



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS
MÉDICAS ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
CAMPO DISCIPLINARIO HUMANIDADES EN SALUD
BIOÉTICA

BIOÉTICA Y TRANSICIÓN DE GÉNERO: UN ESTUDIO DE CASO

TESIS

QUE PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS

PRESENTA:

ALAN IRVING VICENTEÑO LEÓN

TUTOR: VÍCTOR MANUEL MARTÍNEZ BULLÉ GOYRI

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

ASESORA: CECILIA PERAZA SANGINÉS

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES, UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX, MX.

SEPTIEMBRE DEL 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Introducción.....	4
-------------------	---

Capítulo 1. Marco conceptual

1.1 La transexualidad.....	6
1.2 El tratamiento de la transexualidad.....	8
1.3 El abordaje contemporáneo de la transexualidad: <i>los Standards of care</i>	11
1.3.1 La terapia psiquiátrica.....	13
1.3.2 La terapia hormonal.....	15
1.3.3 La terapia quirúrgica.....	17

Capítulo 2. Marco teórico

2.1 Bioética.....	19
2.2 Bioética aplicada a la transexualidad.....	20
2.2.1 La postura del cambio de sexo permisible (lícita).....	21
2.2.2 La postura del cambio de sexo no permisible (ilícita).....	22
2.2.3 El paradigma de las posturas de cambio de sexo permisible y no permisible.....	23
2.2.3.1 “La transexualidad: una alteración cerebral que comienza a conocerse”.....	23
2.2.3.2 “La ética de principios y el derecho a la identidad de género en el caso del transexualismo”.....	24
2.3 La correspondencia sexo-género en el análisis bioético de la transexualidad.....	25
2.4 Bioética queer.....	27
2.5 Un análisis queer de la transición de género.....	29
2.5.1 Los estudios culturales.....	30
2.5.2 El feminismo.....	31
2.5.3 Trans: un abordaje “alternativo” a la transexualidad.....	32
2.5.3.1 Heteronormatividad.....	35
2.5.3.2 Lo trans.....	36

Capítulo 3. Diseño de la investigación

3.1 El diseño de la investigación.....	39
3.1.1 La pregunta inicial.....	39
3.1.2 Hipótesis.....	39
3.1.3 Objetivos.....	40
3.1.4 Justificación.....	40
3.2 La metodología cualitativa.....	40
3.3 El esquema general de la investigación.....	41
3.4 Las técnicas de investigación.....	44
3.4.1 La observación participante.....	44
3.4.2 La entrevista semidirigida.....	45
3.5 Estudio de caso.....	47
3.6 Consideraciones éticas.....	50

Capítulo 4. Estudio de caso

4.1 Identidades trans.....	56
4.2 El estudio de caso: las experiencias de Julia y Leonora.....	56

Capítulo 5 Discusión de resultados

5.1 Análisis de variables.....	71
5.1.1 Autonomía y libertad corporal.....	71
5.1.2 Paternalismo médico y transición de género.....	77
5.2 La complejidad aplicada al análisis de lo trans.....	79
5.3 Vulnerabilidad.....	81
5.3.1 Injusticia epistémica.....	82
5.4 Bioética y transición de género.....	82
5.4.1 La propuesta.....	84
5.5 Temas pendientes para el análisis.....	88
Referencias.....	89
Anexo.....	100

Introducción

La identidad de género es parte fundamental de la personalidad, todos desarrollamos una y nos desenvolvemos en ella. Para quienes lo hacen acorde a la heteronormatividad¹, esta identidad se asume y pasa, usualmente, desapercibida, a pesar que su reproducción esté presente en el cotidiano. No obstante, existen sujetos cuya identidad no se corresponde con los lineamientos sociales establecidos para un “sexo”, lo cual los puede llevar a perder el reconocimiento externo y dirigirlos al anonimato. Tal es el caso de muchas personas *trans*.

A partir de la segunda mitad del siglo XX en el abordaje médico de la transexualidad se desarrollaron teorías, tratamientos y asociaciones que hasta hoy perduran. Dos de los mayores exponentes teóricos fueron John Money y Robert Stoller, quienes a pesar de ser contemporáneos, abordaron la transexualidad desde diferentes perspectivas. Partiendo del entendimiento del género como un constructo social que puede ser moldeable a preferencia, cada uno planteó una aproximación médica distinta para alinear la discordancia sexo-genérica característica de los transexuales: Money propuso las modificaciones corporales hormonales y quirúrgicas y Stoller las terapias psicoanalíticas.

