

# *El rol de la atención en salud mental en el acceso a la salud de la población trans: judicialización, gestión de riesgos y atención integral (Área Metropolitana de Buenos Aires, 1997-2017)*

POR ANAHÍ FARJI NEER<sup>1</sup>

## Resumen

Este artículo aborda los sentidos que profesionales de la salud del Área Metropolitana de Buenos Aires involucrados/as en los tratamientos médicos de construcción corporal solicitados por la población trans otorgaron a la psiquiatría y a la psicología entre 1997 y 2017. Se analiza un corpus constituido por entrevistas a psicólogos/as, psiquiatras, cirujanos/as y endocrinólogos/as, observaciones en exposiciones públicas y artículos publicados en revistas de medicina. Se afirma que los/as primeros/as profesionales en brindar tratamientos de construcción corporal a la población trans de modo legal otorgaron a la psiquiatría un rol de autoridad para la evaluación diagnóstica, en consonancia con los manuales diagnósticos y requisitos judiciales vigentes en dicho momento. Tras la institucionalización de la judicialización del acceso a los tratamientos, la evaluación realizada por psicólogos/as y psiquiatras en el marco de equipos interdisciplinarios formó parte de una estrategia de gestión de riesgos de los tratamientos hormonales y quirúrgicos en el plano de la salud mental. Con la entrada en vigencia de la Ley de Identidad de Género, el principal desafío que atraviesa la atención en salud mental es el de constituirse como herramienta de acompañamiento de carácter electivo en el marco del paradigma de atención integral de la salud.

**Palabras clave:** Salud mental; Despatologización; Ley de Identidad de Género; Salud Transgénero; Salud Integral

**Abstract. “The role of mental health attention within transgender population healthcare: judicialization, risk management and integral healthcare (Metropolitan Area of Buenos Aires, 1997-2017)”**

This article addresses the senses that health professionals involved in transgender bodily construction medical treatments in the Metropolitan Area of Buenos Aires

---

<sup>1</sup> Instituto de Investigaciones Gino Germani (FSOC-UBA). Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Contacto: anahifarji@hotmail.com.

between 1997 and 2017 gave to mental health attention, particularly to psychiatry and psychology. The analysis is based on a corpus of in-depth interviews with psychologists, psychiatrists, surgeons and endocrinologists, nonparticipant observations in public presentations and articles published in medical journals. The article affirms that the first professionals who legally developed transgender body construction treatments relied on psychiatrists for the assignation of psychiatric diagnoses, according to diagnostic manuals and judicial requirements. After judicial access to medical treatments was institutionalized, the interview with psychiatrists and psychologists was required for the minimization of negative effects of medical treatments. After the enactment of the Gender Identity Law in 2012, the main challenge of mental health consultation is to become an elective accompaniment resource within the framework of depathologization and integral health care. **Key words:** Psychotherapy; Depathologization; Gender identity Law; Transgender Health; Integral Health Care.

## Introducción<sup>2</sup>

La patologización de las experiencias trans en el ámbito sanitario constituye una forma de violencia institucional que vulnera el derecho a la salud de la población trans. Así lo establecen los *Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género*<sup>3</sup>. Los *Principios*, elaborados en 2006, establecen estándares de trato digno a ser cumplidos por parte de los Estados y las Naciones Unidas. Los artículos 17 y 18 titulados “Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” y “Protección contra abusos médicos” afirman la importancia de que los Estados lleven adelante acciones que garanticen el acceso de la población trans al sistema de salud. También establecen que “la orientación sexual y la identidad de género de una persona no son, en sí mismas, condiciones médicas y no deberán ser tratadas, curadas o suprimidas”.

En Argentina, la Ley 26.657 de Salud Mental aprobada en 2010 afirma que en ningún caso pueden hacerse diagnósticos en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de la elección o identidad sexual. Por su parte, la Ley 26.743 de Identidad de Género sancionada en 2012 eliminó los requisitos judiciales -que incluían pericias psiquiátricas de evaluación diagnóstica- para acceder a los cambios registrales de sexo y nombre, así como a los tratamientos médicos para adecuar la corporalidad a la identidad de género.

Las lógicas discriminatorias y estigmatizantes hacia la población trans que aún rigen en las instituciones que tienen por objeto garantizar el cumplimiento de los

---

2 Una versión preliminar del presente texto fue publicada en Braz, Camilo y Henning, Carlos Eduardo (Orgs.) *Género, sexualidad e saúde: diálogos latino-americanos*. Goiânia: Editora da UFG, 2017.

3 Los *Principios de Yogyakarta* son considerados parte del *soft law* del derecho internacional en materia de derechos humanos ya que no poseen carácter vinculante para los Estados. Sin embargo, permiten la firma de acuerdos y consensos internacionales a fin de que su contenido sea cumplido en cada uno de los países (Maffía y Berkins, 2014).

derechos sociales fundamentales se basan, muchas veces, en concepciones patologizantes. La patologización de la población trans se vincula de forma ineludible con el cissexismo, esto es, con un modo estructural de distribución de privilegios y vulnerabilidades basado en “la creencia, muchas veces no explícita y hasta inconsciente, de que las personas que no son trans, las personas cis, son más importantes, más auténticas que las personas trans y, por lo tanto, sus problemas son más urgentes” (Radi, 2014).

La Campaña internacional por la despatologización trans “Stop Trans Pathologization 2012 – STP 2012”, lanzada en la Ciudad de Barcelona en 2007, visibilizó que los dispositivos por los cuales históricamente se entendió a las experiencias identitarias y deseos corporales que se distancian del binarismo genérico como patologías constituyen violentos mecanismos que violan los derechos humanos de la población trans (Cabral, 2007, Coll Planas, 2010, Pérez Fernández-Figares, 2011, Suess, 2011).

En Argentina, al menos desde la década del 2000 y con mayor énfasis tras la aprobación de la Ley de Identidad de Género en 2012, un sector de profesionales de la salud mental elabora reflexiones críticas sobre las prácticas clínicas y académicas llevadas a cabo desde el campo de la salud mental en torno a la población trans (Di Segni, 2006, 2013; Fernández y Siqueira Peres, 2013; Giberti, 2003; Helien y Piotto, 2012; Maruzza, 2018; Paván, 2017). Sin embargo, como afirma Débora Tajer (2018) existe aún una marcada tendencia entre los/as profesionales de la salud a considerar los deseos y expresiones de género que se distancian de la matriz binaria de género como fenómenos que lindan con lo psicopatológico.

