%A9s-de-seixanta-ciutats>
- Punch, M. (1994). Politics and Ethics in Qualitative Research. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *Handbook of Qualitative Research*, p. 83-98. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Pyne, J. (2014a). Gender independent kids: A paradigm shift in approaches to gender non-conforming children. *Canadian Journal of Human Sexuality* 23(1):1-8.
- Pyne, J. (2014b). The governance of gender non-conforming children: a dangerous enclosure. *Annual Review of Critical Psychology* 11:79-96.
- quaestio (2000 ed.). *Queering Demokratie [sexuelle politiken]*. Accesible en: http://www.quer Verlag.de/pdf/queering_demokratie.pdf
- Queer Nation NY (2013). *Queer Nation NY History*. Accesible en: <http://queernationny.org/history>
- Quinn, S.C. (2004). Ethics in public health research: protecting human subjects: the role of community advisory boards. *Am J Public Health* 94(6):918-922.
- Rachlin, K., Dhejne, C. y Brown, G.R. (2010). The Future of GID NOS in the DSM 5: Report of the GID NOS Working Group of a Consensus Process Conducted by the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism* 12(2):86-93.
- Racine, G., Truchon, K. y Hage, M. (2008). And We Are Still Walking... When a Protest Walk Becomes a Step Towards Research on the Move. *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 9(2), Art. 29: 1-16. Accesible en: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/404/876
- Radi, B. (2013). *Algunas consideraciones sobre "el binario" y la Ley de Identidad de Género en Argentina. Exposición oral en evento de divulgación*. Accesible en: <http://www.aacademica.com/blas.radi/8.pdf>
- Radio Nikosia (2005). *El libro de Radio Nikosia. Voces que hablan desde la locura*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Radix, A. (2011). New Horizons in Transgender Health. En: Gunguluza, N. (ed.). *Report of the Gender Dynamix Trans Health & Advocacy Conference*, p. 8-9. Cape Town: Gender Dynamix. Accesible en: <http://www.genderdynamix.org.za/wp-content/uploads/2012/11/Trans-Health-Advocacy-Conference-2011-report.pdf>
- Radix, A. y Eisfeld, J. (2014). Informierte Zustimmung in der Trans*-Gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexuallforschung* 27(01): 31-43.
- Radix, A.E., Lelutiu-Weinberger, C. y Gamarel, K.E. (2014). Satisfaction and Healthcare Utilization of Transgender and Gender Non-Conforming Individuals in NYC: A Community-Based Participatory Study. *LGBT Health* 1(4):302-308.
- Radix, A. y Silva, M. (2014). Beyond the guidelines: challenges, controversies, and unanswered questions. *Pediatric Annals* 43(6):e145-e150.
- Rainbow Health Network (2014). *What Are Social Determinants of Health for LGBTTTIQ People?* Accesible en: http://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/woocomerce_uploads/2014/08/SDOH%20Pamphlet.pdf

- Rainbow Health Ontario (s.a.). *Supporting Gender Independent Children and Their Families*. Accesible en: http://www.rainbowhealthontario.ca/admin/contentEngine/contentDocuments/Gender_Independent_Children_.pdf
- Raj, R. (2002). Towards a transpositive therapeutic model: Developing clinical sensitivity and cultural competence in the effective support of transsexual and transgendered clients. *International Journal of Transgenderism* 6(2):s.p.
- Raj, R. (2007). Transactivism as Therapy: A Client Self-Empowerment Model Linking Personal and Social Agency. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy* 11(3-4):77-98.
- Ramos Cantó, J. (2001). *Lesbianismo y transexualidad*. Accesible en: <http://www.muierpalabra.net/pensamiento/sexualidadafectosycultura/lesbianismotrans.htm>
- Ramos Cantó, J. (2003). *Las asociaciones de transexuales*. Accesible en: http://transexualia.org/wp-content/uploads/2015/03/Apoyo_historiasocia.pdf
- Ramos Cantó, J. (2005). Una visión feminista de la transexualidad. En: Romero Bachiller, C., García Dauder, S. y Bargeiras Martínez, C. (Grupo de Trabajo Queer) (eds.). *El eje del mal es heterosexual. Figuraciones, movimientos y prácticas feministas queer*, p. 29-44. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Raymond, J. (1979). *The Transsexual Empire: The Making of the She-Male*. Boston: Beacon Press.
- Reason, P. y Bradbury, H. (2002). Introduction: Inquiry and Participation in Search of a World Worthy of Human Aspiration. En: Thimayya, K.S., Reason, P. y Bradbury, H. (eds.). *Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*, p. 1-14. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Red Internacional por la Despatologización Trans (2009a). *Manifiesto*. Accesible en: <http://www.stp2012.info/old/es/manifiesto>
- Red Internacional por la Despatologización Trans (2009b). *Comunicado de la Red Internacional por la Despatologización Trans: Día de Acción 17 de octubre de 2009 - Campaña STP 2012*. Accesible en: http://www.stp2012.info/old/es/noticias#comunicado_17_octubre_2009
- Red Internacional por la Despatologización Trans (2010a). *Comunicado de la Red Internacional por la Despatologización Trans, 10 de abril de 2010*. Accesible en: http://stp2012.info/old/es/noticias#comunicado_10_abril
- Red Internacional por la Despatologización Trans (2010b). *Propuesta de petición a la American Psychiatric Association*. Accesible en: http://stp2012.info/old/es/noticias#propuesta_10_abril
- Red Internacional por la Despatologización Trans (2010c). *Manifiesto Manifestación Internacional Trans e Intersex*. Accesible en: http://stp2012.info/old/es/noticias#manifiesto_5_junio
- Red Latinoamericana de Hombres Trans en el Activismo (2009). *Campaña Internacional de Despatologización de la Transexualidad*. Accesible en: http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=3298-
- Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español (2010a). *Comunicado de Prensa de la Red Estatal por la Despatologización de las Identidades Trans. "El Gobierno español comparte la necesidad de descatalogar la transexualidad como un trastorno mental"*. Accesible en: http://www.stp2012.info/old/es/noticias#comunicado_7_abril
- Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español (2010b). *Nota de prensa. Activistas trans exigen al gobierno español la eliminación de normativas patologizantes / Por la despatologización de la Ley 3/2007 y los derechos sanitarios trans*. Accesible en: http://www.stp2012.info/old/es/noticias#comunicado_15_de_mayo
- Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español (2010c). *Comunicado de la Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español, 17 de octubre de 2010: Por un nuevo modelo de atención sanitaria para personas trans*. Accesible en: http://www.stp2012.info/old/es/noticias#comunicado_17_octubre_2010
- Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español (2010d). *Guía de Buenas Prácticas para la Atención Sanitaria a Personas Trans en el marco del Sistema Nacional de Salud*. Accesible en: <http://stp2012.info/guia/STP-propuesta-sanidad.pdf>
- Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español (2010e). *Nota de Prensa, 22 de octubre de 2010: Más de 60 ciudades en el mundo se manifestarán este sábado por la despatologización de las identidades trans*. Accesible en: http://www.stp2012.info/old/es/noticias#nota_prensa_22_octubre
- REDER, Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012 (2015). *Radiografía de la reforma sanitaria. La universalidad de la exclusión*. Madrid: REDER. Accesible en: http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_INF_REDER_v4_%282%29-min_b5ea042b%232E%23pdf
- Redwood, S. (2008). Research Less Violent? Or the Ethics of Performative Social Science. *FQS Forum: Qualitative Social Research* 9(2), Art. 60: 1-12. Accesible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/407/882>

- Reed, G.M. (2010). Toward ICD-11: Improving the Clinical Utility of WHO's International Classification of Mental Disorders. *Professional Psychology: Research and Practice* 41(6):457-464.
- Reed, G.M. y Kismödi, E. (2014). *The Classification of Sexual Disorders and Sexual Health: Recommendations for ICD-11*. 23rd WPATH Symposium Bangkok, Thailand, 16 February 2014 [presentación en Powerpoint]. Accesible en: <http://tgeu.org/sites/default/files/WPATH-ICD-Reed-Kismodi-2014.pptx>
- Reed-Danahay, D.E. (1997). Introduction. En: Reed-Danahay, D.E. (ed.). *Auto/Ethnography: Rewriting the Self and the Social*, p. 1-17. Oxford: Berg.
- Regh, A. (2002). Transgender in Deutschland zwischen Transsexualen-Selbsthilfe und Kritik and der Zweigeschlechterordnung. Quo Vadis, Trans(was auch immer)? En: polymorph (ed.): *(K)ein Geschlecht oder viele? Transgender in politischer Perspektive*, p. 185 – 204. Berlin: Querverlag.
- Reicherzer, S., Shavel, S. y Patton, J. (2013). Examining Research Issues of Power and Privilege Within a Gender-Marginalized Community. *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences* 7(1):79-97.
- Reis, E. (2007). Divergence or Disorder? The Politics of Naming Intersex. *Perspectives in Biology and Medicine* 50(4):535-543.
- Reisner, S.L., Bailey, Z. y Sevelius, J. (2014). Racial/ethnic disparities in history of incarceration, experiences of victimization, and associated health indicators among transgender women in the US. *Women Health* 54(8):750-756.
- Rekers, G.A. y Lovaas, O.I. (1974). Behavioral Treatment of Deviant Sex-Role Behaviors in a Male Child. *Journal of Applied Behavior Analysis* 7(2):173-190.
- Renschler, I. y Cattacin, S. (2007). Comprehensive 'difference sensitivity' in health systems. In: Bjorngren-Cuadra, C. y Cattacin, S. (eds.). *Migration and Health: difference sensitivity from an organizational perspective* (pp. 37-41). Malmo: IMER.
- República Oriental de Uruguay (2009). *Ley 18.620. Derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios*. Accesible en: <http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18620&Anchor>
- Reucher, T. (2013[2011]). Dépsychiatriser sans démedicaliser, una solution pragmatique. En: Thomas, M.Y., Espineira, K. y Alessandrin, A. (eds.). *Transidentités. Histoire d'une dépathologisation. Cahiers de la Transidentité*, p. 41-48. Paris: L'Harmattan. Publicado previamente en: *L'Information Psychiatrique* 4(87):295-299.
- ReviseF65 (1995). *Denmark has as the first European country taken the political decision to remove SM as a diagnosis*. Accesible en: <http://www.revisef65.org/denmark.html>
- ReviseF65 (2009). *Fetishism and Sadomasochism no longer diseases in Sweden*. Accesible en: <http://www.revisef65.org/Sweden.html>
- ReviseF65 (2010). *Fetish and SM no longer diseases in Norway*. Accesible en: http://www.revisef65.org/friskmelding_eng.html
- ReviseF65 (2011). *Finland joins Nordic sexual reform*. Accesible en: http://www.revisef65.org/finland_eng.html
- ReviseF65 (2015[1996]). *ReviseF65*. Accesible en: <http://www.revisef65.org/>
- Richardson, L. y St. Pierre, E.A. (2005). Writing: A Method of Inquiry. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 959-978. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Richter-Appelt, H. y Sandberg, D.E. (2010). Should Disorders of Sex Development be an Exclusion Criterion for Gender Identity Disorder in DSM 5? *International Journal of Transgenderism* 12(2):94-99.
- Riley, E.A., Sitharthan, G., Clemson, L. y Diamond, M. (2011a). The Needs of Gender-Variant Children and Their Parents According to Health Professionals. *International Journal of Transgenderism* 13(2):54-63.
- Riley, E.A., Sitharthan, G., Clemson, L. y Diamond, M. (2011b). The Needs of Gender-Variant Children and Their Parents: A Parent Survey. *International Journal of Sexual Health*, 23(3):181-195.
- Riley, E.A., Sitharthan, G., Clemson, L. y Diamond, M. (2013a). Recognising the needs of gender-variant children and their parents. *Sex Education* 13(6):644-659.
- Riley, E.A., Clemson, L., Sitharthan, G. y Diamond, M. (2013b). Surviving a gender-variant childhood: the views of transgender adults on the needs of gender-variant children and their parents. *Journal of Sex & Marital Therapy* 39(3):241-263.
- Riley, S., Schouten, W. y Cahill, S. (2003). Exploring the Dynamics of Subjectivity and Power Between Researcher and Researched. *FSQ. Forum Social Qualitative Research* 4(2):s.p. Accesible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/713>
- Roberts, B. (2008). Performative Social Science: A Consideration of Skills, Purpose and Context. *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 9(2), Art. 58: 1-44. Accesible en: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/377/822

- Roberts, R., Greenberg, M. y Richardsson, H. (2015). *Report of ICD-11 Revision Review, 14 April 2015. Consultancy Interim Assessment of 11th ICD Revision*. Geneva: WHO. Accesible en: <http://www.who.int/classifications/icd/reportoftheicd11review14april2015.pdf>
- Robinson, Y. (2008). The Making of *Harry and Susie Get Married?*: A Performative Approach to Data Collection. *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 9(2), Art. 47:1-15. Accesible en: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/408/884
- Rodríguez, M.F., Mora, P.G., Díaz, M.M. y Grupo GIDSEEN (2014). La disforia de género en la infancia en las clasificaciones diagnósticas. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace* (110):25–35.
- Rodríguez, M.F., Mora, P.G. y Vega, E.G. (2014). La 7ª versión de los Estándares Asistenciales de la WPATH: un enfoque diferente que supera el dimorfismo sexual y de género. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría* 34(122):317–335.
- Rodríguez Villasante, T.R. (2006). *Desbordes creativos. Estilos y estrategias para la transformación social*. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- Rodríguez Villasante, T.R., Montañés, M. y Martí, J. (2000). *Construyendo ciudadanía 1: La investigación social participada*. Barcelona: Editorial El Viejo Topo.
- Roen, K. (2006). Transgender Theory and Embodiment: The Risk of Racial Marginalization. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 656-665. New York: Routledge.
- Rojas, L. y Aguirre, A. (2014). *Posiciones transmigrantes y transfronterizas*. Accesible en: <https://www.diagonalperiodico.net/libertades/posiciones-transmigrantes-y-transfronterizas.html>
- Romero Bachiller, C., García Dauder, S. y Bagueiras Martínez, C. (Grupo de Trabajo Queer) (2005). Introducción. En: Romero Bachiller, C., García Dauder, S. y Bagueiras Martínez, C. (Grupo de Trabajo Queer) (eds.). *El eje del mal es heterosexual. Figuras, movimientos y prácticas feministas queer*, p. 17-28. Madrid: Traficantes del Sueño.
- Romero, K. y Reingold, R. (2013). Advancing adolescent capacity to consent to transgender-related health care in Colombia and the USA. *Reproductive Health Matters* 21(41):186–195.
- Ros, M. (2009). Entrevista. "Ojalá la gente pueda vivir sin adaptar su cuerpo al sistema" [Entrevista con Miquel Missé], 03/12/2009. Accesible en: <http://enlucha.org/articulos/entrevista-ojal-la-gente-pueda-vivir-sin-adaptar-su-cuerpo-al-sistema/#.VhsGSbTtHw>
- Rosenblatt, P.C. (2001). Interviewing at the Border of Fact and Fiction. En: Gubrium, J.F. y Holstein, J.A. (eds.). *Handbook of Interview Research. Context & Method*, p. 893-910. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Rosenthal, S.M. (2014). Approach to the patient: transgender youth: endocrine considerations. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 99(12):4379–4389.
- Roth, W. (2010). Politics and the Disabled Body. *Diverse Thoughts about Human Diversity*. En: Ericson, D.F. (ed.). *The Politics of Inclusion and Exclusion: Identity Politics in Twenty-first Century America*, p. 151-176. New York, London: Routledge.
- Roth, W.-M. (2005). Ethics as Social Practice: Introducing the Debate on Qualitative Research and Ethics. *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 6(1), Art. 9: 1-10. Accesible en: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/526/1141
- Roth, W.-M. (2009). Auto/Ethnography and the Question of Ethics. *FSQ Forum Social Qualitative Research* 10(1), Art. 38: s.p. Accesible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/1213/2645>
- Roth, W.-M. y Tobin, K. (2004). Cogenerate Dialoguing and Metaloguing: Reflexivity of Processes and Genres. *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 5(3), Art. 7: s.p. Accesible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/560/1213>
- Rotondi, N.K. (2012). Depression in Trans People: A Review of the Risk Factors. *International Journal of Transgenderism* 13(3):104–116.
- Routledge, P. (1996). The third space as critical engagement. *Antipode* 28(4):399-419.
- Rubin, H.S. (1998). Phenomenology as method in trans studies. *GLQ, a Journal of Lesbian and Gays Studies* 4(2):263-281.
- Rubin, H. (2006[2003]). The Logic of Treatment. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 482-498. New York, London: Routledge.
- Ruchansky, E. (2012). Una norma de vanguardia. *Página12*, 10/05/2012. Accesible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/193713-58965-2012-05-10.html>
- Ruiz, A. (2010). Octubre trans. Red de despatologización? Neotransfobia? No en mi nombre. *Dos manzanas*, 26 de octubre de 2010. Accesible en: <http://www.dosmanzanas.com/2010/10/octubre-trans-red-de-despatologizacion-neotransfobia-no-en-mi-nombre.html>
- Ruiz Azarola, A. y Perestelo Pérez, L. (2012). Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit* 26(S):158–161.

- Russell, G.M. y Kelly, N.H. (2002). Research as Interacting Dialogic Processes: Implications for Reflexivity. *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 3(3), Art. 18: 1-18. Accesible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/831/1807>
- Russian LGBT Network (2011). *Discrimination on grounds of Sexual Orientation and Gender Identity in Health Care, Education, Employment and Social Security in the Russian Federation. An alternative Report, submitted for the 46th CESCRC Session*. Accesible en: http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/ngos/IRSM_RussianFederation_CESCRC46_en.pdf
- Ryan, C., Russell, S.T., Huebner, D., Diaz, R. y Sanchez, J. (2010). Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 23(4):205–213.
- Sacayán, D. (2010). Sin diagnóstico. Entrevista a Miquel Missé. *SentidoG*, 20 de junio de 2010. Accesible en: <http://www.sentidog.com/lat/2010/06/sin-diagnostico.html>
- Sáez, J. (2004). *Teoría Queer y psicoanálisis*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Sáez, J. (2005). El contexto sociopolítico de surgimiento de la teoría queer. De la crisis del sida a Foucault. En: Córdoba, D., Sáez, J. y Vidarte, P. (eds.). *Teoría queer. Políticas bolleras, maricas, trans, mestizas*, p. 67-76. Barcelona, Madrid: Editorial Egales.
- Sáez, J. (2006). *Presentación del libro "Teoría Queer. Políticas Bolleras, Maricas, Trans, Mestizas"*. Accesible en: <http://www.hartza.com/teoriaqueer.htm>
- Salud Trans Chile (2013). *Campaña Stop Trans Pathologization se pronuncia sobre revisión de categorías patologizantes de las personas trans*. Accesible en: <https://saludtranschile.wordpress.com/2013/01/22/campana-stop-trans-pathologization-se-pronuncia-sobre-revision-de-categorias-patologizantes-de-las-personas-trans-2/> [no disponible, octubre de 2015].
- Saketopoulou, A. (2011). Minding the Gap: Intersections Between Gender, Race, and Class in Work With Gender Variant Children. *Psychoanalytic Dialogues* 21(2):192–209.
- Salamon, G. (2006). Boys of the Lex. Transgenderism and Rhetorics of Materiality. *GLQ A Journal for Lesbian and Gay Studies* 12(4):575-597.
- Salman, R.A.-S., Beller, E., Kagan, J., Hemminki, E., Phillips, R.S., Savulescu, J., et al. (2014). Increasing value and reducing waste in biomedical research regulation and management. *The Lancet* 383(9912):176–185.
- SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2015). *Ending Conversion Therapy: Supporting and Affirming LGBTQ Youth*. Rockville, MD: SAMHSA. Accesible en: <http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA15-4928/SMA15-4928.pdf>
- San Francisco Human Rights Commission (1996). *Resolution Condemning Use of Gender Identity Disorder Diagnosis against Children and Youth*, Sep 11, 1996. Accesible en: http://archive.org/stream/minutesofmeeting1996huma/minutesofmeeting1996huma_djvu.txt
- Sanchez, N. F., Sanchez, J. P. y Danoff, A. (2009). Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City. *American Journal of Public Health* 99(4):713–719.
- Saukko, P. (2005). Methodologies for Cultural Studies: An Integrative Approach. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 343-356. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Schechter, L.S. (2009). The Surgeon’s Relationship with the Physician Prescribing Hormones and the Mental Health Professional: Review for Version 7 of the World Professional Association for Transgender Health’s Standards of Care. *International Journal of Transgenderism* 11(4):222–225.
- Scheidt, D.D.J.S. (2008). The Show with the Voice: An [Au]/-[o]-tophographic Parody. *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 9(2), Art. 27: 1-16. Accesible en: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/409/888
- Scheurich, J.J. y McKenzie, K.B. (2005). Foucault’s Methodologies: Archeology and Genealogy. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 841-868. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Schilt, K. y Westbrook, L. (2009). Doing Gender, Doing Heteronormativity: 'Gender Normals,' Transgender People, and the Social Maintenance of Heterosexuality. *Gender & Society* 23(4):440–464.
- Schoellkopf, J.C. y Mena, J. (2012). Gender Identity Disorder: An Unethical Diagnosis of Normal Human Diversity. *Lesbian Gay Bisexual Transgender Queer Center* 31:1-7.
- Schubert, C. (2011). Making sure. A comparative micro-analysis of diagnostic instruments in medical practice. *Social Science & Medicine* 73(6):851–857.
- Schwandt, T. (2007). The Pressing Need for Ethical Education: A commentary on the Growing IRB Controversy. En: Denzin, N.K. y Giardina, M.D. (eds.). *Ethical Futures in Qualitative Research. Decolonizing the Politics of Knowledge*, p. 85-98. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Schwartz, D. (2012). Listening to Children Imagining Gender: Observing the Inflation of an Idea. *J Homosex* 59(3):460–479.

