

# DE LA PATOLOGIZACIÓN A LA POLITIZACIÓN DE LAS IDENTIDADES DE GÉNERO DIVERSAS. EL ROL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LOS TRÁNSITOS DE GÉNERO

CAROLINA HERRERA SMALL<sup>1</sup>,  
SIMÓN TORRES OROZCO<sup>2</sup>

## Resumen

El objetivo de este artículo es presentar las diferencias epistemológicas entre el modelo patologizante y el modelo basado en el consentimiento informado en la atención en salud a personas trans. Se revisó la comprensión de la identidad de género, así como los efectos de la estigmatización y la patologización histórica de las personas con identidades de género diversas en las culturas occidentales. Desde estas comprensiones se argumenta a favor de un modelo basado en el consentimiento informado en la atención en salud a

- 1 Psicóloga clínica de LIBERARTE ([www.liberarte.co](http://www.liberarte.co)), psicoterapeuta, investigadora y docente. LIBERARTE es una organización de atención psicológica que presta los servicios de psicoterapia individual, de pareja, familiar y grupal a personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas. El equipo terapéutico de LIBERARTE es miembro de la WPATH (World Professional Association for Transgender Health) y desde 2008 desarrolla procesos psicoterapéuticos con personas trans, sus parejas y familias. Correo electrónico: [info@liberarte.co](mailto:info@liberarte.co)
- 2 Psicólogo clínico de LIBERARTE ([www.liberarte.co](http://www.liberarte.co)), psicoterapeuta, investigador y docente. Además, Simón es el investigador principal en las "Recomendaciones para la garantía del derecho a la salud de las personas trans\*: un primer paso hacia la construcción de lineamientos diferenciales para la atención humanizada de personas trans\* en Colombia", proyecto del Ministerio del Interior, el Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social -PAIIS- de la Universidad de los Andes con el apoyo del Center of expertise on gender dysphoria de la VU University Medical Center Amsterdam. Correo electrónico: [info@liberarte.co](mailto:info@liberarte.co)

personas trans para garantizar el respeto a su autonomía y lograr una redefinición del rol de los profesionales de la salud y de la relación médico-paciente en la atención en salud a personas trans.

**Palabras clave:** Identidad de género, transexualidad, disforia de género, consentimiento informado, atención sanitaria.

## Abstract

The purpose of this article is to present the epistemological differences between the pathologizing model and the model based on the informed consent for transgender health care. The concept of gender identity was reviewed, as well as the effects of the historic stigmatization and pathologization towards transgender people in western cultures. Based on those insights, we argue for a model based on the informed consent for transgender health care, in order to respect each person's autonomy and to redefine the health care practitioner's role and the professional relationship with transgender consultants.

**Key words:** Gender identity, transsexuality, gender dysphoria, informed consent, health care.

## Introducción

La identidad de género comprendida como la construcción subjetiva que lleva a cabo cada persona en la interacción con otros y consigo mismo/a sobre su identificación como hombre, mujer, género neutro, género fluido, sin género, trans, entre muchas otras, atraviesa la experiencia humana. Las personas trans<sup>3</sup> no se identifican con el sexo/género asignado al nacer y transitan por el género de forma más fluida para encontrar un lugar legítimo en el mundo.

Por mucho tiempo las diversas identidades de género han sido patologizadas y los cuerpos de las personas trans intervenidos

médicamente para asimilarlos al cuerpo ideal masculino o femenino (Drescher, 2014; Drescher, Cohen-Kettenis, & Winter, 2012). Sin embargo, esta comprensión resulta patologizante, ya que viene acompañada de una relación jerárquica, muchas veces violenta y profundamente paradójica entre los/as profesionales de la salud y las personas trans. Por tanto, resulta importante revisar esta relación a la luz de la evidencia científica actual, en la que las identidades de género diversas ya no se entienden como una enfermedad, ni como un trastorno psiquiátrico, sino como variaciones humanas legítimas (Levin, 2017).

