

¿Qué ha supuesto para la psicología la lucha contra la patologización trans?

Konstantinos Argyriou. Instituto de Filosofía, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)

Recibido 09/01/2022

Resumen

La despatologización de las identidades trans en la última versión del CIE no concuerda todavía con una visión inclusiva en la práctica clínica. El enfoque trans-afirmativo intenta establecer nuevas prácticas de acompañamiento, alejándose de tradiciones biomédicas paternalistas. Pero en los últimos años, enfoques críticos de los estudios CTS y los estudios de género vienen a contrarrestar la necesidad de catalogación de las experiencias trans corporales y afectivas bajo etiquetas como *disforia* o *incongruencia*. Según dichos enfoques, no del todo hegemónicos, la patologización es un síntoma sociocultural, e individualizarla conlleva el peligro de culpabilizar a los sujetos ante problemas de reconocimiento y tolerancia que tienen las sociedades mismas. Partiendo de estas premisas, se analizarán de forma situada e interdisciplinar los procesos por llevar a cabo para que el giro paradigmático hacia la despatologización sea integral y sustancial. La hipótesis por confirmar es que no puede haber cambio estructural en cuanto a la despatologización trans, sin diálogos interculturales, y sin examinar las distintas velocidades con las que avanzan las sociedades occidentales a nivel de inclusión. Ante esta tensión, la psicología tiene mucho que aprender de la participación ciudadana en salud.

Palabras clave: despatologización, identidades trans, manuales estadísticos, práctica psicológica, estudios CTS.

Abstract

What has the fight against trans pathologization meant for psychology?

The depathologization of trans identities in the latest version of the ICD is not yet consistent with an inclusive vision in clinical practice. The trans-affirmative approach tries to establish new accompaniment practices, moving away from paternalistic biomedical traditions. But in recent years, critical approaches to STS studies and gender studies have come to counteract the need to catalog trans-bodily and affective experiences under labels such as *dysphoria* or *incongruity*. According to these approaches, not entirely hegemonic, pathologization is a sociocultural symptom, and individualizing it entails the danger of blaming the subjects for problems of recognition and tolerance that societies themselves have. Thus, the processes to be carried out so that the paradigm shift towards depathologization is comprehensive and substantial will be analyzed. The hypothesis to be confirmed is that there can be no structural change in terms of trans depathologization, without intercultural dialogues, and without examining the different speeds with which Western societies advance at the level of inclusion. Faced with this tension, psychology has much to learn from citizen participation in health

Key words: Depathologization, Trans Identities, Statistical Manuals, Psychological Practice, STS Studies.

¿Qué ha supuesto para la psicología la lucha contra la patologización trans?

Konstantinos Argyriou. Instituto de Filosofía, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)

Recibido 09/01/2022

§ 1. Estado de la cuestión

El enfoque trans-afirmativo, es decir, el enfoque que les otorga a las personas trans la libertad de autodefinirse de la manera que ellas consideran correcta o propia, no concuerda con la concepción de la identidad de género que impregna la tradición de la ciencia psicológica. Por supuesto, esta última no ha sido la única en imponer sus barreras en cuanto a la libre determinación. Ha sido una estrecha y sistemática colaboración con la psiquiatría, la neuro y la sociobiología, el derecho y la estadística, entre otras disciplinas, la que ha producido la ilusión de que los géneros son los reflejos de los sexos, diádicos, excluyentes y complementarios, y que dichos rasgos definen de forma automática y estable la identidad humana (v. Doyal, 2003; Fausto-Sterling, 2000, 2019; Nagoshi y Brzuzy, 2010; Pérez Sedeño y García Dauder, 2019).

Por otro lado, el binarismo reside también en el seno de la cultura popular, en las creencias de la ciudadanía, en la administración, y en varios registros a veces indetectables, de modo que es muy difícil distinguir si son discursos científicos los que establecen la diferencia sexual como naturalizada en la cultura popular, o si es la cultura popular la que hace que no se cuestionen los sesgos binarios tradicionales ni en los discursos científicos (Gamson, 1997). En realidad, es tarea ardua cortar esta relación de causalidad bilateral. Mientras tanto, cada vez más personas eligen autodefinirse como no binarias, no sólo estratégicamente, como a lo mejor se podría pensar hace unas décadas, sino como una forma legible, reconocible y *viable*, es decir legítima, de situarse respecto al género (Aultman, 2019).

La inestabilidad, la fluctuación o la fluidez rompen con nuestros esquemas de entender el género como fijo e inmutable, y por ello el binarismo occidental ha considerado patológicos los intentos de evadirlo (Mora, 2021). Las identidades no

binarias y no conformes al género optan por una autodefinición que molesta, ante todo los mecanismos administrativos, pero también una serie de prácticas discursivas, perceptivas, organizacionales y afectivas de varias instituciones (escuela, trabajo, Registro Civil, servicios penitenciarios, medios de comunicación). B. Lee Aultman (2019) expresa el problema de la siguiente manera:

Los mercados libres, el trabajo a tiempo parcial, y el individualismo liberal son en sí mismos constitutivos de los efectos que privilegian persistentemente un estilo de expresión generizada y obligan a las personas trans no binarias a adoptar apariencias binarias mediante consideraciones de seguridad. Estas fuerzas y categorías opresivas de la vida económica cotidiana pesan más sobre las personas cuyas encarnaciones [*embodiments*] están dislocadas [*strained*] por lógicas sociales generizadas y racializadas [P. 18, traducción propia].