Atendiendo a este proceso, en el presente trabajo analizo los sentidos que profesionales de la salud involucrados/as en los tratamientos médicos de construcción corporal solicitados por la población trans otorgaron a la consulta con psiquiatras y psicólogos/as<sup>4</sup>. La hipótesis que guía el trabajo es que el rol de la consulta y atención en salud mental en el marco de los tratamientos médicos de construcción corporal solicitados por la población trans constituye un objeto en disputa cuya definición excede de forma relativa a los/as profesionales de salud mental. En la definición de su rol intervienen otras prácticas clínicas, como la endocrinología y la cirugía, así como los marcos legales, los manuales diagnósticos y guías de atención de la salud en transformación, y las demandas y reivindicaciones activistas elaboradas a nivel local y global. Abordo el período comprendido entre fines de la década de 1990 cuando en Argentina se realizaron las primeras cirugías genitales a pedido de la población trans de modo legal, hasta 2017 en que se encuentra formalmente vigente la Ley 26.743 de Identidad de Género. En su artículo 11º, la Ley de Identidad de Género establece que todas las personas mayores de dieciocho años pueden acceder a “intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a

---

4 La Ley 26.657 de Salud Mental incluye dentro de la atención en salud mental a las áreas de “psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes”. Este trabajo referirá exclusivamente al rol de psiquiatras y de psicólogos/as. Sin desconocer las diferencias de concepciones y abordajes entre la psiquiatría y la psicología, el presente artículo solamente se explayará acerca de sus diferencias en relación con los tratamientos hormonales y quirúrgicos solicitados por la población trans.

su identidad de género autopercibida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa”. Tanto para acceder a intervenciones quirúrgicas como a tratamientos hormonales o de otra índole, la Ley establece como requisito únicamente el consentimiento informado de la persona. Para que menores de edad accedan a intervenciones quirúrgicas sí es requisito que cuenten con una autorización judicial.

Para el análisis propuesto analizo un corpus de entrevistas en profundidad a profesionales de la salud de las especialidades de salud mental (psicólogos/as y psiquiatras), cirugía y endocrinología que en el período abordado desarrollaban su trabajo en el Área Metropolitana de Buenos Aires. El corpus se compone, a su vez, del registro de observaciones en charlas abiertas y jornadas profesionales, así como de artículos publicados en revistas académicas de medicina. En el marco de mi investigación doctoral (Farji Neer, 2016a), entre 2014 y 2015 entrevisté profesionales de la salud abocados/as a la realización de tratamientos médicos de construcción corporal solicitados por la población trans en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de cuarenta y cinco minutos, fueron grabadas con previo consentimiento oral y a lo largo del artículo mantengo el anonimato de las identidades de los/as entrevistados/as. A su vez, realicé un relevamiento de artículos en revistas académicas de medicina argentinas publicados entre 1971 y 2011. Realicé la búsqueda en la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Por último, entre 2014 y 2017 observé y registré exposiciones públicas en jornadas profesionales y eventos abiertos al público llevados a cabo por profesionales de la salud integrantes de equipos interdisciplinarios especializados en los tratamientos de construcción corporal solicitados por la población trans.

En el primer apartado del trabajo expongo el surgimiento y desarrollo de la categoría clínica del “Transexualismo” en la década de 1960. Repongo las discusiones entre distintas perspectivas clínicas en torno a su caracterización y terapéutica indicada. Luego, describo las críticas a los diagnósticos y protocolos de atención elaboradas por referentes de la teoría transgénero y del activismo por la despatologización trans. En un tercer apartado desarrollo que los/as primeros/as profesionales de la salud en realizar los tratamientos médicos de construcción corporal solicitados por la población trans de modo legal en Argentina otorgaron a la psiquiatría un rol de autoridad para la evaluación diagnóstica, en consonancia con los manuales diagnósticos y guías de atención vigentes en dicho momento, así como con los requisitos instituidos por el campo judicial local antes de la aprobación de la Ley de Identidad de Género. En un cuarto apartado afirmo que tras la institucionalización de la judicialización de los tratamientos médicos de construcción corporal solicitados por la población trans, la entrevista con psicólogos/as y psiquiatras comenzó a ser utilizada por los/as profesionales de las especialidades de cirugía y endocrinología con carácter obligatorio para gestionar el riesgo de una *mala evolución* de los tratamientos brindados en el plano de la salud mental. Finalmente, expongo que una vez sancionada la Ley de Identidad de Género resurgen discusiones entre distintas disciplinas y enfoques de atención en salud mental. Estas discusiones rebasan los ámbitos profesionales y toman carácter público. En el apartado de reflexiones finales afirmo que el principal desafío que atraviesa la atención en

salud mental en el marco de la vigencia de la Ley de Identidad de Género, es el de constituirse como una herramienta de acompañamiento de carácter electivo que garantice el respeto de los derechos de los y las pacientes a la luz del paradigma de la atención integral de la salud.

### Las definiciones de la transexualidad

A fines de la década de 1960, Harry Benjamin, endocrinólogo alemán radicado en los Estados Unidos, desarrolló las bases teóricas para el diagnóstico y tratamiento clínico del “Transexualismo”. Las ideas de Benjamin se basaron en las teorías conductistas sobre el género que el psicólogo neozelandés John Money había desarrollado a partir de sus intervenciones realizadas en la década de 1950 sobre niños y niñas nacidos con una genitalidad leída como ambigua o no clasificable bajo los patrones de un modelo sexual binario (Fausto-Sterling, 2006; Kessler, 1990). Para Money, el sexo psicológico o género constituía una dimensión maleable hasta los dieciocho meses de vida. Una vez pasado ese momento, el género cristalizaría y sería tan inmutable como la propia biología. Los protocolos ideados por Money consistían en determinar y asignar el sexo correcto. Ello requería, en principio, develar el “sexo verdadero” mediante estudios genéticos y hormonales, para luego intervenir los cuerpos a fin de hacerlos funcionales al coito heterosexual penetrativo. Estas teorías se basaban en una idea de sexo pluridimensional (cromosómico, gonadal, hormonal y psicológico). Distintos desarrollos hicieron lo propio con “el fenómeno transexual” (Benjamin, 1966).