<sup>3</sup> Se utilizará el término trans para hacer referencia a las variadas experiencias de personas que construyen una identidad de género diversa.

## **Modelo patologizante de intervención médica sobre los cuerpos de las personas trans**

La estigmatización y la patologización histórica de las personas con identidades de género diversas en las culturas occidentales ha implicado una constante tensión entre los/as profesionales de la salud y aquellas personas trans que requieren acompañamiento médico, bien sea por asuntos relacionados con el tránsito o por otros motivos de su salud general.

Estas tensiones surgen en gran medida del proceso de medicalización de la sociedad como estrategia biopolítica, a través de la cual se utiliza el conocimiento científico como un dispositivo de poder que controla los cuerpos, las vidas y las realidades de aquellos/as que no se ajustan a la norma (Lindemann, 2016). Esta medicalización de las necesidades individuales y colectivas extiende la aplicación de la medicina a asuntos que surgen en el mundo social y pide al sistema médico responder por dilemas que emergen a partir del funcionamiento inadecuado de otros sistemas educativo, económico, social, cultural, entre otros, que continúan inalterados a partir de la intervención médica sobre los síntomas que generan malestar (Giordano, 2014; Hernández-Córdoba, 2013).

Esta estrategia biopolítica permea las estructuras de poder, instituciones y prácticas sociales, legitimando un rol paternalista y de vigilancia de los/as profesionales de

la salud sobre los/as pacientes, a quienes muchas veces se les concibe como seres ignorantes, enfermos o desviados que requieren ser salvados, educados o guiados, desconociendo que la salud es una emergencia en un conjunto complejo de dimensiones en interacción, y que los seres humanos cuentan con una autonomía ecosistémica que les permite tomar decisiones informadas sobre cómo afrontar los dilemas propios de la vida (Puckett, Cleary, Rossman, Mustanski, & Newcomb, 2017).

Es importante resaltar que este modelo patologizante recrea el rol de los/as profesionales de la salud como guardianes del género (Reed, Drescher, Krueger, Atalla, Cochran, First & Saxena, 2016) y fiscales del sufrimiento, limitando así su maniobra terapéutica y dejándoles en una trampa ética voraz, ya que la función principal de los prestadores de salud no puede ser, bajo ninguna lógica, decidir sobre la identidad o limitar la autonomía de quienes les consultan. Por el contrario, tal como lo dicta la Asociación Médica Mundial (WMA, por sus iniciales en inglés) en la Declaración de Ginebra (Asociación Médica Mundial, 2017), es un imperativo ético respetar la autonomía y la dignidad del/de la paciente, así como también velar porque las consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social, entre otras, no se interpongan entre los deberes del médico y el/la paciente. De esta manera, la autonomía

y el respeto a la diversidad humana se constituyen en la piedra angular en la relación médico- paciente.

El efecto de adoptar este modelo patologizante, biologicista y binario de la experiencia subjetiva alrededor del género es que deja a las personas atrapadas en historias de malestares inexistentes que se recrean para “convencer a otros” de la existencia de dolores dignos de ser diagnosticados. A su vez, deja a las personas atrapadas en cuerpos inviables, recreando una y otra vez la trillada referencia dualista de “nació en el cuerpo equivocado”, anulando la existencia de los cuerpos y las experiencias de vida trans como posibles y legítimas. Finalmente, quebranta la Declaración de Ginebra, en la medida que no reconoce la autonomía, dignidad y diversidad humanas, al centrarse en reproducir adaptaciones de los estereotipos de género en las vidas y los cuerpos de los/as consultantes trans.

Así pues, para devolver a los/as profesionales de la salud su maniobra terapéutica, el rol importante que tienen en el proceso y garantizar una atención en salud para las personas trans que sea digna y respetuosa de su autonomía, propongo transitar del modelo patologizante al modelo basado en el consentimiento informado.