La cita evidencia cómo el miedo a la autodefinición ha sostenido toda una «cultura de la contestación», es decir, una justificación de lo imposible que es —o debe ser— aislar la identidad de género del contexto en el que se reconoce o se lee. Evidentemente, es necesario que nuestra identidad se vea reflejada en las miradas de los demás para poder constituirse (Zafra, 2015). Sin embargo, en ese juego de reconocimiento, las personas trans¹ que evaden, con o sin voluntad propia, los esquemas imperantes, demuestran la falibilidad de los dispositivos de catalogación y clasificación de las identidades generizadas.

¹ Es cierto que, hasta hace relativamente poco, el mismo *TSQ* (*Transgender Studies Quarterly*) usaba el asterisco al lado de lo trans* como eje principal de reivindicación de la hibridación de las identidades trans (Tompkins, 2014), o que autores como Lucas Platero apuestan por su uso en sus publicaciones, subrayando su carácter lúdico y un nuevo ejercicio de agencia contra la clasificación de trastorno (2014 y 2017). Sin embargo, se ha decidido evitar su uso para los propósitos de este texto, por los siguientes motivos: 1) Porque al menos en el lenguaje escrito tiende a entenderse como nota al pie de página, siendo una metáfora de la tendencia a apartar o subestimar los asuntos relacionados a la diversidad de género. 2) Dado que proviene del ámbito de la informática, su aplicación a otros entornos sociales no está siempre del todo claro. Además, la dificultad en las búsquedas, aunque vista en la bibliografía como punto transgresor, ha derivado a mayores invisibilizaciones. 3) Porque en ocasiones han sido las propias personas del colectivo las que lo han considerado potencialmente ofensivo; ver <<http://juliaserano.blogspot.com/2015/08/regarding-trans-and-transgenderism.html>> [24/12/2021], que señala la ilegitimidad en el campo del atletismo o en la estadística; o <<https://lgbtqexperiment.com/2019/02/18/is-there-a-difference-between-trans-and-trans-is-trans-offensive/>> [24/12/2021], sobre la * como redundancia.

En efecto, si una persona reclama que no está de acuerdo con nuestras asunciones sobre su identidad, eso no tiene por qué deslegitimarla, sino quizá cuestionar los mecanismos sociales de categorización. La idea de que esa persona está mintiendo o engañando a su entorno, o que se está escondiendo de sí misma, eleva el debate no sólo a nivel judicial. Asimismo, recuerda que, históricamente, han sido la evaluación psicopsiquiátrica y las etiquetas diagnósticas las encargadas de detectar posibles mentiras e incoherencias en los relatos de las personas, precisamente para colocarlas en categorías rígidas y dañinas de visibilidad (Baril, 2016; Bettcher, 2007).

Otro factor que juega un papel decisivo en cuanto al presente debate es el nivel de tolerancia y aceptación de la diversidad sexual y de género por parte del contexto sociocultural. Sociedades que sancionan la mala adaptación a los cánones de género tienden a juzgar negativamente la performatividad de las personas trans, incluso si consiguen un *passing* «convinciente». Al contrario, sociedades más inclusivas en cuanto a las diversas expresiones del género no son tan estrictas en sus valoraciones y relativizan los binarismos con más frecuencia y facilidad —aunque no siempre en todos los ámbitos públicos (Espineira, 2016; Leino, 2016; Monro, 2007).

Dentro de la misma sociedad, esa misma operación depende de la edad, del nivel socioeconómico, de la educación y las creencias políticas y religiosas de la ciudadanía, pero también de los contextos particulares donde se *hace género*: en los aseos, en los vestuarios, en los espacios segregados en general (Hochdorn *et al.*, 2016).

No obstante, es difícil catalogar las sociedades según su nivel «de aceptación de la diversidad» de sus miembros, puesto que no existen mecanismos de puntuación o sistemas de criterios transversales que organicen la información correspondiente. Los informes de la European Union Agency for Fundamental Rights (FRA), de la ILGA-Europe o de la Transgender Europe (TGEU), utilizan una serie de parámetros cuantificables para contabilizar estas diferencias, como la accesibilidad a servicios sanitarios, los avances legislativos, o la (des)igualdad de oportunidades en el sector laboral, entre otros. Sin embargo, el consenso no sólo tiene que ser interdisciplinar, sino también intercultural, asegurando que los ejes comparados sean equivalentes, y toman en cuenta tensiones intra-nacionales o regionales también.

§ 2. Breve recorrido histórico

Las personas trans se han visto históricamente sometidas a un sistema de comprobación de ser lo que «realmente son», es decir demostrar que son «verdaderxs transexuales». Lo único que ha cambiado en los últimos años es que a lo mejor se puede seguir siendo trans sin transitar físicamente, pero hasta hace muy poco, la única manera de conseguir cierta inteligibilidad (*mis-conception*) por parte de los sistemas de reconocimiento social e institucional era a través de una transición *completa*, es decir, psicosocial, hormonal y quirúrgica (terapia triádica) —luego también registral/administrativa. En ese proceso de reconocimiento, la psicología y la psicoterapia tenían, y en cierto sentido continúan teniendo, una implicación importante, particularmente cuando están destinadas a comprobar exigencias legalmente establecidas.