A pesar de los intentos de la medicina por encontrar la etiología de la transexualidad, no se cuenta con una teoría definitiva. No obstante, existen diversas propuestas de abordaje como la genética, la neurohormonal, la psicosocial, la multifactorial y las neurociencias. Son teorías diversas, pero comparten el arraigo ahistórico de la dicotomía sexo/género propuesta por John Money y el concepto “identidad de género” propuesto por Robert Stoller. De esta forma, las aproximaciones médicas al *fenómeno transexual* han pretendido restablecer un trastorno que rompe la linealidad entre cuerpo y mente, conocido como disforia de género². A través de reflexiones en torno al acceso a terapias hormonales y

¹ La heteronormatividad corresponde a la reproducción de preconceptos utilizados para normalizar una relación asimétrica y obligatoria entre hombre-mujer y masculino-femenino. Mediante el pensamiento heterosexual se construyen los cuerpos de los sujetos en una relación hombre-masculino-heterosexual y mujer-femenina-heterosexual (Butler, 2007; Wittig, 2006).

² Disforia de género es la categoría psiquiátrica diagnóstica que se refiere al malestar o trastorno afectivo y cognitivo generado por una incongruencia entre el género asignado al nacimiento y la experiencia individual de género (APA, 2013; 451).

quirúrgicas de transición de género *versus* las terapias psicológico-psiquiátricas se han posicionado diferentes posturas morales y éticas en torno a la transexualidad.

Para analizar la perspectiva bioética del abordaje médico de la transición de género, este trabajo parte del análisis de José Mazuelos (1999; 5), quien acuña dos posturas: la postura del cambio de sexo *lícita* (categoría retomada en este trabajo como “permisible”) y la postura de cambio de sexo *ilícita* (categoría retomada en este trabajo como “no permisible”) ³. La postura permisible considera moral y éticamente correcto las cirugías de reasignación de sexo pues ayudan a aminorar los conflictos mentales de los individuos con disforia de género, mientras que la postura no permisible refiere que son moral y éticamente incorrectas todas las cirugías de reasignación sexual, pues sólo logran empeorar la salud mental de los sujetos.

El conflicto en este tipo de abordajes es que parten de la noción de un único sujeto capaz de acceder a procedimientos médicos de transición de género: el “transexual”, definido como un individuo con un trastorno en la correspondencia cuerpo-mente y sexo-género; es decir, es una persona que nació en un cuerpo que no reconoce y que por ende es susceptible a una realineación. En segundo lugar, la delimitación del acceso a los procedimientos médicos para dicho ajuste del sistema mente-cuerpo y sexo-género se basa en estándares morales que validan o no la construcción de cuerpos, identidades y deseos, lo cual merma principios como el respeto a la autonomía y a la libertad corporal. A pesar que ambos conceptos no están bien demarcados, son pertinentes para un análisis crítico de la transición médica de género, entendida como el proceso por el cual un individuo realiza modificaciones corporales y sociales con el fin de instalarse en una identidad de género propia.

Para responder a la pregunta inicial de investigación ¿cuál es la perspectiva de la bioética en el abordaje médico de la transición de género? Este trabajo incorpora un análisis documental y el uso de entrevistas etnográficas a dos mujeres *trans*. A continuación se presentan los cinco capítulos que conforman el trabajo:

³ A partir de las posturas propuestas por Mazuelos, este trabajo únicamente reflexiona en torno al uso de la categoría “disforia de género” en el análisis bioético, sin embargo, existen otros aspectos bioéticos en torno a la transición médica de género como la terapia en menores de edad, el papel de la seguridad social, etc.

El primer capítulo expone generalidades de los abordajes médicos dirigidos a alinear la discordancia sexogénica en sujetos transexuales, presenta la aproximación médico-psiquiátrica vigente de la disforia de género y describe algunas pautas de los *Standards of care 7*, la guía actual de recomendaciones médicas para la atención de las personas en transición de género.

El segundo capítulo expone un panorama de los abordajes bioéticos a la transición médica de género. A partir de las posturas permisible y no permisible del cambio de sexo se exponen algunos arraigos heteronormativos en las reflexiones y se propone apoyarse de nociones teóricas desde los estudios culturales, el feminismo y la bioética *queer* para un análisis crítico de la transición médica de género.

El tercer capítulo describe el diseño, la metodología, las técnicas, el estudio de caso, la generalidad del proceso reflexivo y las consideraciones éticas de la investigación.