### **Modelo basado en el consentimiento informado**

Desde una cosmovisión epistemológica en la que el ser humano se comprende

como un “sujeto ecodependiente, con conciencia, autodeterminación y responsabilidad, cuya autonomía relativa puede verse limitada por dificultades de orden físico, psicológico, social, económico, geopolítico, cultural, histórico, entre otras” (Hernández-Córdoba, 2013, p. 4); y la salud se asume como un proceso en el que participan diversos actores y por supuesto la persona misma, el modelo basado en el consentimiento informado para la atención médica de las personas trans resulta no solo viable, sino que cumple con el imperativo ético de beneficencia, reducción del daño y continuidad del acompañamiento centrado en el paciente (Dietz & Halem, 2016).

Este modelo que hoy en día es la base legal y ética para la mayoría de las decisiones en la atención médica general, implica que el profesional de la salud comunique a la persona los beneficios y los riesgos potenciales del plan de atención propuesto, así como las alternativas de tratamiento. Partiendo del respeto a la autonomía de cada persona trans y de su capacidad de comprender y valorar estas opciones de acuerdo con sus convicciones y metas personales, el profesional debe facilitar la toma de decisiones por parte de la persona sobre el curso de la atención médica y sobre las implicaciones para su vida (Romero & Reingold, 2013).

Es así como ya no sería necesario un diagnóstico patologizante ni una valoración de salud mental para acceder a los distintos tratamientos médicos que una

**Tabla 1. Diferencias epistemológicas entre el modelo patologizante y el modelo basado en el consentimiento informado.**

	<b>Modelo patologizante</b>	<b>Modelo basado en el consentimiento informado</b>
<b>Comprensión de las identidades de género diversas</b>	Trastorno, enfermedad o desviación que debe ser diagnosticada y tratada para ser curada	Variaciones humanas que emergen y se desenvuelvan en la interacción con múltiples contextos y dimensiones de la vida.
<b>Concepción de las personas trans</b>	Personas que nacieron con un problema en su identidad de género (determinismo biológico) o que por circunstancias traumáticas de su infancia tienen una identidad de género diferente. Requieren intervención médica para adaptar sus cuerpos a su identidad y así aliviar su "disforia".	Personas que exploran y construyen su género de forma diversa y que se enfrentan a estructuras sociales binarias y patologizantes, frente a las cuales cuentan con capacidades y vulnerabilidades cambiantes para afrontarlas. Cuentan con experiencias de vida, necesidades y recursos muy variados.
<b>Rol de los/as profesionales de la salud</b>	Diagnosticar y tratar el "trastorno de la identidad de género" o la "disforia de género" a través de transformaciones corporales que ayuden a la persona adaptarse socialmente y a aliviar su malestar.	Pueden hacer parte de la estrategia multidisciplinaria y compleja que la persona emplea para explorar su género y/o desarrollar su tránsito. Informar a la persona de las diferentes opciones que la medicina ofrece para transformar el cuerpo, reconociendo que el proceso vital implicado en la construcción identitaria es mucho más amplio y que en el malestar (que puede o no presentarse) se conjugan múltiples factores de orden subjetivo, interaccional y social que la medicina no puede resolver por completo. Facilitar la toma de decisiones por parte de la persona en cuanto al plan de atención médica.
<b>Participación de la persona trans en el proceso</b>	Pasiva: el profesional dirige el proceso diagnóstico y terapéutico, usualmente desde el modelo triádico (diagnóstico psiquiátrico, hormonación y cirugías).	Activa: la persona trans dirige la construcción de su identidad de género y diseña con el apoyo de los/as profesionales y otras personas significativas una estrategia que le ayude a alcanzar sus objetivos.
<b>Relación médico-paciente</b>	Jerárquica. El profesional es el experto que indica a la persona lo que le ocurre y la manera de curar su malestar.	Heterárquica: los profesionales y las personas trans complementan sus experticias. Los profesionales como expertos en crear condiciones de cambio para que las personas realicen sus proyectos en el ejercicio de su autonomía, y las personas trans como expertas en la manera en que conducen sus vidas y en la que quieren reorganizarlas.

persona trans puede elegir como parte de su tránsito de género, sino que se trabajaría para crear un contexto de ayuda que incluya diversos actores sociales y en el que los médicos participarían, si la persona lo decide así, proponiendo las posibles intervenciones que el saber médico ofrece actualmente y facilitando la toma de decisiones sobre las mismas por parte de la persona trans (Cavanaugh, Hopwood, & Lambert, 2016).

