



SEXO, GÉNERO E IDENTIDAD

El estado de la cuestión: L. VICENTE. **Reflexión y crítica:** T. ARÁNGUEZ SÁNCHEZ, S. GABALDÓN FRAILE. **Ágora:** F. JAVIER MARTÍNEZ PÉREZ. **Didáctica:** M. DEL SOL ROMANO. **Informaciones.**

Diálogo Filosófico

Revista cuatrimestral de reflexión, crítica e información
filosóficas editada por Diálogo Filosófico®.

Diálogo Filosófico articula su contenido en artículos solicitados en torno a un tema o problema filosófico de actualidad en las secciones «Estado de la cuestión» y «Reflexión y crítica». Además publica siempre artículos no solicitados en la sección «Ágora» (filosofía en general) y ocasionalmente en la sección «Didáctica» (relacionada con la enseñanza de la filosofía y la filosofía de la educación). Privilegia los de contenido no meramente histórico y expositivo, sino que reflexionan de manera original sobre los problemas reales o dialogan creativamente con los pensadores y las corrientes filosóficas presentes y pasadas. Dichos artículos pasan por un proceso de evaluación ciega por pares. Asimismo acepta el envío de reseñas que recojan una confrontación crítica con libros de reciente publicación.

Director: José Luis Caballero Bono (Universidad Pontificia de Salamanca).

Secretario: Juan José Raya Araque

COMITÉ CIENTÍFICO

Vittorio Possenti (Università degli Studi di Venezia), Erwin Schadel (Otto-Friedrich Universität Bamberg), Mauricio Beuchot (Universidad Nacional Autónoma de México), Adela Cortina (Universidad de Valencia), Jean Grondin (University of Montreal), Charles Taylor (McGill University), João J. Vila-Chã (Universidade Católica Portuguesa), Miguel García-Baró (Universidad Pontificia Comillas), Peter Colosi (The Council for Research in Values and Philosophy).

CONSEJO DE REDACCIÓN

Ildelfonso Murillo (Universidad Pontificia de Salamanca), José M^a Vegas Mollá (Seminario Diocesano de San Petersburgo), Ignacio Verdú (Universidad Pontificia Comillas), Jesús Conill (Universidad de Valencia), Camino Cañón Loyes (Universidad Pontificia Comillas), Jorge M. Ayala (Universidad de Zaragoza), Antonio Sánchez Orantos (Universidad Pontificia Comillas), Félix García Moriyón (Universidad Autónoma de Madrid), Juan Antonio Nicolás (Universidad de Granada), Juan J. García Norro (Universidad Complutense de Madrid), Agustín Domingo Moratalla (Universidad de Valencia), Manuel Sánchez del Bosque, Leonardo Rodríguez Duplá (Universidad Complutense de Madrid).

EVALUADORES EXTERNOS - Secciones «Reflexión y crítica», «Ágora» y «Didáctica»

Antonio Heredia Soriano (U. de Salamanca), Alicia Villar Ezcurra (U. Pontificia Comillas), Rogelio Rovira Madrid (U. Complutense de Madrid), Pablo d'Ors Führer (Consejo Pontificio de la Cultura), Vicente D. García Marzá (U. Jaume I), Emilio-Ginés Martínez Navarro (U. de Murcia), Norberto Smilg Vidal (IES Miguel Espinosa), Ignacio Quintanilla Navarro (IES Infanta Elena), Carmen Dolby Múgica (UNED), Joaquín Sanz Guijarro, Roberto Aretxaga Burgos (U. de Deusto), María García Amilburu (UNED), Carmen Segura Peraita (U. Complutense de Madrid), Carlos Ortiz de Landázuri (U. de Navarra), Carlos Beorlegui Rodríguez (U. de Deusto), Pedro José Chamizo Domínguez, Ernesto J. Vidal Gil (U. de Valencia), Jesús Adrián Escudero (U. Autónoma de Barcelona), Lydia Feito Grande (U. Complutense de Madrid), Pilar Fernández Beites (U. Complutense de Madrid), Jacinto Choza Armenta (U. de Sevilla), Gabriel F. Arnáiz, Ricardo Pinilla Burgos (U. Pontificia Comillas), Mauricio Correa Casanova (Pontificia U. Católica de Chile), Enrique Anrubia Aparici (U. de Sevilla), Alfredo Marcos Martínez (U. de Valladolid), Javier Gracia Calandín (IES Jaume I), José Barrientos Rastrojo (U. de Sevilla), Juan Carlos Moreno Romo (U. Autónoma de Querétaro), José Luis Cañas Fernández (U. Complutense de Madrid), Teófilo González Vila, Ana María Andaluz Romanillos (U. Pontificia de Salamanca), José Luis Guzón Nestar (U. Pontificia de Salamanca), Mariano Crespo Sesmero (U. de Navarra), José Mora Galiana (U. Pablo de Olavide), Javier Cumpa Arteseros (U. of Miami), Carmen Herrando Cugota (U. San Jorge), Pedro Jesús Teruel (U. San Pablo CEU), José María Callejas Berdonés, Vicente Tarín Cervera, Javier Oroz Ezcurra (U. de Deusto), Pablo Largo Domínguez (Instituto Teológico de Vida Religiosa), Emilia Bea Pérez (U. de Valencia).

Administración: M.^a Jesús Ferrero

Dirección y Administración DIÁLOGO FILOSÓFICO
Corredera, 1 - Apartado de Correos 121 - 28770 COLMENAR VIEJO (Madrid)
Teléfono (móvil): 610 70 74 73

Información Electrónica: dialfilo@hotmail.com / dialfilo@telefonica.net / www.dialogofilosofico.com

Esta revista está indexada en LATINDEX, RESH, CARHUS+, ISOC, DICE, MIAR, FRANCIS, PASCAL, CIRC, DULCINEA, *The Philosopher's Index*, *Repertoire Bibliographique de la Philosophie*, *International Directory of Philosophy*.