A continuación se describen brevemente cinco etapas históricas para evidenciar dicha participación o implicación, y con el fin de entender más en detalle los procesos evolutivos hacia la transafirmación:

- 1) En la primera etapa, previa a las intervenciones médicas autorizadas, existían modelos de terapias de conversión, que concebían la transexualidad sólo como un caso extremo de homosexualidad, a tal nivel de confluir completamente orientación sexoafectiva e identidad de género (Drescher, 2007). Esa *etapa previa* no se trata aquí sólo como cronológica, sino también como conceptual, dado que terapias de aversión y torturas del mismo estilo se siguen reportando hoy en día, también en Occidente. Dichas terapias son promovidas a menudo por sectores religiosos, militares o feministas transexclusivos.
- 2) En la segunda, las personas trans tenían que leerse como intersex por parte de las instituciones biomédicas. El caso de Agnes, estudio mítico de Harold Garfinkel y Robert Stoller y el equipo de la Unidad de Género de la UCLA, evidencia precisamente esa necesidad de anclar la transexualidad a la biología, y de justificarla como condición para evitar que sea vista como deseo caprichoso con el que consienten los practicantes de medicina (Abiétar, 2019; Garfinkel, 1967).
- 3) En la tercera, la mayoría de las instituciones biomédicas occidentales aprueban las intervenciones físicas a personas trans, pero insistiendo mucho en la

irreversibilidad de los cambios (esterilización, cambios y efectos secundarios de las hormonas). Por ello, se establecen protocolos concretos y se extiende una cultura de estándares de cuidado, siempre atravesada por la lógica de los manuales diagnósticos y estadísticos universalmente extendidos (Suess, 2020). En esta etapa, las personas trans no son realmente trans, paradójicamente: es decir, ser trans se ve como un estado intermedio hasta alcanzar, rápido para quienes tienen el capital económico y lento para quienes dependen de los servicios públicos de salud, la re-adscripción al otro lado del binomio hombre-mujer. Cualquier otra experiencia se borra en ese traslado. Es también preciso descartar casos de travestismo, para evitar considerar lo trans como práctica o condición y no como identidad.

- 4) En la cuarta etapa, las personas trans se dividen *grosso modo* en dos grupos: las personas transexuales son las que desean transitar al cuerpo opuesto binario, es decir, las que sienten disforia y quieren apaliarla interviniendo a su cuerpo; y las personas transgénero, que, lejos de ser definidas únicamente por prácticas de *cross-dressing*, se definen a través de una nueva identidad capaz de sostener varias vivencias de disidencia de género. Sin embargo, las perspectivas críticas y *queer* que acarrea lo *transgender* parecen amenazar a personas que temen que así se les denegará el acceso a servicios de salud (Hazenbergh, 2015; Jarrín, 2016; Serano, 2016).
- 5) En la quinta etapa, en la que quizá nos encontramos ahora, lo trans se ha hibridado mucho más, superando esa falsa divisa entre personas transexuales y personas transgénero. En la nueva etapa, el foco se pone en reafirmar la identidad de la persona, independientemente del grado de transición corporal (Bullock y Wood, 2016; Lev, 2004; Platero, 2014). La bibliografía, como los avances mismos, sigue proviniendo en gran parte del mundo anglosajón, incluso en esta última etapa de globalización.

Si se piensa en esta larga trayectoria de paternalismo y patologización de todo el colectivo LGTBIQ+ ya descrita, no sería difícil atribuirle a la psicología una parte considerable de responsabilidad. El problema surge cuando se intenta definir un servicio como psicológico o psicoterapéutico, dado que existen distintos enfoques,

aplicaciones (por ejemplo, entre el sector público de salud y el sector privado) y herramientas psicológicas implicadas, además de la transparencia limitada una vez cerradas las puertas de la consulta.

Es necesario además distinguir entre psicoterapia y asesoramiento (*counseling*), es decir entre una intervención más robusta y fundamentada en la clínica, que tiene una duración más larga, una implicación sentimental más profunda, y una relación de transferencia como fundamento por un lado, y un servicio psicológico más breve y corto, basado en recomendaciones para afrontar problemas de la vida cotidiana. La línea divisoria es difícil de trazar, dado además que muchas personas profesionales ofrecen ambos servicios. Pero se podría sostener que la diferencia entre las dos intervenciones está asociada al nivel de implicación e intercambio sentimental. Otro foco de confusión parecido tiene que ver con los usos de los servicios psicológicos: es distinto hablar de psicoterapia o evaluación psicológica con finalidades estipuladas dentro de un proceso de transición corporal (antiguamente conocido como proceso transexualizador), y de servicios de acompañamiento desligados del control psicobiomédico.

Tradicionalmente, las formas de *hacer género* dentro de la consulta varían, entonces, entre la parte inicial de la *terapia triádica*, llamada «experiencia de la vida real» (*real-life experience*), la administración de test psicológicos (de personalidad, de bienestar emocional, de roles de género, de ideaciones suicidas), las entrevistas clínicas y el historial de identidad de género, y, como culmen del resto, los informes de diagnóstico acompañados por etiquetas clasificatorias (disforia o incongruencia de género, entre otras denominaciones) (Schilt y Westbrook, 2009). *Hablar el género* viene a complementar el *actuar el género* (Hochdorn *et al.*, 2016), en un juego de complacencia donde se confirman los deseos (auditivos, clínicos, hasta escopofílicos, se podría decir) de psiquiatras y psicólogos. La misma performatividad ha incitado serias microagresiones (microinsultos, microinvalidaciones, deslegitimación de intersecciones, actos de *misgendering*) (Wong, 2012; Sue, 2010).

Siguiendo a Dean Spade (2006), es la *esperanza* de que las personas trans hablen desde la *desesperanza* la que nutre y mantiene en activo el guardianismo de puerta y la cultura del control. Adscribiéndose a los criterios biomédicos y psicopsiquiátricos preestablecidos, las personas trans acaban incorporando narrativas de vida

despolitizadas, esencializadas y privatizadas, si quieren verse reconocidas (siempre semi-reconocidas, además) por las instituciones. La ley 03/2007 mantiene precisamente esta premisa, tanto a través del requerimiento del informe de diagnóstico, como con la exigencia de dos años de hormonación (con efectos esterilizantes evidentes) (Abiétar, 2019 y Suess, 2020, entre otrxs, realizan críticas contra dicha ley).