- Scorgie, F., Nakato, D., Harper, E., Richter, M., Maseko, S., Nare, P., Smith, J. y Chersich, M. (2013). “We are despised in the hospitals”: sex workers’ experiences of accessing health care in four African countries. *Culture, Health & Sexuality* 15(4):450–465.
- Scottish Transgender Alliance (2015). *Use of pronouns*. Accesible en: <http://www.scottishtrans.org/trans-rights/practice/use-of-pronouns/>
- Scribano, A. y De Sena, A. (2009). Construcción de Conocimiento en Latinoamérica: Algunas reflexiones desde la auto-etnografía como estrategia de investigación. *Cinta Moebio* 34:1-15.
- Seale, C. (1999). *The quality of qualitative research*. London: Sage.
- Sedgwick, E.K. (1994). *Tendencias*. London: Routledge.
- Sedgwick, E.K. (1997). Identidades, minorías, comunidades. Construir significados queer. *Non Grata* 3: s.p.
- Sedgwick, E.K. (1998[1990]). *Epistemología del armario*. Barcelona: Ediciones de la Tempestad.
- Segura, A. (2010). La participación ciudadana, la sanidad y la salud. Elementos para un debate informado. *Gestión Sanitaria y Clínica* 12(10):55-62.
- Selvaggi, G. y Giordano, S. (2014). The role of mental health professionals in gender reassignment surgeries: unjust discrimination or responsible care? *Aesthetic Plastic Surgery* 38(6):1177–1183.
- Serequeberhan, T. (2006[1997]). The Critique of Eurocentrism. En: Ashcroft, B., Griffiths, G. y Tiffin, H. (eds.). *The Post-Colonial Studies Reader*, 2nd Edition, p. 89-92. London, New York: Routledge.
- Sevelius, J.M. (2013). Gender Affirmation: A Framework for Conceptualizing Risk Behavior among Transgender Women of Color. *Sex Roles* 68(11-12):675–689.
- Sevelius, J.M., Patouhas, E., Keatley, J.G. y Johnson, M.O. (2014). Barriers and facilitators to engagement and retention in care among transgender women living with human immunodeficiency virus. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine* 47(1):5–16.
- Shapiro, E. (2007). Drag Kinging and the Transformation of Gender Identities. *Gender & Society* 21(2):250-271.
- Sharma, P. (2012). Historical Background and Legal Status of Third Gender in Indian Society. *IJRESS, International Journal of Research in Economics & Social Sciences* 2(12):64-71.
- Sharpe, A. (2006). From Functionality to Aesthetics. The Architecture of Transgender Jurisprudence. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 621-631. New York, London: Routledge.
- S_he (2003). Performing the Gap. Queere Gestalten und geschlechtliche Aneignung. *Arranca!* 28: s.p. Accesible en: <http://arranca.org/ausgabe/28/performing-the-gap>
- Sheperdson, C. (2006[2000]). Selection from *The Role of Gender and the Imperative of Sex*. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 94-102. New York, London: Routledge.
- Sherer, I., Rosenthal, S.M., Ehrensaft, D. y Baum, J. (2012). Child and Adolescent Gender Center: a multidisciplinary collaboration to improve the lives of gender nonconforming children and teens. *Pediatr Rev* 33(6):273–275.
- Shukaitis, S. y Graeber, D. (2007). Introduction. En: Shukaitis, S. y Graeber, D. (eds.). *Constituent Imagination. Militant Investigations. Collective Theorization*, p. 11-36. Oakland, Edinburgh: AK Press.
- Siddiqi, D.M. (2011). Sexuality, rights and personhood: tensions in a transnational world. *BMC Int Health Hum Rights* 11(Suppl 3):S5.
- SIGLA, Sociedad de Integración Gay Lésbica Argentina (2011). *Despatologización trans*. Accesible en: http://www.sigla.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&catid=86:sociales-recreativas-y-varias&id=459:despatologizacion-trans&Itemid=108
- Silberkasten, M. y Cabral, M. (2009). Una cuestión ética. En: Cabral, M. (ed.). *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*, p. 131-140. Córdoba, Argentina: Anarrés Editorial.
- Sills, I.N. (2014). Increasing expertise in caring for the gender dysphoric child and transgender adolescent. *J Pediatr* 164(4):689–690.
- Simón Lorda, P. y Júdez Gutiérrez, J. (2001). El consentimiento informado. *Med Clin* 117:99-106.
- Simón, P., Barrio, M.I., Sánchez, C.M., Tamayo, M.I., Molina, A., Suess, A., Jiménez, J.M. (2007). Satisfacción de los pacientes con los procesos de información, consentimiento y toma de decisión durante la hospitalización. *Anales del Sistema Sanitario Navarro* 30(2):191-198.
- Simons, L., Schrage, S.M., Clark, L.F., Belzer, M. y Olson, J. (2013). Parental support and mental health among transgender adolescents. *J Adolesc Health* 53(6):791–793.
- Singer, T.B. (2006). From the Medical Gaze to *Sublime Mutations: The Ethics of (Re)Viewing Non-Normative Body Images*. Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 601-620. New York: Routledge.
- Singh, A.A., Richmond, K. y Burnes, T.R. (2013). Feminist Participatory Action Research with Transgender Communities: Fostering the Practice of Ethical and Empowering Research Designs. *International Journal of Transgenderism* 14(3):93-104.

- Slemon, S. (2006[1990]). Unsettling the Empire: Resistance Theory for the Second World. En: Ashcroft, B., Griffiths, G. y Tiffin, H. (eds.). *The Post-Colonial Studies Reader*, 2nd Edition, p. 102-106. London, New York: Routledge.
- Slemon, S. (2006[1994]). The Scramble for Post-Colonialism. En: Ashcroft, B., Griffiths, G. y Tiffin, H. (eds.). *The Post-Colonial Studies Reader*, 2nd Edition, p. 51-56. London, New York: Routledge.
- Smith, L.T. (1999). *Decolonizing methodologies: indigenous peoples and research*. London: Zed Books.
- Smith, J.K. y Hodkinson, P. (2005). Relativism, Criteria, and Politics. En: Denzin, N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.). *The Sage Handbook of Qualitative Research. Third Edition*, p. 915-932. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Snow, D.A. y Benford, R.D. (1988). Ideology, Frame Resonance, and Participant Mobilization. En: Klandermans, B., Kriesi, H.-P. y Tarrow, S. (eds.). *From Structure to Action: Comparing Social Movement Participation across Culture*, p. 197-218. Greenwich: JAI Press.
- Snow, D.A. y Trom, D. (2006[1996]). The Case Study and the Study of Social Movements. McAdam, D., McCarthy, J.D. y Zald, M.N. (eds.). *Comparative Perspectives on Social Movements. Political Opportunities, Mobilizing Structures, and Cultural Framings*, p. 146-172. Cambridge: Cambridge University Press.
- Socias, M., Marshall, B., Arístegui, I., Romero, M., Cahn, P., Kerr, T. y Sued, O. (2014). Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *International Journal for Equity in Health* 13(81):1-8.
- Society for Adolescent Health and Medicine (2013). Recommendations for promoting the health and well-being of lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents: a position paper of the Society for Adolescent Health and Medicine. *J Adolesc Health* 53(4):506-510.
- SOCUMES, Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (2011[2010]). *Declaración del V Congreso de Educación, Orientación y Terapia Sexual, Cuba*. Sexología y Sociedad 17(48):38-39. Accesible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/425/467>
- Soine, S. (1999): Queer als Herausforderung: Lesben zwischen Heterosexismuskritik und Lifestyle. *Beiträge zur feministischen Theorie und Praxis* 22(52):9-28.
- Sood, N. (2010). *Transgender People's Access to Sexual Health and Rights: A Study of Law and Policy in 12 Asian Countries*. Kuala Lumpur: ARROW, Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women. Accesible en: http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/bangkok_transgender.pdf
- Soto Rodríguez, M.A. (2014). La patologización de la transexualidad: contemplando posibilidades de resistir desde algunas construcciones identitarias de género no hegemónicas. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe* 11(2):145-165.
- South Australia Government (1988). *Sexual Reassignment Act*. Accesible en: <http://www.legislation.sa.gov.au/lz/c/a/sexual%20reassignment%20act%201988/current/1988.4.9.un.pdf>
- Spade, D. (s.a.). *once more... with feeling*. Accesible en: <http://www.makezine.enoughenough.org/pronouns.html>
- Spade, D. (2003). Resisting Medicine / Remodeling Gender. *Berkeley Women's Law Journal* 18:15-37.
- Spade, D. (2006a). Mutilating Gender. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 315-332. New York, London: Routledge.
- Spade, D. (2006b). Compliance is Gendered: Struggling for Gender Self-Determination in a Hostile Economy. En: Currah, P., Juan, R.M. y Minter, S.P. (eds.). *Transgender Rights*, p. 217-241. Minneapolis, London: University of Minnesota Press.
- Spade, D. (2009). Keynote Address: Trans Law Reform Strategies, Co-Optation, and the potential for Transformative Change. *Women's Rights Law Reporter* 30(2):288-314.
- Spade, D. (2011). *Normal Life: Administrative Violence, Critical Trans Politics and the Limits of Law*. New York: South End Press.
- Spade, D. (2013). Intersectional Resistance and Law Reform. *Signs, Journal of Women in Culture and Society* 38(4):1-25.
- SPD Uri, Social Psychiatric Service Cantone Uri (2011). *Stop Pathologization of Transsexual People!* Accesible en: http://www.spduri.ch/fileadmin/dateien/downloads/Stop_Pathologization_of_Transsexual_People.pdf
- Spivak, G.C. (1988). Can the Subaltern Speak? En: Nelson, C. y Grossberg, L. (eds.). *Marxism and the Interpretation of Culture*, p. 271-313. Chicago: University of Illinois Press.
- Sprague, J. y Zimmerman, M. (2004). Overcoming Dualisms: A Feminist Agenda for Sociological Methodology. En: Hesse-Biber, S.N. y Leavy, P. (eds.). *Approaches to Qualitative Research. A Reader on Theory and Practice*, p. 39-61. Oxford: Oxford University Press.
- Spry, T. (2001). Performing Autoethnography: An Embodied Methodological Praxis. *Qualitative Inquiry* 7(6):706-732.

- Spry, T. (2009). Bodies of/as Evidence in Autoethnography. *International Review of Qualitative Research* 1(4):603-610.
- Stacey, J. (1991). Can there be a feminist ethnography? En: Berger Gluck, S. y Patai, D. (eds.) *Women's words: the feminist practice of oral history*, p. 111-120. New York: Routledge.
- Standing, K. (1998). Writing the Voices of the Less Powerful: Research on Lone Mother. En: Ribbens, J. y Edwards, R. (eds.). *Feminist Dilemmas in Qualitative Research. Public Knowledge and Private Lives*, p. 186-202. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Stastny, P. y Lehmann, P. (2007 eds.). *Alternatives Beyond Psychiatry*. Berlin: Peter Lehmann Publishing.
- Steensma, T.D., Biemond, R., de Boer, F. y Cohen-Kettenis, P.T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: a qualitative follow-up study. *Clin Child Psychol Psychiatry* 16(4):499-516.
- Steensma, T.D., McGuire, J.K., Kreukels, B.P.C., Beekman, A.J. y 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.
- Stein, E. (2012). Commentary on the Treatment of Gender Variant and Gender Dysphoric Children and Adolescents: Common Themes and Ethical Reflections. *J Homosex* 59(3):480-500.
- Stieglitz, K.A. (2010). Development, risk, and resilience of transgender youth. *J Assoc Nurses AIDS Care* 21(3):192-206.
- Stocks, T. (2015). To What Extent Have the Rights of Transgender People Been Underrealized in Comparison to the Rights of Lesbian, Gay, Bisexual, and Queer/Questioning People in the United Kingdom? *International Journal of Transgenderism* 16(1):1-35.
- Stoddard, J., Leibowitz, S.F., Ton, H. y Snowdon, S. (2011). Improving medical education about gender-variant youth and transgender adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 20(4):779-791.
- Stoller, R. (1968). *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*. New York: Science House.
- Stoller, R. (1973). Male transsexualism: Uneasiness. *American Journal of Psychiatry* 130:536-539.
- Stoller, R. (2006[1968]). Selection from *Biological Substrates of Sexual Behavior*. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 53-57. New York, London: Routledge.
- Stone, S. (2006[1987]). The Empire Strikes Back: A Posttranssexual Manifesto. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 221-235. New York, London: Routledge.
- STP-2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2010[2009]). *Objetivos*. Accesible en: <http://stp2012.info/old/es/objetivos>
- STP-2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2011a). *Declaración de STP 2012 en apoyo a Occupy the American Psychiatric Association*, 5 de mayo de 2011. Accesible en: http://stp2012.info/old/es/noticias#Occupy_APA
- STP-2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2011b). *Comunicado de la Campaña STP 2012, julio de 2011: Reflexiones sobre despatologización trans y derechos sanitarios*. Accesible en: http://www.stp2012.info/Comunicado_STP2012_julio2011.pdf
- STP-2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2011c). *Propuesta de la Campaña STP 2012 dirigida a la American Psychiatric Association*. Accesible en: http://www.stp2012.info/old/es/noticias#propuesta_apa
- STP-2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2011d). *Nota de prensa de STP 2012. Acciones por la despatologización trans en 70 ciudades de 32 países*. Accesible en: http://www.stp2012.info/STP2012_Nota_Prensa_oct2011.pdf
- STP-2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2011e). *Actividades de la Campaña Internacional Stop 2012, 2007 - 2011*. Accesible en: http://stp2012.info/Dossier_Actividades_STP2012.pdf
- STP-2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2012a). *Reflexiones sobre el proceso de revisión de la CIE desde una perspectiva de despatologización y derechos humanos*. Accesible en: http://www.stp2012.info/STP2012_Reflexiones_CIE.pdf
- STP-2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2012b). *Reflexiones sobre los SOC-7*. Accesible en: http://www.stp2012.info/STP2012_Reflexiones_SOC7.pdf
- STP-2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2012c). *Nota de Prensa de STP-2012: Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2012: Más de 100 acciones en diferentes partes del mundo*. Accesible en: http://www.stp2012.info/STP2012_Nota_de_prensa_Octubre2012.pdf
- STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2013a). *Desarrollos recientes relacionados con el proceso de revisión del DSM y de la CIE*. Accesible en: http://www.stp2012.info/old/es/noticias#comunicado_DSM_CIE
- STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2013b). *STP anuncia la convocatoria del Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2013 y la publicación de un nuevo comunicado*. Accesible en: <http://www.stp2012.info/old/es/noticias#convocatoria2013>

- STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2013c). *Reflexiones de STP sobre el proceso de revisión de la CIE y la publicación del DSM-5*. Accesible en: http://stp2012.info/Comunicado_STP_agosto2013.pdf
- STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2013d). *Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2013. Nota de prensa de STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization, 19 de octubre de 2013*. Accesible en: http://stp2012.info/old/es/noticias#nota_de_prensa_oct2013
- STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2014a). *STP anuncia la convocatoria del Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2014*. Accesible en: <http://www.stp2012.info/old/es/noticias#convocatoria2014>
- STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2014b). *Nota de prensa: Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2014*. Accesible en: http://www.stp2012.info/STP_Nota_de_Prensa_Octubre_2014.pdf
- STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2015a). *STP anuncia la convocatoria del Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2015*. Accesible en: <http://www.stp2012.info/old/es/noticias#convocatoria2015>
- STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2015b). *Nota de prensa: Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2015*. Accesible en: http://www.stp2012.info/STP_Nota_de_Prensa_Octubre2015.pdf
- STRAP, Society of Transsexual Women of the Philippines (2010). *STRAP's Declaration in Support of the Stop Trans Pathologization 2012 Campaign*. Accesible en: <http://strapmanila.blogspot.com/2010/11/straps-declaration-in-support-of-stp.html>
- Strathern, M. (1987). An awkward relationship: the case of feminism and anthropology. *Signs* 12(2):276-292.
- Stroumsa, D. (2014). The state of transgender health care: policy, law, and medical frameworks. *American Journal of Public Health* 104(3):e31-38.
- Stryker, S. (1998). The Transgender Issue: An Introduction. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies* 4(2):145-158.
- Stryker, S. (2004). Transgender Studies: Queer Theory's Evil Twin. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies* 10(2):212-215.
- Stryker, S. (2006[1994]). My words to Victor Frankenstein above the Village of Chamounix: Performing Transgender Rage. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.) *The Transgender Studies Reader*, p. 244-256. New York, London: Routledge.
- Stryker, S. (2006). (De)Subjugated Knowledges: An Introduction to Transgender Studies. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.) *The Transgender Studies Reader*, p. 1-18. New York, London: Routledge.
- Stryker, S. (2008). *Transgender History*. Berkeley: Seal Press.
- Stryker, S. (2012). Prefacio. En: Balzer, C. y Hutta, J.S. (eds.). *Transrespeto versus Transfobia en el Mundo – Un Estudio Comparativo de la Situación de los Derechos Humanos de las Personas Trans (TvT Report Spanish Version)*, p. 12-17. Berlín: TGEU, Transgender Europe. Accesible en: http://www.transrespect-transphobia.org/uploads/downloads/Publications/TvT_research-report_ES_.pdf y http://transrespect.org/wp-content/uploads/2015/08/TvT_research-report_ES_.pdf [nueva página web].
- Stryker, S. y Aizura, A.Z. (2013 eds.). *The Transgender Studies Reader 2*. New York, London: Routledge.
- Stryker, S. y Whittle, S. (2006 eds.). *The Transgender Studies Reader*. New York, London: Routledge.
- Stuckler, D., Feigl, AB., Basu, S. y McKee, M. (2010). *The political economy of universal health coverage*. HSR Symposium, Montreux: WHO. Accesible en: http://healthsystemsresearch.org/hsr2010/images/stories/8political_economy.pdf
- Stychin, C.F. (2001). 'Sexual Citizenship in the European Union'. *Citizenship Studies* 5(3):285-301.
- Suess, A. (2002). Estrategias de intervención y reivindicación política: Asociacionismo de mujeres inmigrantes entre asistencialismo y *empowerment*. En: Gregorio Gil, C. y Agrela Romero, B. (eds.). *Mujeres de un solo mundo: Globalización y multiculturalismo*, 289-314. Granada: Editorial Universidad de Granada, Colección Feminae.
- Suess, A. (2005). Construcción social de enfermedad desde una perspectiva transcultural: Anorexia Nerviosa. En: Universidad de Murcia (ed.): *Antropología: Dinámica entre diversidad cultural e identidad*, p. 213-250. Universidad de Murcia, Sede Permanente de Extensión Cultural Valle de Ricote.
- Suess A. (2006). El arte como herramienta de transformación social: proyectos comunitarios. *Encuentros con la Expresión* 70-75.
- Suess, A. (2007). Arte, terapia y transformación social en la intersección entre postestructuralismo y teoría crítica. *Arteterapia, Papeles de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social* 2:27-38.
- Suess, A. (2008). Arteterapia: Aplicaciones en el ámbito social. *Acta del 2º Congreso Internacional de Educación Artística y Visual*. Granada, University of Granada.

- Suess, A. (2010). Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales. En: Missé, M. y Coll-Planas, G. (eds.). *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, p. 29-54. Barcelona, Madrid: Egales.
- Suess, A. (2011a). Reflexiones sobre la despatologización. En: *Actas del X Congreso Argentino de Antropología Social. La antropología interpelada: nuevas configuraciones político-culturales en América Latina*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Suess, A. (2011b). Despatologización trans y práctica arteterapéutica. *Arte y Políticas de Identidad* 4:63-80.
- Suess, A. (2011c). Arteterapia: aplicaciones en contextos sociales, multiculturales y comunitarios. *Hoja de Psicodrama* 35-40.
- Suess, A. (2011d). Reflexiones acerca de la despatologización. En: *Actas del XII Congreso de Antropología. Lugares, tiempos, memorias. La antropología ibérica en el siglo XXI*. León: Asociación de Antropología de Castilla y León.
- Suess, A. (2014). Cuestionamiento de dinámicas de patologización y exclusión discursiva desde perspectivas trans e intersex. *Revista de Estudios Sociales* 49:128-143.
- Suess, A. (2015a). Social responsibilities of qualitative and ethnographic public health research in the current moment of systemic crisis: Reflections from a poststructural and reflexive research ethics framework. *European Journal of Public Health* 25(suppl 3): 42.
- Suess, A. (2015b). Trans Depathologization Perspectives and Public Health Frameworks: Intersections and Alliances. *European Journal of Public Health* 25(suppl 3):42.
- Suess, A. (2015c). *Nos preocupa la patologización de la diversidad de género en la infancia*, 28 de octubre de 2015. Accesible en: <http://transactivists.org/2015/10/28/amets-suess-nos-preocupa-la-patologizacion-de-la-diversidad-de-genero-en-la-infancia/>
- Suess, A. y Balzer, C. (2009). "We would like to express our concern regarding the exclusion trans people in Latin America have been exposed to" – Interview with Belissa Andía ["Queremos hacer manifiesta nuestra preocupación por la exclusión de la que han sido objeto las personas trans de América Latina" - Entrevista con Belissa Andía Pérez]. *Liminalis, Journal for Sex/Gender Emancipation and Resistance* 3:110-121.
- Suess, A., Espineira, K. y Crego Walters, P. (2014). Depathologization. *TSQ, Transgender Studies Quarterly* 1(1-2):73-77.
- Suess, A., Prieto Rodríguez, M.A., March Cerdà, J.C., Escudero Carretero, M.J., Cabeza, E. y Pallicer, A. (2006). El proceso asistencial de cáncer: Necesidades y expectativas de los usuarios. *Oncología* 29(9):13-23.
- Suess, A., Ruiz-Azarola, A., Tamayo-Velázquez, M.I., García-Toyos, N.; López-Doblas, M., Luque-Martin, N. y Ruiz-Pérez, I. (2015). Mortgage-Related Eviction Processes, Self-Reported Health Status, Experiences of Discrimination and Civil Society Engagement: Analysis from a Social Determinants of Health Framework. *European Journal of Public Health* 25(suppl 3):27.
- Suess, A., Ruiz Pérez, I., Ruiz Azarola, A. y March Cerdà, J.C. (2014a). El derecho de acceso sanitario en el contexto del Real Decreto-ley 16/2012: la perspectiva de organizaciones de la sociedad civil y asociaciones profesionales. *Gac Sanit* 28:461-469.
- Suess, A., Ruiz Pérez, I., Ruiz Azarola, A. y March Cerdà, J.C. (2014b). The right of access to health care for undocumented migrants: a revision of comparative analysis in the European context. *European Journal of Public Health* 24(5):712-720.
- Suess A., Tamayo Velázquez, M.I., Bono del Trigo, A. y Grupo de Derechos Humanos y Salud Mental (2015). *Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de Salud Mental*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública y Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Accesible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../p_ubicaciones/datos/627/pdf/Guia_PAD-SM_2015.pdf
- Sultana, F. (2007). Reflexivity, Positionality and Participatory Ethics: Negotiating Fieldwork Dilemmas in International Research. *ACME: An International E-Journal for Critical Geographies* 6(3):374-385.
- Sveriges Riksdag (2013[1972]). *Lag (1972:119) om fastställande av konstlillhörighet i vissa fall*. Accesible en: http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-1972-119/
- Sveriges Riksdag (2013). *SFS 2013: 405. Lag om ändring i lagen (1972:119) om fastställande av konstlillhörighet i vissa fall; utfärdad den 30 maj 2013*. Accesible en: <http://rkrattsdb.gov.se/SFSdoc/13/130405.PDF>
- Sylvia Rivera Law Project (s.a.). *Your Healthcare Rights: Trans Youth in New York*. Accesible en: <http://archive.srlp.org/files/kyr-hc-en.pdf>
- Szasz, T.S. (1991). *Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Men*. Syracuse: Syracuse University Press.