Edita: DIÁLOGO FILOSÓFICO / PUBLICACIONES CLARETIANAS

PRECIOS (2022)

Número suelto: 16 euros (IVA incluido)

Suscripción anual: España: 34 euros (IVA incluido) / Extranjero: 42 euros (correo normal)

EN PORTADA: Leonardo Da Vinci-Leda y el cisne.
I.S.S.N.: 0213-1196 / Depósito Legal: M.259-1985

Diálogo Filosófico

Año 38

Mayo/Agosto

II/22

Presentación..... 193

El estado de la cuestión

VICENTE, L.: *Identidad, sexo y género en los feminismos. Estado de la cuestión* 194

Reflexión y crítica

ARÁNGUEZ SÁNCHEZ, T.: *Las tres fases del borrado jurídico de las mujeres* 219

GABALDÓN FRAILE, S.: *La libre elección de sexo: la medicalización desde una perspectiva ética*..... 245

Ágora

MARTÍNEZ PÉREZ, F. J.: *Charles Taylor y su relato filosófico: superar la tradición epistemológica para recuperar el realismo* 265

Didáctica

ROMANO, M. del Sol: *Simone Weil: la educación como medio de igualdad* 289

Informaciones

Ocho cartas inéditas de Manuel García Morente a Miguel de Unamuno...	305
Crítica de libros	331
DOMINGO MORATALLA, Agustín: <i>Del hombre carnal al hombre digital: vitaminas para una ciudadanía digital</i> (Antonio Luis Rodríguez Terrones).	
BONETE PERALES, Enrique: <i>Con una mujer cuando llega el fin. Conversación íntima con la muerte</i> (Carlos Díaz).	
PADILLA, Juan: <i>Aventuras y desventuras de la razón. Historia del pensamiento occidental</i> (Dorota Leszczyna).	
BURGOS, Juan Manuel: <i>Personalismo y metafísica. ¿Es el personalismo una filosofía primera?</i> (Eduardo Pérez Pueyo).	
PRO VELASCO, María Luisa: <i>Introducción a la ética de Robert Spaemann</i> (Mora Perpere Viñuales).	
Noticias de libros.....	347

La libre elección de sexo: la medicalización desde una perspectiva ética

Free choice of sex: medicalization
from an ethical perspective

Sabel Gabaldón Fraile

«Todo el revés negro del cuerpo que tapizan largos sueños sin ojos es, a la vez, discutido en su objetividad por el discurso reductor del médico y fundado como tantos objetos por su mirada positiva»¹.

Resumen

En las personas trans se evidencia una relación entre el malestar experimentado y el rechazo social sufrido con la intención clara de que se adecúen a las normas de género vigentes. Este aspecto no ha sido tenido en cuenta en la perspectiva médica, manteniendo actitudes patologizantes a través del diagnóstico. El desarrollo de la cirugía y la farmacología, ha supuesto una mejora de las cirugías de reasignación de sexo y también los tratamientos farmacológicos hormonales. Desde una aproximación ética, planteo un enfoque despatologizador de las personas trans y de los criterios éticos que deben estar presentes en la toma de decisiones en las respuestas médicas.

Abstract

There is evidence of a relationship between the distress suffered by transgender people and the social rejection they experience, which constitutes a form of societal pressure to conform to established gender norms. This is rarely taken into account from a medical perspective, thus replicating pathologizing attitudes through diagnosis. Developments in the fields of surgery and pharmacology have led to an improvement in sex reassignment surgeries and hormonal pharmacological treatments. From an ethical perspective, I propose a de-pathologizing approach to trans people and the ethical criteria needed for decision-making in medical processes.

Palabras clave: Transexualidad, identidad de género, ética, despatologización, medicalización.

Keywords: Transsexuality, gender identity, ethics, depathologization, medicalization.

¹ FOUCAULT, Michel: *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI, Tres Cantos (Madrid), 2012, p. 11.

La relación de los profesionales y de las instituciones de la salud con el colectivo trans ha sido fundamentalmente patologizadora, como ponen de manifiesto las diferentes categorizaciones diagnósticas con las que se les ha clasificado: «*transexualidad, trastorno de identidad de género, disforia de género*», según los criterios del DSM² de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) y CIE³ de la OMS, así como por los correspondientes tratamientos psicológicos y psiquiátricos todavía vigentes en muchos países. Estos hechos ponen de relieve cómo desde la opinión médica se ha equiparado lo «correcto» y lo «normativo» con lo «saludable», opinión que ha sido muy influyente a nivel social.

La transexualidad no supone una distorsión ni una incongruencia. No hay trastorno ni problema de la identidad. No hay más conflicto ni «disforia» que el que la sociedad ha creado. La transexualidad, lejos de ser algo abominable, abyecto o perverso, se ha desvelado como una más de las expresiones de la diversidad humana. Debemos poner el acento no en el individuo (que es diagnosticado y patologizado), sino en el dispositivo de control que ejerce violencia contra las personas cuya identidad o expresiones de género no normativas cuestionan el sistema de género binario. De ahí la importancia de introducir una perspectiva ética que fomente una cultura de respeto a los derechos de las personas trans y al reconocimiento de su diversidad.

Es necesario llevar a cabo un análisis epistemológico de los dos pilares que sustentan las intervenciones médicas en las personas trans: el diagnóstico y el tratamiento. Lo haré desde una perspectiva despatologizadora, pues la patologización y la clasificación de estas situaciones plurales es el primer punto conflictivo que debemos tener en cuenta, ya que las consideraciones éticas más fundamentales en psiquiatría (y, en consecuencia, las más serias), surgen a partir de la prerrogativa del diagnóstico⁴.

² Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés), elaborado por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA).

³ Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

⁴ Cf. GABALDÓN, Sabel: «Aspectos éticos del diagnóstico en psiquiatría», en *Bioética & Debate* 13/49 (2007), pp. 1-5.

1. *Scientia Sexualis: sobre el diagnóstico y las intervenciones terapéuticas*

Michel Foucault, en el tomo primero de su *Historia de la sexualidad, La voluntad del saber*⁵, titula a su tercer capítulo «scientia sexualis». Este concepto es utilizado por Foucault para diferenciarlo, no contraponerlo, con la llamada «ars erotica», disciplina vigente en la antigua Grecia y el Imperio Romano y que se basaba en la multiplicación de placeres.

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

Para Foucault, la «exclusión de lo diferente» se sostiene mediante un sistema de verdad institucionalizada que impone un particular código discursivo con la aplicación de mecanismos coercitivos como son la coacción y la violencia⁶. Pero también, a través de un giro epistemológico, que se impondrá cada vez más mediante una «interiorización de la norma». En este proceso, la institución médica psiquiátrica tendrá un papel protagonista.