El *faking*, lo que en español se traduciría como 'falsificación', es el término que se usa en la bibliografía internacional para señalar la tendencia de una persona a mentir sobre sus síntomas y su perfil clínico (Whitehead, 2016). Se mantiene el término en inglés, porque permite conservar el doble carácter entre gerundio y sustantivo, indicando tanto un proceso en constante curso como el resultado de un acto. Ese engaño al sistema de valoración, a través de una performatividad que no sólo se refleja en prácticas conductuales dentro de la consulta, sino que se extrapola a todo lo que se piensa y se reporta en ella, está muy vinculado a la noción de la experiencia de la vida real (Bullock y Wood, 2016; Tosh, 2016). Cuando una persona trans sabe, por ejemplo, que está sometida a una evaluación de personalidad a través de un test que mide la agresividad, no sólo va a intentar rellenar el cuestionario correspondiente evitando declarar intentos de autolesión o suicidio, sino además va a mentalizarse de tal manera, que mientras dure el proceso, incluso puede hacer el sobreesfuerzo de borrar dichos indicios de su conciencia.

Partiendo de las cuestiones presentadas hasta ahora, la presente reflexión intentará analizar de forma situada e interdisciplinar los procesos que se tienen que llevar a cabo para que el giro paradigmático hacia la despatologización dentro de la psicología sea integral y sustancial. La hipótesis por confirmar es que no puede haber cambio estructural en cuanto a la despatologización trans sin diálogos interculturales, y sin examinar las distintas velocidades con las que avanzan las sociedades —aquí, al menos las occidentales— a nivel de inclusión. Para ello, se seguirá la argumentación de autores como Mizock y Lundquist (2016) o Suess Schwend (2020), quienes señalan que la patologización, acto homogeneizador y estigmatizante, legitima las identidades trans justificando su trauma como restricción o deficiencia. Esto tiene como consecuencia universalizar una individualización extrema de las identidades disidentes, mientras tapa los fallos intrínsecos del sistema sexo/género imperante.

Además, a continuación se presentarán relatos de psicólogos en dos países, España y Grecia, que discuten el binomio patologización-afirmación desde su propio contexto sociocultural, con el fin de evidenciar las particularidades que cada uno de estos dos entornos procesa, interpreta y modifica los estándares supuestamente universales. Las entrevistas se realizaron entre diciembre de 2019 y junio de 2021, y cuentan con el consentimiento informado de las personas participantes. Todos los relatos presentados pertenecen a personas que actualmente ejercen la profesión, pero sus ámbitos de trabajo varían (pública, ONG, privada).

§ 3. Enfoque afirmativo y despatologización: relatos interculturales de psicólogos

Los enfoques principales en psicoterapia serían, hoy en día, el enfoque psicoanalítico-psicodinámico, el enfoque cognitivo-conductual, el enfoque humanista, y una especie de mezcla entre los tres, el enfoque integrado. Por supuesto, existen muchas más ramas y mezclas entre ellas. De todos modos, estos representantes principales tienen especial dificultad a la hora de abarcar las identidades y expresiones no binarias (Barker y Iantaffi, 2017; Tosh, 2016). Teniendo que reconciliar discursos pro-derechos con conceptualizaciones clínicas, crean fusiones peculiares como las siguientes que se han recogido en el trabajo de campo:

Sé que [...] el nombre *paciente* genera cierto conflicto, en algunos entornos, pero yo lo utilizo, porque para mí nunca ha tenido la visión tradicional de persona no válida, entonces [...] yo las relaciones que establezco con el paciente son de mutualidad, de reconocimiento mutuo, de respeto, y me colocan a mí en un lugar de responsabilidad, entonces sé que a algunas personas no les gusta pero yo utilizo esa palabra porque me siento cómoda con ella, por todo lo que para mí significa. [Miranda, psicóloga de enfoque psicodinámico en España].

Obviamente, digamos que un trastorno se trata de cierta manera y una molestia se trata de otra manera diferente. El trastorno es una enfermedad que hay que curar, mientras que el malestar no es una enfermedad. Trabajas en otra cosa. Entonces, sabes que hubo mucha discusión sobre la era anterior al cambio y la era posterior al cambio [del DSM]. Y, recientemente estuve en una reunión para: el asesoramiento, de personas trans en las entidades de salud, donde había algunas mujeres transgénero, digamos ancianas, que no tenían una buena impresión de la Unidad Hospitalaria [donde trabajo]. Obviamente, digamos (.) El consultorio médico no funcionaba entonces como les

hubiera gustado a las chicas. Bueno, al menos expliqué que es distinto trabajar con un trastorno y con una disforia, es importante tenerlo en cuenta. Pero las cosas han cambiado, y al menos busquemos encontrar un lenguaje común de comunicación, no necesitamos discutir ahora, mencionar lo que pasó hace diez años. La cuestión es qué está pasando ahora. [Stelios, psicólogo CBT en Grecia].

Se observa que, aun respetando y aceptando a las personas trans a título personal, a veces es inevitable seguir patologizándolas por carecer de otros paradigmas a nivel estructural. Las dos citas expuestas, y otras a favor del *gatekeeping*, parecen indicar que la afirmación en sí es cuestión de lo que permite el contexto sociocultural, y que no tiene sentido, según ellas, reforzar identidades para que luego choquen contra una cultura reticente o una sociedad transfoba.

