

La transexualidad medicalizada: una mirada ética

Sabel Gabaldón

Psiquiatra. Máster en Bioética. Jefe de sección de psiquiatría del Hospital Materno-infantil San Juan de Dios de Barcelona.

sgabaldon@sjdhospitalbarcelona.org

Resumen

En la transexualidad se evidencia una relación entre el malestar personal y el rechazo social sufrido por las personas con expresiones de género diversas, porque se les pide intencionadamente que se adecúen a las normas de género vigentes. Este hecho no ha sido tenido en cuenta en la perspectiva médica que ha mantenido actitudes patologizantes. Desde una aproximación ética, se plantea un enfoque despatologizador de la transexualidad y un análisis de las respuestas médicas y sociales.

Palabras clave

transexualidad, disforia de género, identidad de género, ética

Abstract

In transsexuality, there is a link between personal distress and social rejection in people with diverse gender expressions as they are pressured to fit into established gender norms. This reality has not been duly considered in medicine which has tended to maintain a pathological view. Parting from an ethical approach, a fresh case is made for eliminating the pathological understanding of transsexuality, as well as analysing medical and social responses to it.

Keywords

transsexuality, gender dysphoria, gender identity, ethics

Sobre el diagnóstico

La transexualidad sigue formando parte de las categorías médicas patologizantes que han operado y operan como reguladoras de lo que podemos denominar la verdad del género,¹ entendida como un parámetro de normatividad y normalización social que, a través de la exigencia en la concordancia sexo-género y el establecimiento de la heterosexualidad obligatoria, nos daba una visión específica del mundo.

Tenemos que tomar conciencia de que la producción de la «verdad del género» actúa como reguladora y generadora de parámetros de normalización social. De esta forma, realizar un diagnóstico psiquiátrico a las personas con identidades y expresiones de género diversas y considerar que su experiencia debe estar necesariamente marcada por un sufrimiento inherente a su condición, tiene el efecto de reforzar esa misma matriz y el fin de tranquilizar a la sociedad estigmatizando a estas personas.

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. Este último criterio aparece en el actual manual de trastornos mentales de la American Psychiatric Association (APA-2013), más conocido como DSM-5, y define a 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».²

Pero en la definición médica de disforia de género, como en las anteriores denominaciones, el diagnóstico no se pregunta sobre si las normas de

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

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 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 norma. En el caso de los menores, tiene relación con las coacciones y violencias recibidas, tanto en la escuela como a nivel familiar y social, para impedir que expresen conductas no normativas respecto a su género asignado con la intención de mantener un género binario. Por estas razones deberíamos poner el foco, no en el in-

dividuo —que es diagnosticado y patologizado— sino en el dispositivo de control que ejerce violencia contra las personas cuya identidad o expresión de género no normativos cuestionan el sistema de género binario.

Desde hace unas décadas, se reconoce que en la configuración de la identidad, ya sea masculina o femenina, intervienen no solo factores biológicos y genéticos, sino elementos simbólicos, psicológicos, sociales, culturales, estrategias de poder, etc., y que son condicionantes muy importantes en la construcción de la identidad per-

En consecuencia, hoy se afirma que las personas no nacemos hechas psicológicamente como hombres o mujeres, sino que la constitución de la masculinidad o de la feminidad es resultado de un largo proceso, de una cimentación, que se va fraguando en interacción con el medio familiar, social y cultural

sonal. En consecuencia, hoy se afirma que las personas no nacemos hechas psicológicamente como hombres o mujeres, sino que la constitución de la masculinidad o de la feminidad es resultado de un largo proceso, de una cimentación, que se va fraguando en interacción con el medio familiar, social y cultural.