Estos sistemas normativos son perfectamente aplicables a la transexualidad y nos sirven para enmarcar la consideración de las personas trans en la historia reciente. Han pasado de calificarse como seres monstruosos, abyectos, aberrantes o perversos, a integrarse en las categorías médicas patologizantes que han operado y operan como reguladoras de la llamada «verdad del género», entendida como el parámetro de normatividad y normalización social a través de la exigencia de la concordancia sexo-género y de la heterosexualidad⁷.

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

⁵ Cf. FOUCAULT, Michel: *Historia de la sexualidad 1 (La voluntad del saber)*. Siglo XXI, Tres Cantos (Madrid), 2005.

⁶ Cf. FOUCAULT, Michel: *El orden del discurso*. Tusquets, Barcelona, 1999, p. 19.

⁷ Cf. SOLEY-BELTRAN, Patricia: *Transexualidad y la matriz heterosexual: un estudio crítico de Judith Butler*. Bellaterra, Barcelona, 2009.

Estos presupuestos políticos, vigentes durante más de doscientos años en la cultura hegemónica occidental, se han basado en una concepción del género (y en una concepción social en general) rigurosamente binarista y, en consecuencia, transhomófoba. De ese modo, las realidades no binaristas, filtradas por una ideología binarista, se conceptualizan como pecado (como la sodomía) y como algo abyecto y antinatural⁸. Al mismo tiempo, desde la ciencia y la técnica, se consideró todo lo no binario como enfermedad.

La transexualidad, como concepto médico, es un constructo que responde a una concepción antropológica y de la existencia normalizadora; una concepción que exalta los modelos estándar de perfección y de las normatividades sociales y, al mismo tiempo, subyuga a aquellos que difieren de la mayoría estadística a través de diferentes estrategias, una de ellas patologizando las diferencias.

A lo largo de la historia de la medicina, y más particularmente de la psiquiatría, hay varios ejemplos que lo ilustran. Me detendré en uno de ellos: la homosexualidad, que se constituyó como una alteración psiquiátrica el día en que se la categorizó médicamente⁹ en el año 1869, a raíz de la publicación del famoso artículo de Westphal sobre «La sensación sexual contraria»¹⁰ y donde, curiosamente, también se describió el primer caso de transexualismo, sin llegar a definirlo como tal. A partir de ese momento, y afianzadas por el pensamiento científico, las rarezas del sexo pasaron a depender de una «tecnología de la salud y de lo patológico»¹¹, y desde el momento que se vuelven objetos médicos o medicalizables son, en tanto que enfermedades, trastornos o síntomas, merecedoras de respuestas médicas.

La homosexualidad ha estado presente, como entidad psiquiátrica, desde finales del siglo XIX hasta hace relativamente muy poco tiempo sin ninguna evidencia científica que la avalase y dejó de formar parte por la presión social del activismo homosexual. Debido a estas presiones, en 1974 los miembros de la «Asociación Americana de

⁸ Cf. PÉREZ FERNÁNDEZ-FIGARES, Kim: «Historia de la patologización y despatologización de las variantes de género», en MISSÉ, M. / COLL-PLANAS, G. (eds.): *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Egales, Barcelona, 2010.

⁹ Cf. FOUCAULT, Michel: *Los anormales: curso del Collège de France, 1974-1975*. Akal, Tres Cantos (Madrid), 2001.

¹⁰ Cf. WESTPHAL, Karl: «Die Konträre Sexualempfindung», en *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 2 (1869), pp. 73-108.

¹¹ Cf. FOUCAULT, Michel: *Historia de la sexualidad 1 (La voluntad del saber)*. Siglo XXI, Tres Cantos (Madrid), 2005.

Psiquiatría» (APA) decidieron cambiar este término y en el DSM-III (1980) se sustituye esta categoría por «homosexualidad egodistónica», un diagnóstico creado para referirse a aquellas personas que sufren a causa de su orientación homosexual. En la edición revisada del DSM-III, en 1987, se elimina este concepto por considerarse que dicho sufrimiento, de estar presente, es producto de la homofobia social y no de la propia condición homosexual¹². La Organización Mundial de la Salud (OMS) retiró, en 1990, la homosexualidad de su lista de enfermedades mentales.

1.1. Sobre el diagnóstico

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

La transexualidad, como concepto médico, entra en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en el año 1980, en la que sería la tercera edición de este manual (DSM-III), curiosamente cuando desaparece la homosexualidad de este mismo manual clasificatorio.

Su introducción se debe, sobre todo, a las presiones ejercidas por la Asociación Harry Benjamin sobre transexualidad, hoy en día denominada «The World Professional Association for Transgender Health» (WPATH), creada en 1979 por un grupo de profesionales que trabajaban con personas transexuales y en claro homenaje al endocrinólogo Harry Benjamin, que instauró el concepto de transexualidad en 1953 y que con la publicación en 1966 de *The Transsexual Phenomenon*, fijó las pautas de la asistencia médica de la transexualidad, defendiendo los tratamientos hormonales y las intervenciones quirúrgicas de reasignación de sexo. Su planteamiento se basaba en que «la mente del transexual no puede ajustarse al cuerpo, por lo que es lógico

¹² Cf. MAS GRAU, Jordi: «Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante», en *Revista Internacional de Sociología* 75/2 (2017).

y justificable intentar lo opuesto: ajustar el cuerpo a la mente»¹³. Curiosamente, antes de la aparición de esta obra, la solución hormonal y quirúrgica de la transexualidad era denostada y la mayoría de los profesionales prefería la utilización del abordaje psicoterápico para reconducir los deseos del paciente.

Benjamin destacaba el nivel de sufrimiento de estos pacientes por no tener el cuerpo deseado, e indicaba la necesidad de una valoración psiquiátrica antes de actuar médicamente, con la intención de descartar trastornos psicóticos y comprobar el estado emocional y el nivel de inteligencia del paciente, concediendo a la psiquiatría el papel validador y supervisor del acceso al proceso terapéutico.

La presión que se ejerció para la introducción del término transexualidad en el que sería el DSM III, tenía como intención posibilitar nuevas vías de atención facilitando el acceso a tratamientos hormonales y quirúrgicos, y que estos fuesen asumidos por las aseguradoras privadas o por los sistemas públicos de salud al definir como un «trastorno» a la transexualidad.