- Szasz, T. (2008[1961]). *El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta personal*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Szasz, T. (2009). *Anti-Psychiatry: Quackery Squared*. Syracuse: Syracuse University Press.
- Tamas, S. (2009). Writing and Righting Trauma: Troubling the Autoethnographic Voice. *FQS. Forum Qualitative Social Research* 10(1), Art. 22: s.p. Accesible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1211/2641>
- Tarrow, S. (2006[1996]). States and opportunities: The political structuring of social movements. McAdam, D., McCarthy, J.D. y Zald, M.N. (eds.). *Comparative Perspectives on Social Movements. Political Opportunities, Mobilizing Structures, and Cultural Framings*, p. 41-61. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, J. (2011). The intimate insider: negotiating the ethics of friendship when doing insider research. *Qualitative Research* 11(1):3-22.
- Taylor, Y., Hines, S. y Casey, M. (2010). Introduction. En: Taylor, Y., Hines, S. y Casey, M. (eds.). *Theorizing Intersectionality and Sexuality*, p. 1-14. Houndmills, New York: Palgrave Macmillan.
- TDoR (2015). *International Transgender Day of Remembrance*. Accesible en: <http://tdor.info/>
- Tena Díaz, F. (2013). Sacudirse La Tutela Médica. Hacia La Despatologización de La Transexualidad. *Revista Andaluza de Antropología* 5:35-65.
- TENI, Transgender Equality Network Ireland (2014a). *Press Release: Government Publish Gender Recognition Bill, 19 dec 2014*. Accesible en: <http://www.teni.ie/news-post.aspx?contentid=1215>
- TENI, Transgender Equality Network Ireland (2014b). *Legislation Based on Human and Civil Rights is Key to Equality for All. Executive Summary*. Accesible en: <http://www.teni.ie/attachments/944afe8f-7ca9-4bf8-bd3b-f15576758313.PDF>
- TENI, Transgender Equality Network Ireland (2015a). *Ireland Agrees to Self-Declaration for Gender Recognition Bill. 3 Jun 2015*. Accesible en: <http://www.teni.ie/news-post.aspx?contentid=1393>
- TENI, Transgender Equality Network Ireland (2015b). *Legal Gender Recognition in Ireland*. Accesible en: <http://www.teni.ie/page.aspx?contentid=586>
- TENI, Transgender Equality Network Ireland (2015c). *Press Release: Gender Recognition Bill Completes Passage Through the Oireachtas, 15 July 2015*. Accesible en: <http://www.teni.ie/news-post.aspx?contentid=1408>
- TGEU, Transgender Europe (2009). *Campaign: Removal of GID from the Diagnostic Manuals. TGEU Call for Action / Support*. Accesible en: <http://www.tgeu.org/node/73> [ya no disponible online, octubre de 2015, accesible en: <https://birdofparadox.wordpress.com/2009/08/29/tgeu-call-for-actionsupport-stop-trans-pathologization-2012/>].
- TGEU, Transgender Europe (2010). *DSM-Revision: No End to Trans* Pathologization*. Accesible en: <http://tgeu.org/dsm-%E2%80%93-revision-no-end-to-trans-pathologization/>
- TGEU, Transgender Europe (2011). *Historic Decision at the United Nations: Human Rights Council Passes First-Ever Resolution on Sexual Orientation and Gender Identity*, June 17, 2011. Accesible en: <http://tgeu.org/historic-un-human-rights-resolution-covers-transgender-people/#PR>
- TGEU, Transgender Europe (2012a). *TGEU Media Release: Diagnosing diversity is crazy - Trans people are sane, October 20, 2012*. Accesible en: <http://tgeu.org/diagnosing-diversity-is-crazy-trans-people-are-sane/>
- TGEU, Transgender Europe (2012b). *Argentina adopts ground-breaking gender identity law*. Accesible en: <http://tgeu.org/argentina-adopts-ground-breaking-gender-identity-law/>
- TGEU, Transgender Europe (2013a). *An option that is no option – a TGEU Comment on Germany's new law on registering intersex infants*. Accesible en: <http://tgeu.org/an-option-that-is-no-option-a-tgeu-comment-on-germanys-new-law-on-registering-intersex-infants/>
- TGEU, Transgender Europe (2013b). *Roundtable Gender Recognition Legislation*. Accesible en: <http://tgeu.org/roundtable-gender-recognition-legislation/>
- TGEU, Transgender Europe (2014[2013]). *TGEU's Position on the revision of the ICD 10*. Accesible en: http://www.tgeu.org/sites/default/files/TGEU%20Position%20ICD%20Revision_0.pdf
- TGEU, Transgender Europe (2014a). *ACCESS ALL AREAS! Recognition Opens Doors. Europe-wide Campaign*. Accesible en: <http://tgeu.org/accessallareas/>
- TGEU, Transgender Europe (2014b). *Denmarks goes Argentina! Denmark passes best legal gender recognition law in Europe*. Accesible en: http://www.tgeu.org/sites/default/files/2014-06-11_TGEU_Denmark-final.pdf
- TGEU, Transgender Europe (2014c). *A step in the right direction: WHO proposes to remove F64 "gender identity disorders" from the mental and behavioural disorders". TGEU Statement, August 22, 2014*. Accesible en: <http://tgeu.org/who-publishes-icd-11-beta/>
- TGEU, Transgender Europe (2015a). *Malta Adopts Ground-breaking Trans and Intersex Law – TGEU Press Release, April 1, 2015*. Accesible en: <http://tgeu.org/malta-adopts-ground-breaking-trans-intersex-law/>

- TGEU, Transgender Europe (2015b). *Norwegian Expert Group Publishes Progressive Gender Recognition Recommendations*, April 10, 2015. Accesible en: <http://tgeu.org/norwegian-expert-group-publishes-progressive-gender-recognition-recommendations/>
- TGEU, Transgender Europe (2015c). *Trans Rights Europe Map & Index 2015*. Accesible en: <http://tgeu.org/trans-rights-europe-map-2015/>
- TGEU, Transgender Europe (2015d). *Ireland adopts progressive Gender Recognition Law*, 15. July 2015. Accesible en: <http://tgeu.org/ireland-adopts-progressive-gender-recognition-law/>
- TGEU, Transgender Europe (2015e). *Know Your Rights. TGEU's Activist's Guide on Trans People's Rights under EU Law*. Berlín: TGEU. Accesible en: <http://tgeu.org/wp-content/uploads/2015/07/TGEUs-Activists-Guide-on-Trans-Peoples-Rights-under-EU-Law.pdf>
- TGEU, Transgender Europe (2015f). *TGEU welcomes EU Parliament's clear stance on protecting fundamental rights*, September 8, 2015. Accesible en: <http://tgeu.org/tgeu-ferrara-report/>
- TGEU, Transgender Europe (2015g). *TGEU calls upon WHO to support gender variant children, not label them as "sick"*, October 24, 2015. Accesible en: <http://tgeu.org/support-gender-variant-children/>
- TGEU, Transgender Europe (2015h). *TGEU – Briefing for the International Day of Action for Trans-Depathologisation, October 2015*. Accesible en: http://tgeu.org/wp-content/uploads/2015/10/TGEUBriefingnote_Depathologisation_and_ICD_revision.pdf
- TGEU, Transgender Europe y Balzer, C. (2015a). *IDAHOT 2015. Cifras alarmantes: Más de 1,700 de personas trans asesinadas en los últimos 7 años*. Accesible en: http://www.transrespect-transphobia.org/es_ES/tvt-project/tmm-results/idadhot-2015.htm y <http://transrespect.org/es/transgender-europe-idahot-tmm-2015/> [nueva página web].
- TGEU, Transgender Europe y Balzer, C. (2015b). *Nuevos mapas interactivos revelan la situación de las personas trans en el mundo, 23 de octubre de 2015*. Accesible en: <http://transrespect.org/es/new-interactive-maps-depict-situation-for-trans-persons-worldwide/>
- TGEU e ILGA-Europe (2009). *Malta Declaration*. Accesible en: <http://tgeu.org/malta-declaration/>
- TGNB, Transgender Netzwerk Berlin (2006[2001]). *La Red Transgénero de Berlín – Descripción*. Accesible en: <http://www.tgnb.de/?id=102&lang=es>
- The Guardian (2014). India recognises transgender people as third gender. *The Guardian*, April 15, 2014. Accesible en: <http://www.theguardian.com/world/2014/apr/15/india-recognises-transgender-people-third-gender>
- The Huffington Post (2013). Nepal 'Third Gender' IDs Issued for Minorities. *The Huffington Post*, January 22, 2013. http://www.huffingtonpost.com/2013/01/23/nepal-third-gender-ids_n_2533316.html
- Theilen, J.T. (2014). Depathologisation of Transgenderism and International Human Rights Law. *Human Rights Law Review* 14(2):327-342.
- The Transgender Community (2008). *Objection to DSM-V Committee Members on Gender Identity Disorder*. Accesible en: <http://www.thepetitionsite.com/2/objection-to-dsm-v-committee-members-on-gender-identity-disorders/>
- Thomas, K. (2006). Afterword: Are Transgender Rights In Human Rights? En: Currah, P., Juang, R.M. y Minter, S.P. (eds.). *Transgender Rights*, p. 310-326. Minnesota, London: University of Minnesota Press.
- Thomas, M.-Y. (2011). Pour un cadre générique du transsexualisme. *L'Information Psychiatrique* 87(4): 201-304.
- Thomas, M.-Y., Espineira, K. y Alessandrin, A. (2013a eds.). Transidentités. Histoire d'une depathologisation. *Cahiers de la Transidentité N° 1*. Paris: L'Harmattan.
- Thomas, M.-Y., Espineira, K. y Alessandrin, A. (2013b eds.). Identités Intersexes: Identités en débat. *Cahiers de la Transidentité N° 2*. Paris: L'Harmattan.
- Thomas, M.-Y., Espineira, K. y Alessandrin, A. (2013c eds.). Corps Trans, Corps Queer. *Cahiers de la Transidentité N° 3*. Paris: L'Harmattan.
- Thomson, S., Osborn, R., Squires, D. y Jun, M. (2013). *International Profiles of Health Care Systems*. New York, Washington: The Commonwealth Fund. Accesible en: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2013/nov/1717_thomson_intl_profiles_hlt_care_sys_2013_v2.pdf
- Thorne, B. (2004). 'You Still Takin' Notes?' Fieldwork and Problems of Informed Consent. En: Hesse-Biber, S.N. y Leavy, P. (eds.). *Approaches to Qualitative Research. A Reader on Theory and Practice*, p. 159-176. Oxford: Oxford University Press.
- Timimi, S. (2011). *No More Psychiatric Labels. Campaign to Abolish Psychiatric Diagnostic Systems such as ICD and DSM (CAPSID)*. Accesible en: <http://www.criticalpsychiatry.net/wp-content/uploads/2011/05/CAPSID12.pdf>
- Timmermans, S. (2013). Seven warrants for qualitative health sociology. *Social Science & Medicine* 77:1-8.

- Tom Waddell Health Center (2011). *Protocols for Hormonal Reassignment of Gender*. Accesible en: <http://www.twtransgenderclinic.org/wp/wp-content/uploads/2012/06/TG-protocols-2011-revision.pdf>
- Tompkins, A. (2014). Asterisk. *TSQ, Transgender Studies Quarterly* 1(1-2):26-27.
- Tosh, J. (2014). *Perverse Psychology: the Pathologization of Sexual Violence and Transgenderism*. London, New York: Routledge.
- Towle, E.B. y Morgan, L.M. (2002). Romancing the Transgender Native. Rethinking the Use of the “Third Gender” Concept. *GLQ, A Journal of Lesbian and Gay Studies* 8(4):469-497.
- Trahar, S. (2009). Beyond the Story Itself: Narrative Inquiry and Autoethnography in Intercultural Research in Higher Education. *FQS. Forum Qualitative Social Research* 10(1), Art. 30: s.p. Accesible en: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1218/2653>
- Transexuallegal OSC (2011). *Libre desarrollo de la personalidad vs patologización del discurso clínico. Postura oficial de Transexuallegal OSC al Movimiento Internacional STP-2012*. Accesible en: <http://www.transexuallegal.com/pdf/pronunciamento-01.pdf>
- TransX, Verein für Transgender Personen (2011). *Depathologisierung*. Accesible en: <http://www.transx.at/Pub/Depathologisierung.php>
- TriQ, TransInterQueer e.V. (2009). *Presseerklärung von TransInterQueer e.V. zu Internationalem Aktionstag „Stopp Trans Pathologisierung 2012“*. Accesible en: <http://www.transinterqueer.org/politik-lobbyarbeit/stop-trans-pathologisierung-2012/>
- Trujillo Barbadillo, G. (2005). Desde los márgenes. Prácticas y representaciones de los grupos *queer* en el Estado español. En: Romero Bachiller, C. y García Dauder, S. y Bargueiras Martínez, C. (Grupo de Trabajo Queer) (eds.). *El eje del mal es heterosexual. Figuraciones, movimientos y prácticas feministas queer*, p. 29-44. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Trujillo, G. (2008). Sujetos y miradas inaprobables/adadas. El discurso de las lesbianas *queer*. En: Platero, R. (ed.). *Lesbianas. Discursos y representaciones*, p. 107-118. Barcelona: Melusina.
- Tuck, E. y Fine, M. (2007). Inner angles: A range of ethical responses to/with Indigenous and decolonizing theories. En: Denzin, N. y Giardina, M. (eds.). *Ethical futures in qualitative research: Decolonizing the politics of knowledge*, pp. 145-168. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Tuerk, C. (2011). Considerations for Affirming Gender Nonconforming Boys and Their Families: New Approaches, New Challenges. *Child and Adolescent Psychiatric Clin N Am* 20(4):767-777.
- Tuider, E. (2001): Menschen in Kartons. Geschlechter und Sexualitäten als postmoderne Eventualitäten. En: Heidler, U., Micheler, S. y Tuider, E. (eds.). *Jenseits der Geschlechtergrenzen. Sexualitäten, Identitäten und Körper in Perspektiven von Queer Studies*, p. 233-252. Hamburg: MännerschwarmSkript Verlag.
- Turner, B.S. (1984). *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Turner, L., Whittle, S. y Combs, R. (2009). *Transphobic Hate Crime in the European Union*. London: Press for Change. Accesible en: http://www.ucu.org.uk/media/pdf/r/6/transphobic_hate_crime_in_eu.pdf
- TvT, Transrespeto versus Transfobia en el Mundo (2012). *Mapping the Social and Legal Situation. Trans-specific Health Care: Hormone Therapy and Hormones & Gender Reassignment Treatment and Body Modifications*. Accesible en: http://www.transrespect-transphobia.org/es_ES/mapping.htm
- UK Council for Psychotherapy (2014). *Conversion therapy. Consensus statement*. Accesible en: http://www.psychotherapy.org.uk/UKCP_Documents/policy/Conversion%20therapy.pdf
- UNDP, United Nations Development Programme (2013). *Discussion Paper, Transgender Health and Human Rights*. New York: UNDP. Accesible en: <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Governance%20of%20HIV%20Responses/Trans%20Health%20&%20Human%20Rights.pdf>
- UNDP, United Nations Development Programme y Winter, S. (2012). *Lost in Transition: Transgender People, Rights and HIV Vulnerability in the Asia-Pacific Region*. Bangkok: UNDP Asia-Pacific Regional Centre. Accesible en: http://www.undp.org/content/dam/undp/library/hivaids/UNDP_HIV_Transgender_report_Lost_in_Transition_May_2012.pdf
- UNESCO, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (2013). *Intercultural Competences. Conceptual and Operational Framework*. Paris: UNESCO. Accesible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002197/219768e.pdf>
- Unidos por la Diversidad (2010). *Lucha por la Despatologización de las Identidades Trans*. Accesible en: http://www.facebook.com/note.php?note_id=156063621098168
- Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras (2010). *Resolución (CD) N° 680. Identidad de Género*. Accesible en: http://filo.uba.ar/contenidos/secretarias/asuntosacademicos/cont/res_680/res_680.pdf

- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Ministério da Educação (2012). *Resolução Nº 232/2012-CONSEPE, 04 de dezembro de 2012. Aprova a utilização do nome social na Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN*. Accesible en: <http://www.sistemas.ufrn.br/shared/verArquivo?idArquivo=1311330&key=dead3ed08acaa78c8ec5c8cf7306e9db>
- Universidad Nacional de Córdoba, Argentina (2011). *EXP-UNC 4649/2011. Ordenanza 9/2011. Identidad de Género*. Accesible en: <http://www.unc.edu.ar/extension-unc/vinculacion/genero/acciones-realizadas/2009-2012/ordenanza-identidad-de-genero/ohcs-9-2011.pdf>
- Üstün, T.B. (2004). *ICD Revision Process: towards ICD-11*. Accesible en: http://www.who.int/classifications/network/ICD_11Reikjavik.pdf
- Valentine, D. (2007). *Imagining Transgender. An Ethnography of a Category*. Durham, London: Duke University Press.
- Valentine, J. (2008). Narrative Acts: Telling Tales of Live and Love with the Wrong Gender. *FQS. Forum: Qualitative Social Research* 9(2), Art. 49: 1-34. Accesible en: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/412/896
- Vance, S.R., Cohen-Kettenis, P.T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H.F.L., Pfäfflin, F. y Zucker, K.J. (2010). Opinions About the DSM Gender Identity Disorder Diagnosis: Results from an International Survey Administered to Organizations Concerned with the Welfare of Transgender People. *International Journal of Transgenderism* 12(1):1-14.
- Vancouver School Board (2014[2004]). *Draft Revised Policy and Regulations: Sexual Orientation and Gender Identities (ACB and ACB R1)*. Accesible en: <http://www.vsb.bc.ca/sites/default/files/C3%20%20item%20%20ACB%20draft%20policy%20and%20reg%20memo%20all.pdf>
- Vanderburgh, R. (2009). Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child and Adolescent Social Work Journal* 26(2):135-154.
- Vanderleest, J.G. y Galper, C.Q. (2009). Improving the Health of Transgender People: Transgender Medical Education in Arizona. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 20(5):411-416.
- Van Trotsenburg, M.A.A. (2009). Gynecological Aspects of Transgender Healthcare. *International Journal of Transgenderism* 11(4):238-246.
- Varelius, J. (2006). The value of autonomy in medical ethics. *Med Health Care Philos* 9(3):377-388.
- Vasey, P. y Bartlett, N. (2007). What Can the Samoan 'Fa'afafine' Teach us about the Western Concept of Gender Identity Disorder in Childhood?. *Perspectives in Biology and Medicine* 50:481-490.
- Vásquez, E. (2010[2009]). *Manifiesto Ecuatoriano del Octubre Trans*. Accesible en: http://70.32.114.117/qsdl/collect/revista/index/assoc/HASHaba3/f11ac597.dir/r99_15nota.pdf
- Vázquez García, F. (2006). El problema de la reflexividad en Pierre Bourdieu de la epistemología a la ética. *Opinión Jurídica* 5(10):87-104.
- Vázquez García, F. (2009a). Del sexo dicotómico al sexo cromático. La subjetividad transgenérica y los límites del constructivismo. *Sexualidad, Salud y Sociedad* 1:63-88.
- Vázquez García, F. (2009b). El cuerpo al límite. Por un constructivismo bien temperado. *El Rapto de Europa* 2009;14:7-11.
- Ventura, M. y Schramm, F.R. (2009). Limites e possibilidades do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal e alteração da identidade sexual. *Physis* 19(1):65-93.
- Vergueiro, V. (2015). *Despatologizar é descolonizar*. Accesible en: <http://transactivists.org/2015/10/26/viviane-vergueiro-despatologizar-es-descolonizar/>
- Verweij, M. y Dawson, A. (2009). Public Health Research Ethics. A Research Agenda. *Public Health Ethics* 2(1):1-6.
- Vidarte, P. (2005). El banquete unikeersitario: disquisiciones sobre el s(ab)er queer. En: Córdoba, D., Sáez, J. y Vidarte, P. (eds.). *Teoría Queer. Políticas bolleras, maricas, trans, mestizas*, p. 77-110. Barcelona: Editorial Egales.
- Vidarte, P. (2007). *Ética marica. Proclamas libertarias para una militancia LGTBQ*. Madrid: Egales.
- Viñuales, O. y Guasch, O. (2000). De mujeres, varones, maricas y tortilleras: sobre el futuro de la identidad. *Reverso (de-)construyendo identidades* 2:75-84.
- Viteri, M.A., Fernando Serrano, J. y Vidal-Ortiz, S. (2011). ¿Cómo se piensa lo "queer" en América Latina? *Presentación del dossier*. Iconos, Revista de Ciencias Sociales 15(1):47-60.
- Volcano, D.L. (2005). *Statement*. Accesible en: <http://www.dellagracevolcano.com/statement.html>
- VV.AA. (2011). *Pronunciamiento sobre la Despatologización de las Identidades, Experiencias y Expresiones Trans México 2011*. Accesible en: http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=5312
- Wadsworth, Y. (2002). The mirror, the magnifying glass, the compass and the map: facilitating Participatory Action Research. En: Thimayya, K.S., Reason, P. y Bradbury, H. (eds.). *Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*, 420-432. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

- Wagenknecht, P. (2007). Was ist Heteronormativität? Zur Geschichte und Gehalt des Begriffs. En: Hartmann, J., Klesse, C., Wagenknecht, P., Fritzsche, B. y Hackmann, K. (eds.). *Heteronormativität. Empirische Studien zu Geschlecht, Sexualität und Macht*, p. 17-34. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wakefield, J.C. (1999). The concept of disorder as a foundation for the DSM's theory-neutral nosology: response to Follette and Houts, Part 2. *Behav Res Ther* 37(10):1001-1027.
- Wakefield, J.C. (2013). DSM-5: An overview of changes and controversies. *Clinical Social Work Journal* 41(2):139-154.
- Walby, S., Armstrong, J. y Strid, S. (2012). Intersectionality: Multiple Inequalities in Social Theory. *Sociology* 46(2):224-240.
- Walch, S.E., Ngamake, S.T., Francisco, J., Still, R.L. y Shingler, K.A. (2012). The Attitudes toward Transgendered Individuals Scale: Psychometric Properties. *Archives of Sexual Behavior* 41(5): 1283-1291.
- Wallace, R. y Russell, H. (2013). Attachment and Shame in Gender-Nonconforming Children and Their Families: Toward a Theoretical Framework for Evaluating Clinical Interventions. *International Journal of Transgenderism* 14(3):113-126.
- Wallien, M.S.C. y Cohen-Kettenis, P.T. (2008). Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47(12):1413-1423.
- Ward, J. (2003). Producing 'Pride' in West Hollywood: A Queer Cultural Capital for Queers with Cultural Capital. *Sexualities* 6(1):65-94.
- Ward, J. (2015[2013]). ¡Aparta tu género binario de mi infancia!: hacia un movimiento a favour de la autodeterminación de género en la infancia. En: Green, F.J. y Friedman, M. (eds.). *Buscando al final del arcoiris. Una exploración de las prácticas de crianza desde la fluidez de género*, p. 59-68. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Warner, M. (1993). *Fear of a Queer Planet: Queer Politics and Social Theory*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Warren, J.T. y Fassett, D.L. (2002). (Re)Constituting Ethnographic Identities. *Qualitative Inquiry* 8(5):575-590.
- Watters, E. (2010). *Crazy like us. The Globalization of the American Psyche*. New York: Free Press.
- Wayar, M. (2007a). Editorial (I). *El Teje. Primer Periódico Travesti Latinoamericano* 01:1. Accesible en: http://www.rojas.uba.ar/img/libros/el-teje/teje_01.pdf
- Wayar, M. (2007b). Editorial (II). *El Teje. Primer Periódico Travesti Latinoamericano* 01:2. Accesible en: http://www.rojas.uba.ar/img/libros/el-teje/teje_01.pdf
- Weeks, J. (1998) The Sexual Citizen. *Theory, Culture and Society* 15(3-4):35-52.
- Weems, L. (2006). Unsettling Politics, Locating Ethics Representations of Reciprocity in Postpositivist Inquiry. *Qualitative Inquiry* 12(5):994-1011.
- Wehde, U. (1991). *Das Weglaufhaus. Zufluchtsort für Psychiatrie-Betroffene. Erfahrungen, Konzeptionen, Probleme*. Berlin: Peter Lehmann Publishing.
- Wells, E.A., Asakura, K., Hoppe, M.J., Balsam, K.F., Morrison, D.M. y Beadnell, B. (2013). Social services for sexual minority youth: Preferences for what, where, and how services are delivered. *Children and Youth Services Review* 35(2):312-320.
- Wernick, L.J., Dessel, A.B., Kulick, A. y Graham, L.F. (2013). LGBTQ youth creating change: Developing allies against bullying through performance and dialogue. *Children and Youth Services Review* 35(9):1576-1586.
- Wernick, L.J., Kulick, A. e Inglehart, M.H. (2013). Factors predicting student intervention when witnessing anti-LGBTQ harassment: The influence of peers, teachers, and climate. *Children and Youth Services Review* 35(2):296-301.
- Westman, J.C. (1991). Juvenile ageism: unrecognized prejudice and discrimination against the Young. *Child Psychiatry Hum Dev* 21(4):237-256.
- Weston, K. (1996). Requiem for a Street Fighter. En: Lewin, E. (ed.). *Out in the Field: Reflections of Lesbian and Gay Anthropologists*, p. 274-286. Illinois: University of Illinois Press.
- Weston, K. (1998[1991]). Families We Choose. En: Nardi, P.M. y Schneider, B.E. (eds.). *Social Perspectives in Lesbian and Gay Studies. A Reader*, p. 390 - 411. London, New York: Routledge.
- Weston, K. (2004). Fieldwork in Lesbian and Gay Communities. En: Hesse-Biber, S.N. y Leavy, P. (eds.). *Approaches to Qualitative Research. A Reader on Theory and Practice*, p. 177-184. Oxford: Oxford University Press.
- White, S.C. (1996). Depoliticising development: the uses and abuses of participation. *Development in Practice* 6(1):6-15.
- Whittle, S. (2002). *Respect and equality. Transsexual and transgender rights*. Abingdon, New York: Routledge-Cavendish.
- Whittle, S. (2006). Foreword. En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. xi-xvi. New York: Routledge.