El cuarto capítulo expone parte de las historias compartidas por Julia y Leonora, mujeres *trans* atendidas en una Clínica Universitaria de Diversidad Sexual. Ambas cuentan con un diagnóstico de disforia de género de acuerdo con el DSM-5, a pesar de ello, sus aspiraciones de modificaciones corporales son diferentes y reflejan un poco de la complejidad del análisis de la transición médica de género.

Por último, el capítulo final expone las nociones de autonomía y libertad corporal como variables indispensables en el análisis bioético de la transición médica de género, para ello se retoma parte de las experiencias de Julia y Leonora con el fin de cuestionar la heteronormatividad de los abordajes bioéticos de la transición de género.

Capítulo 1. Marco conceptual

1.1 La transexualidad

La categoría “transexualidad” nació de las prácticas médica y sexológica, que, de acuerdo con García (2010; 67), desde finales del siglo XIX han definido a los sujetos en normales y patológicos con base en sus prácticas sexuales y corporalidades⁴. Su origen se remonta al sexólogo alemán Hirschfeld, quien en 1910 aplicó el término “transvestido” para diferenciar a los hombres que utilizaban ropas de mujer de los homosexuales (Soley-Beltrán, 2013; 150), posteriormente, en la década de 1920, empleó el término “transexualismo del alma” para referirse a las personas que sentían pertenecer al sexo opuesto.

Para 1949, el sexólogo estadounidense Cauldwell utilizó el término “transexual” en el trabajo *Psychopatia Transexualis* (Pons y Garosi, 2016; 3). No obstante, la popularidad del término transexual en el ámbito clínico se debe al endocrinólogo Harry Benjamin, quien en 1966 publicó *The Transsexual Phenomenon* (Soley-Beltrán, *Ibid*).

A partir de la segunda mitad del siglo XX, los estudios médicos de la transexualidad tuvieron auge, siendo la teoría central la dicotomía “sexo/género” propuesta por el sexólogo neozelandés John Money, en la cual propone al género como un constructo social y al sexo como una demostración biológica. Posteriormente, basado en dicha teoría, el psicoanalista estadounidense Robert Stoller formuló el concepto de “identidad de género”.

De acuerdo con la interpretación de Stoller, el sistema sexo-género define al sexo como la suma algebraica entre cromosomas, genitales externos e internos, gónadas, hormonas y caracteres sexuales secundarios; mientras que el género es relegado totalmente al ámbito psicológico. De forma que los términos para el sexo son hombre/mujer y para el género masculino/femenino (Stoller, 2006; 56). Con base en ello, la identidad de género resulta de un proceso psicológico en el que los individuos nos reconocemos como pertenecientes a uno u otro sexo.

⁴ Pons y Garosi (2016; 3) refieren que desde finales del s. XVII es posible identificar los orígenes de la transexualidad en el proceso histórico de la construcción de la normalidad sexual y sus desviaciones.

Para Stoller, “en la *persona común*, el género y la identidad de género son sinónimos” (*Ibid*), pues el género es la cantidad de masculinidad o feminidad en una persona (*Ibid*). Es decir, una persona *común* con características genitales y hormonales que lo incluyen como del sexo hombre, se reconoce como perteneciente a la categoría hombre, y su identidad de género *debiera ser* análoga a su género masculino (es un hombre masculino que se reconoce como tal). Tal reconocimiento psicológico Stoller lo basó en una raíz biológica nuclear (Soley-Beltrán, *Ibid*, 152), la cual se propuso entender a través del psicoanálisis con el fin de tratar anormalidades como la transexualidad (Stoller, *Ibid*; 57).

La tesis de Stoller retomó la simbiosis y separación madre-hijo, el *imprinting*⁵ y el psicoanálisis freudiano para plantear que a los sujetos transexuales les ocurrió “algo” en la infancia a partir de lo cual sufrieron una alteración en su identidad de género. En contraparte, John Money concibió la identidad de género como un constructo social capaz de moldearse a *voluntad* (Lamas, 2010; 25-28).

1.2 El tratamiento de la transexualidad

Con base en la dicotomía sexo/género, la transexualidad es considerada una alteración en el género de la persona, la cual puede corregirse si se restablece dicha relación. Sin embargo, las divergencias en el entendimiento de Money y Stoller de la identidad de género resultaron en diferentes aproximaciones para tal *ajuste*.