Siguiendo a la antropóloga Alejandra Dellacasa (2017), con anterioridad a la década de 1980 dos de los principales debates que dividieron al campo biomédico y al *campo psi* en torno a lo que hoy llamamos experiencias trans giraron en torno a su definición etiológica y a la evaluación de las intervenciones quirúrgicas genitales como opciones terapéuticas. Dichos debates expresaban una disputa de poder entre ambos campos de saber y práctica profesional (Dellacasa, 2017).

La socióloga brasilera Berenice Bento (2004) identificó dos tipos de definición de la transexualidad: la stolleriana y la benjaminiana. La primera de las corrientes se apoyó en la teoría psicoanalítica freudiana, mientras que la segunda se basó en las posibilidades de intervención y transformación de la corporalidad ofrecida por las técnicas quirúrgicas y el conocimiento endócrino. Siguiendo a Bento (2004), Robert Stoller consideraba que se trataba de casos patológicos cuyo origen se encontraba en la infancia y obedecían a una insuficiente o inexistente figura paterna que lograra encauzar el rol materno. Para Stoller, podrían curarse mediante una terapia psicoanalítica. Solo en los casos en los que el cuadro llegara a un estadio avanzado e irreversible, la cirugía podía ser indicada como terapéutica aceptada. Como afirma Dellacasa (2017), quienes continuaron la línea de Stoller, y posteriormente un sector del psicoanálisis lacaniano, consideraban que la cirugía u otras terapias corporales no constituían tratamientos adecuados en ninguna circunstancia. Estos/as profesionales sostenían que “aquellos pacientes que concurrían al consultorio solicitando una castración de sus miembros sanos, eran ‘psicóticos extremos’, o ‘víctimas de psicosis esquizofrénica paranoica’” (Dellacasa, 2017: 22).

Desde la perspectiva de Harry Benjamin (1966), por el contrario, la terapéutica indicada frente a los casos de “transexualismo verdadero” consistía en corregir las características somáticas asociadas a la sexualidad y, de este modo, *ajustar* el cuerpo a la identidad mediante terapias hormonales e intervenciones quirúrgicas. Su perspectiva sostenía que el proceso de diagnóstico debía descartar la esquizofrenia y la psicosis. Posteriormente, debía corroborar tres fenómenos: el sentimiento de pertenecer al otro género, el uso temprano y persistente de vestimentas del género opuesto al asignado al nacer sin un sentido erótico y el desprecio hacia el *comportamiento sexual homosexual*. A fin de constituirse como candidatas aptas para el ingreso al tratamiento, las personas que los solicitaban se veían obligadas a adaptarse en términos gestuales y corporales a los estereotipos de la femineidad y la masculinidad, exponer un relato biográfico coherente y lineal e inducir sentimientos de compasión en los/as profesionales de la salud (Bento, 2006).

En 1979, la *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBI-GDA) editó por primera vez los *Standards of Care for Gender Identity Disorders* (en adelante SOC). En dicha publicación se plasmó un método estandarizado para el diagnóstico y tratamiento del “Transexualismo”. Hasta su 7<sup>o</sup> versión de 2011, los SOC establecían que una vez culminado el proceso de evaluación diagnóstica, el tratamiento se componía de tres etapas progresivas e inseparables: una etapa de psicoterapia (que posteriormente incluyó el “test de la vida real”<sup>5</sup>), una etapa de tratamiento hormonal y, por último, la intervención quirúrgica genital. La inclusión del diagnóstico de “Transexualismo” en la 9<sup>o</sup> edición de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) de la Organización Mundial de la Salud en 1975 y en el DSM III (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la Asociación Americana de Psiquiatría en 1980<sup>6</sup> representó la culminación del proceso de estandarización diagnóstica y terapéutica bajo el modelo propuesto por Harry Benjamin (Dellacasa, 2017). A su vez, colocó en un lugar central a la psiquiatría en el proceso de evaluación diagnóstica. Las críticas y resistencias por parte de las personas trans no se hicieron esperar.

---

5 “Real-life experience” o “Test de la vida real” refiere a la adopción plena del rol de género en la vida cotidiana de modo sostenido por un período de tiempo determinado.

6 En 1975, la Organización Mundial de la Salud publicó la 9<sup>o</sup> edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Allí incluyó el “Transexualismo” y el “Trastorno de la identidad psicosexual (en preadolescentes)” al interior de las “Desviaciones y trastornos sexuales” (OMS, 1975, en Di Segni, 2013). Por su parte, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) III de la *American Psychiatric Association* publicado en 1980 creó una nueva categoría: “Trastornos de la identidad de género”. Allí incorporó las categorías de “Transexualismo” y “Trastorno de la identidad de Género en la infancia” (APA, 1980, en Di Segni, 2013). En 1994, la APA publicó el DSM IV. En dicha edición, al interior de “Trastornos de la identidad de género” incluyó “Trastorno de la identidad de género en la infancia”, “Trastorno de la identidad de género en la adolescencia o adultez”, “Tipo no transexual” y “Transexualismo” (APA, 1994, en Di Segni, 2013). En 1995 la OMS publicó la CIE 10, retomando gran parte de las definiciones del DSM IV (OMS, 1995, en Di Segni, 2013). Allí, el “Transexualismo”, conjuntamente con el “Trastorno de la identidad de género en la infancia”, fueron ubicados dentro de “Trastornos de la identidad de género” en el capítulo dedicado a los “Trastornos mentales y de comportamiento”.