- Whittle, S. y Turner, L. (2007). 'Sex Changes'? Paradim Shifts in 'Sex' and 'Gender Following the Gender Recognition Act. *Sociological Research Online* 12(1):1-15.
- Whittle, S., Turner, L. y Al-Alami, M. (2007). *Engendered Penalties: Transgender and Transsexual People's Experiences of Inequality and Discrimination*. Manchester: Press for Change, Manchester Metropolitan University. Accesible en: <http://www.pfc.org.uk/pdf/EngenderedPenalties.pdf>
- Whittle, S., Turner L., Combs R. y Rhodes S. (2008). *Transgender Eurostudy: legal survey and focus on the transgender experience of health care*. Brussels / Berlin: ILGA Europe / TGEU. Accesible en: <http://www.pfc.org.uk/pdf/eurostudy.pdf>
- Wigstöckel (2015[2004]): *Wigstöckel Transgender United 2014*. Accesible en: <http://www.wigstoekel.com/>
- Wilchins, R.A. (1996). *Protesters meet with APA*. Accesible en: <http://www.gendertalk.com/articles/archive/apa2.htm>
- Wilchins, R.A. (1997). Gender Identity Disorder Diagnosis Harms Transsexuals. *Transgender Tapestry* 1997;79:31,44.
- Wilchins, R. (2002). A Continuous Nonverbal Communication. En: Nestle, J., Howell, C. y Wilchins, R. (eds.). *GenderQueer. Voices from beyond the sexual binary*, p. 11-17. Los Angeles, New York: alyson books.
- Wilchins, R.A. (2006[1997]). What Does It Cost to Tell the Truth? En: Stryker, S. y Whittle, S. (eds.). *The Transgender Studies Reader*, p. 547-551. New York: Routledge.
- Wilkinson, J. (2000). *Children and Participation: Research, monitoring and evaluation with children and young people*. London: Save the Children.
- Wilkinson, W. (2014). Cultural Competence. *TSQ, Transgender Studies Quarterly* 1(1-2):68-73.
- Willison, D.J., Ondrusek, N., Dawson, A., Emerson, C., Ferris, L.E., Saginur, R., et al. (2014). What makes public health studies ethical? Dissolving the boundary between research and practice. *BMC Medical Ethics* 15(61):1-6.
- Willoughby, B.L.B., Hill, D.B., Gonzalez, C.A., et al. (2010). Who Hates Gender Outlaws? A Multisite and Multinational Evaluation of the Genderism and Transphobia Scale. *International Journal of Transgenderism* 12(4): 254–271.
- Wilson, A.R. (2009). The 'neat concept' of sexual citizenship: a cautionary tale for human rights discourse. *Contemporary Politics* 15(1):73-85.
- Wilson, B.E. y Reiner, W.G. (1999[1998]). Management of Intersex: A Shifting Paradigm. En: Dreger, A.D. (ed.). *Intersex in the Age of Ethics*, p. 119-136. Hagerstown: University Publishing Group.
- Wilson, K. (1998). *The Disparate Classification of Gender And Sexual Orientation In American Psychiatry*. Accesible en: <http://www.priory.com/psych/disparat.htm>
- Wilson, K.K. (2000[1997]). Gender as Illness: Issues of Psychiatric Classification. En: Paul, E. (ed.). *Taking Sides – Clashing Views on Controversial Issues in Sex and Gender*, p. 31-38. Guilford: McGraw-Hill.
- Wilson, M. (1995). Afterword. Perspective and difference: sexualization, the field, and the ethnographer. En: Kulick, D. y Willson, M. (eds.). *Taboo. Sex, identity and erotic subjectivity in anthropological fieldwork*, p. 251-275. London, New York.
- Wilson, M. (2002). 'I am the Prince of Pain, for I am a Princess in the Brain': Liminal Trasngender Identities, Narratives and the Elimination of Ambiguities. *Sexualities* 5(4):425-448.
- Wilton, T. (2000). Out/performing Our Selves: Sex, Gender and Cartesian Dualism. *Sexualities* 3(2):237-254.
- Winston, B. (1998). 'The Camera Never Lies'. The Partiality of Photographic Evidence. En: Prosser, J. (ed.). *Image-based Research. A Sourcebook for Qualitative Researchers*, p. 60-68. Oxon, New York: Routledge.
- Winter, S. (2009a). Cultural Considerations for the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: The Asian Perspective. *International Journal of Transgenderism* 12;11(1):19–41.
- Winter, S. (2009b). Lost in transition: transpeople, transprejudice and pathology in Asia. *The International Journal of Human Rights* 13(2/3):365-390.
- Winter, S. (2014). *Gender Troubles: What's Wrong with the WHO Proposal for Gender Incongruence in Childhood*. Accesible en: <http://www.gidreform.files.wordpress.com/2014/07/20140717samwintergicd.pdf>
- Winter, S. (2015). *Enhancing Lives by Depathologizing Trans*. Accesible en: <http://transactivists.org/2015/10/23/sam-winter-enhancing-lives-by-depathologizing-trans/>
- Winter, S., Chalungsooth, P., The, Y.K., Rojanalert, N., Maneerat, K., Wong, Y.W., et al. (2009). Transpeople, Transprejudice and Pathologization: A Seven-Country Factor Analytic Study. *International Journal of Sexual Health* 21(2):96–118.
- Winters, K. (2006). Gender Dissonance. Diagnostic Reform of Gender Identity Disorder for Adults. *Journal of Psychology & Human Sexuality* 17(3-4):71–89.

- Winters, K. (2008a). *Gender Madness in American Psychiatry. Essays from the Struggle for Dignity*. Dillon, Colorado: GID Reform Advocates.
- Winters, K. (2008b). *Blind me with Science: Sampling Error*, 21/08/2008. Accesible en: <https://gidreform.wordpress.com/2008/07/>
- Winters, K. (2010a). *DSM-V Task Force Releases Proposed Diagnostic Criteria*, 10/02/2010. Accesible en: <https://gidreform.wordpress.com/2010/02/>
- Winters, K. (2010b). *Ten Reasons why the Transvestic Fetishism Diagnosis in the DSM-5 has got to go*, 16/10/2010. Accesible en: <http://gidreform.wordpress.com/2010/10/16/ten-reasons-why-the-transvestic-fetishism-diagnosis-in-the-dsm-5-has-got-to-go/>
- Winters, K. (2011a). *The Proposed Gender Dysphoria Diagnosis in the DSM-5*, June 7, 2011. Accesible en: <https://gidreform.wordpress.com/2011/06/>
- Winters, K. (2011b). *Transvestic Disorder, the Overlooked Anti-Trans Diagnosis in the DSM-5*, May 26, 2011. Accesible en: <https://gidreform.wordpress.com/2011/05/>
- Winters, K. (2011c). *New Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*, September 25, 2011. Accesible en: <https://gidreform.wordpress.com/2011/09/>
- Winters, K. (2012). *Third Swing: My Comments to the APA or a Less Harmful Gender Dysphoria Category in the DSM-5*, June 19, 2012. <http://gidreform.wordpress.com/2012/06/19/third-swing-my-comments-to-the-apa-for-a-less-harmful-gender-dysphoria-category-in-the-dsm-5/>
- Winters, K. (2013). *GID Reform in the DSM and ICD: An Status Update*, June 13, 2013. Accesible en: <https://gidreform.wordpress.com/category/dsm-5-2/>
- Winters, K. (2014a). *From Gender Madness to Gender Wellness in the IDC-11*. Expert Meeting, Global Action for Trans* Equality, April 2013, Buenos Aires, July 24, 2013. Accesible en: <https://gidreform.wordpress.com/category/childhood-diagnosis/>
- Winters, K. (2014b). *Methodological Questions in Childhood Gender Identity 'Desistence' Research*. 23rd WPATH Biennial Symposium, Feb 16, 2013. Accesible en: <https://gidreform.wordpress.com/2014/02/25/methodological-questions-in-childhood-gender-identity-desistence-research/>
- Wintson, B. (1998). 'The Camera Never Lies': The Partiality of Photographic Evidence. En: Prosser, J. (ed.). *Image-based Research. A Sourcebook for Qualitative Researchers*, p. 60-69. Oxon, New York: Routledge.
- Wiseman, M. y Davidson, S. (2012). Problems with binary gender discourse: using context to promote flexibility and connection in gender identity. *Clin Child Psychol Psychiatry* 17(4):528-537.
- Wisnowski, D.L. (2011). Raising a gender non-conforming child. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 20(4):757-766.
- Witeck, B. (2014). Cultural change in acceptance of LGBT people: lessons from social marketing. *Am J Orthopsychiatry* 84(1):19-22.
- Witterick, K. (2015[2013]). Bailar en el ojo del huracán: el don de la diversidad de género en nuestra familia. En: Green, F.J. y Friedman, M. (eds.). *Buscando al final del arcoiris. Una exploración de las prácticas de crianza desde la fluidez de género*, p. 35-58. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Wittich, R.M. (2013). Psycho-medical care of transsexuals in Spain in the era of depathologization of transsexualism as a mental disorder. An overall review. *Endocrinol Nutr* 60(10):599-603.
- Wittich, R.M. (2014). Comentarios sobre las "Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad", emitidas por el Grupo de identidad y diferenciación sexual de la SEEN (GIDSEEN). *Endocrinol Nutr* 61(2):116-117.
- WMA, World Medical Association (2012). *WMA Statement on Forced and Coerced Sterilisation*. Adopted by the 63rd WMA General Assembly, Bangkok, Thailand, October 2012. Accesible en: [http://www.wma.net/en/30publications/10policies/s21/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/s21/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])
- WMA, World Medical Association (2015). *WMA Statement on Transgender People*. Adopted by the 66th WMA General Assembly, Moscow, Russia, october 2015. Accesible en: [http://www.wma.net/en/30publications/10policies/t13/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/t13/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])
- WPATH, World Professional Association for Transgender Health (2001). *Ethical Guidelines*. Accesible en: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/Ethics011105.pdf
- WPATH, World Professional Association for Transgender Health (2008). *WPATH Clarification on Medical Necessity of Treatment, Sex Reassignment, and Insurance Coverage in the U.S.A*. Accesible en: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/Med%20Nec%20on%202008%20Letterhead.pdf
- WPATH, World Professional Association for Transgender Health (2010a). *WPATH Reaction to DSM-V Criteria for Gender Incongruence*, May 25, 2010. Accesible en: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/WPATH%20Reaction%20to%20the%20proposed%20DSM%20-%20Final.pdf

- WPATH, World Professional Association for Transgender Health (2010b). *WPATH De-Psychopathologisation Statement*, May 26, 2010. Accesible en: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/de-psychopathologisation%205-26-10%20on%20letterhead.pdf
- WPATH, World Professional Association for Transgender Health (2010c). *Identity Recognition Statement*, June 16, 2010. http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/Identity%20Recognition%20Statement%206-6-10%20on%20letterhead.pdf
- WPATH, World Professional Association (2010d). *The World Professional Association for Transgender Health Physicians & Mental Health Professionals Urge UN to Reconsider Resolution*, December 20, 2010. http://www.wpath.org/site_announcements_detail.cfm?pk_association_announcement=6305
- WPATH, World Professional Association for Transgender Health (2012a). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7th version*. Accesible en: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/Standards%20of%20Care,%20V7%20Full%20Book.pdf.
- WPATH (2012b). *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género, 7ª versión*. Accesible en: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/SOC%20-%20Spanish%20v2.pdf
- WPATH, World Professional Association for Transgender Health (2014). *WPATH Statement Concerning Cross-dressing, Gender-Nonconformity, and Gender Dysphoria*, July 14, 2014. Accesible en: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/WPATH%20Statement%20Concerning%20Cross-dressing_15%20July%202014.pdf
- WPATH, World Professional Association for Transgender Health (2015a). *2015 WPATH Statement on Identity Recognition*, January 19, 2015. http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=3928
- WPATH, World Professional Association for Transgender Health (2015b). *International Symposia*. Accesible en: http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1347&pk_association_webpage=4229
- WPATH, World Professional Association for Transgender Health (2015c). *Executive Committee and Board of Directors*. Accesible en: http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1347&pk_association_webpage=3909
- WPATH, World Professional Association for Transgender Health (2015d). *Past Leadership*. Accesible en: http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1347&pk_association_webpage=3911#07-09
- WPATH, World Professional Association for Transgender Health (2015e). *Mission and Values*. Accesible en: http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1347&pk_association_webpage=3910
- WPATH, World Professional Association for Transgender Health (2015f). *Standards of Care Revision Committee Members*. Accesible en: http://www.wpath.org/site_committees_members.cfm
- WPATH, World Professional Association for Transgender Health (2015g). *Results of Member Survey on Gender Incongruence of Childhood (GIC) Diagnosis for ICD-11*, September 10, 2015. Accesible en: http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1635&pk_association_webpage=6638
- WPRO, WHO Regional Office for the Western Pacific, APTN, Asia Pacific Transgender Network, UNAIDS, UNDP, United Nations Development Programme y SEARO, WHO Regional Office for South-East Asia (2013). *HIV, sexually transmitted infections and other health needs among transgender people in Asia and the Pacific: joint regional technical brief*. Accesible en: http://www.wpro.who.int/hiv/documents/HIV_STI_Other_Health_needs_among_transgender.pdf?ua=1&ua=1
- Wykes, T. y Callard, F. (2010). Diagnosis, diagnosis, diagnosis: towards DSM-5. *Journal of Mental Health* 19(4):301-304.
- Xavier, J., Bradford, J., Hendricks, M., Safford, L., McKee, R., Martin, E. y Honnold, J.A. (2013). Transgender Health Care Access in Virginia: A Qualitative Study. *International Journal of Transgenderism* 14(1):3-17.
- Young, R. (2006[1995]). The Cultural Politics of Hybridity. En: Ashcroft, B., Griffiths, G. y Tiffin, H. (eds.). *The Post-Colonial Studies Reader*, 2nd Edition, p. 158-162. London, New York: Routledge.
- Young, S. (2013). Does “Reparative” Therapy Really Constitute Child Abuse?: A Closer Look. *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics* 6(1,3):163-219.

- Ziddica (2011). *Mauro Cabral* [Entrevista], 07/04/2011. Accesible en: <http://www.thehouseofblogs.com/articulo/784001.html>
- Zola, I.K. (1972). Medicine as an Institution of Social Control. *The Sociological Review* 20(4):487–504.
- Zola, I.K. (1986). Illness Behaviour: A Political Analysis. En: McHugh, S. and Vallis, T.M. (eds.) *Illness Behaviour: A Multi-disciplinary Model*, p. 213-218. New York: Plenum Press.
- Zucker, K.J. (1985). Cross-Gender-Identified Children. En: Steiner, B.W. (ed.) *Gender Dysphoria. Development, Research, Management*, p. 75-174. Plenum Press: New York, Londres.
- Zucker, K.J. (2006). "Commentary on Langer and Martin's (2004) "How Dresses Can Make You Mentally Ill: Examining Gender Identity Disorder in Children". *Child and Adolescent Social Work Journal* 23 (5/6):533–555.
- Zucker, K.J. (2008). Children with gender identity disorder: Is there a best practice? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 56:358-364.
- Zucker, K.J. (2010a). Reports from the DSM-V Work Group on Sexual and Gender Identity Disorders. *Arch Sex Behav* 1;39(2):217–220.
- Zucker, K.J. (2010b). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Arch Sex Behav* 39(2):477–498.
- Zucker, K.J. (2013). DSM-5: call for commentaries on gender dysphoria, sexual dysfunctions, and paraphilic disorders. *Arch Sex Behav* 42(5):669–674.
- Zucker, K.J., Cohen-Kettenis, P.T., Drescher, J., Meyer-Bahlburg, H.F.L., Pfäfflin, F. y Womack, W.M. (2013). Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. *Arch Sex Behav* 42(5):901-914.
- Zucker, K.J., Wood, H., Singh, D. y Bradley, S.J. (2012). A Developmental, Biopsychosocial Model for the Treatment of Children with Gender Identity Disorder. *J Homosex* 59(3):369–397.
- Zucker, K.J. y Bradley, S.J. (1995). *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. New York: Guilford Press.
- Zucker, K.J. y Lawrence, A.A. (2009). Epidemiology of Gender Identity Disorder: Recommendations for the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health. *International Journal of Transgenderism* 11(1):8–18.
- Zucker, K.J. y Spitzer, R.L. (2005). Was the gender identity disorder of childhood diagnosis introduced into DSM-III as a backdoor maneuver to replace homosexuality? A historical note. *Journal of Sex & Marital Therapy* 31(1):31–42.

ANEXOS

ANEXO I: ACRÓNIMOS

Tabla 1: ACRÓNIMOS (I)

Acrónimo	Nombre completo
APA	American Psychiatric Association En caso de tratarse de <i>APA</i> , <i>American Psychological Association</i> , se utiliza el nombre completo, para evitar la confusión.
CIE	Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Otros Problemas de la Salud de la OMS, Organización Mundial de la Salud En inglés: ICD
Códigos Z Z Codes	Códigos del Capítulo 24 <i>Factors influencing health status and contact with health services</i> de la CIE-10
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mental de <i>APA</i> , <i>American Psychiatric Association</i> En inglés: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSD	Disorders of Sexual Development Terminología establecida en el así llamado ‘Consenso de Chicago’ (Hughes, et al. 2006) En castellano: Trastornos del Desarrollo Sexual
ETS	Enfermedades de transmisión sexual En inglés: STD, Sexually Transmitted Diseases
GATE	Global Action for Trans* Equality Organización trans* internacional
GD	Gender Dysphoria Terminología establecida en el DSM-5 En castellano: Disforia de género
GDA	Gender Dysphoria in Adolescents and Adults Terminología establecida en el DSM-5 En castellano: Disforia de género en adolescentes y adult*s
GDC	Gender Dysphoria in Children Terminología establecida en el DSM-5 En castellano: Disforia de género en niñ*s
GI	Gender incongruence Terminología propuesta en el <i>ICD-11 Beta Draft</i> En castellano: Incongruencia de género
GIAA	Gender Incongruence in adolescence and adulthood Terminología propuesta en el <i>ICD-11 Beta Draft</i> En castellano: Incongruencia de género en la adolescencia y adultez
GIC	Gender incongruence in childhood Terminología propuesta en el <i>ICD-11 Beta Draft</i> En castellano: Incongruencia de género en la infancia
GID	Gender Identity Disorder Terminología adoptada en diferentes ediciones del DSM y de la CIE En castellano: TIG, Trastorno de identidad de género
GIDAA	Gender Identity Disorder of Adolescence and Adulthood o Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults Terminología adoptada en diferentes ediciones del DSM y de la CIE En castellano: Trastorno de identidad de género en la adolescencia y adultez o Trastorno de identidad de género en adolescentes y adult*s
GIDC	Gender Identity Disorder of Childhood o Gender Identity Disorder in Children Terminología adoptada en diferentes ediciones del DSM y de la CIE En castellano: Trastorno de identidad de género en la infancia o Trastorno de identidad de género en niñ*s

Tabla 2: ACRÓNIMOS (II)

Acrónimo	Nombre completo
HBIGDA	HBIGDA, Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association (1979 – 2006) A partir de 2007: World Professional Association for Transgender Health
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Other Health Problems, OMS, Organización Mundial de la Salud. En castellano: CIE, Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Otros Problemas de Salud
ILGA	International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association Federación internacional de asociaciones y organizaciones LGBTI
ILGA-Europe	European Region of ILGA, International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association Federación europea de asociaciones y organizaciones LGBTI
LGBT	Personas lesbianas, gays, trans* y bisexuales En castellano, se suele utilizar el orden LGTB, para dar un lugar más destacado a las personas trans*. Algunas veces se usa LGTBI, incluyendo a personas intersex, o LGTTTB, haciendo referencia a personas transexuales, transgénero y travestis, así como LGBTQQ, en referencia a <i>queer</i> y <i>questioning</i> (personas que se están cuestionando su orientación sexual o identidad de género sin adoptar una identidad fija), LGBTQA, con el objetivo de incluir a l*s ‘allies’ o LGBT+, con la idea de abrir el concepto a nuevas identidades emergentes.
MSM	Men who have Sex with Men En castellano: HSH, Hombres que tienen Sexo con Hombres
OMS	Organización Mundial de la Salud
SOC	Standards of Care, The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons (SOC-1 – SOC4), HBIGDA, Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, 1979, 1980, 1981, 1990 The Standards of Care for Gender Identity Disorders (SOC-5 – SOC-6), HBIGDA, Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, 1998, 2005 Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People (SOC-7), WPATH, World Professional Association for Transgender Health, 2012 En castellano: Estándares de Cuidado, Normas de Atención
STI	Sexually Transmitted Diseases En castellano: ETS, Enfermedades de transmisión sexual
STP STP-2012	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (a partir de 2013) STP-2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2009-2012) Iniciativa activista internacional por la despatologización trans*
TGEU	Transgender Europe Federación de grupos y organizaciones trans* en el contexto europeo
TIG	Trastorno de identidad de género Terminología adoptada en diferentes ediciones del DSM y de la CIE En inglés: GID, Gender Identity Disorder
WGSDSH	WHO Working Group on the Classification of Sexual Disorders and Sexual Health Grupo de trabajo de la OMS encargado de revisar las categorías trans-específicas en la CIE
WPATH	World Professional Association for Transgender Health (a partir de 2007) 1979 - 2006: HBIGDA, Henry Benjamin International Gender Dysphoria Association

ANEXO II: DECLARACIONES DE GRUPOS Y REDES ACTIVISTAS

Tabla 3: DECLARACIONES DE GRUPOS Y REDES ACTIVISTAS (I)

Año	Ámbito	Grupo o red activista	Documento
1992	EE.UU.	AEGIS, American Education Gender Information Service	Position Statement – Blanket Requirement for Real-Life Test Before Hormonal Therapy: In Our Opinion, Inadvisable
1993	EE.UU.	ICTLEP, International Conference on Transgender Law and Employment Policy	Health Law Standards for Transsexualism
	EE.UU.	ICTLEP, International Conference on Transgender Law and Employment Policy	Policy for the Imprisoned, Transgendered
	EE.UU.	ICTLEP, International Conference on Transgender Law and Employment Policy	International Bill of Gender Rights (updated 1996)
1995	Internacional	Revise F65	Denmark has as the first European country taken the political decision to remove SM as a diagnosis
1996	EE.UU.	GID Reform Advocates	Because our identities are not disordered
	EE.UU.	NGLTF, National Gay and Lesbian Task Force	NGLTF Statement on Gender Identity Disorder and Transgender People
	San Francisco	San Francisco Human Rights Commission	Resolution Condemning Use of Gender Identity Disorder Diagnosis against Children and Youth
2004	Paris	Collectif Existrans	Psychiatrisation des trans = transphobie
	EE.UU.	GID Reform Advocates	A Fifth Edition – Opportunity for Change
	Barcelona	Guerrilla Travolaka	Manifiesto
	Berlín	TGNB, Red Transgénero de Berlín	Descripción
2007	Paris	Collectif Existrans	Contre la psychiatrisation, résistrans!
	Barcelona	Guerrilla Travolaka	Manifest 28 de Juny 2007: Genera't; construeix-te sens transfòbia
	Barcelona	Guerrilla Travolaka	Actes contra la psiquiatriçzació del Trans
	Barcelona	Guerrilla Travolaka i activistes independents	Manifestació per la lluita transgènere, transsexual i intersexual a BCN
2008	Madrid	Acera del Frente	Manifiesto de Acera de Frente. “Ni hombres ni mujeres. No respondemos, sacudimos las preguntas”
	Barcelona	ATC, Guerrilla Travolaka, Plataforma d'Activistes Sin Vergüenza i activistes independents	Manifest. Manifestació per la Lluita Transgènere, Transsexual i Intersexual. Ni homes, ni dones, el binarisme ens enmalalteix!
	Paris	Collectif Existrans	Il y a onze ans que nous marchons, et depuis onze ans rien n'a changé
2009	Madrid	Acera del Frente	Manifiesto “La transexualidad no es una enfermedad. ¡Fuera ya de los catálogos de enfermedades!”
	Venezuela	Alianza Sexo-Género Diversa Revolucionaria	Carta por la despatologización trans. Manifiesto Venezolano
	Internacional	Andía Pérez, ILGA-Secretariado Trans e Instituto Runa de Desarrollo y Estudios sobre Género	Fundamentación de la Campaña contra la Patologización de la Identidad de Género: Alto a la patologización trans 2012
	Internacional	DX Revision Watch	Monitoring the Development of DSM-5 and ICD-11
	Paris	Collectif Existrans	Bachelot, encore du boulot avec et pour les trans et les intersexué.es !
	Bruselas	Genres Pluriels	Pétition – Ni hommes, ni femmes: le binarisme nous rend malades!
	Barcelona	Guerrilla Travolaka, Xarxa D'Acció Trans-Intersex de Barcelona, ATN Libertat, activistas independientes	Manifest. Manifestació per la Lluita Transgènere, Transsexual i Intersexual. La Transexualitat no és cap malaltia
	Madrid	Octubre Trans Madrid	Manifiesto La transexualidad no es una enfermedad. ¡Fuera ya de los catálogos de enfermedades!
	Quito	Proyecto TRVNSG3NERO (autora: Elizabeth Vásquez)	Manifiesto Ecuatoriano Octubre Trans
	América Latina	Red Latinoamericana de Hombres Trans en el Activismo	Campaña Internacional de Despatologización de la Transexualidad
	Internacional	ReviseF65	Fetishism and Sadomasochism no longer diseases in Sweden
	Internacional	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	Objetivos de la Campaña Internacional STP 2012
Internacional	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (Red Internacional por la Despatologización Trans)	Manifiesto	