En las últimas clasificaciones médicas se ha intentado evitar el estigma con cambios de denominación. Hemos pasado, a lo largo del tiempo y de diversas clasificaciones psiquiátricas, por varios nombres: transexualidad, trastorno de identidad de género, disforia de género. En la CIE-11 (2018) se ha cambiado la terminología a «incongruencia de género», así como su categoría diagnóstica, ya que se retiró del capítulo «trastornos mentales y de comportamiento» y entró a formar parte de un capítulo nuevo denominado «condiciones relacionadas con la salud sexual».

En el DSM-5 (último manual clasificatorio de la APA), se define la «disforia de género» como una «marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna», y que va asociada a un «malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento»¹⁴.

En la definición médica de disforia de género, como en las anteriores denominaciones, el diagnóstico no se pregunta sobre si las normas de género son erróneas. La disforia es entendida como inherente a la experiencia transexual, y tiene como consecuencia un cuestionamiento del individuo, que sufriría un trastorno, en lugar de

¹³ Cf. BENJAMIN, Harry: *The Transsexual Phenomenon*. Symposium Publishing, Düsseldorf, 1966, p. 53.

¹⁴ Cf. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2013.

cuestionar la matriz de normatividad en la que se encuentra inmerso y que funciona mediante la exclusión y la coerción de las personas que se salen de la norma¹⁵. En el caso de los menores, tiene relación con las coacciones y violencias recibidas, tanto en la escuela como a nivel familiar y social, con la intención de impedir que expresen conductas no normativas respecto a su género asignado, a fin de mantener un género binario.

Pero la transexualidad no supone una distorsión ni una incongruencia. No hay trastorno ni problema de la identidad. No hay más conflicto ni disforia que el que la sociedad ha logrado crear. La transexualidad, lejos de ser algo abominable o abyecto, se ha desvelado una más de las expresiones de la diversidad humana. Por estas razones deberíamos poner el foco, no en el individuo (que es diagnosticado y patologizado), sino en el dispositivo de control que ejerce violencia contra las personas cuya identidad o expresión de género no normativos cuestionan el sistema de género binario¹⁶.

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

Los cambios de nomenclatura, de «trastorno de identidad de género» (DSM-IV) a «disforia de género» (DSM-5), hay que entenderlos por las críticas al diagnóstico y por las presiones desde grupos LGTBI, cada vez en mayor número y cada vez con una mayor presión social y política. Estos grupos defienden que la transexualidad no es un trastorno mental, y que este diagnóstico es estigmatizante, por lo que reclaman su salida de las clasificaciones psiquiátricas.

En contrapartida a las respuestas medicalizadas, han aparecido otras etiquetas identitarias desafiantes como *queer*, o *genderqueer*, que cuestionan tanto la medicalización de la migración de género y la reproducción de roles de género, como el binarismo de género que consideran refutable. Reivindican que las personas puedan ex-

¹⁵ Cf. BUTLER, Judith: *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós, Barcelona, 2007.

¹⁶ Cf. GABALDÓN, Sabel: «La transexualidad medicalizada: una mirada ética», en *Bioética & Debate* 22/79 (2016), pp. 3-8.

hibir rasgos de ambas características marcadas, hasta ahora, como exclusivas de un género determinado¹⁷.

La teoría *queer* invita a una reflexión más amplia y atenta a la multiplicidad de las diferencias sexuales. Se constituye como una crítica a la idea esencialista según la cual las identidades de género son inmutables y encuentran su arraigo en la naturaleza, en el cuerpo y en una heterosexualidad normativa y obligatoria. Nace, sobretodo, de las ideas de Michel Foucault y, posteriormente de Judith Butler, sobre los procesos de subjetivación centrados en la discursividad de la sexualidad, pasando a convertirse en la elaboración teórica y activista de la disidencia sexual que, a través de la resignificación del insulto (*queer*)¹⁸, reafirma que la opción sexual distinta es un derecho humano y no una mera desviación o una perversión¹⁹.

El movimiento *queer* parte de la crítica de los modelos normativos homosexuales y transexuales, y cuestiona cualquier intento de crear una identidad cerrada. Como he comentado, defiende una identidad con etiquetas abiertas, inclusivas y antiesencialistas que agrupe a las personas con sexo, género o identidad no normativos. Pero, paradójicamente, estos contramodelos terminan configurando un modelo igualmente normativo y que lleva consigo nuevas exclusiones.

Cabe mencionar tres consecuencias que, según Butler, están implícitas en el acto diagnóstico de las personas trans. La primera es convertirse en objeto de patologización. La segunda es que, como resultado de las actitudes e instituciones transfóbicas, se incluyen como problema o trastorno emocional los daños psíquicos que cualquier persona trans sufre. Y, por último, que se introducen valores, pues no hay manera de disociar la práctica y los términos del diagnóstico de la escena ética²⁰. En medicina, en psicología y en cualquier ciencia de la salud, cuando tomamos decisiones clínicas (como el diagnóstico o el tratamiento), implícitamente estamos tomando decisiones éticas.

¹⁷ Cf. GABALDÓN, Sabel: *Infancia y Adolescencia Trans. Reflexiones éticas sobre su abordaje* (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona, 2020.

¹⁸ *Queer* es un término de la lengua inglesa que tiene diversos significados: como sustantivo es utilizado de manera peyorativa para aludir a *maricón*, *lesbiana*; como verbo transitivo se refiere a *desestabilizar*, *perturbar*, *jorobar*; y como adjetivo significa *raro*, *torcido*, *extraño*.

¹⁹ Cf. BUTLER, Judith: *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós, Barcelona, 2007.

²⁰ Cf. BUTLER, Judith: «Transexualidad, Transformaciones», en MISSÉ, M. / COLL-PLANAS, G. (eds.): *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Egales, Barcelona, 2010, p. 286.

1.2. Sobre el tratamiento

¿Hasta dónde podemos llegar en la aplicación de tratamientos médicos (hormonales y quirúrgicos)? Entiendo que hasta donde uno quiera, según la necesidad sentida por cada persona; pero en este querer o en este decidir debemos cuidar que se realice de una manera libre y autónoma, sin injerencias internas o externas, sin coacciones sociales y analizando la capacidad de comprender, valorar, razonar y expresar esta decisión, teniendo en cuenta las diferentes opciones y sus consecuencias potenciales y, lo que es muy importante, personalizando cada situación²¹.

Hay que insistir en que las personas trans no demandan que se les atienda porque sufren una enfermedad o un trastorno, sino por los obstáculos sociales que encuentran en el libre desarrollo de sus derechos más fundamentales y por el sufrimiento con que tales dificultades llenan sus vidas.