Si comparamos las generaciones de personas trans, demostramos clara e inequívocamente el movimiento correcto de la despatologización. Porque, si observamos a una mujer trans de 1997, veremos que sí tenía muchos problemas psiquiátricos, pero no porque fuera trans, solo porque sobrevivió a la violencia, la exclusión, la transfobia, el acoso policial, generalmente eran personas que habían sido expulsadas de sus casas, entonces; eran atacadas constantemente, lo que generalmente no era muy grave, en las calles [...] donde trabajaban, por lo que presentaban diagnósticos que realmente existían, que podían ser trastornos límite, depresivos (.) ¿Verdad? Trastornos, que fueron claro resultado del abuso que habían experimentado. En las nuevas generaciones, ya no observamos eso. Vemos que los diagnósticos están disminuyendo, porque el abuso está disminuyendo. [Aristea, psicóloga afirmativa Gestalt].

El enfoque afirmativo no tiene los mismos efectos como los demás enfoques o escuelas de práctica psicoterapéutica. Aunque se suele llamar enfoque, no se trata de una escuela como tal, sino de un conjunto o un «*kit*» de herramientas sobre una forma más inclusiva y cabal de asesorar (Lev, 2004). Dicho enfoque ha logrado suspender las evaluaciones nocivas contra las personas trans, promoviendo una intervención psicológica anclada en la empatía y el fortalecimiento de la autodeterminación de género (Platero, 2014). La entrevista clínica adquiere otro valor con la perspectiva afirmativa. En vez de ser un mero instrumento para sacar información clasificatoria y diagnóstica (por ejemplo, a través de un historial de familia, un registro de traumas personales o una catalogación de síntomas), se convierte en portadora de una narrativa personal, alejándose de lo propiamente *clínico* (Whitehead, 2016).

No considero que un enfoque o una escuela específica sean requisito previo para los servicios de afirmación. Pero yo diría que seguro, es útil, un conocimiento clínico es útil (.) ¿Por qué? Por lo contrario de lo que se podría suponer. Por lo general, se piensa —especialmente en las personas trans; un argumento transfobo común, incluso con buenas intenciones entre comillas, es: «Necesito tener conocimientos clínicos básicos, porque en las personas trans su identidad está relacionada con una psicopatología». Lo recomiendo por el motivo contrario, precisamente porque no están relacionadas con la psicopatología, sino porque todos nuestros datos muestran para las personas LGBT en general, pero también para las personas trans en particular, que pueden experimentar desafíos de salud mental. Por el efecto de la discriminación, el estigma y el resto, muchas veces (.) Pueden ser útiles conocimientos básicos, de psicopatología clínica. [Paraskeví, psicóloga afirmativa en Grecia].

Y también, obviamente también hay resistencias, o sea hemos encontrado resistencias por parte de los profesionales a, no llegar a entender muy bien qué es esto de la psicología afirmativa, no llegan a entender muy bien ni a respetar y a creerse eh los datos del estrés que sufren las minorías, sexuales y de género, o sea sigue habiendo resistencias no sé, eh muchas veces y además tendrán que ver posiblemente con los propios prejuicios, ¿no?, internos. Y las propias ideologías, que están ahí y lamentablemente todavía, interseccionan con las visiones de los profesionales, pero obviamente sí hay todavía ahí profesionales que se resisten. [Alexa, psicóloga afirmativa sistémica en España].

La interseccionalidad es un eje fundamental que puede ayudar a desesencializar el enfoque transafirmativo. En vez de reivindicar una *esencia trans*, y llevar la intervención al campo de la ontología, o de la inserción en un entorno hostil, lo que varias personas entrevistadas subrayan es insistir en el trabajo relacional, en las dificultades diarias, en las características *emic* que hacen que cada contexto trate a las personas trans de forma particular.

La mayoría de las personas acuden a ellos [los servicios] con su (.) necesidad de apoyo durante su reasignación de género, pero lo que sucede, al principio, siempre, es no hablar sobre transgénero en absoluto, sino hablar de la exclusión social que sufren, de dificultades en las relaciones interpersonales por su identidad trans —más bien por la NO aceptación de su identidad trans, de violencia doméstica, dificultades en el trabajo... Depresión, trastornos de ansiedad, con todo lo que ello conlleva, para (.) su vida diaria, su funcionalidad, su resiliencia mental, y después de haberlas enmarcado y de haberlas cuidado y están algo encaminadas, luego pasamos a la parte de (.) apoyo para la transición. [Evelina, psicóloga afirmativa sistémica en Grecia].

[...] cada vez están llegando muchas más personas y sobre todo casi todos es gente joven, adolescentes, con identidades de género no definidas como trans. Entonces eh eso supone como un acompañamiento más largo en su proceso. En el sentido porque tampoco es que haya una patología directa, es simplemente dudas, vivencias, dificultades que tienen en el entorno familiar, escolar, para vivir su identidad de género, pero no se plantean o porque no se lo plantean ahora ni se lo van a plantear nunca, no hacen ningún tipo de tránsito ni quieren ir a ninguna Unidad [de Identidad de Género] y o porque todavía están ahí porque a veces hemos tenido procesos que empiezan así y luego acaban a lo mejor definiendo, yo creo que al vivir en una sociedad en una cultura tan binarista pues al final la presión de género es tan fuerte, que claro, eso es una hipótesis. [Rodrigo, psicólogo afirmativo de enfoque centrado a la persona en España].

Se regresa a la idea de que el título de profesional afirmativx no significa una visión completamente despatologizante, o que al menos se puede considerar la identidad de género como despatologizada, pero los procesos patologizantes relacionados al tránsito corporal *necesarios*. Ahí, el abanico trans y todas sus connotaciones anglosajonas se atan a la supuesta universalidad de los manuales de diagnóstico.

Al menos dentro del contexto de las entrevistas realizadas, había un punto intermedio de encuentro de miradas, de profesionales que, estando todavía a favor de la posibilidad de ofrecer servicios de calidad a las personas que así lo soliciten, también entendían que la psicología debía modificar sus postulados de forma drástica, por no seguir reproduciendo visiones contradictorias o universalistas.