Tabla 4: DECLARACIONES DE GRUPOS Y REDES ACTIVISTAS (II)

Año	Ámbito	Grupo o red activista	Documento
2010	Internacional	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (firmado por: Red Internacional por la Despatologización Trans)	Comunicado de la Red Internacional por la Despatologización Trans: Día de Acción 17 de octubre de 2009 - Campaña STP 2012
	Europa	TGEU, Transgender Europe	Campaign: Removal of GID from the Diagnostic Manuals. TGEU Call for Action / Support
	Europa	TGEU e ILGA-Europe	Malta Declaration
	Berlín	TrIQ, TransInterQueer e.V.	Presseerklärung von TransInterQueer e.V. zu Internationalem Aktionstag „Stopp Trans Pathologisierung 2012“
	Asia-Pacífico	APTN, Asia Pacific Transgender Network	Asia Pacific Transgender Network Calls for Depathologization of Gender Identity Variance
	Berlín	Berliner Bündnis Stop Trans*-Pathologization	Stop Trans*-Pathologization 2012
	Collectif Existrans	Notre identité de genre nous appartient, notre liberté de choix ne se négocie pas!	Paris
	Bogotá	Colectivo Entre-Tránsitos	Comunicado #6 Entre-Tránsitos Stop Transpatologización
	Lima	CuartodeAzotea	Stop/Trans/Pathologization (vídeo)
	Canadá	Egale Canada	Egale Canada's Comments on Proposed DSM V
	México	Frente Ciudadano Pro Derechos de Transexuales y Transgéneros	Pronunciamiento: Por la Despatologización Trans
	Sudáfrica	Gender Dynamix	Indigenous Comments on the Standards for Care of Gender Identity Disorders
	EE.UU.	IFGE, International Foundation for Gender Education	Tell the American Psychiatric Association: Crossdressing is not a Disorder. Drop 302.3 from the DSM
	Europa	ILGA-Europe	ILGA-Europe's statement on the occasion of the International Day for Depathologisation of Trans Identities (23 October)
	Internacional	ILGA-Secretariado Mundial Trans, Red Peruana TLGB, Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, Amnistía Internacional, Claveles Rojos, Comunidad Centauro, Luchando unidas x el futuro, Asociación Cisne	Nota de Prensa – Campaña ¡Alto a la Patologización de las identidades trans!
	EE.UU.	MCC, Metropolitan Community Churches	Stop Trans Pathologization
	Internacional	MSM-GF	The Global Forum on MSM & HIV (MSM-GF) supports worldwide advocacy efforts to depathologize transgender identities
	EE.UU.	National Coalition for LGBT Health	Statement
	Chile	ODT, Organización de Transexuales por la Dignidad de la Diversidad	Declaración por la Despatologización de nuestras Identidades y Expresiones de Género y por el cese a la violencia contra las personas transexuales, transgéneras, travestis e intersex
	Estado Español	Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español	Comunicado de Prensa de la Red Estatal por la Despatologización de las Identidades Trans “El Gobierno español comparte la necesidad de descatalogar la transexualidad como un trastorno mental”
Estado Español	Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español	Nota de prensa. Activistas trans exigen al gobierno español la eliminación de normativas patologizantes / Por la despatologización de la Ley 3/2007 y los derechos sanitarios trans	
Estado Español	Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español	Comunicado de la Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español, 17 de octubre de 2010: Por un nuevo modelo de atención sanitaria para personas trans	

Tabla 5: DECLARACIONES DE GRUPOS Y REDES ACTIVISTAS (III)

Año	Ámbito	Grupo o red activista	Documento
2010	Estado Español	Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español	Guía de Buenas Prácticas para la Atención sanitaria a Personas Trans en el marco del Sistema Nacional de Salud
	Estado Español	Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español	Nota de Prensa, 22 de octubre de 2010: Más de 60 ciudades en el mundo se manifestarán este sábado por la despatologización de las identidades trans
	Internacional	ReviseF65	Fetish and SM no longer diseases in Norway
	Estambul	Stop Trans Pathologization Campaign Istanbul	Stop Trans Pathologization Campaign Istanbul (vídeo)
	Internacional	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	Objetivos de STP, versión 2010
	Internacional	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (firmado por: Red Internacional por la Despatologización Trans)	Comunicado de la Red Internacional por la Despatologización Trans, 10 de abril de 2010
	Internacional	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (firmado por: Red Internacional por la Despatologización Trans)	Propuesta de petición a la American Psychiatric Association
	Internacional	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (firmado por: Red Internacional por la Despatologización Trans)	Manifiesto Manifestación Internacional Trans e Intersex
	Filipinas	STRAP, Society of Transsexual Women of the Philippines	STRAP's Declaration in Support of the Stop Trans Pathologization 2012 Campaign
	Europea	TGEU, Transgender Europe	DSM Revision: No End to Trans* Pathologization
Argentina	Unidos por la Diversidad	Lucha por la Despatologización de las Identidades Trans	
2011	Madrid	Asamblea del Octubre Trans, Asamblea TransMaricaBollo de Sol, Acera del Frente, Migrantes Transgresorxs	Manifiesto Octubre Trans 2011. "Por el placer y la libertad de ser trans"
	Madrid	Asamblea TransMaricaBollo de Sol	Manifiesto del Grupo Transmaricabollo del Movimiento 15M en Madrid
	Madrid	Asamblea TransMaricaBollo de Sol	La Asamblea TransMaricaBollo de Sol convoca una huelga de género global
	Madrid	Asamblea del Octubre Trans, Asamblea TransMaricaBollo de Sol, Acera del Frente, Migrantes Transgresorxs	Manifiesto 2011
	Madrid	Asamblea TransMaricaBollo de Sol	Manifiesto TransMaricaBollo. Manifiesto del Grupo TransMaricaBollo de Sol del Movimiento 15-M en Madrid
	Madrid	Asamblea TransMaricaBollo de Sol	La Asamblea TransMaricaBollo de Sol convoca una huelga de género global
	Bogotá	Colectivo Entre-Tránsitos	Comunicado #6 Entre-Tránsitos Stop Transpatologización
	San Juan (Puerto Rico)	Comité contra la Homofobia y el Discrimen	La (des)patologización y las necesidades de las personas trans
	Ciudad de México	Frente Ciudadano Pro Derecho de Transexuales y Transgéneros	Contra la patologización
	Ciudad de México	Frente Ciudadano Pro Derecho de Transexuales y Transgéneros	Pronunciamiento sobre la Despatologización de las Identidades, Experiencias y Expresiones Trans México 2011
	Argentina	Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género	Mi cuerpo mi identidad! Cuadros comparativos sobre proyectos de Ley de Identidad en Argentina
	Argentina	Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género	La despatologización en el Proyecto 8126 de Ley de Identidad de Género
	Jamaica	Gay Lesbian Bisexual Transgender & Queer Jamaica	Stop Transgender Pathologization (STP) designates October 22nd International Day of Action
	Dinamarca	LGBT Denmark	Stop Pathologizing Gender Variation!
	Santiago de Chile	MUMS, Movimiento por la Diversidad Sexual	Marcha por la Despatologización Trans.
Australia	OII Australia	[Media Release] Arrogance, Hypocrisy & the new World Professional Association for Transgender Health (WPATH) Standards of Care, version 7 (SOC v7)	

Tabla 6: DECLARACIONES DE GRUPOS Y REDES ACTIVISTAS (IV)

Año	Ámbito	Grupo o red activista	Documento
2011	Australia	OII Australia	World Professional Association for Transgender Health (WPATH) pathologies intersex people in its Standards of Care, version 7 (SOC v7).
	Australia y Nueva Zelanda	OII Australia y OII Aotearoa	Submission on the Draft Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition and the World Professional Association for Transgender Health 7th Standards of Care
	Internacional	ReviseF65	Finland joins Nordic sexual reform
	Argentina	SIGLA, Sociedad de Integración Gay Lésbica Argentina	Despatologización trans
	Suiza	SPD Uri, Social Psychiatric Service Cantone Uri	Stop Pathologization of Transsexual People!
	Internacional	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	Propuesta de la Campaña Internacional STP 2012 dirigida a la American Psychiatric Association
	Internacional	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	Comunicado de la Campaña STP 2012: Reflexiones sobre la despatologización trans y derechos sanitarios
	Internacional	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	Folleto informativo STP 2012
	Internacional	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	Actividades de la Campaña Internacional STP 2012: 2007 – 2011.
	Internacional	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	Nota de prensa de STP 2012: Acciones por la despatologización trans en 70 ciudades de 32 países.
	Europa	TGEU, Transgender Europe	Historic Decision at the United Nations: Human Rights Council Passes First-Ever Resolution on Sexual Orientation and Gender Identity
	México	Transexualegal OSC	Libre desarrollo de la personalidad vs patologización del discurso clínico. Postura oficial de Transexualegal OSC al Movimiento Internacional STP-2012
	Austria	TransX, Verein für Transgender Personen	Depathologisierung
	Berlín	TrIQ, TransInterQueer e.V.	Presseerklärung von TransInterQueer e.V. zu Internationalem Aktionstag „Stopp Trans Pathologisierung 2012“.
México	VV.AA.	Pronunciamento sobre la Despatologización de las Identidades, Experiencias y Expresiones Trans México 2011	
2012	Catalunya	ActivaMent, Catalunya Associació	Adhesión y Celebración por la Despatologización de la Transexualidad
	Catalunya	ActivaMent, Catalunya Associació	Patologizar la Diferencia: el caso Alan Turing y la Transexualidad
	Internacional	Amnesty International	Europe has still a long way to go to combat violence against transgender people
	Chile	Fundación Iguales	Fundación Iguales adhiere a campaña internacional por la despatologización de las identidades trans
	Internacional	GATE, Global Action for Trans* Equality	Es tiempo de reforma. Cuestiones de Salud Trans en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Informe de la reunión de Expert*s organizada por GATE, La Haya, 16 al 18 de noviembre 2011
	Sudáfrica	Gender DynamiX (autor: Nwabisa Gunguluza)	Report of the Gender DynamiX Trans Health & Advocacy Conference 2011
	Madrid	Octubre Trans Madrid 2012	Nosotrans lo vivimos, Nosotrans Decidimos. Manifiesto Plataforma Octubre Trans Madrid 2012
	Internacional	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	Declaración de STP 2012 en apoyo a <i>Occupy the American Psychiatric Association</i>
	Internacional	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	Reflexiones sobre el proceso de revisión de la CIE desde una perspectiva de despatologización y derechos humanos
	Internacional	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	Reflexiones sobre los SOC-7
	Internacional	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	Nota de Prensa de STP-2012: Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2012: Más de 100 acciones en diferentes partes del mundo
	Internacional	TGEU, Transgender Europe	TGEU Media Release: Diagnosing diversity is crazy - Trans people are sane, October 20, 2012
	Europa	TGEU, Transgender Europe	Argentina adopts ground-breaking gender identity law

Tabla 7: DECLARACIONES DE GRUPOS Y REDES ACTIVISTAS (V)

Año	Ámbito	Grupo o red activista	Documento
2013	Internacional	Amnesty International	Because of Who I Am. Homophobia, Transphobia and Hate Crimes in Europe
	Estado español	AMPGYL, Asociación de Madres y Padres de Gays, Lesbianas, Bisexuales y Transexuales y Missé, Miquel	Guía para madres y padres de niñ@s con roles y comportamientos de género no normativos
	Internacional	GATE, Global Action for Trans* Equality	Critique and Alternative Proposal to the "Gender Incongruence of Childhood" Category in ICD-11. GATE Civil Society Expert Working Group Buenos Aires, April 4-6, 2013
	Internacional	GATE, Global Action for Trans* Equality	GATE Statement on the International Day Against Homophobia and Transphobia 2013
	Internacional	GATE, Global Action for Trans* Equality	Declaración de GATE en el Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans*
	Internacional	GATE, Global Action for Trans* Equality	Declaración de GATE en el Día Internacional de Eliminación de la Violencia contra las Mujeres
	Venezuela	Nuñileo, Rafaela	Discurso Público por el Día de Acción Mundial por la Despatologización de la Identidades Trans (Transexuales, Transgénerxs, Travestis e Intersex)
	Madrid	Plataforma Octubre Trans Madrid 2013, PandiTrans Madriz	Manifiesto Octubre Trans 2013. "Otros cuerpos son posibles"
	Chile	Salud Trans Chile	Campaña Stop Trans Pathologization se pronuncia sobre revisión de categorías patologizantes de las personas trans
	Internacional	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	Desarrollos recientes en el proceso de revisión del DSM y de la CIE
	Internacional	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	STP anuncia la convocatoria del Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2013 y la publicación de un nuevo comunicado
	Internacional	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	Reflexiones de STP sobre el proceso de revisión de la CIE y la publicación del DSM-5
	Internacional	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2013. Nota de prensa de STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization, 19 de octubre de 2013
	2014	Europa	TGEU, Transgender Europe
Europa		TGEU, Transgender Europe	Roundtable Gender Recognition Legislation
Europa		TGEU, Transgender Europe (autor*s: Köhler, Richard, Ehrt, Julia y Recher, Alex)	Legal Gender Recognition in Europe. Toolkit. TGEU, Transgender Europe, ACCESS ALL AREAS! Recognition Opens Doors Campaign
Internacional		Amnesty International	The State Decides Who I Am. Lack of Legal Gender Recognition for Transgender People in Europe
Argentina		Capicúa Diversidad	Aportes para pensar la salud de personas trans. Actualizando el paradigma de derechos humanos en salud
Estado español, Alemania, Canadá, Francia, Reino Unido		Carla Antonelli y FELGTB, Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales	Organización Mundial de la Salud (OMS): La transexualidad no es una enfermedad mental
Internacional		GATE, Global Action for Trans* Equality	Gender Diversity in Childhood is not a Pathology [vídeo]
Internacional		GATE, Global Action for Trans* Equality	Día Internacional de la Memoria Trans*. Un mensaje de GATE / International Day of Trans* Remembrance. A message from GATE
Internacional		GATE, Global Action for Trans* Equality y STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	Nota de Prensa: Nuevos desarrollos en el proceso de revisión de la CIE
Ciudad del Cabo		Gender Dynamix	Cape Town Declaration Gender Incongruence in Childhood
América Latina y Caribe		ILGALAC	Por la despatologización de la transexualidad
Madrid		Plataforma Octubre Trans Madrid 2014	Manifiesto La incongruencia no está en mi cuerpo, está en tu mirada
Internacional		STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	STP anuncia la convocatoria del Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2014
Internacional		STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	Nota de prensa: Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2014

Tabla 8: DECLARACIONES DE GRUPOS Y REDES ACTIVISTAS (VI)

Año	Ámbito	Grupo o red activista	Documento
2014	Irlanda	TENI, Transgender Equality Network Ireland	Press Release: Government Publish Gender Recognition Bill
	Irlanda	TENI, Transgender Equality Network Ireland	Legislation Based on Human and Civil Rights is Key to Equality for All. Executive Summary
	Europa	TGEU, Transgender Europe	TGEU's Position on the revision of the ICD 10
	Europa	TGEU, Transgender Europe	ACCESS ALL AREAS! Recognition Opens Doors. Europe-wide Campaign
	Europa	TGEU, Transgender Europe	Denmark goes Argentina! Denmark passes best legal gender recognition law in Europe
	Europa	TGEU, Transgender Europe	A step in the right direction: WHO proposes to remove F64 "gender identity disorders" from the mental and behavioural disorders. TGEU Statement
2015	Bogotá	Aquelarre Trans	Organizaciones celebran Decreto para que las personas trans puedan cambiar el sexo en sus documentos en notaría y esperan más acciones contra la discriminación
	Madrid	Asamblea TransMaricaBollo de Sol	Manifiesto de la Asamblea Transmaricabollo de Sol Día Internacional de la Visibilidad Trans
	Paris	Collectif Existrans	Argentine, Colombie, Danemark, Irlande, Malte, Mexico, Québec... Papiers et droits por les trans et les intersexes: Le monde avance, la France recule!
	Internacional	GATE, Global Action for Trans* Equality	Making depathologization a matter of law. A comment from GATE on the Maltese Act on Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics
	Internacional	GATE, Global Action for Trans* Equality	We are Unstoppable! GATE Statement on the International Day of Action for Trans* Depathologization
	Internacional	GATE, Global Action for Trans* Equality	Intersex Issues in the International Classification of Diseases: a revision
	Internacional	GATE, Global Action for Trans* Equality	La reforma de la CIE te necesita! [vídeo]
	Chile	OTD, Organizando Trans Diversidades	No hay democracia sin despatologización de las identidades trans
	Internacional	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	STP anuncia la convocatoria del Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2015
	Internacional	STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	Nota de prensa. Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans 2015
	Irlanda	TENI, Transgender Equality Network Ireland	Ireland Agrees to Self-Declaration for Gender Recognition Bill
	Irlanda	TENI, Transgender Equality Network Ireland	Legal Gender Recognition in Ireland
	Irlanda	TENI, Transgender Equality Network Ireland	Press Release: Gender Recognition Bill Completes Passage Through the Oireachtas
	Europa	TGEU, Transgender Europe	Malta Adopts Ground-breaking Trans and Intersex Law – TGEU Press Release
	Europa	TGEU, Transgender Europe	Norwegian Expert Group Publishes Progressive Gender Recognition Recommendations
	Europa	TGEU, Transgender Europe	Trans Rights Europe Map & Index 2015
	Europa	TGEU, Transgender Europe	Ireland adopts progressive Gender Recognition Law
	Europa	TGEU, Transgender Europe	TGEU welcomes EU Parliament's clear stance on protecting fundamental rights
	Europa	TGEU, Transgender Europe y Carsten Balzer	Nuevos mapas interactivos revelan la situación de las personas trans en el mundo
	Europa	TGEU, Transgender Europe	TGEU calls upon WHO to support gender variant children, not label them as "sick"
Europa	TGEU, Transgender Europe	Willa's Story: Trans kids need to be listened to!	

ANEXO III: DECLARACIONES DE ASOCIACIONES PROFESIONALES

Tabla 9: DECLARACIONES DE ASOCIACIONES PROFESIONALES (I)

Año	Ámbito	Asociación profesional	Documento
2000	EE.UU.	APA, American Psychiatric Association	Position Statement on Therapies Focused on Attempts to Change Sexual Orientation (Reparative or Conversion Therapies)
2007	EE.UU.	APA, American Psychiatric Association	APA Names DSM-V Task Force Members Leading Experts to Revise Handbook for Diagnosing Mental Disorders
2008	EE.UU.	American Medical Association	Medical Necessity of Transition Care
	EE.UU.	APA, American Psychiatric Association	APA Statement on GID and the DSM-V
	EE.UU.	The Transgender Community	Objection to DSM-V Committee to DSM-V Committee Members on Gender Identity Disorders
	Internacional	WPATH, World Professional Association for Transgender Health	WPATH Clarification on Medical Necessity of Treatment, Sex Reassignment, and Insurance Coverage in the U.S.A.
2009	EE.UU.	American Psychological Association	Report of the APA Task Force on Gender Identity and Gender Variance / Resolution on Transgender, Gender Identity & Gender Expression Non-Discrimination
	EE.UU.	American Psychological Association	Appropriate Affirmative Responses to Sexual Orientation Distress and Change Efforts
	EE.UU.	APA, American Psychiatric Association	DSM-5 Publication Date Moved to May 2013
	EE.UU.	GID Reform Advocates	Protest in San Francisco May 18th for APA Reform of Gender Disorders
2010	EE.UU.	APA, American Psychiatric Association	APA Announces Draft Diagnostic Criteria for DSM-5 New Proposed Changes Posted for Leading Manual of Mental Disorders
	EE.UU.	APA, American Psychiatric Association	APA Modifies DSM Naming Convention to Reflect Publication Changes
	EE.UU.	APA, American Psychiatric Association	APA Announces Start of Field Trials for DSM-5 Sites to Test Proposed Diagnostic Criteria in Real-World Clinical Settings
	EE.UU.	Callen-Lorde Community Health Center	DSM-5 Gender Identity Disorder Reform
	EE.UU.	International Foundation for Gender Education (IFGE)	Stop Gender Madness. Drop 302.3 from the DSM
	Cuba	SOCUMES, Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad	Declaración del V Congreso de Educación, Orientación y Terapia Sexual, Cuba
	Internacional	WPATH, World Professional Association for Transgender Health	WPATH Reaction to DSM-V Criteria for Gender Incongruence
	Internacional	WPATH, World Professional Association for Transgender Health	WPATH De-Psychopathologisation Statement
2011	EE.UU.	APA, American Psychiatric Association	New Framework Proposed for Manual of Mental Disorders APA Revisions a Key Step in Development of DSM-5
	Brasil	Conselhos Federal e Regionais de Psicologia, Brasil	Manifesto pela Despatologização das Identidades Trans
	EE.UU.	NAPNAP, National Association of Pediatric Nurse Practitioners	Health Risks and Needs of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Adolescents Position Statement.
2012	EE.UU.	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	Practice Parameter on Gay, Lesbian, or Bisexual Sexual Orientation, Gender Nonconformity, and Gender Discordance in Children and Adolescent
	EE.UU.	APA, American Psychiatric Association	Position Statement on Access to Care for Transgender and Gender Variant Individuals
	EE.UU.	APA, American Psychiatric Association	Position Statement on Discrimination Against Transgender and Gender Variant Individuals
	EE.UU.	APA, American Psychiatric Association (Byne, et al. 2012)	Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder
	EE.UU.	APA, American Psychiatric Association	DSM: History of the Manual
	EE.UU.	APA, American Psychiatric Association	American Psychiatric Association Board of Trustees Approves DSM-5

Tabla 10: DECLARACIONES DE ASOCIACIONES PROFESIONALES (II)