Es primordial garantizar, en la medida de lo posible, un compromiso con las intervenciones que se piden, alejándonos tanto de los intervencionismos exagerados como de las exclusiones fruto de rigideces o intolerancias ideológicas y culturales.

El asesoramiento y el apoyo psicológico pueden ser instrumentos de éxito en la transición de género, en lugar de impedimentos para el ejercicio de la elección²². Sin embargo, no son igualmente valiosos o necesarios para todas las personas. Estos procesos deben ser opcionales, nunca obligatorios. El papel de psicólogos y psiquiatras debe limitarse a tratar el malestar, si realmente existe, de las personas y no se debe intentar tratar la identidad del género cruzado. Pero hay riesgos asociados a este hecho, uno de ellos es que a nivel social nos estemos moviendo con criterios de «formación reactiva», es decir, que veamos como única salida para los niños, niñas y adolescentes fomentar un tránsito a un género deseado como remedio adaptativo a las normatividades de género sociales y culturales²³. Otro riesgo a tener en cuenta es que la transexualidad puede atraer a un número impor-

²¹ Cf. GABALDÓN, Sabel: «La transexualidad medicalizada: una mirada ética», op. cit., pp. 3-8.

²² Cf. MURPHY, T. F: «Should Mental Health Screening and Psychotherapy Be Required Prior to Body Modification for Gender Expression?», en *AMA Journal of Ethics* 18/11 (2016), p. 1079.

²³ Cf. GABALDÓN, Sabel: «La transexualidad medicalizada: una mirada ética», op. cit., pp. 3-8.

tante de personas que tienen problemas de salud mental y emocional a las que es importante detectar, entender y no dejar desasistidas.

Los profesionales de la salud debemos partir de la premisa de que los tratamientos que se realicen sigan una metodología correcta y estén basados en la mayor evidencia científica posible. Bajo estas condiciones, pienso que son buenos referentes y adecuadas guías de trabajo el documento realizado por la WPATH (The World Professional Association for Transgender Health) sobre *Standards of Care: for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people*²⁴, documento que se basa en la evidencia clínica y científica, y que se actualiza periódicamente (su última revisión se ha realizado en el año 2012). Por otro lado, la nueva guía de consenso internacional sobre el tratamiento de las personas trans, aporta una orientación actualizada y consensuada para los tratamientos farmacológicos endocrinológicos²⁵.

En estas guías, así como desde la Organización de Naciones Unidas (2015) y desde el Parlamento Europeo (2018), se explicita que las llamadas «terapias de conversión» (que buscan modificar la orientación sexual o la identidad de género sobre jóvenes LGBTI) son ineficaces y no tienen ninguna base científica ni ética.

Las intervenciones médicas se pueden dividir en tres categorías que coinciden con las etapas del proceso²⁶:

1. *Intervenciones totalmente reversibles*. Son los llamados supresores, inhibidores o bloqueadores de la pubertad. Su propósito es doble: en primer lugar, con el bloqueo de la pubertad se obtiene más tiempo para que los adolescentes puedan explorar sus identidades de género con el apoyo de sus familias y los profesionales asistenciales sin que aparezca el desarrollo de las características sexuales secundarias no deseadas. En segundo lugar, el bloqueo del desarrollo de tales características da lugar a que los adolescentes trans que persisten en sus identidades transgénero requieran un menor número de intervenciones médicas y quirúrgicas. Además, el uso temprano de

²⁴ Cf. WPATH: *Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming people*. World Professional Association for Transgender Health (WPATH), 2012, <https://www.wpath.org/publications/soc>

²⁵ Cf. HEMBREE, W.C. / COHEN-KETTENIS, P.T. / GOOREN, L. et al.: «Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline», en *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 102/11 (2017), pp. 3869-3903.

²⁶ Cf. *Ibid.*

las hormonas de supresión de la pubertad puede evitar consecuencias negativas sociales y emocionales.

2. *Intervenciones parcialmente reversibles*. Incluyen la terapia hormonal cruzada para masculinizar o feminizar el cuerpo.

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

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

Desde la ética clínica se puede aportar un punto de vista necesario y complementario: el análisis multidimensional de las decisiones médicas, para una práctica basada en los valores. Y con un nuevo imperativo, que en términos kantianos podría expresarse así: «estudia y trata a las personas de tal forma que los efectos de tus acciones supongan siempre, al menos, una mejora en su calidad de vida»²⁷.

2. *La problemática de las intervenciones médicas en la adolescencia*

No todos los menores trans tienen el mismo tipo de evolución y los mismos patrones de desarrollo. No existe una evolución lineal. No adquieren una conciencia de su identidad trans a la misma edad, no toman las mismas decisiones sobre sus vidas, ni todas las rupturas de las normas de género en la infancia o adolescencia implican una vida adulta trans, ni conciben sus cuerpos de la misma manera. Hay jóvenes que necesitan explorar la ambigüedad, que no se quieren sentir encerrados en una identidad simple y esquemática y que no encajan en los moldes del sistema binario, convirtiendo su indefinición en una forma de ser y estar²⁸.

²⁷ Cf. GABALDÓN, Sabel: *Infancia y Adolescencia Trans. Reflexiones éticas sobre su abordaje*, op. cit., 2020.

²⁸ Cf. PLATERO MÉNDEZ, R. (Lucas): *Trans*exualidades: acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Bellaterra, Barcelona, 2014

Niños y niñas rompen con los modelos tradicionales y los comportamientos normativos de género con distinta intensidad. Durante la adolescencia, tenemos que pensar las experiencias en relación al género como posiciones en constante evolución. Para autoras como Anne Fausto-Sterling las identidades de género no son fijas e inmovibles, sino que, como mucho, pueden llegar a ser más o menos estables²⁹.

Las decisiones sobre posibles tratamientos nunca son fáciles ni para los menores, ni para las familias, ni para los profesionales. La tarea de los profesionales y de las familias es no adelantarse, no precipitarse a las necesidades e identidades posibles de los niños y adolescentes, no introducir etiquetas que puedan ser erróneas y estigmatizantes; hay que escucharlos en todo su proceso de maduración, apoyándoles durante su crecimiento y actuando desde la búsqueda del mayor beneficio para los menores.