La transexualidad es un constructo que responde a una concepción antropológica y de la existencia norma-

lizadora. 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 a través de diferentes estrategias,³ una de ellas patologizando las diferencias. Es lo que pasó con la homosexualidad, que se constituyó —según señala M. Foucault— como una alteración psiquiátrica el día en que se la categorizó médicamente en el año 1870, a raíz de la publicación del famoso artículo de Westphal sobre «Las sensaciones sexuales contrarias» donde, curiosamente, también se describió el primer caso de transexualismo, sin llegar a definirlo como tal. Las rarezas del sexo, a partir de este momento, y afianzadas por el pensamiento científico, pasaron a depender, según Foucault, de una «tecnología de la salud y de lo patológico»,³ y desde el momento en que se vuelven objetos médicos o medicalizables son, en tanto que enfermedades, trastornos o síntomas, merecedoras de respuestas médicas.

Es cierto que en la última clasificación de la APA (DSM-5) se ha intentado una corrección. El grupo de trabajo encargado de revisar el antiguo concepto de trastornos de identidad de género tuvo que equilibrar dos cuestiones importantes: por un lado, el mantenimiento del acceso a la atención sanitaria y, por otro lado, reducir el estigma asociado a la búsqueda de atención de salud mental. Para ello, cambió el nombre del diagnóstico de trastorno de identidad de género» (DSM-IV) a «disforia de género». Este cambio de nomenclatura hay que entenderlo también por las críticas al diagnóstico y por las presiones desde grupos y asociaciones de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (LGTB), 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.

Atendiendo a estas reclamaciones, y a pesar de que lo que se demandaba era la salida del diagnóstico de las clasificaciones —tal y como ya ocurrió

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

con la homosexualidad en el DSM-III—, se planteó por parte de la APA en un primer momento cambiar el diagnóstico a «incongruencia de género», por considerar que al eliminar la noción «trastorno» sería menos estigmatizante, pero algunas personas señalaron la posibilidad de que eso podría patologizar a las personas a las que sus comportamientos atípicos de género no les producían sufrimiento. Finalmente, se propuso el término «disforia de género». El término disforia de género refleja un cambio en la conceptualización de los rasgos definitorios del trastorno, haciendo hincapié en el fenómeno de la «incongruencia de género», en lugar de la identificación de género cruzado *per se*, como fue el caso en el DSM-IV.

Pero esta situación no se arregla proponiendo un simple cambio de nombre, sino mediante un proceso de «re-semantización» crítico, y de denuncia y deconstrucción de lo que crean las actuales palabras. No olvidemos que

el lenguaje no solo describe el mundo, sino que también lo crea. La teoría *queer* invita a una reflexión teórica más amplia y más atenta a la multiplicidad de las diferencias sexuales. Se constituye como una crítica a la idea de que las identidades de género son inmutables y encuentran su arraigo en la naturaleza, en el cuerpo y en una heterosexualidad normativa y obligatoria. Nace de las ideas de Michel Foucault y, posteriormente, de Judith Butler sobre los procesos de subjetivación centrados en la discursividad de la sexualidad, para pasar a convertirse en la elaboración teórica y activista de la disidencia sexual, que a través de la resignificación del insulto 'queer'* consigue reafirmar que la opción sexual distinta es un derecho humano y no una mera desviación sexual o una perversión. La teoría *queer* denuncia las exclusiones y los efectos de todas las políticas establecidas de identidad de género.

Judith Butler,⁴ afirma que «*el género es una construcción cultural: no es el resultado causal del sexo. Al teorizar que el género es una construcción radicalmente independiente del sexo, el género mismo viene a ser un artificio*

libre de ataduras; en consecuencia, hombre y masculino podrían significar tanto un cuerpo femenino como uno masculino; mujer y femenino tanto un cuerpo masculino como uno femenino». Butler propone la creación de un nuevo orden político aislado de las ruinas de la heteronormatividad con el fin de confrontar la naturalización del género como tal. El proceso de aceptación de la identidad sexual no es un capricho, es un camino personal conflictivo al que se le suma una importante presión social, estigmatización, discriminación y, en muchas ocasiones violencia, que dan lugar a conflictos y síntomas que hay que contener y tratar, pues la ansiedad, el estrés, las depresiones, el suicidio, son más frecuentes en este colectivo.