Año	Ámbito	Asociación profesional	Documento
2012	Internacional	WMA, World Medical Association	WMA Statement on Forced and Coerced Sterilization, adopted by the 63 rd WMA General Assembly, Bangkok, Thailand
	EE.UU.	Society for Adolescent Health and Medicine	Recommendations for promoting the health and well-being of lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents: a position paper of the Society for Adolescent Health and Medicine
2013	EE.UU.	APA, American Psychiatric Association	American Psychiatric Association Releases DSM-5
2014	EE.UU.	Society for Adolescent Health and Medicine	Recommendations for promoting the health and well-being of lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents: a position paper of the Society for Adolescent Health and Medicine
	Reino Unido	UK Council for Psychotherapy	Conversion therapy. Consensus statement
	Internacional	WPATH, World Professional Association for Transgender Health	WPATH Statement Concerning Cross-dressing, Gender-Nonconformity, and Gender Dysphoria
2015	EE.UU.	American Psychological Association y NASP, National Association of School Psychologists	Resolution on gender and sexual orientation diversity in children and adolescents in schools
	Canadá	CASWE-ACFTS, Canadian Association for Social Work Education y CASW-ACTS, Canadian Association of Social Workers	Joint Statement on the Affirmation of Gender Diverse Children and Youth
	Internacional	WMA, World Medical Association	WMA Statement on Transgender People, adopted by the 66 th WMA General Assembly, Moscow, Russia
	Internacional	WPATH, World Professional Association for Transgender Health	2015 WPATH Statement on Identity Recognition
	Internacional	WMA, World Medical Association	WMA Statement on Transgender People, adopted by the 66 th WMA General Assembly, Moscow, Russia
	Internacional	WPATH, World Professional Association for Transgender Health	Results of Member Survey on Gender Incongruence of Childhood (GIC) Diagnosis for ICD-11

ANEXO IV: MARCO INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS

Tabla 11: LOS DERECHOS TRANS* EN UN MARCO INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS
CONTEXTO INTERNACIONAL (I)

Año	Institución	Documento
2006[1946]	OMS, Organización Mundial de la Salud	Constitución
1948	ONU, Organización de las Naciones Unidas	Declaración Universal de los Derechos Humanos
1951	ONU, Organización de las Naciones Unidas	Convención sobre el Estatuto de los Refugiados
1966	ONU, Organización de las Naciones Unidas ONU, Organización de las Naciones Unidas	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
1979	ONU, Organización de las Naciones Unidas	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer
1989	ONU, Organización de las Naciones Unidas	Convención sobre los derechos del niño
2000	ONU, Organización de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud
2003	ONU, Organización de las Naciones Unidas	El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt, 13 de febrero de 2013 (Main focus: Right to health)
	ONU, Organización de las Naciones Unidas	El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt, 10 de octubre de 2003 (Main focus: Right to health indicators)
2004	ONU, Organización de las Naciones Unidas	El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt, 16 de febrero de 2004 (Main focus: The rights to sexual and reproductive health)
2005	ONU, Organización de las Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos del Niño	Observación General N° 7 (2005). Realización de los derechos del niño en la primera infancia.
2006	ONU, Organización de las Naciones Unidas	Joint Statement. Human rights violations based on sexual orientation and gender identity
2006	ONU, Organización de las Naciones Unidas	El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt, 3 de marzo de 2006 (Main focus: A human rights-based approach to health indicators)
2007	ONU, Organización de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Observación general N° 19. El derecho a la seguridad social
	Principios de Yogyakarta	Principios de Yogyakarta. Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género
2008 - 2014	OEA, Organización de los Estados Americanos	Resolución Derechos Humanos, Orientación Sexual e Identidad de Género
2008	ONU, Organización de las Naciones Unidas	Joint Statement on Human Rights, Sexual Orientation and Gender Identity
	ONU, Organización de las Naciones Unidas	El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt, 31 de enero de 2008 (Main focus: Health systems and the right to the highest attainable standard of health)
2009	ONU, Organización de las Naciones Unidas	El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial, Sr. Anand Grover, 10 de agosto de 2009 (Main focus: right to health and informed consent)
	ONU, Organización de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Observación general N° 20. La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales
	ONU, Organización de las Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos del Niño	Observación General N° 12 (2009). El derecho del niño a ser escuchado
2010	ONU, Organización de las Naciones Unidas	El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial, 27 de abril de 2010 (Main focus: right to health and criminalization of same-sex conduct and sexual orientation, sex-work and HIV transmission)
2011	ONU, Organización de las Naciones Unidas, Alto Comisionado de los Derechos Humanos	Resolution on Human Rights, Sexual Orientation and Gender Identity
	ONU, Organización de las Naciones Unidas, Alto Comisionado de los Derechos Humanos	Informe Anual. Leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia cometidos contra personas por su orientación sexual e identidad de género. A/HRC/19/41

Tabla 12: LOS DERECHOS TRANS* EN UN MARCO INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS
CONTEXTO INTERNACIONAL (II)

Año	Institución	Documento
2011	ONU, Organización de las Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos del Niño	Observación General Nº 13 (2011). Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia
2012	ACNUDH-América del Sur, Oficina Regional para América del Sur del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos	ACNUDH-América del Sur acoge con beneplácito ley sobre identidad de género en Argentina
	ONU, Organización de las Naciones Unidas	Resolución Ejecuciones extrajudiciales, sumarias o arbitrarias. A/C.3/67/L.36, 21 de noviembre de 2012
	ONU, Organización de las Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos UNDP, United Nations Development Programme y Winter, S.	A/HRC/19/L.31 Derechos del niño Lost in Transition: Transgender People, Rights and HIV Vulnerability in the Asia-Pacific Region
2013	ONU, Organización de las Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos	A/HRC/22/53. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez
	ONU, Organización de las Naciones Unidas	Derechos del niño: el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud A/HRC/22/L.27, 18 de marzo de 2013
	ONU, Organización de las Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos del Niño	Observación General Nº 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud
	ONU, Organización de las Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos del Niño	Observación General Nº 17 (2013) sobre del derecho del niño al descanso, el esparcimiento, el juego, las actividades recreativas, la vida cultural y las artes
	OPS, Organización Panamericana de la Salud y OMS, Organización Mundial de la Salud	Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans
	WPRO, WHO Regional Office for the Western Pacific, APTN, Asia Pacific Transgender Network, UNAIDS, UNDP, United Nations Development Programme y SEARO, WHO Regional Office for South-East Asia	HIV, sexually transmitted infections and other health needs among transgender people in Asia and the Pacific: joint regional technical brief
	UNDP, United Nations Development Programme	Discussion Paper. Transgender Health and Human Rights
2014	ONU, Organización de las Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos	Resolución aprobada por el Consejo de Derechos Humanos, Derechos humanos, orientación sexual e identidad de género. A/HRC/RS/27/32, 2 de octubre de 2014
	ONUSIDA, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida	The GAP Report 2014. Transgender People
	ONUSIDA, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida	Inter-Agency Working Group on Key Populations. HIV and young transgender people: a technical brief
	Health Policy Project, APTN, Asia Pacific Transgender Network, UNDP, United Nations Development Programme	Blueprint for the Provision of Comprehensive Care for Trans People and Trans Communities.
2015	OMS, Organización Mundial de la Salud	Policy Brief. Transgender People and HIV
	OMS, Organización Mundial de la Salud	Sexual health, human rights and the law
	ONU, Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General	A/70/213. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 30 de julio de 2015
	ONUSIDA, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida	Declaración de prensa. Poner fin a la violencia y a la discriminación contra las personas lesbianas, gais, bisexuales, trans e intersex
	OPS, Organización Panamericana de la Salud	Blueprint for the provision of comprehensive care for trans persons and their communities in the Caribbean and other Anglophone countries

Tabla 13: LOS DERECHOS TRANS* EN UN MARCO INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS
CONTEXTO EUROPEO

Año	Institución	Documento
1989	Consejo de Europa	Recommendation 1117(1989) on the condition of transsexuals
2009	Hammarberg, Thomas, Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa	Informe Temático “Derechos Humanos e Identidad de Género”
2010	Consejo de Europa, Comité de Ministros	Recommendation CM/Rec(2010)5 of the Committee of Ministers to member states on measures to combat discrimination on grounds of sexual orientation or gender identity
	Consejo de Europa	Resolution 1728. Discrimination on the basis of sexual orientation and gender identity
	European Parliament’s Intergroup on LGBT Rights	Parliamentary question to the Commission: Depathologisation of gender identity disorder, 23 October 2010
2011	Comisión Europea	Informe “Trans and Intersex People. Discrimination on grounds of sex, gender identity and gender expression”
	Consejo de Europa	Informe “Discrimination on grounds of Sexual Orientation and Gender Identity”
	European Parliament’s Intergroup on LGBT Rights	Response to the parliamentary question on the depathologisation of gender identity disorder, 21 January 2011
	FRA, Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea	Informe “Homophobia, transphobia and discrimination on grounds of sexual orientation and gender identity”
	Hammarberg, Thomas, Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa Parlamento Europeo	Human Rights Comment: Clear laws needed to protect trans people from discrimination and hatred Parliament resolution of 28 September 2011 on human rights, sexual orientation and gender identity at the United Nations
2012	Comisión Europea	Thematic report on Discrimination against trans and intersex people on the grounds of sex, gender identity and gender expression
	Comisión Europea	Eurobarometer Discrimination in the EU 2012
	Parlamento Europeo	European Parliament legislative resolution of 12 September 2012 on the proposal for a directive of the European Parliament and of the Council establishing minimum standards on the rights, support and protection of victims of crime
	Parlamento Europeo	Report on the situation of fundamental rights in the European Union (2010 – 2011)
2013	Consejo de Europa	Putting an end to coerced sterilizations and castrations.
	Consejo de Europa	Resolution 1946 (2013). Equal access to health care
	Consejo de Europa	Situation of Transgender persons: education is the passport to the future
2014	Consejo de la Unión Europea	Guidelines to Promote and Protect the Enjoyment of all Human Rights by Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex (LGBTI) Persons. Foreign Affairs Council Meeting, Luxembourg, 24 June 2013
	FRA, European Union Agency for Fundamental Rights	EU LGBT survey: Main results. Luxembourg: FRA Publications Office
	FRA, European Union Agency for Fundamental Rights	FRA Opinion on the situation of equality in the European Union 10 years on from initial implementation of the equality directives
	FRA, European Union Agency for Fundamental Rights	Being Trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data. Luxembourg: Publications Office of the European Union
	OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, WHO	Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization. An interagency statement
2015	Consejo de Europa	Parliamentary Assembly. Discrimination against transgender people in Europe, Resolution 2048 (2015)
	Parlamento Europeo	Report on the Annual Report on Human Rights and Democracy in the World 2013 and the European Union policy on the matter, February 20, 2015.
	Parlamento Europeo	Report on the situation of fundamental rights in the European Union, 22 July 2015
	Parlamento Europeo	European Parliament resolution of 8 September 2015 on the situation of fundamental rights in the European Union (2013-2014)
	Jonas Gunnarson, Council of Europe Parliamentary Assembly’s General Rapporteur on the rights of LGBT people	It’s time to stop treating transgender people as diseased, says PACE rapporteur, October 23, 2015

ANEXO V: ACCIONES POR LA DESPATOLOGIZACIÓN TRANS*

Tabla 14: NÚMERO DE CIUDADES Y ACCIONES
DÍA INTERNACIONAL DE ACCIÓN POR LA DESPATOLOGIZACIÓN TRANS 2009 - 2015

	Ciudades	Acciones
2009	41	41
2010	61	75
2011	70	89
2012	50	102
2013	49	104
2014	45	92
2015	45	102
Total	361	605

Tabla 15: DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA
DÍA INTERNACIONAL DE ACCIÓN POR LA DESPATOLOGIZACIÓN TRANS 2009 - 2015

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
África	0	2	0	0	0	0	1
América Latina	13	22	34	28	23	25	20
Asia	2	4	2	1	3	2	3
Europa	24	31	27	19	21	18	21
Norteamérica	2	2	5	2	2	0	0
Oceanía	0	0	2	0	0	0	0
Total	41	61	70	50	49	45	45

Tabla 16: ADHESIONES
STP, CAMPAÑA STOP TRANS PATHOLOGIZATION (octubre de 2015)

Adhesiones colectivas	
África	4
América Latina	156
Asia	9
Europa	194
Norteamérica	7
Oceanía	2
Redes activistas internacionales	10
Organizaciones y partidos políticos	17
Total	399

ANEXO VI: MANUALES DIAGNÓSTICOS Y ESTÁNDARES DE CUIDADO

Tabla 17: CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS
RELACIONADAS CON SEXUALIDADES, EXPRESIONES E IDENTIDADES DE GÉNERO EN EL DSM (I)
DSM, Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales
APA, American Psychiatric Association

Versión (Año)	Sección	Categoría diagnóstica
DSM-I (APA 1952)	Disorders of psychogenic origin or without clearly defined physical cause or structural change in the brain / Personality Disorders	000-x63 Sexual deviation <i>Specify Supplementary Term</i>
DSM-II (APA 1968)	Personality disorders and certain other nonpsychotic mental disorders / Sexual deviations	302.0 Homosexuality 302.3 Transvestitism
DSM-II, 6th printing (APA 1974)	Personality disorders and certain other nonpsychotic mental disorders / Sexual deviations	302.0 Sexual orientation disturbance (Homosexuality)
DSM-III (APA 1980)	Psychosexual Disorders / Gender identity disorders	302.5x Transsexualism 302.60 Gender identity disorder of childhood 302.85 Atypical gender identity disorder <i>Indicate sexual history in the fifth digit of Transsexualism code: 1 = asexual, 2 = homosexual, 3 = heterosexual, 0 — unspecified.</i>
	Psychosexual Disorders / Paraphilias	302.30 Transvestism
	Psychosexual Disorders / Other psychosexual disorders	302.00 Ego-dystonic homosexuality 302.89 Psychosexual disorder not elsewhere classified
DSM-III-R (APA 1987)	Disorders usually first evident in infancy, childhood, or adolescence / Gender Identity Disorders	302.60 Gender identity disorder of childhood 302.50 Transsexualism <i>Specify sexual history: asexual, homosexual, heterosexual, unspecified</i>
		302.85* Gender identity disorder of adolescence or adulthood, nontranssexual type <i>Specify sexual history: asexual, homosexual, heterosexual, unspecified</i>
		302.85* Gender identity disorder NOS
	Sexual disorders / Paraphilias	302.30 Transvestic fetishism
	Sexual disorders / Other sexual disorders	302.90 Sexual disorder NOS
DSM-IV (APA 1994)	Sexual and Gender Identity Disorders / Gender identity disorders	302.xx Gender Identity Disorder .6 in Children .85 in Adolescents or Adults Specify if Sexually Attracted to Males/ Sexually Attracted to Females/Sexually Attracted to Both/Sexually Attracted to Neither
		302.6 Gender Identity Disorder NOS 302.9 Sexual Disorder NOS
	Sexual and Gender Identity Disorders / Paraphilias	302.3 Transvestic Fetishism Specify if: With Gender Dysphoria

Tabla 18: CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS
RELACIONADAS CON SEXUALIDADES, EXPRESIONES E IDENTIDADES DE GÉNERO EN EL DSM (II)
DSM, Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales
APA, American Psychiatric Association

Versión (Año)	Sección	Categoría diagnóstica
DSM-IV-TR (APA 2000a)	Sexual and Gender Identity Disorders / Gender identity disorders	302.xx Gender Identity Disorder .6 in Children .85 in Adolescents or Adults Specify if Sexually Attracted to Males/ Sexually Attracted to Females/Sexually Attracted to Both/Sexually Attracted to Neither 302.6 Gender Identity Disorder NOS (538) 302.9 Sexual Disorder NOS (538)
	Sexual and Gender Identity Disorders / Paraphilias	302.3 Transvestic Fetishism (530) Specify if: With Gender Dysphoria
DSM-5 Draft (APA febrero 2010)	Gender Identity Disorders	Gender Incongruence (in adolescents and adults) Gender Incongruence (in children)
	Paraphilic Disorders	Transvestic Disorder (DSM-5 Draft febrero 2010, octubre 2012)
DSM-5 Draft (APA mayo 2011)	Gender Dysphoria	Gender Dysphoria (in adolescents and adults) Gender Dysphoria (in children)
	Paraphilic Disorders	Transvestic Disorder (DSM-5 Draft junio 2011, abril 2012)
DSM (APA 2015)	Gender Dysphoria	302.6 Gender Dysphoria in Children <i>Specify if: With a disorder of sex development</i> 302.85 Gender Dysphoria in Adolescents and Adults <i>Specify if: With a disorder of sex development</i> <i>Specify if: Posttransition</i>
	Paraphilic Disorders	302.6 Other Specified Gender Dysphoria 302.6 Unspecified Gender Dysphoria 302.3 Transvestic Disorder

Tabla 19: CÓDIGOS
RELACIONADOS CON SEXUALIDADES, EXPRESIONES E IDENTIDADES DE GÉNERO EN LA CIE
CIE, Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Otros Problemas de Salud
OMS, Organización Mundial de la Salud

Versión (Año)	Capítulo	Bloque	Categoría	Subcategoría
ICD-6 (OMS 1948)	-	320-326 Disorders of character, behaviour, and intelligence	320 Pathological personality	320.6 Sexual deviation
ICD-7 (OMS 1955)	-	320-326 Disorders of character, behaviour and intelligence	320 Pathological personality	320.6 Sexual deviation
ICD-8 (OMS 1965)	-	300-309 Neuroses, personality disorders and other nonpsychotic mental disorders	302 Sexual deviation	302.0 Homosexuality
	-	300-309 Neuroses, personality disorders and other nonpsychotic mental disorders	302. Sexual deviation	302.3 Transvestism
ICD-9 (OMS 1975)	Mental disorders	300-316 Neurotic disorders, personality disorders and other nonpsychotic mental disorders	302 Sexual deviations and disorders	302.0 Homosexuality
	Mental disorders	300-316 Neurotic disorders, personality disorders and other nonpsychotic mental disorders	302 Sexual deviations and disorders	302.3 Transvestism
	Mental disorders	300-316 Neurotic disorders, personality disorders and other nonpsychotic mental disorders	302 Sexual deviations and disorders	302.5 Trans-sexualism 302.50 With unspecified sexual history 302.51 With asexual history 302.52 With homosexual history 302.53 With heterosexual history 302.6 Disorders of psychosexual identity
ICD-10 (OMS 2015[1990])	V Mental and behavioural disorders	F60 – F69 Disorders of adult personality and behavior	F64 Gender identity disorders	F64.0 Transsexualism F64.1 Dual transvestism F64.2 Gender identity disorder of childhood F64.8 Other gender identity disorders F64.9 Gender identity disorder, unspecified
	V Mental and behavioural disorders	F60 – F69 Disorders of adult personality and behavior	F65 Disorders of sexual preference	(...) F65.1 Fetishistic transvestism (...) F65.6. Multiple disorders of sexual preference (...)
ICD-10 (OMS 2015[1990])	V Mental and behavioural disorders	F60 – F69 Disorders of adult personality and behavior	F66 Psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation	Note: Sexual orientation by itself is not to be regarded as a disorder F66.0 Sexual maturation disorder F66.1 Egodystonic sexual orientation F66.2 Sexual relationship disorder F66.8 Other psychosexual development disorders F66.9 Psychosexual development disorder, unspecified
ICD-11 Beta Draft (OMS 2015a)	Conditions related to sexual health	Gender incongruence	5A30 Gender incongruence of adolescence and adulthood 5A31 Gender incongruence of childhood 5A3Y Other specified gender incongruence 5A3Z Gender incongruence, unspecified	-

Tabla 20: ESTÁNDARES DE CUIDADO SOC
SOC-1-6: HBIIGDA, Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association
SOC-7: WPATH, World Professional Association for Transgender Health

Año	Versión de los SOC
1979	SOC-1, Standards of Care, The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons
1980	SOC-2, Standards of Care, The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons
1981	SOC-3, Standards of Care, The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons
1990	SOC-4, Standards of Care, The hormonal and surgical sex reassignment of gender dysphoric persons,
1998	SOC-5, The Standards of Care for Gender Identity Disorders
2005	SOC-6, The Standards of Care for Gender Identity Disorders
2012	SOC-7, Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People

ANEXO VII: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN EL DSM Y LA CIE

Tabla 21: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON SEXUALIDADES, EXPRESIONES E IDENTIDADES DE GÉNERO EN EL DSM (I)

Versión	Criterios diagnósticos
DSM-I (APA 1952: 39)	<p>00Q-x63 Sexual deviation This diagnosis is reserved for deviant sexuality which is not symptomatic of more extensive syndromes, such as schizophrenic and obsessional reactions. The term includes most of the cases formerly classed as "psychopathic personality with pathologic sexuality." The diagnosis will specify the type of the pathologic behavior, such as homosexuality, transvestism, pedophilia, fetishism and sexual sadism (including rape, sexual assault, mutilation).</p>
DSM-II (APA 1968: 44)	<p>302 Sexual deviations This category is for individuals whose sexual interests are directed primarily toward objects other than people of the opposite sex, toward sexual acts not usually associated with coitus, or toward coitus performed under bizarre circumstances as in necrophilia, pedophilia, sexual sadism, and fetishism. Even though many find their practices distasteful, they remain unable to substitute normal sexual behavior for them. This diagnosis is not appropriate for individuals who perform deviant sexual acts because normal sexual objects are not available to them.</p> <ul style="list-style-type: none"> .0 Homosexuality .1 Fetishism .2 Pedophilia .3 Transvestitism .4 Exhibitionism .5 Voyeurism .6 Sadism .7 Masochism .8 Other sexual deviation [.9 Unspecified sexual deviation]
DSM-II, 6th printing (APA 1974: 44)	<p>302 Sexual deviations¹ This category is for individuals whose sexual interests are directed primarily toward objects other than people of the opposite sex, toward sexual acts not usually associated with coitus, or toward coitus performed under bizarre circumstances as in necrophilia, pedophilia, sexual sadism, and fetishism. Even though many find their practices distasteful, they remain unable to substitute normal sexual behavior for them. This diagnosis is not appropriate for individuals who perform deviant sexual acts because normal sexual objects are not available to them.</p> <p>302.0 Sexual orientation disturbance [Homosexuality] This is for individuals whose sexual interests are directed primarily toward people of the same sex and who are either disturbed by, in conflict with, or wish to change their sexual orientation. This diagnostic category is distinguished from homosexuality, which by itself does not constitute a psychiatric disorder. Homosexuality per se is one form of sexual behavior, and with other forms of sexual behavior which are not by themselves psychiatric disorders, are not listed in this nomenclature.</p> <p>¹This term and its definition are inconsistent with the change in thinking that led to the substitution of Sexual Orientation Disturbance for Homosexuality in the list below. However, since no specific recommendations were made for changing this category or its definition, this category remains unchanged for the time being. (...)</p> <p>302.3 Transvestitism</p>
DSM-III (APA 1980: 263-264)	<p>302.5x Diagnostic criteria for Transsexualism</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Sense of discomfort and inappropriateness about one's anatomic sex. 8. Wish to be rid of one's own genitals and to live as a member of the other sex. C, The disturbance has been continuous (not limited to periods of stress) for at least two years. D. Absence of physical intersex or genetic abnormality. E. Not due to another mental disorder, such as Schizophrenia.
DSM-III (APA 1980: 265-266)	<p>Diagnostic criteria for Gender Identity Disorder of Childhood For females;</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Strongly and persistently stated desire to be a boy, or insistence that she is a boy (not merely a desire for any perceived cultural advantages from being a boy). B. Persistent repudiation of female anatomic structures, as manifested by at least one of the following repeated assertions: <ul style="list-style-type: none"> (1) that she will grow up to become a man (not merely in role) (2) that she is biologically unable to become pregnant (3) that she will not develop breasts (4) that she has no vagina (5) that she has, or will grow, a penis C Onset of the disturbance before puberty. (For adults and adolescents, see Atypical Gender Identity Disorder.)