Money impulsó los tratamientos quirúrgicos, pues consideró que el efecto de la socialización del género ocurrido durante los primeros años de vida define la identidad de género de forma casi inmutable en el resto de la vida del individuo. Por tanto, una vez pasado el límite etario de maleabilidad de la identidad de género en los transexuales es poco posible modificar su identidad, entonces, lo correcto es modificar su sexo mediante cirugía y así adecuarlos socialmente a su identidad. Es decir, si durante los primeros años la

⁵ Para Stoller, el *imprinting* corresponde a los procesos psíquicos y las conductas producidas por el medio ambiente (Lamas, *Ibid*; 26); es decir, es una impronta del ambiente en la personalidad del sujeto.

socialización construye una identidad de género errónea en los transexuales, la reinserción social puede lograrse mediante modificaciones corporales quirúrgicas.

Bajo los postulados de la maleabilidad social en la construcción de la identidad de género, el caso hito de Money involucró a David Reimer.

El caso de David Reimer

En la década de los 60, a los ocho meses de edad, David Reimer sufrió una electrocauterización accidental del pene a consecuencia de un tratamiento contra la fimosis, por lo cual, sus padres consultaron a Money, reconocido por sus trabajos con personas intersexuales⁶ y transexuales (Butler, 2006; 90).

Dado que David poseía un falo incompleto y se encontraba en un periodo previo a la instauración de una identidad de género, Money propuso remover totalmente el pene, construirle una vagina y criarlo como una niña (*Ibid*). Los padres aceptaron y nació Brenda, a quien le fueron extirpados los testículos y se le realizó una cirugía de preparación para una vagina. Sin embargo, a pesar de haber sido criada como niña, durante su crecimiento Brenda desarrolló conductas “propias” de chico que la llevaron a identificarse como David, y, a los 14 años decidió dejar de administrarse las hormonas de chica que se le daban e iniciar tratamientos con testosterona, posteriormente, se le extirparon los senos y se le construyó un falo (*Ibid*; 93).

Este caso no involucró a una persona transexual, según la definición *estricta* del término, pues David sufrió una deformación genital accidental los primeros años de vida, sin embargo, el caso fue utilizado para probar la teoría de Money, quien consideró que la edad de David permitía que si se ejercía un condicionamiento social de mujer, podría crecer como una mujer normal, por lo que sugirió como mejor opción para la vida de David retirarle los

⁶ Término médico utilizado para designar a una persona cuyas características sexuales anatómicas no pueden ser categorizadas entre ser hombre o mujer por métodos simples como la observación.

restos de pene y crearle una vagina. De esta forma, se protegería a David de un desarrollo sexo-genérico alterado si se conservaba un pene incompleto.

El fracaso de la teoría de socialización del género en el caso de David sirvió para impulsar la teoría del sexólogo estadounidense Milton Diamond en torno a una base hormonal en la identidad de los individuos (*Ibid*; 97). Para Diamond, el que *Brenda* se rehusara a adaptarse a los comportamientos de chica estuvo causado por un sentido interno reflejo de su “verdadera identidad”. Diamond refiere que David fue realmente un hombre en todo momento, incluso cuando era *Brenda*, lo que pasó es que no quiso admitirlo antes de la adolescencia. Por lo tanto, la tesis de Diamond postula un “núcleo esencial” de la identidad de género ajeno a cualquier grado de socialización (*Ibid*), y de ser cierta la teoría del núcleo de la identidad, el ofrecer una cirugía a los transexuales puede ser contradictorio pues su verdadera identidad no será modificable.

Por otra parte, de acuerdo con Stoller el origen del problema de la transexualidad es un conflicto que sólo puede superarse mediante el psicoanálisis. Su hito fue el caso de Agnes.

El caso de Agnes

A los 19 años, Agnes acudió al Centro Médico de la Universidad de California por presentar irregularidades anatómicas en su desarrollo sexual, que la llevaron a desarrollar pene y escroto (Stryker & Whittle, 2006 (a); 58). A través de diversas pruebas médicas se evidenció la presencia de testículos atróficos y un patrón cromosómico XY, sin embargo, su historia, apariencia y actitudes concordaban con la de una joven y “atractiva” mujer heterosexual, por tanto, Stoller y sus colegas la diagnosticaron con una condición intersexual, espectro del síndrome de feminización testicular (Garfinkel & Stoller, 2006; 138).

Agnes fue considerada una “mujer natural” pues en todo momento evidenció su categoría sexual, así que los médicos accedieron a su deseo de una transformación quirúrgica genital que la reintegrara a su “sexo natural” de mujer (*Ibid*; 146). Para los médicos, Agnes era intersexual no transexual, por eso el tratamiento podía ser quirúrgico. De acuerdo con Stoller, la diferencia entre intersexual y transexual es la presencia de anomalías físicas en los genitales del primero, ausentes en el segundo.