### Las críticas a los diagnósticos y prácticas patologizantes.

En 1991, la teórica y activista estadounidense Sandy Stone escribió “The ‘Empire’ Strikes Back: A Posttranssexual Manifesto”, donde afirmó: “Como un cuento que la cultura se narra a sí misma, el cuerpo transexual es una táctica política de reproducción constituida a través de violencia textual. La clínica es una tecnología de inscripción” (Stone, 2017: 55). En su manifiesto, Stone denunciaba las diversas formas de colonización discursiva que las disciplinas clínicas realizaban sobre las experiencias trans al imponerles rígidas y estereotipadas coordinadas para narrar su propia historia. El trabajo de Stone fue pionero de los *Transgender Studies* (Fernández Romero, 2017), así como de una serie de producciones teóricas, performances y acciones reivindicativas elaboradas desde mediados de la década de 1990 por activistas y organizaciones que estudian y denuncian los mecanismos discriminatorios y estigmatizantes inherentes a los diagnósticos y protocolos impuestos para que la población trans acceda tanto a documentos identificatorios que reflejen su identidad como a tratamientos médicos de construcción corporal.

Los *Transgender Studies* sentaron las bases teóricas del activismo por la despatologización trans. La campaña Stop Trans Pathologization 2012 (STP 2012) lanzada en 2007 en la Ciudad de Barcelona, estuvo fuertemente influenciada por la emergencia a nivel mundial de un movimiento de crítica al sistema médico hegemónico y por el afianzamiento y expansión de los Derechos Humanos a nivel internacional. Buscaba generar una dinámica social similar a la que en la década de 1970 logró la eliminación la categoría de la homosexualidad del DSM y la CIE. La campaña rechazaba la patologización en dos niveles. En principio, frente a los protocolos coercitivos del campo médico que determinaban un único modelo de transformación corporal, y luego, frente a los Estados que imponían el requisito de la evaluación diagnóstica para modificar el nombre y sexo legal en los registros identificatorios. Demandaba dejar de entender como enfermedades, patologías o trastornos a las vivencias del género y la corporalidad que se distancian del binarismo de género. Reclamaba la modificación o eliminación de las categorías de “Transexualismo” y “Trastorno de la Identidad de Género” de los manuales diagnósticos de circulación mundial (Almeida y Murta, 2013; Butler, 2006; Suess, 2011; Farji Neer, 2016a).

Gracias a las iniciativas activistas, la 7ª versión de los SOC editados en 2011 por la *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) realizó modificaciones a sus categorías y definiciones. En esta versión se consideró que la “Variabilidad de género” o “No conformidad de género” y la “Disforia de género” no constituyen fenómenos necesariamente vinculados. Por “No conformidad de género” o “Variabilidad de género” se refirió a aquellas formas de identificación o expresión de género que difieren de las normas culturales establecidas. “Disforia de género” fue el término utilizado para referir a la “incomodidad o malestar causado por la discrepancia entre la identidad de género y el sexo asignado a la persona al nacer (y el papel de género asociado y/o las características sexuales primarias y secundarias)” (WPATH, 2012: 5). En el capítulo dedicado a la atención en salud mental, el documento establecía que, aunque recomendable, la psicoterapia no constituía un requisito obligatorio para acceder a terapias hormonales y cirugías. A

su vez sostenía que “las personas trans y con variabilidad de género podrían buscar apoyo de un o una profesional de salud mental por múltiples razones” (WPATH, 2012:24). Afirmaba la necesidad de que dichos/as profesionales contaran con una competencia y formación específica en los procesos de “variabilidad de género”.

7. Haciéndose eco de estos cambios, en 2013 el DSM 5 incorporó un apartado sobre “Disforia de género” separándolo del de capítulo sobre “Disfunciones sexuales y parafilias”<sup>7</sup>. Por su parte, en junio de 2018 la Organización Mundial de la Salud dio a conocer algunas modificaciones a la 11<sup>o</sup> edición de la CIE. Anunció la eliminación de las categorías relacionadas con las experiencias trans del Capítulo de “Trastornos mentales y del comportamiento” y la incorporación de las categorías de “Incongruencia de género en la adolescencia y adultez” e “Incongruencia de género en la infancia” en un nuevo capítulo sobre salud sexual<sup>8</sup>.

En sintonía con las acciones activistas y las modificaciones a los manuales diagnósticos y guías de atención, la aprobación de la Ley 26.743 de Identidad de Género en 2012 promovió que en Argentina las discusiones en torno al rol de la atención en salud mental en el acceso a la salud de la población trans diera un nuevo giro.

A continuación, propongo tres momentos en los que el rol de la atención en salud mental se vio reconfigurado en el marco de los tratamientos médicos de construcción corporal solicitados por la población trans. Un primer momento refiere al inicio de la realización de los tratamientos de modo legal en Argentina, momento en el que el campo judicial requería de pericias psiquiátricas que evaluaran y diagnosticaran en base a las versiones entonces vigentes del DSM y la CIE. Un segundo momento refiere a la acumulación de conocimiento y experiencia por parte de profesionales de distintas especialidades y la mutación en el rol de los/as profesionales de la salud mental, que pasaron a gestionar el riesgo de *mala evolución* de los tratamientos hormonales y quirúrgicos en el plano de la salud mental. Un tercer y último momento se presenta con la aprobación de la Ley 26.743 de Identidad de Género que legaliza el acceso a los tratamientos médicos de construcción corporal y dispone su cobertura por parte de los tres subsistemas de salud sin requerir evaluación diagnóstica ni autorización judicial o administrativa.

### **Momento 1. Del fracaso a la autoridad legal**

En Argentina, hasta la sanción de la Ley 26.743 de Identidad de Género, las personas que deseaban acceder a tratamientos médicos para construir una imagen corporal acorde a su identidad de género debían contar con una autorización judicial. Ello obedecía a lo dispuesto por la Ley Nacional de Ejercicio de la Medicina (Ley N° 17.132), que prohibía a profesionales de la salud “practicar intervenciones que provoquen la esterilización sin que exista indicación terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductivos” (Art. 20 inc. 18°). A su vez, el Código Penal, en su artículo 91°

7 <http://www.dsm5.org/Documents/Gender%20Dysphoria%20Fact%20Sheet.pdf>

8 <https://ilga.org/es/CIE-11-ser-trans-ya-no-es-un-trastorno-mental>



imponía penas de tres a diez años de prisión “si la lesión produjere una enfermedad mental o corporal, cierta o probablemente incurable, la inutilidad permanente para el trabajo, la pérdida de un sentido, de un órgano o de un miembro, del uso de un órgano o un miembro, de la palabra o de la capacidad de concebir”<sup>9</sup>. Con estas regulaciones el Estado marcó límites de acción a los/as profesionales de la salud en lo que atañe a la intervención quirúrgica de la genitalidad de las personas, inclusive si estas solicitaban dichas intervenciones expresamente.