En los niños y adolescentes nos encontramos con un proceso de desarrollo rápido y dramático (tanto físico, como psicológico y sexual), y una mayor fluidez y variabilidad en los resultados, en particular cuando aún no han pasado por la pubertad. A partir de los dos años, niños y niñas pueden presentar características que podrían indicar comportamientos de género no normativos: expresar deseos de per-

tenecer al otro sexo y de tener sentimientos de infelicidad respecto a sus características físicas sexuales y sus funciones. Los adolescentes que experimentan sus características sexuales primarias y/o secundarias y su sexo asignado al nacer como incompatibles con su identidad de género pueden sentir una intensa angustia al respecto. Según la encuesta realizada por el *National Transgender Discrimination Survey*⁵ en el año 2011 en EE.UU, el 78% de las personas «no convencionales» en cuanto a su género sufre acoso escolar; de ellos, un 35% sufrió agresiones físicas y un 12% violencia sexual. El acoso fue tan grave que llevó a un 15% (casi una sexta parte) a abandonar la escuela o la universidad.

La variabilidad de género en la infancia no necesariamente continúa en la edad adulta. Está descrito que en la mayoría de niños y niñas los comportamientos de género no normativos desaparecerán antes del comienzo de la pubertad. En los estudios de seguimiento de niños y niñas prepúberes, principalmente niños, que fueron remitidos a las clínicas para evaluación de disforia de género, la disforia persistió hasta la edad adulta en solo 6-23% de los niños. Sin embargo, en algunos niños y niñas estos sentimientos se intensifican, y la aversión al cuerpo se desarrolla o aumenta a medida que llegan a la adolescencia y sus características sexuales secundarias se desarrollan por la entrada en la pubertad. Los datos de un estudio publicado en 2015⁶ sugieren que la variabilidad de género más extrema en la infancia está asociada con la persistencia de la disforia de género en la adolescencia tardía y la adultez temprana. En este sentido, hay que constatar que las interferencias en la implementación de intervenciones médicas oportunas para adolescentes pueden prolongar el malestar y contribuir a una apariencia que podría



provocar abusos, estigmatización y un elevado sufrimiento emocional durante la adolescencia.

Sobre el tratamiento

Las personas transexuales 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. Justifican la ayuda sanitaria a la vez que exigen despatologizar la transexualidad, basándose en el concepto de salud de la OMS, que propone un modelo que no se limita únicamente a la ausencia de enfermedad, sino que debe incluir la «presencia de bienestar físico, psíquico y social».

Ante esta demanda médica debemos preguntarnos: ¿hasta dónde podemos llegar en la aplicación de tratamientos médicos y quirúrgicos? Entendemos que hasta donde uno quiera, según la necesidad sentida por cada persona; pero en este querer o en este decidir debemos velar para que se realice de una manera libre y autónoma, sin injerencias internas o externas, sin coacciones sociales y analizando la capacidad para comprender, valorar, razonar y expresar esta decisión, teniendo en cuenta las diferentes opciones y sus consecuencias potenciales.

Nos reafirmamos en la idea de que debemos comenzar despatologizando la transexualidad. 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 ante la intolerancia pasada —y también presente— en estos temas, hagamos un trayecto pendular —definido por posicionamientos políticos y sociales— que oscila desde actitudes de marcada «intolerancia y rigidez» a posiciones de «indolencia y



del todo vale», cayendo en el error de medicalizar temas donde la cultura, la

Las personas transexuales 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

sociedad (con sus rechazos e intolerancias), la familia, la historia, etc., tienen un papel predominante para poderlos entender. Otro riesgo a tener en cuenta es que la transexualidad puede atraer a un número importante de personas que tienen problemas de salud mental y emocional, a las que es importante detectar, entender y no dejar desasistidas.