Tabla 22: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON SEXUALIDADES, EXPRESIONES E IDENTIDADES DE GÉNERO EN EL DSM (II)

Versión	Criterios diagnósticos
DSM-III (APA 1980: 265-266)	<p>Diagnostic criteria for Gender Identity Disorder of Childhood (<i>continuación</i>) For males; A. Strongly and persistently stated desire to be a girl, or insistence that he is a girl. B. Either (1) or (2): (1) persistent repudiation of male anatomic structures, as manifested by at least one of the following repeated assertions: (a) that he will grow up to become a woman, (not merely in role) (b) that his penis or testes are disgusting or will disappear (c) that it would be better not to have a penis or testes (2) preoccupation with female stereotypical activities as manifested by a preference for either cross-dressing or simulating female attire, or by a compelling desire to participate in the games and pastimes of girls C. Onset of the disturbance before puberty, (For adults and adolescents, see Atypical Gender Identity Disorder.)</p>
DSM-III (APA 1980: 266)	<p>302.85 Atypical Gender Identity Disorder This is a residual category for coding disorders in gender identity that are not classifiable as a specific Gender Identity Disorder.</p>
DSM-III (APA 1980: 270)	<p>Diagnostic criteria for Transvestism A. Recurrent and persistent cross-dressing by a heterosexual male. B. Use of cross-dressing for the purpose of sexual excitement, at least initially in the course of the disorder. C. Intense frustration when the cross-dressing is interfered with. D. Does not meet the criteria for Transsexualism.</p>
DSM-III (APA 1980: 281)	<p>302.00 Ego-dystonic Homosexuality The essential features are a desire to acquire or increase heterosexual arousal, so that heterosexual relationships can be initiated or maintained, and a sustained pattern of overt homosexual arousal that the individual explicitly states has been unwanted and a persistent source of distress. This category is reserved for those homosexuals for whom changing sexual orientations is a persistent concern, and should be avoided in cases where the desire to change sexual orientations may be a brief, temporary manifestation of an individual's difficulty in adjusting to a new awareness of his or her homosexual impulses. Individuals with this disorder may have either no or very weak heterosexual arousal. Typically there is a history of unsuccessful attempts at initiating or sustaining heterosexual relationships. In some cases no attempt has been made to initiate a heterosexual relationship because of the expectation of lack of sexual responsiveness. In other cases the individual has been able to have short-lived heterosexual relationships, but complains that the heterosexual impulses are too weak to sustain such relationships. When the disorder is present in an adult, usually there is a strong desire to be able to have children and family life. Generally individuals with this disorder have had homosexual relationships, but often the physical satisfaction is accompanied by emotional upset because of strong negative feelings regarding homosexuality. In some cases the negative feelings are so strong that the homosexual arousal has been confined to fantasy.</p>
DSM-III-R (APA 1987: 73-74)	<p>Diagnostic criteria for Gender Identity Disorder of Childhood For Females: A. Persistent and intense distress about being a girl, and a stated desire to be a boy (not merely a desire for any perceived cultural advantages from being a boy), or insistence that she is a boy. B. Either (1) or (2): (1) persistent marked aversion to normative feminine clothing and insistence on wearing stereotypical masculine clothing, e.g., boys' underwear and other accessories (2) persistent repudiation of female anatomic structures, as evidenced by at least one of the following: (a) an assertion that she has, or will grow, a penis (b) rejection of urinating in a sitting position (c) assertion that she does not want to grow breasts or menstruate C. The girl has not yet reached puberty. For Males: A. Persistent and intense distress about being a boy and an intense desire to be a girl or, more rarely, insistence that he is a girl. B. Either (1) or (2): (1) preoccupation with female stereotypical activities, as shown by a preference for either cross-dressing or simulating female attire, or by an intense desire to participate in the games and pastimes of girls and rejection of male stereotypical toys, games, and activities (2) persistent repudiation of male anatomic structures, as indicated by at least one of the following repeated assertions: (a) that he will grow up to become a woman (not merely in role) (b) that his penis or testes are disgusting or will disappear (c) that it would be better not to have a penis or testes C. The boy has not yet reached puberty.</p>
DSM-III-R (APA 1987: 75-76)	<p>302.50 Diagnostic criteria for Transsexualism A. Persistent discomfort and sense of inappropriateness about one's assigned sex. B. Persistent preoccupation for at least two years with getting rid of one's primary and secondary sex characteristics and acquiring the sex characteristics of the other sex. C. The person has reached puberty. <i>Specify history of sexual orientation: asexual, homosexual, heterosexual, or unspecified.</i></p>

Tabla 23: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON SEXUALIDADES, EXPRESIONES E IDENTIDADES DE GÉNERO EN EL DSM (III)

Versión	Criterios diagnósticos
DSM-III-R (APA 1987: 77)	<p>302.85 Gender Identity Disorder of Adolescence or Adulthood, Nontranssexual Type A. Persistent or recurrent discomfort and sense of inappropriateness about one's assigned sex. B. Persistent or recurrent cross-dressing in the role of the other sex, either in fantasy or actuality, but not for the purpose of sexual excitement (as in Transvestic Fetishism). C. No persistent preoccupation (for at least two years) with getting rid of one's primary and secondary sex characteristics and acquiring the sex characteristics of the other sex (as in Transsexualism). D. The person has reached puberty. <i>Specify history of sexual orientation: asexual, homosexual, heterosexual, or unspecified.</i></p>
DSM-III-R (APA 1987: 77-78)	<p>302.85 Gender Identity Disorder Not Otherwise Specified Disorders in gender identity that are not classifiable as a specific Gender Identity Disorder. Examples: (1) children with persistent cross-dressing without the other criteria for Gender Identity Disorder of Childhood (2) adults with transient, stress-related cross-dressing behavior (3) adults with the clinical features of Transsexualism of less than two years' duration (4) people who have a persistent preoccupation with castration or peotomy without a desire to acquire the sex characteristics of the other sex</p>
DSM-III-R (APA 1987: 289)	<p>302.30 Transvestic fetishism A. Over a period of at least six months, in a heterosexual male, recurrent intense sexual urges and sexually arousing fantasies involving cross-dressing. B. The person has acted on these urges, or is markedly distressed by them. C. Does not meet the criteria for Gender Identity Disorder of Adolescence or Adulthood, Nontranssexual Type, or Transsexualism.</p>
DSM-III-R (APA 1987: 296)	<p>302.90 Sexual Disorder Not Otherwise Specified Sexual Disorders that are not classifiable in any of the previous categories. In rare instances, this category may be used concurrently with one of the specific diagnoses when both are necessary to explain or describe the clinical disturbance. Examples: (1) marked feelings of inadequacy concerning body habitus, size and shape of sex organs, sexual performance, or other traits related to self-imposed standards of masculinity or femininity (2) distress about a pattern of repeated sexual conquests or other forms of nonparaphilic sexual addiction, involving a succession of people who exist only as things to be used (3) persistent and marked distress about one's sexual orientation</p>
DSM-IV (APA 1994: 537-538)	<p>Diagnostic criteria for Gender Identity Disorder A. A strong and persistent cross-gender identification (not merely a desire for any perceived cultural advantages of being the other sex). In children, the disturbance is manifested by four (or more) of the following: (1) repeatedly stated desire to be, or insistence that he or she is, the other sex (2) in boys, preference for cross-dressing or simulating female attire; in girls, insistence on wearing only stereotypical masculine clothing (3) strong and persistent preferences for cross-sex roles in make believe play or persistent fantasies of being the other sex (4) intense desire to participate in the stereotypical games and pastimes of the other sex (5) strong preference for playmates of the other sex In adolescents and adults, the disturbance is manifested by symptoms such as a stated desire to be the other sex, frequent passing as the other sex, desire to live or be treated as the other sex, or the conviction that he or she has the typical feelings and reactions of the other sex. B. Persistent discomfort with his or her sex or sense of inappropriateness in the gender role of that sex. In children, the disturbance is manifested by any of the following: in boys, assertion that his penis or testes are disgusting or will disappear or assertion that it would be better not to have a penis, or aversion toward rough-and-tumble play and rejection of male stereotypical toys, games, and activities; in girls, rejection of urinating in a sitting position, assertion that she has or will grow a penis, or assertion that she does not want to grow breasts or menstruate, or marked aversion toward normative feminine clothing. In adolescents and adults, the disturbance is manifested by symptoms such as preoccupation with getting rid of primary and secondary sex characteristics (e.g., request for hormones, surgery, or other procedures to physically alter sexual characteristics to simulate the other sex) or belief that he or she was born the wrong sex. C. The disturbance is not concurrent with a physical intersex condition. D. The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning. <i>Code based on current age:</i> 302.6 Gender Identity Disorder in Children / 302.85 Gender Identity Disorder in Adolescents or Adults <i>Specify if (for sexually mature individuals):</i> Sexually Attracted to Males / Sexually Attracted to Females / Sexually Attracted to Both / Sexually Attracted to Neither</p>

Tabla 24: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON SEXUALIDADES, EXPRESIONES E IDENTIDADES DE GÉNERO EN EL DSM (IV)

Versión	Criterios diagnósticos
DSM-IV (APA 1994: 538)	<p>302.6 Gender Identity Disorder Not Otherwise Specified This category is included for coding disorders in gender identity that are not classifiable as a specific Gender Identity Disorder. Examples include</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intersex conditions (e.g., androgen insensitivity syndrome or congenital adrenal hyperplasia) and accompanying gender dysphoria 2. Transient, stress-related cross-dressing behavior 3. Persistent preoccupation with castration or penectomy without a desire to acquire the sex characteristics of the other sex
DSM-IV (APA 1994: 538)	<p>302.9 Sexual Disorder Not Otherwise Specified This category is included for coding a sexual disturbance that does not meet the criteria for any specific Sexual Disorder and is neither a Sexual Dysfunction nor a Paraphilia. Examples include</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Marked feelings of inadequacy concerning sexual performance or other traits related to self-imposed standards of masculinity or femininity 2. Distress about a pattern of repeated sexual relationships involving a succession of lovers who are experienced by the individual only as things to be used 3. Persistent and marked distress about sexual orientation
DSM-IV (APA 1994: 531)	<p>Diagnostic categoria for 302.3 Transvestic Fetishism A. Over a period of at least 6 months, in a heterosexual male, recurrent, intense sexually arousing fantasies, sexual urges, or behaviors involving cross-dressing. B. The fantasies, sexual urges, or behaviors cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important áreas of functioning. <i>Specify if:</i> <i>With Gender Dysphoria: if the person has persistent discomfort with gender role or identity</i></p>
DSM-IV (APA 1994: 538)	<p>302.9 Sexual Disorder Not Otherwise Specified This category is included for coding a sexual disturbance that does not meet the criteria for any specific Sexual Disorder and is neither a Sexual Dysfunction nor a Paraphilia. Examples include</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Marked feelings of inadequacy concerning sexual performance or other traits related to self-imposed standards of masculinity or femininity 2. Distress about a pattern of repeated sexual relationships involving a succession of lovers who are experienced by the individual only as things to be used 3. Persistent and marked distress about sexual orientation
DSM-IV-TR (APA 2000a: 581-582)	<p>Diagnostic criteria for Gender Identity Disorder A. A strong and persistent cross-gender identification (not merely a desire for any perceived cultural advantages of being the other sex). In children, the disturbance is manifested by four (or more) of the following: (1) repeatedly stated desire to be, or insistence that he or she is, the other sex (2) in boys, preference for cross-dressing or simulating female attire; in girls, insistence on wearing only stereotypical masculine clothing (3) strong and persistent preferences for cross-sex roles in make believe play or persistent fantasies of being the other sex (4) intense desire to participate in the stereotypical games and pastimes of the other sex (5) strong preference for playmates of the other sex In adolescents and adults, the disturbance is manifested by symptoms such as a stated desire to be the other sex, frequent passing as the other sex, desire to live or be treated as the other sex, or the conviction that he or she has the typical feelings and reactions of the other sex. B. Persistent discomfort with his or her sex or sense of inappropriateness in the gender role of that sex. In children, the disturbance is manifested by any of the following: in boys, assertion that his penis or testes are disgusting or will disappear or assertion that it would be better not to have a penis, or aversion toward rough-and-tumble play and rejection of male stereotypical toys, games, and activities; in girls, rejection of urinating in a sitting position, assertion that she has or will grow a penis, or assertion that she does not want to grow breasts or menstruate, or marked aversion toward normative feminine clothing. In adolescents and adults, the disturbance is manifested by symptoms such as preoccupation with getting rid of primary and secondary sex characteristics (e.g., request for hormones, surgery, or other procedures to physically alter sexual characteristics to simulate the other sex) or belief that he or she was born the wrong sex. C. The disturbance is not concurrent with a physical intersex condition. D. The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning. <i>Code based on current age:</i> 302.6 Gender Identity Disorder in Children 302.85 Gender Identity Disorder in Adolescents or Adults</p>

Tabla 25: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
RELACIONADOS CON LAS SEXUALIDADES, EXPRESIONES E IDENTIDADES DE GÉNERO EN EL DSM (V)

Versión	Criterios diagnósticos
DSM-IV-TR (APA 2000a: 581-582)	<p>Diagnostic criteria for Gender Identity Disorder (continuación)</p> <p><i>Specify if (for sexually mature individuals):</i></p> <p><i>Sexually Attracted to Males</i></p> <p><i>Sexually Attracted to Females</i></p> <p><i>Sexually Attracted to Both</i></p> <p><i>Sexually Attracted to Neither</i></p>
DSM-IV-TR (APA 2000a: 582)	<p>302.6 Gender Identity Disorder Not Otherwise Specified</p> <p>This category is included for coding disorders in gender identity that are not classifiable as a specific Gender Identity Disorder. Examples include</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intersex conditions (e.g., androgen insensitivity syndrome or congenital adrenal hyperplasia) and accompanying gender dysphoria 2. Transient, stress-related cross-dressing behavior 3. Persistent preoccupation with castration or penectomy without a desire to acquire the sex characteristics of the other sex
DSM-IV-TR (APA 2000a: 582)	<p>302.9 Sexual Disorder Not Otherwise Specified</p> <p>This category is included for coding a sexual disturbance that does not meet the criteria for any specific Sexual Disorder and is neither a Sexual Dysfunction nor a Paraphilia.</p> <p>Examples include</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Marked feelings of inadequacy concerning sexual performance or other traits related to self-imposed standards of masculinity or femininity 2. Distress about a pattern of repeated sexual relationships involving a succession of lovers who are experienced by the individual only as things to be used 3. Persistent and marked distress about sexual orientation
DSM-IV-TR (APA 2000a: 575)	<p>Diagnostic categoria for 302.3 Transvestic Fetishism</p> <p>A. Over a period of at least 6 months, in a heterosexual male, recurrent, intense sexually arousing fantasies, sexual urges, or behaviors involving cross-dressing.</p> <p>B. The fantasies, sexual urges, or behaviors cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important áreas of functioning.</p> <p><i>Specify if:</i></p> <p><i>With Gender Dysphoria: if the person has persistent discomfort with gender role or identity</i></p>
DSM-5 Draft (APA 2010a: s.p.)	<p>Gender Incongruence (in Adolescents or Adults)</p> <p>A. A marked incongruence between one’s experienced/expressed gender and assigned gender, of at least 6 months duration, as manifested by 2* or more of the following indicators:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. a marked incongruence between one’s experienced/expressed gender and primary and/or secondary sex characteristics (or, in young adolescents, the anticipated secondary sex characteristics) 2. a strong desire to be rid of one’s primary and/or secondary sex characteristics because of a marked incongruence with one’s experienced/expressed gender (or, in young adolescents, a desire to prevent the development of the anticipated secondary sex characteristics) 3. a strong desire for the primary and/or secondary sex characteristics of the other gender 4. a strong desire to be of the other gender (or some alternative gender different from one’s assigned gender) 5. a strong desire to be treated as the other gender (or some alternative gender different from one’s assigned gender) 6. a strong conviction that one has the typical feelings and reactions of the other gender (or some alternative gender different from one’s assigned gender) <p><i>Subtypes</i></p> <p><i>With a disorder of sex development</i></p> <p><i>Without a disorder of sex development</i></p>
DSM-5 Draft (APA 2010b: s.p.)	<p>Gender Incongruence (in children)</p> <p>A. A marked incongruence between one’s experienced/expressed gender and assigned gender, of at least 6 months duration, as manifested by at least 6* of the following indicators (including A1):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. a strong desire to be of the other gender or an insistence that he or she is the other gender 2. in boys, a strong preference for cross-dressing or simulating female attire; in girls, a strong preference for wearing only typical masculine clothing and a strong resistance to the wearing of typical feminine clothing 3. a strong preference for cross-gender roles in make-believe or fantasy play 4. a strong preference for the toys, games, or activities typical of the other gender 5. a strong preference for playmates of the other gender 6. in boys, a strong rejection of typically masculine toys, games, and activities and a strong avoidance of rough-and-tumble play; in girls, a strong rejection of typically feminine toys, games, and activities 7. a strong dislike of one’s sexual anatomy 8. a strong desire for the primary and/or secondary sex characteristics that match one’s experienced gender <p><i>Subtypes</i></p> <p><i>With a disorder of sex development</i></p> <p><i>Without a disorder of sex development</i></p>

Tabla 26: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LAS SEXUALIDADES, EXPRESIONES E IDENTIDADES DE GÉNERO EN EL DSM (VI)

Versión	Criterios diagnósticos
DSM-5 Draft (APA 2010c: s.p.)	<p>Transvestic Disorder</p> <p>A. Over a period of at least six months, in a male, there occur recurrent and intense sexual fantasies, sexual urges, or sexual behaviors involving cross-dressing.</p> <p>B. The fantasies, sexual urges, or behaviors cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.</p> <p><i>Specify if:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>With Fetishism (Sexually Aroused by Fabrics, Materials, or Garments)</i> • <i>With Autogynephilia (Sexually Aroused by Thought or Image of Self as Female)</i>
DSM-5 Draft (APA 2010d: s.p.)	<p>U66 Transvestic Disorder</p> <p>A. Over a period of at least six months, recurrent and intense sexual arousal from cross-dressing, as manifested by fantasies, urges, or behaviors.</p> <p>B. The person has clinically significant distress or impairment in important areas of functioning.</p> <p><i>Specify if:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>With Fetishism (Sexually Aroused by Fabrics, Materials, or Garments)</i> <i>With Autogynephilia (Sexually Aroused by Thought or Image of Self as Female)</i> <i>With Autoandrophilia (Sexually Aroused by Thought or Image of Self as Male)</i> <p><i>Specify if:</i></p> <p><i>In Remission (No Distress, Impairment, or Recurring Behavior and in an Uncontrolled Environment): State duration of remission in months: _____</i></p> <p><i>In a Controlled Environment</i></p>
DSM-5 Draft (APA 2011a: s.p.)	<p>Gender Dysphoria (in Adolescents or Adults)</p> <p>A. A marked incongruence between one’s experienced/expressed gender and assigned gender, of at least 6 months duration, as manifested by 2* or more of the following indicators:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. a marked incongruence between one’s experienced/expressed gender and primary and/or secondary sex characteristics (or, in young adolescents, the anticipated secondary sex characteristics) 2. a strong desire to be rid of one’s primary and/or secondary sex characteristics because of a marked incongruence with one’s experienced/expressed gender (or, in young adolescents, a desire to prevent the development of the anticipated secondary sex characteristics) 3. a strong desire for the primary and/or secondary sex characteristics of the other gender 4. a strong desire to be of the other gender (or some alternative gender different from one’s assigned gender) 5. a strong desire to be treated as the other gender (or some alternative gender different from one’s assigned gender) 6. a strong conviction that one has the typical feelings and reactions of the other gender (or some alternative gender different from one’s assigned gender) <p>B. The condition is associated with clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning, or with a significantly increased risk of suffering, such as distress or disability</p> <p><i>Subtypes</i></p> <p><i>With a disorder of sex development / Without a disorder of sex development</i></p> <p><i>Specifier</i></p> <p><i>Post-transition, i.e., the individual has transitioned to full-time living in the desired gender (with or without legalization of gender change) and has undergone (or is undergoing) at least one cross-sex medical procedure or treatment regimen, namely, regular cross-sex hormone treatment or gender reassignment surgery confirming the desired gender (e.g., penectomy, vaginoplasty in a natal male, mastectomy, phalloplasty in a natal female).</i></p>
DSM-5 (APA 2011b: s.p.)	<p>Gender Dysphoria (in Children)</p> <p>A. A marked incongruence between one’s experienced/expressed gender and assigned gender, of at least 6 months duration, as manifested by at least 6* of the following indicators (including A1):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. a strong desire to be of the other gender or an insistence that he or she is the other gender (or some alternative gender different from one’s assigned gender) 2. in boys, a strong preference for cross-dressing or simulating female attire; in girls, a strong preference for wearing only typical masculine clothing and a strong resistance to the wearing of typical feminine clothing 3. a strong preference for cross-gender roles in make-believe or fantasy play 4. a strong preference for the toys, games, or activities typical of the other gender 5. a strong preference for playmates of the other gender 6. in boys, a strong rejection of typically masculine toys, games, and activities and a strong avoidance of rough-and-tumble play; in girls, a strong rejection of typically feminine toys, games, and activities 7. a strong dislike of one’s sexual anatomy 8. a strong desire for the primary and/or secondary sex characteristics that match one’s experienced gender <p>B. The condition is associated with clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning, or with a significantly increased risk of suffering, such as distress or disability.</p> <p><i>Subtypes</i></p> <p><i>With a disorder of sex development</i></p> <p><i>Without a disorder of sex development</i></p>

Tabla 27: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS CON LAS SEXUALIDADES, EXPRESIONES E IDENTIDADES DE GÉNERO EN EL DSM (VII)

Versión	Criterios diagnósticos
DSM-5 Draft (APA 2011c: s.p.)	<p>Transvestic Disorder</p> <p>A. Over a period of at least six months, recurrent and intense sexual arousal from cross-dressing, as manifested by fantasies, urges, or behaviors.</p> <p>B. The person has clinically significant distress or impairment in important areas of functioning.</p> <p>Specify if:</p> <ul style="list-style-type: none"> • With Fetishism (Sexually Aroused by Fabrics, Materials, or Garments) • With Autogynephilia (Sexually Aroused by Thought or Image of Self as Female) • With Autoandrophilia (Sexually Aroused by Thought or Image of Self as Male) <p>Specify if:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>In Remission (No Distress, Impairment, or Recurring Behavior and in an Uncontrolled Environment):</i> <p><i>State duration of remission in months:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>In a Controlled Environment</i>
DSM-5 Draft (APA 2012a: s.p.)	<p>Transvestic Disorder</p> <p>A. Over a period of at least 6 months, recurrent and intense sexual arousal from cross-dressing, as manifested by fantasies, urges, or behaviors.</p> <p>B. The fantasies, sexual urges, or behaviors cause marked distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.</p> <p>Specify if:</p> <ul style="list-style-type: none"> With Fetishism (Sexually Aroused by Fabrics, Materials, or Garments) With Autogynephilia (Sexually Aroused by Thought or Image of Self as Female) With Autoandrophilia (Sexually Aroused by Thought or Image of Self as Male) <p>Specify if:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>In a Controlled Environment</i> <i>In Remission (No Distress, Impairment, or Recurring Behavior for Five Years and in an Uncontrolled Environment)</i>
DSM-5 (APA 2013a: 452)	<p>302.6 Gender Dysphoria in Children</p> <p>A. A marked incongruence between one’s experienced/expressed gender and assigned gender, of at least 6 months’ duration, as manifested by at least six of the following indicators (one of which must be Criterion A1):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A strong desire to be of the other gender or an insistence that one is the other gender (or some alternative gender different from one’s assigned gender). 2. In boys (assigned gender), a strong preference for cross-dressing or simulating female attire; in girls (assigned gender), a strong preference for wearing only typical masculine clothing and a strong resistance to the wearing of typical feminine clothing. 3. A strong preference for cross-gender roles in make-believe or fantasy play. 4. A strong preference for the toys, games, or activities stereotypically used or engaged in by the other gender. 5. A strong preference for playmates of the other gender. 6. In boys (assigned gender), a strong rejection of typically masculine toys, games, and activities and a strong avoidance of rough-and-tumble play; in girls (assigned gender), a strong rejection of typically feminine toys, games, and activities. 7. A strong dislike of one’s sexual anatomy. 8. A strong desire for the primary and/or secondary sex characteristics that match one’s experienced gender. <p>B. The condition is associated with clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.</p> <p>Specify if:</p> <ul style="list-style-type: none"> With a disorder of sex development (e.g., a congenital adrenogenital disorder such as 255.2 [E25.0] congenital adrenal hyperplasia or 259.50 [E34.50] androgen insensitivity syndrome). <p>Coding note: Code the disorder of sex development as well as gender dysphoria.</p>
DSM-5 (APA 2013a: 452-453)	<p>302.85 Gender Dysphoria in Adolescents or Adults</p> <p>A. A marked incongruence between one’s experienced/expressed gender and assigned gender, of at least 6 months duration, as manifested by at least two of the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A marked incongruence between one’s experienced/expressed gender and primary and/or secondary sex characteristics (or, in young adolescents, the anticipated secondary sex characteristics). 2. A strong desire to be rid of one’s primary and/or secondary sex characteristics because of a marked incongruence with one’s experienced/expressed gender (or, in young adolescents, a desire to prevent the development of the anticipated secondary sex characteristics). 3. A strong desire for the primary and/or secondary sex characteristics of the other gender. 4. A strong desire to be of the other gender (or some alternative gender different from one’s assigned gender). 5. A strong desire to be treated as the other gender (or some alternative gender different from one’s assigned gender). 6. A strong conviction that one has the typical feelings and reactions of the other gender (or some alternative gender different from one’s assigned gender). <p>B. The condition is associated with clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.</p>