En 1994, Argentina autorizó por primera vez por la vía judicial la realización de una cirugía genital en un caso de “pseudohermafroditismo femenino masculinizante”<sup>10</sup>. La intervención quirúrgica fue realizada en 1997 en un hospital público de la Provincia de Buenos Aires. A partir de ese fallo judicial, los pedidos de autorización para acceder a cirugías genitales por parte de personas trans comenzaron a tener respuesta positiva por parte de jueces y juezas, siempre que contaran con las pericias psiquiátricas que certificaran los diagnósticos de “Transexualismo” o “Trastorno de la Identidad de Género”, siguiendo lo establecido en el DSM y la CIE (Cabral, 2003, 2007; Farji Neer, 2018).

Desde 1997, el Hospital público anteriormente mencionado comenzó a realizar las intervenciones quirúrgicas genitales solicitadas por las personas trans en base a la emisión de fallos judiciales favorables a dichos pedidos. Los primeros cirujanos que incursionaron los tratamientos quirúrgicos se capacitaron en Chile. Guillermo Mac Millan Soto, cirujano chileno con quienes los profesionales locales se formaron en la técnica quirúrgica de la vaginoplastia, realiza dichas intervenciones desde 1976 en el país trasandino. En un artículo de su autoría titulado “Experiencia quirúrgica del transexualismo” (1998) el médico chileno expresaba su modo de entender el rol de la psiquiatría:

Desgraciadamente, la psiquiatría y la psicoterapia no han logrado solucionar el problema de estos enfermos. Ha sido imposible obtener un cambio psíquico en estos pacientes, por lo que en los últimos veinte años se ha aceptado que la mejor forma de rehabilitar a estos pacientes es intentando adaptar su anatomía a su sexo psicológico, incluyendo tratamientos hormonales, cirugía plástica de la cara, mamas y plastia de genitales (...) La función del psiquiatra es decisiva a fin de estudiar la idoneidad de los enfermos para su posible cirugía de reasignación sexual dirigiéndolos en todo su programa de rehabilitación (Mac Millan Soto, 1998).

Para el cirujano pionero en América Latina, el papel de la psiquiatría frente al “Transexualismo” o “Trastorno de la Identidad de Género” se forjó a partir de un fracaso: el de *curar la incongruencia entre cuerpo e identidad* ¿Cuál fue el rol asignado a la psiquiatría una vez corroborado su “fracaso” para promover el reingreso de las personas trans en el reino de la linealidad sexo-género? La perspectiva

---

<sup>9</sup> Correspondiente al Libro Segundo, De Los Delitos, Título I, Delitos Contra Las Personas, Capítulo II, Lesiones.

<sup>10</sup> Fallo de la Cámara 1º de Apelaciones en lo Civil y Comercial de San Nicolás del 11 de agosto de 1994.

plasmada en los protocolos y manuales fue adoptada y generalizada en las latitudes del sur. Desde dicha perspectiva, su rol era evaluar la historia de vida, gestualidad y performance corporal de quienes deseaban acceder a los tratamientos a fin de definir si se trataba de candidatos/as aptos/as para los tratamientos endocrinológicos y quirúrgicos (Bento, 2006). Las normativas vigentes en Argentina otorgaron a la psiquiatría un lugar de autoridad dentro de las tramas de veridicción legal exigidas por el campo judicial (Cabral, 2003, 2007; Litardo, 2010; Farji Neer, 2018).

En Argentina, el aval diagnóstico mediante las pericias psiquiátricas fue condición de posibilidad para acceder a los cambios registrales y también para la conformación de equipos profesionales dispuestos a realizar terapias de hormonización y tratamientos quirúrgicos. Hasta la aprobación de la Ley de Identidad de Género en 2012, psiquiatras intervinieron como peritos en el marco de las solicitudes de autorización judicial para acceder a los cambios de nombre y sexo en los documentos de identidad y a los tratamientos médicos de construcción corporal.

En un Hospital de la Ciudad de Buenos Aires, a partir de 2005 el aval de un psiquiatra permitió a cirujanos/as y endocrinólogos/as incursionar en las prácticas de atención solicitadas por las personas trans:

Los médicos antes de la Ley de Identidad de Género no prescribían tratamientos hormonales porque tenían miedo que se les hicieran juicios... operar ni qué hablar, sólo con una orden judicial, pero tampoco entendían muy bien de qué se trataba... un cirujano plástico tampoco iba a hacer una mastectomía si un juez no lo avalaba o yo, de alguna manera, firmaba que esa persona lo necesitaba (Jorge, psiquiatra, entrevista personal, 27/08/2014).

Con el correr del tiempo y la consolidación de saberes y equipos profesionales en el contexto local, el rol de la atención en salud mental fue reconfigurándose, incorporando el trabajo con otras disciplinas.

## **Momento 2. La salud mental y el riesgo de *mala evolución***

En 2011, la *Revista de la Sociedad argentina de endocrinología ginecológica y reproductiva* publicó el artículo titulado “Trastorno de identidad de género (TIG), un enfoque integral” (Pragier, 2011), escrito por un endocrinólogo. Esta publicación condensa el conocimiento acumulado y la perspectiva validada en el campo médico local en torno a los tratamientos médicos de construcción corporal solicitados por la población trans. El artículo exponía la “etiología”, “diagnóstico diferencial”, “tratamiento” “pronóstico y evaluación general” de “los trastornos de identidad de género”. El autor afirmaba que dichos “trastornos”

Requiere(n) de un adecuado diagnóstico y posterior tratamiento, que deberá ser multidisciplinario e incluir a profesionales de la salud mental, endocrinólogos, urólogos, ginecólogos y cirujanos con experiencia en la materia, para garantizar los mejores resultados (Pragier, 2011: 45).