Frente a la irreversibilidad y la magnitud de los cambios de los tratamientos médico-quirúrgicos, es prudente e importante garantizar en la medida de lo posible un compromiso con las intervenciones que se piden. La valoración psicológica y el asesoramiento pueden ser defendidos como esenciales,⁷ tanto para aclarar los motivos de la modificación corporal y la naturaleza de sus efectos, como para ayudar a explorar algunas de las consecuencias físicas y psicológicas previsibles del cambio de roles de género, así como los efectos residuales del estigma asociado a la transición de género y las implicaciones de la transición para la dinámica familiar y el lugar de trabajo.

La evaluación psicológica y el asesoramiento pueden ser instrumentos de éxito en la transición de género, en lugar de impedimentos para el ejercicio de la elección. Sin embargo, la evaluación y el asesoramiento no son igualmente valiosos o necesarios para todas las personas. Si es así, estos procesos deben ser opcionales, no 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.

Es una cuestión ética el obtener el consentimiento informado para las modificaciones corporales requeridas para la reasignación de género, como debe ser para cualquier intervención clínica, incidiendo en la irreversibilidad de algunas intervenciones médicas y quirúrgicas.⁷

En contrapartida a las respuestas medicalizadas, han aparecido otras etiquetas identitarias desafiantes, más arraigadas en el mundo anglosajón, como *queer*, *genderqueer* o *transgénero*, que cuestionan tanto la medicalización de la migración de género y la reproducción de roles de género, como el género binario que es considerado refutable

En contrapartida a las respuestas medicalizadas, han aparecido otras etiquetas identitarias desafiantes, más arraigadas en el mundo anglosajón, como *queer*, *genderqueer* o *transgénero*, que cuestionan tanto la medicalización de la migración de género y la reproducción de roles de género, como el género binario que es considerado refutable. Mantienen una posición crítica ante los procesos de exclusión y de marginación que genera la concepción del sexo y el género binario, reivindicando que las personas puedan exhibir rasgos de ambas características marcadas, hasta ahora, como exclusivas de un género determinado.

¿Y en la infancia y adolescencia?

Si entendemos a los niños y niñas como personas en desarrollo, dependientes de su entorno, con una marcada plasticidad psicológica y donde la identidad de género no es inmutable por lo menos hasta el inicio de la pubertad, es decir, que no hay garantías de la permanencia hasta la pubertad de sus comportamientos de género no normativos, cabría preguntarnos: ¿es adecuado adoptar medidas rígidas y, en algunos casos irreversibles, contrarias a esta variabilidad al asignarle, según sus preferencias, un género y un nombre distintos cuando esta situación, en la mayoría de los casos, puede ser reversible? En tal situación es aplicable la máxima de que lo que no es metodológicamente correcto, no es éticamente aceptable, y bajo esta premisa, pensamos que es un buen referente y una adecuada guía 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».⁸ Documento que se basa en la evidencia clínica y científica, y se actualiza periódicamente, su última revisión se ha realizado en el año 2012.

En este documento se destaca la necesidad de apoyarse en 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, social, y sobre todo escolar. Los profesionales de la salud mental pueden ayudar a las familias a tomar decisiones sobre el momento y el proceso de cambio en el rol de género de sus hijos o hijas pequeñas, si este es necesario, proporcionando información y ayudando a los padres a considerar los beneficios potencia-

les y los retos de cada opción. En este sentido, la baja tasa de persistencia de los comportamientos de género no normativos o la variabilidad de género durante la infancia (6-23%) descrita anteriormente es relevante, y un cambio de vuelta al rol de género original puede ser muy doloroso. Debemos informar a las familias y al niño de forma explícita de que puede cambiar de idea en cualquier momento.