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

Los adolescentes, las familias y los profesionales debemos aprender que el cambio corporal no lo es todo, no resuelve todos los malestares y no permite una nueva vida. El cuerpo, como comenta Missé, es el lugar en el que se expresa el malestar, pero no es la fuente del malestar trans³⁰.

El acompañamiento es esencial, significa «crear un espacio durante la infancia que minimice los gestos de identificación normativos que se dan desde el exterior y que se maximicen la exploración, la experimentación de identificaciones, las dudas»³¹.

Las intervenciones físicas deben abordarse en el contexto del desarrollo de la adolescencia. En el caso de administrar bloqueadores de la pubertad, estos deben darse al inicio de la misma (al inicio del

²⁹ Cf. FAUSTO-STERLING, Anne: *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción sexual*. Melusina, Santa Cruz de Tenerife, 2020.

³⁰ Cf. MISSÉ, Miguel: *A la conquista del cuerpo equivocado*. Egales, Barcelona, 2018, p. 11.

³¹ Cf. MISSÉ, Miguel: *Transexualidades. Otras miradas posibles*. Egales, Barcelona, 2013, p. 123.

estadio 2 de Tanner³²), no antes. Llegado el momento, los adolescentes, pueden ser tributarios de comenzar la terapia hormonal de feminización-masculinización, a partir de los 14 a 16 años. Idealmente, las decisiones de tratamiento deben ser acompañadas y compartidas entre los adolescentes, las familias y los profesionales de la salud.

Es importante individualizar cada situación, manteniendo una actitud prudente y de escucha, sin confundir esta prudencia con la inacción o el miedo, siendo aconsejable un seguimiento riguroso y continuo del menor y de su familia hasta el cumplimiento de la mayoría de edad, insistiendo en el hecho de que no hay una transición adecuada sin un adecuado apoyo a nivel familiar y social y, sobre todo, escolar.

Nuestra obligación es la de actuar pensando siempre en «el interés superior del menor» respetando, en la medida de lo posible, la voluntad y los deseos de los menores en un campo tan fundamental para la persona como es la construcción de la identidad de género y el libre desarrollo de la personalidad.

El papel de los profesionales de la salud debe ser el de garante del bien del menor, buscando siempre el mayor beneficio desde un juicio prudencial. Es necesario huir de extremos que o bien banalizan lo que siente el niño o bien prescriben tratamientos a demanda de estos o de la familia.

Es muy importante que las personas que realizan transiciones de género en la adolescencia desarrollen herramientas para reforzar la autoestima, conociendo a otras personas trans y teniendo referentes positivos y que les ayuden a entender que la experiencia trans no desaparece con el cambio de cuerpo. Por el contrario, si reforzamos la idea de cambio de cuerpo lo antes posible estamos mandando un mensaje de que las personas trans visibles no son deseables y que es mejor no parecerse a ellas. Hay que acompañar a los adolescentes en una identificación realista, responsable, empoderadora y positiva³³.

Debemos fomentar una actitud de escucha para comprender mejor por qué las personas menores desean realizar una transición médica y social. Desde la perspectiva asistencial, el objetivo es ayudarlos a comprender sus propios deseos y lo que implican futuras intervenciones, sin descartar un cambio de opinión futura.

³² La escala o estadios de Tanner es una valoración de la maduración sexual a través del desarrollo físico de los niños, adolescentes y adultos.

³³ Cf. MISSÉ, Miguel: *A la conquista del cuerpo equivocado*. Egales, Barcelona, 2018.

En la práctica asistencial hay un pequeño número de adolescentes y adultos jóvenes que abandonan su identidad transgénero y solicitan interrumpir el tratamiento hormonal. Algunas personas optan por detener su transición (*desisters*), o revertirla (*detransitioning*). La «de-transición» (*detransitioning*) es un fenómeno cada vez más frecuente³⁴. La «desistencia» no debe ser motivo de alarma, los bloqueadores de la pubertad se pueden detener y la pubertad natal progresará; y aunque las hormonas reafirmantes del género pueden causar algunos cambios irreversibles, como redistribución de la grasa corporal y cambios vocales, estos efectos son principalmente cosméticos³⁵.

En relación con este tema cabe destacar la noticia que surgió a primeros de diciembre de 2020, en la que tres jueces de Reino Unido dieron la razón a Keira Bell³⁶, una joven de 23 años que demandó a la Clínica Tavistock, del Servicio Nacional de Salud británico (NHS), por aconsejarle y suministrarle el tratamiento hormonal cuando tenía 16 años y sufría «disforia de género». Esta sentencia, conocida como el caso «Bell vs. Tavistock and Portman» ha puesto condiciones a la transición de menores transgénero en Reino Unido³⁷, creando un debate entre los que advierten del peligroso precedente que supone para los adolescentes trans que necesitan este tratamiento y solo abogan por un mayor asesoramiento psicológico previo, y las personas que directamente cuestionan el movimiento trans y la medicalización de adolescentes. Este fallo judicial, bastante controvertido, no cuestiona la transexualidad sino solo la edad límite para dar el consentimiento al tratamiento. Finalmente, en el mes de septiembre de 2021, un tribunal de apelación de Reino Unido revocó la sentencia dando la razón a la Clínica Tavistock y al NHS británico, que fundamentaron una adecuada información sobre los pros y contras de las distintas

³⁴ Cf. LEVINE, Stephen B: «Transitioning Back to Maleness», in *Archives of Sexual Behavior* 47/4 (2018), pp. 1295-1300.

³⁵ Cf. TURBAN, J.L. / KEUROGHILIAN, A.S.: «Dynamic Gender Presentations: Understanding Transition and “De-Transition” Among Transgender Youth», en *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (2018).

³⁶ Cf. NIUS. (s. f.): *Keira Bell, la chica «trans» arrepentida gana juicio sobre terapia hormonal*. Recuperado el 13 de diciembre de 2020 de https://www.niusdiario.es/vida/visto-oido/keira-bell-chica-transgenero-gana-juicio-terapia-hormonal-transexuales_18_3052095284.html

³⁷ Cf. ROYAL COURTS OF JUSTICE: *Bell vs Tavistock-Judgment* (2020). Recuperado el 13 de diciembre de 2020 de <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf>

intervenciones médicas y que estas se realizaron siguiendo los protocolos médicos establecidos³⁸.