Siguiendo al endocrinólogo, antes de iniciar el tratamiento se debía contar con “una adecuada valoración diagnóstica” por parte de un/a “profesional de la salud mental”, dejando de referir exclusivamente a la psiquiatría. Las tareas de dichos/as profesionales en el marco de los equipos interdisciplinarios incluían “evaluar la necesidad de psicoterapia a lo largo del tratamiento más allá de la intervención inicial diagnóstica” e identificar una posible “mala evolución” en el plano de la salud mental (Pragier, 2011: 47-53). Por ello afirmaba que “para el TH<sup>11</sup> se necesita una carta de autorización de un profesional de la salud mental, y para la CG<sup>12</sup>, preferentemente dos” (Pragier, 2011: 48). En un apartado sobre “pronóstico y evolución general”, el profesional afirmaba:

Luego de la readecuación sexual, el primer período suele ser de euforia y renacimiento. Luego podrán comenzar a aparecer las dificultades relacionadas con la nueva condición sexual. Hay un 80% de mejoría global y psiquiátrica tras la CG, con mejor pronóstico para FTM<sup>13</sup>. La CG suele reducir los síntomas neuróticos y la tasa de suicidios, y deriva en aumento del número de parejas estables (...) Los factores de riesgo globales para una mala evolución son: estatus psiquiátrico alterado de base, ser mayor de 30 años al momento de la cirugía, TH o CG insatisfactorios, mala inserción social y/o profesional y falta de apoyo del entorno (Pragier, 2011: 53).

El artículo refería al riesgo de suicidio tras las cirugías genitales como la forma más crítica de una *mala evolución*. Siguiendo al profesional, el trabajo interdisciplinario con profesionales de la salud mental ofrecía el resguardo clínico necesario para minimizar esas posibilidades.

El riesgo de suicidio volvía a colocar en un lugar de centralidad a la evaluación por parte de profesionales de salud mental y a promover su trabajo coordinado con el resto de las especialidades médicas. Dicha evaluación pasó de ocupar el rol de garantía de legalidad a ser solicitada por profesionales de distintas especialidades con el fin de controlar la incertidumbre respecto a las consecuencias de los tratamientos brindados.

Con la aprobación de la Ley de Identidad de Género se eliminó el requisito de autorización judicial y, por ende, el de las pericias psiquiátricas para acceder al cambio registral y a los tratamientos médicos de construcción corporal. La normativa dio libertad a los/as profesionales de la salud, ya que dejó de supeditar la práctica clínica a la evaluación y autorización judicial. Una vez aprobada esta normativa, y a la luz de sus principios despatologizantes y desestigmatizantes, se reactualizaron los debates entre profesionales de la salud mental de distintas disciplinas y enfoques clínicos.

---

11 Terapia hormonal

12 Cirugía Genital

13 Femenino a masculino

### **Momento 3. El rol de la atención en salud mental en el marco de la Ley de Identidad de Género**

El contenido de la Ley de Identidad de Género fue elaborado por las organizaciones de travestis, transexuales y transgéneros locales. La Ley desarticuló los criterios médico-legales de asignación de género basados en la genitalidad. Desde su aprobación, ya no es necesario tener vagina para ser legalmente asignada al sexo femenino ni pene para ser asignado al masculino. Ya no es requisito contar con pericias psiquiátricas que certifiquen los diagnósticos plasmados en el DSM y la CIE. Los tratamientos solicitados por la población trans fueron incorporados al Plan Médico Obligatorio, estableciendo su cobertura por los tres Subsistemas de Salud. Ni la Ley ni su decreto de reglamentación establecieron guías o protocolos de atención obligatorios<sup>14</sup>. De este modo, cada equipo o profesional elabora sus propios criterios y procedimientos.

Una diferencia central en los criterios de atención de los distintos equipos y profesionales radica en la obligatoriedad o el carácter electivo de la entrevista con un/a profesional de la salud mental antes de acceder a las intervenciones quirúrgicas (Farji Neer, 2016b). La indicación de dicha entrevista no responde ya a exigencias legales, sino a la necesidad de los/as propios/as profesionales de contar con garantías acerca del impacto de los tratamientos en la subjetividad de los/as pacientes, en especial frente a tratamientos quirúrgicos irreversibles, tal como se desarrolló en el apartado anterior.

El carácter obligatorio o electivo de la consulta con profesionales de la salud mental y la necesidad de contar con formación especializada en la atención de la población trans o no, son dos de las discusiones que atraviesan a las distintas disciplinas y corrientes dentro del campo de la salud mental tras la aprobación de la Ley de Identidad de Género en Argentina. Estos debates rebasan los ámbitos profesionales y toman estado público en el marco de debates más amplios acerca de los desafíos para garantizar el cumplimiento de la Ley en el ámbito sanitario<sup>15</sup>.

En agosto de 2017, un área legislativa de la Provincia de Buenos Aires realizó una jornada abierta al público sobre buenas prácticas de atención de la salud de la población trans. De los paneles expositivos participaron funcionarios/as y profesionales de la salud de distintos servicios públicos. En su exposición, una psicoanalista integrante de un equipo de atención interdisciplinario para la población trans de un hospital público propuso un diálogo entre el psicoanálisis y los estudios de género para realizar una crítica a los dispositivos clínicos patologizantes. Afirmó que en el equipo interdisciplinario donde ella se desempeñaba la entrevista

---

14 No obstante ello, tras la aprobación del Decreto 903/2015 que reglamentó el artículo 11º de la Ley de Identidad de Género, el entonces Ministerio de Salud de la Nación publicó el documento "Atención de la salud integral de personas trans. Guía para los equipos de salud". La guía "propone lineamientos destinados a los equipos de salud que tienden a favorecer el acceso de todas las personas a una atención integrada e integral de la salud, mediante un trato digno, y acorde con la normativa vigente" (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

15 Respecto al debate social suscitado en torno a las formas posibles para implementar de la Ley de Identidad de Género en los ámbitos de salud ver Berkins (2014), Cabral (2014) y Cóceres (2014).