Por supuesto, sigue siendo un tanto problemático para mí el término de *disforia de género*, porque yo también provengo de: una perspectiva —de una corriente científica y un pensamiento científico en el que el lenguaje construye realidades, entonces el mero nombre de una cosa como *malestar*, como *disforia de género*, crea una realidad en sí misma algo patológica [Stavros, psicólogo afirmativo de enfoque narrativo en Grecia].

Empezamos a emitir esos informes, en contra incluso de mis propios criterios éticos, porque yo nunca he entendido, la, identidad, como patológica, en ningún sentido, y la identidad trans pues tampoco, las realidades trans para mí no son patológicas, *per se*, me refiero, por ser trans. Pero entendía que había una necesidad que había que cubrir. Y que había una forma de ayudar a todas esas personas, sobre todo me acuerdo que eran mujeres trans que se habían autohormonado. [Elena, psicóloga afirmativa de enfoque humanista-sistémico en España].

Mientras tanto, algunas voces que entienden la afirmación sólo en su faceta endocrinológica-médica, y temen que reforzar intervenciones corporales puede tener costes éticos y profesionales, consideran que la afirmación es contraproducente como perspectiva y poco basada en evidencias (v. Bewley, 2020). De hecho no tienen reparo al leer en la afirmación otro intento de conversión. Dichas posturas son muy paradójicas, precisamente porque evitan asumir las responsabilidades del *gatekeeping*. No se detectaron voces similares en el trabajo de campo, tanto por posibles sesgos de confirmación, como por la reticencia generalizada de personas con posturas similares a hablar. Por otro lado, las críticas *queer* al enfoque afirmativo, aunque llevan razón en llamar la atención sobre los peligros de esencializar las identidades reforzadas, a menudo pierden de vista que la ausencia de intervención, por la que apuestan, es también una forma de intervenir (v. Ansara y Hegarty, 2011, y su noción de *queerificación coactiva*).

§ 4. Conclusiones: aprendiendo de la participación ciudadana

Recapitulando los discursos presentados, y en modo de sugerencia, lo que pueden hacer lxs terapeutas, en vez de entender el tema en términos meramente individuales o intrapsíquicos, es externalizar tanto el sistema sexo/género como lo que llamamos *cisgenerismo* (la creencia extendida de que todas las personas tienen que ser cisgénero, de hecho son cisgénero), como constructos que no residen dentro de las personas (Ansara y Hegarty, 2011 y 2014). De hecho, son sus versiones interiorizadas las que se encuentran en la consulta. De todos modos, este movimiento hacia el afuera, hacia un análisis más sistémico y estructural de las jerarquías de poder, no tiene valor si no va acompañado de una concienciación y responsabilización profesional.

Evidenciando el giro hacia modelos más holísticos de entender el estigma minoritario (Meyer, 1995) y hacia la despatologización de las identidades trans (Missé y Coll-Planas, 2010), cabría preguntar si el sometimiento, aparte de inevitable, es también una performance que sólo está obsesionada con la corporalidad generizada, dejando intactos otros usos del acompañamiento psicológico. Aparte de descifrar las injusticias testimoniales experimentadas por personas trans en psicoterapia, quizá se tendría que explorar el espacio terapéutico como espacio donde lxs profesionales

también disponen de una faceta personal íntima que se remueve e interactúa con las personas asesoradas. Esa exploración, aunque pueda parecer evidente, no lo es, por lo que reflejan varios relatos sobre la formación, o sobre los disensos terminológicos. El trabajo de campo intercultural realizado es indicativo precisamente de la necesidad de voces múltiples, desde enfoques, métodos, sistemas y países distintos.

Otro punto reflejado por las narrativas expuestas es que un servicio de salud mental puede ser útil a la hora de explorar aspectos desconocidos de la personalidad (independientemente de si es cis o trans), pero siempre asociada a un contexto y una relacionalidad, entendida como codependencia y como condición *sine qua non* de reconocimiento. Asimismo, explorar la consulta sería útil a la hora de abrir el melón trans desde dentro: repolitizando un espacio confidencial hasta recientemente considerado aséptico, desesencializando las identidades a través de un cuestionamiento profundo de la noción de identidad en sí, y reclamando como público un bien que se ha visto mayormente como un capricho burgués. De esa manera, en vez de indicar cómo debería ser dicho espacio, bajo algún proyecto pseudo-ilustrado, lo que se buscó fue comprender cómo ya se está planteando el acompañamiento transafirmativo desde lugares alternativos, periféricos.

La psicoterapia está volviendo al armario, en el sentido de que se está revelando una tremenda lucha de intereses que durante décadas ha dejado indefinida la labor psicoterapéutica. Esta indecisión respecto a los límites entre los trabajos de psicoterapeutas, psicólogos, psiquiatras, asistentes y consultorxs de salud mental, trae consigo las tensiones históricas entre dichas disciplinas, no sólo en relación con la identidad de género, sino en múltiples ámbitos. No hay que perder de vista el aumento de recursos para la salud mental que se han popularizado en Internet para la sustitución de los servicios especializados, a veces caros y cargados de estigma. Tampoco hay que olvidarse del marco neoliberal occidental de la emprendeduría de sí, que no admite una codependencia y una muestra pública de la vulnerabilidad. Es difícil a veces distinguir entre servicios de apoyo mutuo basados en alianzas ciudadanas horizontales, y servicios que se camuflan detrás del empoderamiento pero realmente son alienadores.