En este sentido, un reciente estudio de Turban demuestra cómo las personas trans que iniciaron un tratamiento hormonal en la adolescencia tienen mejor salud mental que aquellas que tuvieron que esperar a la edad adulta. Se detalla cómo estas personas tuvieron menos pensamientos suicidas, menos trastornos de salud mental y menos problemas de abuso de tóxicos que las personas que iniciaron hormonación en la edad adulta³⁹.

La importancia de este trabajo cuestiona el hecho de que se estén presentando proyectos de ley que, desde determinados países, podrían prohibir la atención médica hormonal para los adolescentes trans, cuando se evidencia por qué los cuidados en la variabilidad de género son importantes desde una perspectiva preventiva en salud mental.

3. Del binarismo normativo a la transnormatividad

Es interesante el concepto de «transnormatividad». Este concepto, creado por Austin H. Johnson en 2013, es definido como una ideología hegemónica que estructura la experiencia, la identificación y las narrativas transgénero en una jerarquía de legitimidad que depende de un modelo médico binario y de los estándares que lo acompañan, independientemente del interés o la intención que tengan las personas transgénero, a nivel individual, de llevar a cabo tratamientos médico-quirúrgicos como caminos de transición⁴⁰.

Como una ideología normativa, la transnormatividad debe entenderse, junto con la heteronormatividad y la homonormatividad, como un conjunto de ideales fortalecedores y restrictivos que consideran que algunas identificaciones, características y comportamientos transgénero son legítimos y prescriptivos, mientras que otros son marginados, subordinados o invisibles. La hegemonía de este modelo conduce a prácticas transnormativas que eclipsan las diferencias de

³⁸ Cf. COURT OF APPEAL - CIVIL DIVISION: *Bell vs Tavistock-Judgment* (2021). Recuperado el 18 de diciembre de 2021 de <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2021/09/Bell-v-Tavistock-judgment-170921.pdf>

³⁹ Cf. TURBAN, J.L. / KING, D. / KOBE, J. / REISNER, S.L. / KEUROGHILIAN, A.S.: «Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults», en *PLOS ONE* 17/1 (2022).

⁴⁰ Cf. JOHNSON, A.H.: *Doing Cisgender Vs. Doing Transgender: An Extension of Doing Gender Using Documentary Film*. Kent State University, Kent OH, 2013.

experiencia entre las personas transgénero y margina las experiencias transgénero que no se adhieren a un modelo médico binario de identidad de género.

La transnormatividad, como ideología normativa reguladora, estructura la identificación, la experiencia y las narrativas trans en una realidad que depende en gran medida de la responsabilidad ante un modelo binarista y heteronormativo de base médica. Para las personas transgénero, cuya interacción social, atención médica y documentos legales que afirman el género se distribuyen de acuerdo con un modelo médico, responder a este es una parte necesaria de la vida diaria⁴¹.

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

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

El discurso hegemónico sobre la transexualidad sostenido no solo por los profesionales de la salud, sino también por gran parte del colectivo trans, «promueve renunciar a la integridad física con tal de, presuntamente, conseguir la identidad deseada y acabar así con el sufrimiento»⁴²; se refuerza así colectivamente un modelo médico de identidad trans ante el cual todas las personas transgénero deben rendir cuentas, independientemente de su identificación con un modelo médico binario.

⁴¹ Cf. JOHNSON, A.H.: «Transnormativity: A New Concept and Its Validation through Documentary Film About Transgender Men», in *Sociological Inquiry* 86 (4) (2016), pp. 465-491.

⁴² Cf. COLL-PLANAS, Gerard: «La policía del género», en MISSÉ, M. / COLL-PLANAS, G. (eds.): *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Egales, Barcelona, 2010, p. 64.

Susan Stryker, en su artículo «My words to Victor Frankenstein above the village of Chamounix: Performing Transgender Rage», expone excelentemente la condición de transnormatividad:

«El cuerpo transexual es un cuerpo antinatural. Es el producto de la ciencia médica. Es una construcción tecnológica. Es carne desgarrada y cosida nuevamente en una forma diferente a la que nació. En estas circunstancias, encuentro una profunda afinidad entre mí como mujer transexual y el monstruo de Frankenstein de Mary Shelley. Al igual que el monstruo, con demasiada frecuencia se me percibe como menos que humano debido a los medios de mi encarnación; como el monstruo también, mi exclusión de la comunidad humana alimenta una ira profunda y permanente en mí que yo, como el monstruo, dirijo contra las condiciones en las que debo luchar para existir»⁴³.

Es preceptiva la necesidad de establecer modelos afirmativos de salud, ya que estos no solo generan conocimiento, sino que también disipan la patología contra la cual las personas trans tienen que luchar, describiendo un cambio institucional desde una medicina reguladora a otra facilitadora en el tratamiento de la variabilidad de género, y donde antes la expresión de género atípica se consideraba un fracaso de género, ahora es una forma de género⁴⁴.

Considerar socialmente la transexualidad como una situación peor y no deseada es la principal causa de discriminación y vulneración de los derechos fundamentales de la persona. Tenemos el reto de verla simplemente como una diversidad; una diversidad donde la diferencia no debe ser tamizada por tratamientos y actitudes patologizantes, una diversidad donde nos cuestionemos constantemente los parámetros de normatividad y normalización social presentes en la cultura y la sociedad en la que vivimos.

El respeto a las personas trans no consiste en tolerar las expresiones no convencionales de género; no sólo hay que cambiar las leyes para prohibir la discriminación, sino que forma parte de un imperativo ético más amplio que supone su reconocimiento; reconocer un valor positivo en la diversidad. El respeto depende de un reconocimiento del valor de «lo otro», de lo distinto a uno mismo.

Es un imperativo ético reconocer un valor positivo en la diversidad. Sobre este aspecto es de destacar la contribución de Axel Hon-

⁴³ Cf. STRYKER, Susan: «My words to Victor Frankenstein above the village of Chamounix: Performing Transgender Rage», en STRYKER, S. / WHITTLE, S. (eds.): *The Transgender Studies Reader*. Routledge, Londres, 2006, p. 244.