psicológica no constituía un requisito obligatorio para acceder a otros tratamientos, sino que era electiva. Desde dicha perspectiva, realizó una serie de señalamientos al rol y la formación de los/as profesionales de salud mental en el marco de los tratamientos de construcción corporal. La profesional consideraba que no era necesario contar con herramientas clínicas específicas para trabajar sobre “lo trans”, sino más bien un profundo y constante trabajo crítico y deconstructivo sobre los propios prejuicios y valoraciones en torno al género y la sexualidad. Señaló que dichas valoraciones, en caso de no ser trabajadas apropiadamente, podían intervenir negativamente en el trabajo con las personas trans. Su concepción se apartaba radicalmente de la de aquellos/as que entienden a las experiencias trans como formas psicopatológicas, pero también de los desarrollos de la WPATH que, como se dijo previamente, sostienen la importancia de desarrollar un saber especializado en torno a las experiencias de “variabilidad de género”. Al mismo tiempo, planteó nuevas coordenadas para reflexionar sobre los alcances y límites de la capacitación profesional en el campo de la salud mental, al afirmar que esta debía ser capaz de brindar herramientas para la reflexión sobre las experiencias personales, valores y concepciones de los/as profesionales de la salud mental en torno al género y la sexualidad, antes que un conocimiento especializado en la “lo trans”.

En sintonía con estos debates, y tal como se mencionó al comienzo del capítulo, un conjunto de profesionales de distintas disciplinas y corrientes buscan introducir modificaciones en la formación de profesionales de la salud mental para promover una mirada despatologizante de las identidades trans (Maruzza, 2018). También realizan una revisión crítica de su propia formación con el objetivo de llevar adelante una “clínica post-patriarcal” (Tajer, 2018) y conforman redes profesionales que plantean la mirada de género en el ejercicio clínico como un rasgo distintivo. En base a una perspectiva feminista, buscan desarrollar una mirada que deconstruya los sesgos de su formación a fin de superar la violencia que los mismos pueden producir en instancias clínicas (Grasso, 2018).

En definitiva, la aprobación de la Ley de Identidad de Género, las demandas activistas a nivel local y global, así como los procesos de revisión de guías de atención y manuales diagnósticos, han generado reflexiones y discusiones entre profesionales de la salud mental. Un sector de profesionales de este campo se interroga sobre las formas de llevar a cabo la despatologización en el marco de la atención en salud mental. Al mismo tiempo, advierte sobre la responsabilidad ética y política de toda práctica de atención clínica, y sobre los sesgos misóginos y cisexistas que inciden en su práctica profesional.

### **Reflexiones finales**

En el presente artículo describí y analicé los distintos sentidos que profesionales de la salud implicados/as en los tratamientos médicos de construcción corporal solicitados por la población trans en Argentina otorgaron a la psiquiatría y a la psicología. Abordé el período comprendido entre mitad de la década de 1990 cuando comenzaron a realizarse las cirugías genitales de modo legal en Argentina y 2017, momento en que se encuentra vigente la Ley 26.743 de Identidad de Género

despatologizante y desjudicializante del travestismo, la transexualidad y la transgeneridad. Realicé una historización de las categorías clínicas del “Transexualismo” desde la década de 1960 y repuse las discusiones entre distintas perspectivas clínicas en torno a su etiología y terapéutica indicada. Luego, analicé los distintos roles que adquirió la consulta con psiquiatras y psicólogos/as en el marco de tratamientos médicos de construcción corporal solicitados por la población trans. En un primer momento, la evaluación diagnóstica fue requerida por jueces y juezas mediante pericias psiquiátricas para otorgar la autorización de cirugías genitales y cambios registrales. Posteriormente, la consulta con psicólogos/as y psiquiatras fue solicitada por profesionales de la salud en el marco de equipos interdisciplinarios antes de realizar cirugías genitales y tratamientos hormonales para controlar y minimizar el riesgo de *mala evolución* de los tratamientos en el plano de la salud mental. Finalmente, expuse que en el marco de la vigencia de la Ley de Identidad de Género, resurgen las discusiones sobre las experiencias trans entre profesionales del campo de la salud mental que rebasan los ámbitos profesionales acotados y adquieren carácter público.

Los distintos posicionamientos de los/as profesionales de la salud analizados en el trabajo permiten plantear una serie de interrogantes en torno a la despatologización de las experiencias trans en los ámbitos de salud: ¿Debe o no existir una clínica específica de “lo trans” en el campo de la salud mental? ¿Cómo garantizar que los/as profesionales de la salud mental trabajen sobre sus propios prejuicios y deconstruyan los sesgos cissexistas de su formación profesional a fin de asegurar una escucha adecuada de las experiencias trans? ¿La indicación de consulta con un/a profesional de salud mental antes de la realización de tratamientos e intervenciones parcial o totalmente irreversibles responde a estrategias de cuidado o bien a prejuicios morales, o a ambos al mismo tiempo? ¿Cómo desarrollar prácticas clínicas guiadas por el principio de atención integral de la salud sin caer en modos paternalistas que nieguen o reduzcan la capacidad de autonomía de los/as pacientes?

## Bibliografía

Almeida, Guilherme y Murta, Daniela (2013). “Reflections on the possibility of depatologizing transsexuality and the need for comprehensive health care for transsexuals in Brazil”, *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, N° 14, pp. 380–407.

Farji Neer, Anahí (2016a). *Sentidos en disputa sobre los cuerpos trans: los discursos médicos, judiciales, activistas y parlamentarios en Argentina (1966-2015)* Tesis de doctorado no publicada. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Doctorado en Ciencias Sociales, Argentina.

Farji Neer, Anahí (2016b). “Obstáculos y facilitadores para garantizar el derecho a la salud integral trans en el Gran Buenos Aires y La Plata”, *Revista Argentina de Salud Pública*, Vol. 7, N° 29, pp. 26-30

Farji Neer, Anahí (2018). “El campo judicial frente a la construcción corporal trans. Debates públicos sobre la tutela y la autonomía (Argentina, 1994-2008)”, *Derecho y Ciencias Sociales*, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad Nacional de La Plata, N° 18, pp. 166-182.

Benjamin, Harry (1966). *The transsexual phenomenon: A scientific report on transsexualism and sex conversion in the human male and female*. New York, Julian.