Los movimientos antipsiquiatría en Italia y Francia en los años 70, o en Tavistock en los 80, fueron el caldo de cultivo para romper con la idea de una disciplina psiquiátrica

todopoderosa. También han incentivado la participación ciudadana en salud mental, el hacer partícipes a las personas de su propio malestar, y el comienzo de una horizontalización del proceso psicoterapéutico, con el foco en la intersubjetividad, en el consentimiento informado, en las competencias culturales específicas para grupos minoritarios, y en la escucha activa. No obstante, quizá se haya recorrido poco camino en cuanto al potencial subversivo del propio espacio psicoterapéutico, que subraye el carácter sistémico de la intervención (gracias a la terapia de un miembro del sistema, se beneficia el sistema entero) y la necesidad de intervenciones a varios niveles (personal, dual, grupal, meso-nivel, estructural). Además, medicina y psicología no comparten exactamente la misma responsabilidad, puesto que no han ido ejerciendo el mismo poder sobre cuerpos e identidades.

De todos modos, Istar Lev (citada en Tosh, 2016) invita a lxs terapeutas a afirmar las subjetividades disidentes en cuanto al género y la sexualidad como si no existiera un diagnóstico de disforia de género en el *DSM-5*, pero a la vez prestando especial atención en la vivencia personal de la disforia. Se podría agregar el matiz de la concienciación *situada*, es decir, impregnada de valores críticos y de detección de sesgos personales (occidentalismo, *capacitismo*, falsa objetividad). Sobre la misma línea, habría que destacar que si el feminismo reproduce las mismas dicotomías y lógicas paternalistas que la psiquiatría y la psicología a lo largo de la historia, repite el victimismo y la discriminación contra el colectivo trans; con lo cual las epistemologías feministas empleadas en el debate tienen más valor, (sólo) si son abiertamente transinclusivas.

Resumiendo la presente reflexión con una cita perteneciente al trabajo social, pero directamente aplicable también a la psicología, se considera que la despatologización ha conseguido revisar muchos de los preceptos que la ciencia psicológica daba por sentados en cuanto a la relación con las personas asesoradas y con el papel de lxs profesionales en ella:

Existen diferencias clave en la aplicación de la teoría trans, a diferencia de las teorías feministas y queer, a la teoría y la práctica del trabajo social. El reconocimiento de la importancia de la encarnación [*embodiment*] física de las identidades que interseccionan y la comprensión de cómo las narrativas de las experiencias vividas integran los aspectos de la identidad socialmente construidos,

encarnados [*embodied*] y autoconstruidos son esenciales. [Nagoshi y Sruzy, 2010: 437, traducción propia].

De todas maneras, no basta con imponer dichos cambios de mentalidad. Las críticas a las pretensiones universalistas de los manuales estadísticos recuerdan que es fundamental enfocar el debate desde la multiplicidad de miradas, desde lo *emic* y desde la interseccionalidad. Queda por corroborar si la despatologización abrirá caminos de reconocimiento intercultural también, para la progresiva desestandarización de los procedimientos que se han ido desarrollando en este texto.

Bibliografía

- Abiétar, Daniel (2019), *¿Sólo dos? La medicina ante la ficción política del binarismo sexo-género*. Oviedo, Cambalache.
- Ansara, Y. G., y P. Hegarty (2014), «Methodologies of misgendering: Recommendations for reducing cisgenderism in psychological research», en *Feminism & Psychology*, 24 (2). 259–270. <<https://doi.org/10.1177/0959353514526217>> [02/01/2022]
- Ansara, Y. G., y P. Hegarty (2011), «Cisgenderism in psychology: Pathologising and misgendering children from 1999 to 2008», en *Psychology & Sexuality*. iFirst, 1–24. <<https://doi.org/10.1080/19419899.2011.576696>> [03/01/2022]
- Aultman, B. Lee (2019), «Nonbinary trans identities», en *Oxford Research Encyclopedia: Politics*. 1–25. <<https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228637.013.1195>> [03/01/2022]
- Baril, A. (2016), «‘Doctor, am I an Anglophone trapped in a Francophone body?’: An intersectional analysis of “trans-crip-t time” in ableist, cisnormative, Anglonormative societies», en *Journal of Literary & Cultural Disability Studies*, 10(2). 155–172. <<https://doi.org/10.3828/jlcls.2016.14>> [02/01/2022]
- Barker, M. J., y A. Iantaffi (2017), «Psychotherapy», en Christina Richards, Pierre Bouman y Meg John Barker (eds.), *Genderqueer and non-binary genders*. London, Palgrave MacMillan, 103–124.
- Bettcher, Talia Mae (2007), «Evil deceivers and make-believers: On transphobic violence and the politics of illusion», en *Hypatia*, 22 (3). 43–65. <<https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2007.tb01090.x>> [03/01/2022]
- Bewley, Susan (2020), «Sex, gender and gender identity: A re-evaluation of the evidence», en *BJPsych Bulletin*. 1–19. <<https://doi.org/10.1192/bjb.2020.73>>
- Bullock, Wayne y Nicholas Wood (2016), «Psychological assessment with trans people», en Virginia Brabender y Joni Mihura (eds.), *Handbook of gender and sexuality in psychological assessment*. New York, Routledge, 489–510.
- Doyal, L. (2003), «Sex and gender: The challenges for epidemiologists», en *International Journal of Health Services*, 33 (3). 569–579. <<https://doi.org/10.2190/CWK2-U7R6-VCE0-E47P>> [02/01/2022]