⁴⁴ Cf. MEADOW, Tey: *Trans Kids: Being Gendered in the Twenty-First Century*. University of California Press, Oakland (CA), Estados Unidos, 2018.

neth, que comenta cómo el reconocimiento posibilita la transformación de las relaciones conflictivas en relaciones de cooperación⁴⁵. Honneth habla de tres «esferas del reconocimiento» que han de darse progresivamente. La primera, el «reconocimiento emocional», se concreta en ser aceptado tal y como uno es. Se ha de reconocer a la persona en su individualidad, en su contexto personal y social. La segunda, el «reconocimiento legal», se concreta en ser sujeto de derechos y deberes. Y por último, el «reconocimiento social», que se concreta en reconocer las contribuciones positivas. En otras palabras, respetar el grado de autonomía que tenga la persona en cada momento, dejándole ejercer sus derechos progresivamente según su madurez, escuchándola y educando sus valores y expectativas. Estas tres esferas del reconocimiento son generadoras de autoconfianza, autorespeto y autoestima.

Bibliografía

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5*. Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2013.
- BENJAMIN, Harry: *The Transsexual Phenomenon*. Symposium Publishing, Düsseldorf, 1966.
- BUTLER, Judith: *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós, Barcelona, 2007.
- BUTLER, Judith: «Transexualidad, transformaciones», en MISSÉ, M. / COLL-PLANAS, G. (eds.): *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Egales, Barcelona, 2010.
- COLL-PLANAS, Gerard: «La policía del género», en MISSÉ, M. / COLL-PLANAS, G. (eds.): *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Egales, Barcelona, 2010.
- COURT OF APPEAL – CIVIL DIVISION: *Bell vs Tavistock-Judgment* (2021). Recuperado 18 de diciembre de 2021, de <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2021/09/Bell-v-Tavistock-judgment-170921.pdf>
- FAUSTO-STERLING, Anne: *Cuerpos Sexuados. La política de género y la construcción sexual*. Melusina, Santa Cruz de Tenerife, 2020.
- FOUCAULT, Michel: *El orden del discurso*. Tusquets, Barcelona, 1999.

⁴⁵ Cf. HONNETH, Axel: *La lucha por el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales*. Crítica, Barcelona, 1997.

- FOUCAULT, Michel: *Los anormales: curso del Collège de France, 1974-1975*. Akal, Tres Cantos (Madrid), 2001.
- FOUCAULT, Michel: *Historia de la sexualidad 1 (La voluntad del saber)*. Siglo XXI, Tres Cantos (Madrid), 2005.
- FOUCAULT, Michel: *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI, Tres Cantos (Madrid), 2012.
- GABALDÓN, Sabel: «Aspectos éticos del diagnóstico en psiquiatría», en *Bioética & Debate* 13 (49) (2007), pp. 1-5.
- GABALDÓN, Sabel: «La transexualidad medicalizada: una mirada ética», en *Bioética & Debate* 22 (79) (2016), pp. 3-8.
- GABALDÓN, Sabel: *Infancia y Adolescencia Trans. Reflexiones éticas sobre su abordaje* (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona, 2020.
- HEMBREE, W.C. / COHEN-KETTENIS, P.T. / GOOREN, L. et al.: «Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline», en *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 102 (11) (2017), pp. 3869-3903.
- HONNETH, Axel: *La lucha por el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales*. Crítica, Barcelona, 1997.
- JOHNSON, A.H.: *Doing Cisgender Vs. Doing Transgender: An Extension of Doing Gender Using Documentary Film*. Kent State University, Kent OH, 2013.
- JOHNSON, A. H.: «Transnormativity: A New Concept and Its Validation through Documentary Film About Transgender Men», en *Sociological Inquiry* 86 (4) (2016), pp. 465-491.
- LEVINE, Stephen B.: «Transitioning Back to Maleness», en *Archives of Sexual Behavior* 47 (4) (2018), pp. 1295-1300.
- MAS GRAU, Jordi: «Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante», en *Revista Internacional de Sociología* 75 (2) (2017).
- MEADOW, Tey: *Trans Kids: Being Gendered in the Twenty-First Century*. University of California Press, Oakland CA, 2018.
- MISSÉ, Miguel: *Transexualidades. Otras miradas posibles*. Egales, Barcelona, 2013.
- MISSÉ, Miguel: *A la conquista del cuerpo equivocado*. Egales, Barcelona, 2018.
- MURPHY, T.F.: «Should Mental Health Screening and Psychotherapy Be Required Prior to Body Modification for Gender Expression?» en *AMA Journal of Ethics* 18 (11) (2016), p. 1079.
- NIUS. (S. F.): *Keira Bell, la chica «trans» arrepentida gana juicio sobre terapia hormonal*. Recuperado 13 de diciembre de 2020, de

- https://www.niusdiario.es/vida/visto-oido/keira-bell-chica-transgenero-gana-juicio-terapia-hormonal-transexuales_18_3052095284.html
- PÉREZ FERNÁNDEZ-FIGARES, Kim: «Historia de la patologización y despatologización de las variantes de género», en MISSÉ, M. / COLL-PLANAS, G. (eds.): *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Egales, Barcelona, 2010.
- PLATERO MÉNDEZ, R. (Lucas): *Trans*sexualidades: acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Bellaterra, Barcelona, 2014.
- ROYAL COURTS OF JUSTICE: *Bell vsTavistock-Judgment* (2020). Recuperado 13 de diciembre de 2020, de <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf>
- SOLEY-BELTRAN, Patricia: *Transexualidad y la matriz heterosexual: un estudio crítico de Judith Butler*. Bellaterra, Barcelona 2009.
- STRYKER, Susan: «My words to Victor Frankenstein above the village of Chamounix: Performing Transgender Rage», en STRYKER, S. / WHITTLE, S. (eds.): *The Transgender Studies Reader*. Routledge, Londres, 2006.
- TURBAN, J.L. / KEUROGHLIAN, A.S.: «Dynamic Gender Presentations: Understanding Transition and “De-Transition” Among Transgender Youth», en *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (2018).
- TURBAN, J.L. / KING, D. / KOBE, J. / REISNER, S.L. / KEUROGHLIAN, A.S.: «Access to gender-affirming hormones during adolescence and mental health outcomes among transgender adults», en *PLOS ONE* 17 (1) (2022).
- WESTPHAL, Karl: «Die Konträre Sexualempfindung», en *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 2 (1869), pp. 73-108.
- WPATH: *Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender and Gender Nonconforming people*. World Professional Association for Transgender Health (WPATH), 2012, <https://www.wpath.org/publications/soc>

Recibido el 26 de enero de 2022
Aprobado el 18 de febrero de 2022

Sabel Gabaldón Fraile
Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)
sabel.gabaldon@sjd.es