- Bento, Berenice (2006). *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro, Editora Garamond.
- Bento, Berenice (2004). Da transexualidad oficial às transexualidades, en: CLAM/UERJ *Sexualidade e Saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro, Garamond. pp. 143–172.
- Berkins, Lohana (2014). “Señor ministro: no tenga miedo”. *Página/12*, Suplemento soy, 6 de junio,
- Butler, Judith (2006). *Deshacer el género*. Barcelona, Paidós.
- Cabral, Mauro (2003). *Ciudadanía (trans) sexual. Proyecto sexualidades, salud y derechos humanos en América Latina*, documento electrónico: [www.ciudadaniasexual.org](http://www.ciudadaniasexual.org), acceso 23 de agosto de 2018.
- Cabral, Mauro (2007). “Post scriptum”, en: Berkins, Lohana *Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros*. Buenos Aires, ALITT. pp. 140-146.
- Cabral, Mauro (2014). “Leyendo entre líneas”, *Página/12*, Suplemento Soy, 17 de octubre.
- Cóceres, Santhiago (2014). “Sacar y poner”, *Página 12*, Suplemento Soy, 22 de agosto, 2014.
- Coll-Planas, Gerard (2010). “La policía del género”, en: Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (Eds.) *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona, Egales. pp. 55-67.
- Dellacasa, María Alejandra (2017). “Una mirada arqueológica de los discursos sobre transexualidad. Modalidades de producción de conocimiento y subjetividades. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, Vol. 16, N° 3°, pp. 17-28.
- Di Segni, Silvia (2013). *Sexualidades. Tensiones entre la psiquiatría y los colectivos militantes*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Di Segni, Silvia (2006). “Sodomitas, homosexuales, gay: De la persecución a la desmedicalización”, *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*. 2006, vol. XVII, pp. 99-104.
- Fausto-Sterling, Anne (2006). *Cuerpos sexuados: la política de género y la construcción de la sexualidad*. Madrid, Melusina.
- Fernández, Ana María y Siqueira Peres, William (2013). *La Diferencia Desquiciada. Géneros Y Diversidades sexuales*. Buenos Aires, Biblos.
- Fernández Romero, Francisco (2017). “La productividad geográfica del cisexismo: diálogos entre los estudios trans y la geografía”, en IX Jornadas de Jóvenes Investigadores, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1, 2 y 3 de Noviembre de 2017.
- Giberti, Eva (2003). “Transgéneros: síntesis y aperturas”, en: Maffía, Diana (Comp.) *Sexualidades Migrantes. Género y Transgénero*. Buenos Aires, Feminaria. pp. 31-58.
- Grasso, Agustina (2018) “En terapia son muchos los relatos de abusos y maltrato”. *Diario Perfil*, 10 de agosto.
- Helien, Adrian y Piotto, Alba (2012). *Cuerpxs equivocadxs: hacia la comprensión de la diversidad sexual*. Buenos Aires, Paidós.
- Kessler, Suzanne (1990). “The medical construction of gender: Case management of intersexed infants”, *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, Vol. 16, N° 1, pp. 3–26.
- Litardo, Emiliano (2010). “Los derechos sexuales y los derechos humanos: aproximaciones sobre la trans (judicialización)”, en: Laura Pautassi (Ed.), *Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social: debates actuales en la Argentina* Buenos Aires, Biblos. pp. 221-257.
- Mac Millan Soto, Guillermo (1998). “Experiencia quirúrgica del transexualismo”, en: *Juan/a. La an-*

*gustia de vivir en un cuerpo equivocado*. Buenos Aires, Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires. pp. 135–141.

Maffía, Diana y Berkins, Lohana (2014). “Introducción”, en: Consejo de la Magistratura de la Ciudad de Buenos Aires *Principios de Yogyakarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Jusbaire.

Maruzza Corina (2018). “Consideraciones acerca de la inclusión de la perspectiva de los estudios trans\* en la formación de profesionales de psicología”, en XIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1, 2 y 3 de agosto de 2018.

Ministerio de Salud de la República Argentina (2015). *Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud*, documento electrónico: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000696cnt-guia-equipos-atencion-Salud%20integral-personas-trans.pdf>, acceso 23 de enero de 2019.

Paván Valeria (2017). “Soy una nena, mamá, mi nombre es Luana...”, en: *Niñez Trans. Experiencia de reconocimiento y derecho a la identidad*. Buenos Aires, Universidad Nacional de General Sarmiento. pp. 39-58.

Pérez Fernández-Figares, Kim (2010) “Historia de la patologización y despatologización de las variantes de género”, en: Misse, Miquel y Coll-Planas, Gerard (Eds.) *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona, Egales. pp. 97-114.

Pragier, Uriel Marcelo (2011). “Transtorno de identidad de género (TIG), un enfoque integral”, *SAE-GRE*, Nol. 18, N° 2, pp. 45–56.

Prieto, Alan Otto (2017). Cirujías en construcción. *Página 12, Suplemento Soy*, 22 de agosto.

*Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género*, documento electrónico: [http://www.yog-yakartaprinciples.org/principles\\_sp.htm](http://www.yog-yakartaprinciples.org/principles_sp.htm), acceso 23 de agosto de 2018.

Radi, Blas (2014). “¿De qué no hablamos cuando hablamos de género?”, en 12º Simposio Internacional SIDA y 2º Simposio Internacional Hepatitis, Fundación Huésped, Buenos Aires, 27 al 29 de agosto.

Suess, Amets (2011). “Despatologización trans y práctica arteterapéutica”, *Arte y políticas de identidad*, Vol. 4, pp. 107-126.

Stone, Sandy (2017) “El imperio contraataca. Un manifiesto posttransexual”, en: Pol Galofre y Miquel Missé (Eds.) *Políticas trans. Una antología de textos desde los estudios trans norteamericanos*. Barcelona, Egales. pp 31-66

Tajer, Débora (2018). “Identidad de género y salud mental”, documento electrónico: <http://revista-soberanasanitaria.com.ar/identidad-de-genero-y-salud-mental>, acceso, 23 de enero de 2019.

World Professional Association for Transgender Health (2012). *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género*, 7ª Version.