Tabla 28: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
RELACIONADOS CON SEXUALIDADES, EXPRESIONES E IDENTIDADES DE GÉNERO EN EL DSM (VIII)

Versión	Criterios diagnósticos
DSM-5 (APA 2013a: 452-453)	<p>302.85 Gender Dysphoria in Adolescents or Adults (<i>continuación</i>)</p> <p><i>Specify if:</i></p> <p>With a disorder of sex development (e.g., a congenital adrenogenital disorder such as 255.2 [E25.0] congenital adrenal hyperplasia or 259.50 [E34.50] androgen insensitivity syndrome).</p> <p>Coding note: Code the disorder of sex development as well as gender dysphoria.</p> <p><i>Specify if:</i></p> <p>Post-transition: The individual has transitioned to full-time living in the desired gender (with or without legalization of gender change) and has undergone (or is preparing to have) at least one cross-sex medical procedure or treatment regimen -namely, regular cross-sex hormone treatment or gender reassignment surgery confirming the desired gender (e.g., penectomy, vaginoplasty in a natal male; mastectomy or phalloplasty in a natal female).</p>
DSM-5 (APA 2013a: 702)	<p>302.3 Transvestic Disorder</p> <p>A. Over a period of at least 6 months, recurrent and intense sexual arousal from cross-dressing, as manifested by fantasies, urges, or behaviors.</p> <p>B. The fantasies, sexual urges, or behaviors cause marked distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.</p> <p><i>Specify if:</i></p> <p>With fetishism: If sexually aroused by fabrics, materials, or garments.</p> <p>With autogynephilia: If sexually aroused by thoughts or images of self as female.</p> <p>With autoandrophilia: If sexually aroused by thought or images of self as male.</p> <p><i>Specify if:</i></p> <p>In a controlled environment: This specifier is primarily applicable to individuals living in institutional or other settings where opportunities to cross-dress are restricted.</p> <p>In full remission: There has been no distress or impairment in social, occupational, or other areas of functioning for at least 5 years while in an uncontrolled environment.</p>

Tabla 29: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
RELACIONADOS CON SEXUALIDADES, EXPRESIONES E IDENTIDADES DE GÉNERO EN LA CIE (I)

Versión	Criterios diagnósticos
ICD-6 (OMS 1948)	320-326 Disorders of character, behaviour, and intelligence 320 Pathological personality 320.6 Sexual deviation
ICD-7 (OMS 1955)	320-326 Disorders of character, behaviour, and intelligence 320 Pathological personality 320.6 Sexual deviation
ICD-8 (OMS 1965)	300-309 Neuroses, personality disorders and other nonpsychotic mental disorders 302 Sexual deviation 302.0 Homosexuality
ICD-8 (OMS 1965)	300-309 Neuroses, personality disorders and other nonpsychotic mental disorders 302 Sexual deviation 302.3 Transvestism
ICD-9 (OMS 1975: 196)	Mental disorders 300-316 Neurotic disorders, personality disorders and other nonpsychotic mental disorders 302. Sexual deviations and disorders 302.0 Homosexuality Exclusive or predominant sexual attraction for persons of the same sex with or without physical relationship. Code homosexuality here whether or not it is considered as a mental disorder. Lesbianism Excludes: homosexual paedophilia (302.2)
ICD-9 (OMS 1975: 197)	Mental disorders 300-316 Neurotic disorders, personality disorders and other nonpsychotic mental disorders 302. Sexual deviations and disorders 302.3 Transvestism Sexual deviation in which sexual pleasure is derived from dressing in clothes of the opposite sex. There is no consistent attempt to take on the identity or behaviour of the opposite sex. Excludes: trans-sexualism (302.5)
ICD-9 (OMS 1975: 197)	Mental disorders 300-316 Neurotic disorders, personality disorders and other nonpsychotic mental disorders 302. Sexual deviations and disorders 302.5 Trans-sexualism Sexual deviation centered around fixed beliefs that the overt bodily sex is wrong. The resulting behavior is directed towards either changing the sexual organs by operation or completely concealing the bodily sex by adopting both the dress and behavior of the opposite sex. Excludes: transvestism 302.3
ICD-9 (OMS 1975: 197)	Mental disorders 300-316 Neurotic disorders, personality disorders and other nonpsychotic mental disorders 302. Sexual deviations and disorders 302.6 Disorders of psychosexual identity Behavior occurring in preadolescents of immature psychosexuality which is similar to that shown in the sexual deviations described under transvestism (302.3) and trans-sexualism (302.5). Cross-dressing is intermittent, although it may be frequent, and identification with the behavior and appearance of the opposite sex is not yet fixed. The commonest form is feminism in boys. Gender-role disorder Excludes: homosexuality (302.0), trans-sexualism (302.5) transvestism (302.3)
ICD-10 (OMS 2015[1990]: s.p.)	Chapter V Mental and behavioural disorders F64 Gender identity disorders F64.0 Transsexualism A desire to live and be accepted as a member of the opposite sex, usually accompanied by a sense of discomfort with, or inappropriateness of, one's anatomic sex, and a wish to have surgery and hormonal treatment to make one's body as congruent as possible with one's preferred sex.
ICD-10 (OMS 2015[1990]: s.p.)	Chapter V Mental and behavioural disorders F64 Gender identity disorders F64.1 Dual-role transvestism The wearing of clothes of the opposite sex for part of the individual's existence in order to enjoy the temporary experience of membership of the opposite sex, but without any desire for a more permanent sex change or associated surgical reassignment, and without sexual excitement accompanying the cross-dressing. Gender identity disorder of adolescence or adulthood, nontranssexual type Excl.: fetishistic transvestism (F65.1)

Tabla 30: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
RELACIONADOS CON SEXUALIDADES, EXPRESIONES E IDENTIDADES DE GÉNERO EN LA CIE (II)

Versión	Criterios diagnósticos
ICD-10 (OMS 2015[1990]: s.p.)	<p>Chapter V Mental and behavioural disorders F64 Gender identity disorders F64.2 Gender identity disorder in childhood Gender identity disorder of childhood A disorder, usually first manifest during early childhood (and always well before puberty), characterized by a persistent and intense distress about assigned sex, together with a desire to be (or insistence that one is) of the other sex. There is a persistent preoccupation with the dress and activities of the opposite sex and repudiation of the individual's own sex. The diagnosis requires a profound disturbance of the normal gender identity; mere tomboyishness in girls or girlish behaviour in boys is not sufficient. Gender identity disorders in individuals who have reached or are entering puberty should not be classified here but in F66.-. Excl.: egodystonic sexual orientation (F66.1) sexual maturation disorder (F66.0)</p>
ICD-10 (OMS 2015[1990]: s.p.)	<p>Chapter V Mental and behavioural disorders F64 Gender identity disorders F64.8. Other gender identity disorders</p>
ICD-10 (OMS 2015[1990]: s.p.)	<p>Chapter V Mental and behavioural disorders F64 Gender identity disorders F64.8. Gender identity disorder, unspecified Gender-role disorder NOS</p>
ICD-10 (OMS 2015[1990]: s.p.)	<p>Chapter V Mental and behavioural disorders F65 Disorders of sexual preference Incl.: paraphilias F65 Fetishistic transvestism The wearing of clothes of the opposite sex principally to obtain sexual excitement and to create the appearance of a person of the opposite sex. Fetishistic transvestism is distinguished from transsexual transvestism by its clear association with sexual arousal and the strong desire to remove the clothing once orgasm occurs and sexual arousal declines. It can occur as an earlier phase in the development of transsexualism. Transvestic fetishism</p>
ICD-10 (OMS 2015[1990]: s.p.)	<p>Chapter V Mental and behavioural disorders F66 Psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation Note: Sexual orientation by itself is not to be regarded as a disorder F66.0 Sexual maturation disorder The patient suffers from uncertainty about his or her gender identity or sexual orientation, which causes anxiety or depression. Most commonly this occurs in adolescents who are not certain whether they are homosexual, heterosexual or bisexual in orientation, or in individuals who, after a period of apparently stable sexual orientation (often within a longstanding relationship), find that their sexual orientation is changing.</p>
ICD-10 (OMS 2015[1990]: s.p.)	<p>Chapter V Mental and behavioural disorders F66 Psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation Note: Sexual orientation by itself is not to be regarded as a disorder F66.1 Egodystonic sexual orientation The gender identity or sexual preference (heterosexual, homosexual, bisexual, or prepubertal) is not in doubt, but the individual wishes it were different because of associated psychological and behavioural disorders, and may seek treatment in order to change it.</p>
ICD-10 (OMS 2015[1990]: s.p.)	<p>Chapter V Mental and behavioural disorders F66 Psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation Note: Sexual orientation by itself is not to be regarded as a disorder F66.2 Sexual relationship disorder The gender identity or sexual orientation (heterosexual, homosexual, or bisexual) is responsible for difficulties in forming or maintaining a relationship with a sexual partner.</p>
ICD-10 (OMS 2015[1990]: s.p.)	<p>Chapter V Mental and behavioural disorders F66 Psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation Note: Sexual orientation by itself is not to be regarded as a disorder F66.8 Other psychosexual disorders</p>
ICD-10 (OMS 2015[1990]: s.p.)	<p>Chapter V Mental and behavioural disorders F66 Psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation Note: Sexual orientation by itself is not to be regarded as a disorder F66.9 Psychosexual development disorder, unspecified</p>

Tabla 31: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
RELACIONADOS CON SEXUALIDADES, EXPRESIONES E IDENTIDADES DE GÉNERO EN LA CIE (III)

Versión	Criterios diagnósticos
ICD-11 Beta Draft (OMS 2015: s.p.)	<p>Gender incongruence</p> <p>Parent 05 Conditions related to sexual health</p> <p>Definition Gender incongruence is characterized by a marked and persistent incongruence between an individual's experienced gender and the assigned sex.</p>
ICD-11 Beta Draft (OMS 2015: s.p.)	<p>Gender incongruence of adolescence and adulthood</p> <p>Parent Gender incongruence</p> <p>Definition Gender Incongruence of Adolescence and Adulthood is characterized by a marked and persistent incongruence between an individual's experienced gender and the assigned sex, generally including dislike or discomfort with primary and secondary sex characteristics of the assigned sex and a strong desire to have the primary or secondary sex characteristics of the experienced gender. The diagnosis cannot be assigned prior to the onset of puberty. Gender Incongruence of Adolescence and Adulthood often leads to a desire to 'transition', in order to live and be accepted as a person of the experienced gender. Establishing congruence may include hormonal treatment, surgery or other health care services to make the individual's body align, as much as desired and to the extent possible, with the experienced gender.</p> <p>All Index Terms</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gender incongruence of adolescence and adulthood • trans-sexualism <p>transsexual</p>
ICD-11 Beta Draft (OMS 2015: s.p.)	<p>Parent Gender incongruence</p> <p>Definition Gender incongruence of childhood is characterized by a marked incongruence between an individual's experienced/expressed gender and the assigned sex in pre-pubertal children. It includes a strong desire to be a different gender than the assigned sex; a strong dislike on the child's part of his or her sexual anatomy or anticipated secondary sex characteristics and/or a strong desire for the primary and/or anticipated secondary sex characteristics that match the experienced gender; and make-believe or fantasy play, toys, games, or activities and playmates that are typical of the experienced gender rather than the assigned sex. The incongruence must have persisted for about 2 years, and cannot be diagnosed before age 5. Gender variant behaviour and preferences alone are not sufficient for making the diagnosis.</p> <p>All Index Terms</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gender incongruence of childhood disorder; gender-identity or -role, childhood • psychosexual identity disorder of childhood <p>psychosexual; disorder, identity, childhood</p>

ANEXO VIII: CARTOGRAFÍAS DISCURSIVAS

Tabla 32: LÍNEAS TEMÁTICAS EN LOS DISCURSOS CIENTÍFICOS
(enero de 2007 – octubre de 2015)

	PubMed	ITJ	ScienceDirect	Scielo en	Scielo es	Dialnet en	Dialnet es
Pathologization	1,43%	0,75%	1,83%	3,95%	3,95%	0,93%	16,67%
Depathologization	0,96%	0,00%	0,92%	2,63%	2,63%	0,93%	0,00%
DSM	17,22%	14,29%	17,43%	1,32%	1,32%	1,85%	1,85%
ICD	6,22%	3,01%	5,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Discrimination	22,01%	9,77%	25,69%	1,32%	2,63%	0,00%	2,78%
Transphobia	10,05%	3,01%	2,75%	0,00%	0,00%	0,00%	3,70%
Intersex	3,35%	1,50%	3,67%	2,63%	2,63%	2,78%	2,78%
Binary	1,91%	2,26%	0,92%	0,00%	0,00%	0,00%	1,85%
Diversity	5,74%	3,76%	5,50%	3,95%	2,63%	0,93%	5,56%
Human Rights	12,44%	2,56%	8,26%	2,63%	0,00%	0,00%	1,85%
Access to Health Care	13,88%	6,02%	10,09%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Participation	1,91%	2,56%	1,83%	0,00%	0,00%	0,00%	0,93%
Trans Health Care	40,67%	31,58%	33,94%	3,95%	0,00%	0,00%	0,93%
Standards of care	12,44%	19,55%	5,50%	0,00%	1,32%	0,00%	0,00%
Assessment	9,09%	10,53%	11,01%	2,63%	0,00%	0,00%	0,00%
Informed Consent	1,44%	3,01%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Sexual Health	42,58%	16,54%	30,28%	11,84%	14,47%	0,00%	9,26%
HIV	24,40%	6,02%	32,11%	5,26%	1,32%	0,00%	0,00%
Legal	7,18%	3,01%	10,09%	1,32%	1,32%	2,78%	2,78%
Child	22,01%	9,77%	32,11%	0,00%	0,00%	0,93%	2,78%
Youth	16,75%	3,01%	24,77%	0,00%	0,00%	1,85%	2,78%
Empowerment	0,48%	0,75%	0,92%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Activism	1,44%	0,75%	0,00%	2,63%	0,00%	1,85%	1,85%
Reflexivity	0,48%	0,00%	0,92%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Ethics	6,22%	0,00%	1,83%	1,32%	1,32%	0,00%	4,63%

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1:	Metodología del proceso de análisis del campo discursivo	176
Figura 2:	Número de ciudades y acciones: Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans	182
Figura 3:	Distribución geográfica: Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans	182
Figura 4:	Adhesiones colectivas a STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	182
Figura 5:	Fechas de publicación del DSM, de la CIE y de los SOC	198
Figura 6:	Estructura de la CIE-10	214
Figura 7:	Estructura del <i>ICD-11 Beta Draft</i>	215
Figura 8:	Perspectiva de despatologización trans*: Líneas temáticas	254
Figura 9:	Perspectiva de despatologización trans*: Marcos teóricos y procesos activistas relacionados	646
Figura 10:	Marcos interpretativos en la conceptualización de los procesos de tránsito en el género	652
Figura 11:	Cartografía discursiva: Procesos de tránsito en el género – Adulterez	656
Figura 12:	Cartografía discursiva: Procesos de tránsito en el género - Adolescencia	659
Figura 13:	Cartografía discursiva: Diversidad de género en la infancia	661
Figura 14:	Líneas temáticas en los discursos científicos	675

ÍNDICE DE TABLAS

Anexo I	Tabla 1:	Acrónimos (I)	lxxi
	Tabla 2:	Acrónimos (II)	lxxii
	Tabla 3:	Declaraciones de grupos y redes activistas (I)	lxxiii
	Tabla 4:	Declaraciones de grupos y redes activistas (II)	lxxiv
Anexo II	Tabla 5:	Declaraciones de grupos y redes activistas (III)	lxxv
	Tabla 6:	Declaraciones de grupos y redes activistas (IV)	lxxvi
	Tabla 7:	Declaraciones de grupos y redes activistas (V)	lxxvii
	Tabla 8:	Declaraciones de grupos y redes activistas (VI)	lxxviii
Anexo III	Tabla 9:	Declaraciones de asociaciones profesionales (I)	lxxix
	Tabla 10:	Declaraciones de asociaciones profesionales (II)	lxxx
Anexo IV	Tabla 11:	Marco internacional de Derechos Humanos: Contexto internacional (I)	lxxxii
	Tabla 12:	Marco internacional de Derechos Humanos: Contexto internacional (II)	lxxxiii
	Tabla 13:	Marco internacional de Derechos Humanos: Contexto europeo	lxxxiv
Anexo V	Tabla 14:	Número de ciudades y acciones	lxxxiv
	Tabla 15:	Distribución geográfica	lxxxiv
	Tabla 16:	Adhesiones a STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	lxxxiv
Anexo VI	Tabla 17:	Categorías diagnósticas – DSM (I)	lxxxv
	Tabla 18:	Categorías diagnósticas – DSM (II)	lxxxvi
	Tabla 19:	Categorías diagnósticas – CIE	lxxxvii
	Tabla 20:	Estándares de Cuidado SOC	lxxxix
	Tabla 21:	Criterios diagnósticos – DSM (I)	xc
	Tabla 22:	Criterios diagnósticos – DSM (II)	xcii
	Tabla 23:	Criterios diagnósticos – DSM (III)	xciii
	Tabla 24:	Criterios diagnósticos – DSM (IV)	xciv
	Tabla 25:	Criterios diagnósticos – DSM (V)	xcv
	Tabla 26:	Criterios diagnósticos – DSM (VI)	xcvi
Anexo VII	Tabla 27:	Criterios diagnósticos – DSM (VII)	xcvii
	Tabla 28:	Criterios diagnósticos – DSM (VIII)	xcviii
	Tabla 29:	Criterios diagnósticos – CIE (I)	xcix
	Tabla 30:	Criterios diagnósticos – CIE (II)	xcix
	Tabla 31:	Criterios diagnósticos – CIE (III)	xcix
Anexo VIII	Tabla 32:	Líneas temáticas en los discursos científicos	c

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1:	Lima, Instituto Runa de Desarrollo y Estudios sobre Género, 2010	1
Imagen 2:	Bruselas, Genres Pluriels, 2009	1
Imagen 3:	Madrid, Plataforma Octubre Trans Madrid, 2011	1
Imagen 4:	Paris, Collectif Existrans, 2013	1
Imagen 5:	Santiago de Chile, OTD, Organización de Transexuales por la Dignidad, 2009	1
Imagen 6:	Convocatoria 2015, STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	1
Imagen 7:	AmetS Suess. Políticas de identidad, 2003	152
Imagen 8:	AmetS Suess. Cuerpos de/construidos I, 2004	153
Imagen 9:	AmetS Suess. Cuerpos de/construidos I, 2004	153
Imagen 10:	AmetS Suess. Herculine Barbin dite Alexina B., 2004	153
Imagen 11:	AmetS Suess. Dr. Guerrero, Bienvenido a la consulta, 2012	154
Imagen 12:	AmetS Suess. Dr. Guerrero, Muchas de nuestras cicatrices son fruto de vuestro desconcierto, 2012	154
Imagen 13:	AmetS Suess. Dr. Guerrero, Al final tú también quieres romper el espejo, 2012	154
Imagen 14:	AmetS Suess. Esta reserva cuestiona el sistema, 2012	154
Imagen 15:	AmetS Suess. Diario artístico. ¿Cuál es el sexo de los payasos? ¿Azul? ¿Amarillo? ¿Naranja?, 2005	155
Imagen 16:	AmetS Suess. Diario artístico. Transición. Work in Progress, 2005	155
Imagen 17:	AmetS Suess. Incongruentes Felices I, 2013	155
Imagen 18:	AmetS Suess. Incongruentes Felices II, 2013	155
Imagen 19:	AmetS Suess. Incongruentes Felices III, 2013	155
Imagen 20:	AmetS Suess. Incongruentes Felices IV, 2013	155
Imagen 21:	AmetS Suess. Incongruentes Felices V, 2013	155
Imagen 22:	AmetS Suess. Nombrarse I, 2010	156
Imagen 23:	AmetS Suess. Nombrarse II, 2010	156
Imagen 24:	AmetS Suess. El cuerpo por construir, 2013	156
Imagen 25:	Barcelona, ATC, Guerrilla Travolaka i activistes independents, 2007	255
Imagen 26:	Barcelona, Xarxa Internacional per la Despatologització Trans, 2009	255
Imagen 27:	Convocatoria 2010 (en), STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	255
Imagen 28:	Convocatoria 2010 (es), STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	255
Imagen 29:	Convocatoria 2010 (fr), STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	255
Imagen 30:	Madrid, Plataforma Octubre Trans Madrid, 2015	302
Imagen 31:	Lisboa, Panteras Rosa, 2009	302
Imagen 32:	Barcelona, ATC, Guerrilla Travolaka, Plataforma d'Activistes Sin Vergüenza, et al., 2008	356
Imagen 33:	Bruselas, Genres Pluriels, 2009	356
Imagen 34:	Madrid, Plataforma Octubre Trans Madrid, 2014	356
Imagen 35:	Santiago de Chile, OTD, Organización de Transexualidad por la Dignidad de la Diversidad, 2009	386
Imagen 36:	Managua, IDSH, Iniciativa desde la Diversidad Sexual por los Derechos Humanos, 2009	386
Imagen 37:	Convocatoria 2013, STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	449
Imagen 38:	Convocatoria 2012, STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	449
Imagen 39:	Convocatoria 2010, STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	449
Imagen 40:	Manila, STRAP, Society of Transsexual Women of the Philippines, 2010	476
Imagen 41:	Barcelona, ATC, Guerrilla Travolaka, Plataforma d'Activistas sin Vergüenza, et al., 2008	476
Imagen 42:	Lisboa, Panteras Rosa, 2009	476
Imagen 43:	París, Collectif Existrans, 2013	527
Imagen 44:	París, Collectif Existrans, 2015	527
Imagen 45:	Lisboa, Panteras Rosa, 2009	527
Imagen 46:	Lisboa, Pantera Rosa, 2009	527
Imagen 47:	Convocatoria 2013, STP, Campaña Stop Trans Pathologization	558
Imagen 48:	Bogotá, Colectivo Entre-Tránsitos, 2013	558
Imagen 49:	Convocatoria 2014, STP, Campaña Stop Trans Pathologization	558
Imagen 50:	Instituto Runa de Desarrollo y Estudios sobre Género, Lima, 2012	630
Imagen 51:	Eón Integración Transgenérica, México D.F., 2012	630
Imagen 52:	Madrid, Plataforma Octubre Trans Madrid, 2011	630
Imagen 53:	Zaragoza, Stonewall Aragón, 2009 [fotografía: Guerrilla Travolaka, 2009]	630
Imagen 54:	Barcelona, Asamblea Trans Barcelona, 2007	638
Imagen 55:	Convocatoria 2015, STP, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization	638