Si, llegada la pubertad, los menores forman parte de ese 6-23% en los que persiste la variabilidad de género, debe hacerse una evaluación exhaustiva del adolescente en todos los aspectos para poder realizar un tratamiento hormonal

Si llegada la pubertad, los menores forman parte de ese 6-23% en los que persiste la variabilidad de género, debe hacerse una evaluación exhaustiva del adolescente en todos los aspectos para poder realizar un tratamiento hormonal. Siguiendo los criterios de la WPATH,⁸ es importante el trabajo multidisciplinar, con la inclusión de la figura de un endocrinólogo. Cabe recordar que las interferencias y el retraso en la implementación de intervenciones médicas oportunas (hormonales) para adolescentes pueden prolongar el malestar y contribuir a una apariencia que podría provocar abusos y estigmatización.

Conclusión

Consideramos urgentes las intervenciones desde todos los ámbitos: el edu-

cativo, el legislativo y el de la salud mental para erradicar el rechazo, la violencia y el acoso que pueden recibir estas personas especialmente durante la infancia y la adolescencia. Es de desear que sus entornos se conviertan en espacios habitables en los que puedan explorar con seguridad su identidad y expresión de género sin miedo a la violencia, evitando lo que M. Foucault denominaba como las «exclusiones incluyentes», una falsa inclusión donde se tolera y se integra al «otro» porque sigue marcado como «otro».

Parece ineludible hallar un compromiso entre el imperativo terapéutico y la obligación ética de contribuir a la aceptación social de la variabilidad de género. Desde el marco legal, se debería promover la tolerancia social y contribuir a la lucha contra la violencia de género en el espacio público y privado.

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 an-

siedad, el estrés, las depresiones, el suicidio, son más frecuentes en este colectivo. Es responsabilidad de la Administración Pública garantizar la asistencia de la salud de todas las personas de una manera digna, rigurosa y científica.

Propondríamos el término de «identidades oximorónicas», quizás un concepto un tanto borgiano, pero útil para definir los aspectos contradictorios, opuestos, distintos que conviven en una misma persona y que rompen los límites y el encuadre social establecido.

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. El reto es no considerarla una deficiencia, una situación peor y no deseada, y verla simplemente como una diversidad. Una diversidad donde la diferencia no debe ser tamizada por tratamientos y actitudes patologizantes, una diversidad donde nos cuestionemos constantemente la epistemología normativa de la cultura y la sociedad en la que vivimos.

Referencias bibliográficas

1. Soley-Beltran P. Transexualidad y la matriz heterosexual. Un estudio crítico de Judith Butler. Barcelona: Bellaterra; 2009.
2. American Psychiatric Association. Gender dysphoria. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013:451-459.
3. Foucault M. Historia de la sexualidad. Tomo I: La voluntad del saber. Madrid: Siglo XXI; 2009.
4. Butler J. El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona: Paidós; 2007.
5. National center for transgender equality. A Report of the National Transgender Discrimination Survey. 2011. Disponible a: http://endtransdiscrimination.org/PDFs/NTDS_Exec_Summary.pdf [Consulta 15 diciembre de 2016]
6. Cohen-Kettenis PT, Klink D. Adolescents with gender dysphoria. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2015;29 (3): 485-495.
7. Murphy TF. Should mental health screening and psychotherapy be required prior to body modification for gender expression?. AMA J Ethics. 2016 Nov 1;18(11): 1079-1085.
8. World Professional Association for Transgender Health. Standards of Care for Transsexual, Transgender, and Gender Non-Conforming People. 7th version. World Professional Association for Transgender Health; 2012. Disponible a: <http://www.wpath.org> [Consulta 15 diciembre de 2016].

Nota:

* *Queer* es un término de la lengua inglesa que tiene diversos significados: como sustantivo es utilizado de manera peyorativa (maricón, lesbiana), como verbo transitivo (desestabilizar, perturbar, jorobar) y como adjetivo (raro, torcido, extraño).