Desde este modelo, el rol de los/as profesionales de la salud deja de ser patologizante y pasa a ser una alternativa voluntaria que las personas trans como cualquier otro ser humano pueden tomar para acompañar su tránsito de género u otros procesos vitales en los que requieran ayuda. Por tanto, la propuesta de un modelo fundamentado en el consentimiento informado crea una relación heterárquica entre los/as profesionales de la salud y las personas trans que les consultan, en la que complementan sus experticias: los/as profesionales como expertos en crear condiciones de cambio para que las personas realicen sus proyectos en el ejercicio de su autonomía, y las personas trans como expertas en la manera en que conducen sus vidas y en que quieren reorganizarlas (Hernández-Córdoba, Estupiñán & Serna, 2017).

Para poder implementar un modelo basado en el consentimiento informado, los/as profesionales de la salud necesitan no solo redefinir su rol y la relación médico-paciente en la atención a las personas trans, sino

actualizar los paradigmas y los referentes de acuerdo con la evidencia científica reciente. De esta manera, podrán promover el bienestar integral de las personas trans que les consultan y facilitar la toma de decisiones en cuanto a las transformaciones corporales médicamente disponibles de manera ética y responsable.

## Referencias

- Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B. & Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry*. 15 (3).
- Dresher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*. 24(6).
- Puckett, J. A., Cleary, P., Rossman, K., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (). Barriers to Gender-Affirming Care for Transgender and Gender Nonconforming Individuals. *Sexuality Research and Social Policy*. pp.1-12.
- Asociación Médica Mundial. (2017). *Declaración de Ginebra*. Recuperado de <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-ginebra/>
- Lindemann, J. (2016). Understanding Transgender and Medically Assisted Gender Transition: Feminism as a Critical Resource. *AMA Journal of Ethics*. 18(11), pp.32-1138.
- Hernández-Córdoba, Á. (2013). *Por un modelo humano y concertado para implementar la ley 1616 de salud mental*. Bogotá: Universidad Santo Tomás.

- Romero, K., & Reingold, R. (2013). Advancing adolescent capacity to consent to transgender-related health care in Colombia and the USA. *Reproductive Health Matters*. 21(41), pp.186-195.
- Hernández-Córdoba, Á., Estupiñan, J., & Serna, A. (2017). *Transformación de la subjetividad en la psicoterapia sistémica* (1 ed.). (USTA, Ed.) Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Drescher, J. (2014). Gender Identity Diagnoses: History and Controversies. En B. Kreukels, T. Steensma, A. de Vries, B. Kreukels, T. Steensma, & A. de Vries (Edits.), *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development Progress in Care and Knowledge*. XXXII, 357. New York: Springer.
- Levin, S. (2017). Ethical Concerns About Emerging Treatment Paradigms for Gender Dysphoria. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 16(1).
- Giordano, S. (2014). Medical Treatment for Children with Gender Dysphoria: Conceptual and Ethical Issues. En B. Kreukels, T. Steensma, A. de Vries, B. Kreukels, T. Steensma, & A. de Vries (Edits.), *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development Progress in Care and Knowledge* (págs. XXXII, 357). New York: Springer.
- Dietz, E., & Halem, J. (2016). How Should Physicians Refer When Referral Options Are Limited for Transgender Patients? *AMA Journal of Ethics*. 18(11), pp.1070-1078.
- Cavanaugh, T., Hopwood, R., & Lambert, C. (2016). Informed Consent in the Medical Care of Transgender and Gender-Nonconforming Patients. *AMA Journal of Ethics*. 18(11), pp.1147-1155.