- Drescher, Jack (2007), «I'm your handyman: A history of reparative therapies», en Ariel Shidlo, Michael Schroeder y Jack Drescher (eds.), *Sexual conversion therapy: Ethical, clinical and research perspectives*. New York, The Haworth Medical Press, 5-24.
- Espineira, Karine (2016), «L'impensé sociojuridique dans les sociétés de droit», en Jean Zaganianis, Ludovic-Mohamed Zahed, Maud-Yeuse Thomas y Karine Espineira (eds.), *Corps vulnérables, vies dévulnérabilisées*. Paris, L' Harmattan, 71-88.
- Fausto-Sterling, Anne (2019), «Gender/sex, sexual orientation, and identity are in the body: How did they get there?», en *The Journal of Sex Research*. 1-27. <<https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1581883>>
- Fausto-Sterling, Anne (2000), «The five sexes, revisited», en *The Sciences*, 40 (4). 18-23. <<https://doi.org/10.1002/j.2326-1951.2000.tb03504.x>> [03/01/2022]
- Gamson, J. (1997), «Messages of exclusion: Gender, movements, and symbolic boundaries», en *Gender & Society*, 11 (2). 178-199. <<https://doi.org/10.1177/089124397011002003>> [03/01/2022]
- Garfinkel, Harold (1967), «Passing and the managed achievement of sex status in an intersexed person, part 1», en *Studies in Ethnomethodology*. New Jersey, Prentice-Hall, 116-185.
- Hazenberg, E. (2015), «Walking the straight and narrow: Linguistic choice and gendered presentation», en *Gender & Language*, 10 (2). 270-294. <<https://doi.org/10.1558/genl.v10i2.19812>> [02/01/2022]
- Hochdorn, A., V. Faleiros, B. Camargo y P. Cottone (2016), «Talking gender: How (con)text shapes gender -The discursive positioning of transgender people in prison, work and private settings», en *International Journal of Transgenderism*, 17 (3-4), 1-18. <<https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1222923>> [03/01/2022]
- Jarrín, Alvaro (2016), «Untranslatable subjects: Travesti access to public health care in Brazil», en *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 3 (3-4). 357-375. <<https://doi.org/10.1215/23289252-3545095>> [03/01/2022]
- Leino, U. (2016), «Conceptualizing sex, gender, and trans: An Anglo-Finnish perspective», en *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 3 (3-4). 448-461. <<https://doi.org/10.1215/23289252-3545155>> [03/01/2022]
- Lev, Istar (2004), *Transgender emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. New York, Routledge.
- Meyer, I. (1995), «Minority stress and mental health in gay men», en *Journal of Health and Social Behavior*, 36. 38-56. <<https://doi.org/10.2307/2137286>> [02/01/2022]
- Missé, Miquel, y Gerard Coll-Planas (2010), *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona, Egales.
- Mizock, Lauren y Christine Lundquist (2016), «Missteps in psychotherapy with transgender clients: Promoting gender sensitivity in counseling and psychological practice», en *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3 (2). 148-155. <<https://www.apa.org/pubs/journals/features/sgd-sgd0000177.pdf>> [19/05/2022]
- Monro, Surya (2007), «Transmuting gender binaries: The theoretical challenge», en *Sociological Research Online*, 12 (1). 90-104. <<https://doi.org/10.5153/sro.1514>> [03/01/2022]
- Mora, Víctor (2021), *¿Quién teme a lo queer?* Madrid, ConTinta me tienes.
- Nagoshi, J. y S. Brzuzy (2010), «Transgender theory: Embodying research and practice», en *Affilia: Journal of Women and Social Work*, 25 (4). 431-443. <<https://doi.org/10.1177/0886109910384068>> [03/01/2022]

- Pérez Sedeño, Eulalia y S. García Dauder (2017), *Las «mentiras» científicas sobre las mujeres*. Madrid, Los Libros de la Catarata.
- Platero, Lucas (2017), «Trans* (con asterisco)», en Lucas Platero, María Rosón y Esther Ortega (eds.), *Barbarismos queer y otras esdrújulas*. Barcelona, Bellaterra, 409-415.
- Platero, Lucas (2014), *Trans*sexualidades: acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Barcelona, Bellaterra.
- Serano, Julia (2016), «Psychology, sexualization, and trans-invalidations», en *Outspoken: A decade of transgender activism and trans feminism*. Switch Hitter Press, 126-144.
- Spade, Dean (2006), «Mutilating gender», en Susan Stryker y Stephen Whittle (eds.), *The transgender studies reader*. New York, Routledge, 315-322.
- Suess Schwend, Amets (2020), «Trans health care from a depathologisation and human rights perspective», en *Public Health Reviews*, 41 (3). 1-17. <<https://doi.org/10.1186/s40985-020-0118-y>> [03/01/2022].
- Schilt, Kristen y Laurel Westbrook (2009), «Doing gender, doing heteronormativity: “Gender normals”, transgender people, and the social maintenance of heterosexuality», en *Gender & Society*, 23 (4). 440-464. <<https://doi.org/10.1177/0891243209340034>> [02/01/2022]
- Sue, Derald Wing (2010), «Microaggressions, marginality, and oppression: An introduction», en *Microaggressions and marginality: Manifestation, dynamics, and impact*. New York, Wiley & Sons, 3-24.
- Tosh, J. (2016), *Psychology and gender dysphoria: Feminist and transgender perspectives*. Oxon, Routledge.
- Whitehead, Matthew (2016), «Hidden in plain sight: Gender and sexuality in the clinical assessment interview», en Virginia Brabender y Joni Mihura (eds.), *Handbook of gender and sexuality in psychological assessment*. New York, Routledge, 81-107.
- Wong, Yinglee (2012), «Interpersonal and systemic microaggressions toward transgender people: Implications for counseling», en *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 6 (1). 55-82. <<https://doi.org/10.1080/15538605.2012.648583>> [03/01/2022].
- Zafra, Remedios (2015), *Ojos y capital*. Madrid, Consonni.