Sin embargo, años después de la cirugía, Agnes confesó que mintió pues había nacido como hombre y sus cambios corporales se debieron a que antes de la adolescencia inició a tomar hormonas femeninas (Stryker & Whittle; *Ibid*).

Esta confesión tuvo tres impactos principales: 1. alimentó un recelo médico por haber sido engañados, 2. dio esperanza a los transexuales de poder “pasar” como “mujeres naturales”, y 3. permitió desarrollar una aproximación etnometodológica del sistema sexo-género.

Posterior a la confesión de Agnes, Stoller publicó en 1975 el libro *The transsexual Experiment*, en donde definió a la transexualidad de hombre a mujer como una desviación de la condición sexual (Lamas, *Ibid*; 34), consecuencia de un fracaso en el desarrollo infantil caracterizado por “mucho madre” y “poco padre” (Stryker & Whittle, 2006 (b); 53).

Por su parte, Harold Garfinkel, quien fue participe en el caso, desarrolló una aproximación etnometodológica en torno a cómo los individuos mantenemos un rol social de hombre o mujer en lo cotidiano a partir del cual producimos una identidad de género creíble; dado que Agnes en todo momento logró gestionar una categoría sexual de mujer, fue leída como “una mujer real” por Stoller y sus colaboradores, aun cuando tenía pene y testículos (Garfinkel & Stoller; *Ibid*, 58).

1.3 El abordaje contemporáneo de la transexualidad: los *Standards of care*

Continuando las líneas de John Money y Robert Stoller, el abordaje médico vigente de la transexualidad se ha dividido entre los tratamientos quirúrgicos y los psicoanalíticos/psiquiátricos/psicológicos, sin embargo, con apoyo del avance tecnológico, los primeros han tenido más desarrollo y con ello mayor peso y *éxito* social, pues para el tiempo en que Stoller profundizaba su teoría psicoanalítica sobre la transexualidad, y aún con el fracaso de Money, los avances quirúrgicos que posibilitaban reasignaciones genitales ganaron valor entre la comunidad médica y entre los usuarios, por lo que el psicoanálisis fue desplazado por la cirugía (Lamas, *Ibid*; 36).

Como explica Marta Lamas (*Ibid*; 108-111), el desarrollo de las terapias quirúrgicas de reasignación sexual fue gracias al apoyo de la *Erickson Educational Foundation* (EEF), que

financió la investigación médica sobre la transexualidad y diversos programas de reasignación de sexo en múltiples hospitales en los Estados Unidos, el primero fue en la Escuela Médica Universitaria Johns Hopkins, posteriormente en el Centro Médico de la Universidad de California, en la Universidad de Minnesota, entre otras.

La EEF se estableció en 1964 con el financiamiento de Reed Erickson, un transexual de Texas que fue atendido por el endocrinólogo Harry Benjamin, médico defensor de las operaciones de cambio de sexo y autor de *The Transsexual Phenomenon*, considerado responsable de la popularidad del término transexual en el ámbito clínico (Soley-Beltrán, *Ibid*; 150), publicado en 1966 con apoyo de la EEF (Lamas, *Ibid*; 109).

En sus trabajos, Benjamin diferenció entre travestismo y transexualismo según la presencia de excitación sexual en el primero y la ausencia de esta en el segundo. Además, consideró a la transexualidad como una entidad tratable mediante la reasignación sexual (*Ibid*; 108).

Desde la medicina contemporánea, la transexualidad se considera una experiencia de “inversión” en el sentido de pertenencia corporal, la cual mediante acompañamiento psicológico y tratamientos endocrinológicos y quirúrgicos puede abordarse satisfactoriamente. De forma somera, tales condiciones distinguen a los “verdaderos transexuales” de los “travestis”, personas que sólo visten ropas del sexo opuesto como fetiche sexual. En el ámbito médico, actualmente, a la experiencia de “inversión” transexual se le conoce como disforia de género.

Otro trabajo prominente de Benjamin fueron los *Standards of care*, estándares para el tratamiento de las personas transexuales publicados en 1979 por la *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*, creada en 1977 con apoyo de la EEF (*Ibid*; 112). Una de las mayores preocupaciones de Benjamin fue el sufrimiento de los individuos transexuales, el cual se revertía cuando se sometían a cirugías de reasignación exitosas que las “normalizaban” (*Ibid*; 110). De ello que, el objetivo principal del tratamiento de la transexualidad, apoyado por los *Standards of care*, sea la transición corporal vía hormonal y quirúrgica.

En 2011, la versión 7 de los *Standards of care* fue publicada por Eli Coleman y colaboradores a través de la *World Professional Association for Transgender Health*, nuevo nombre de la *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*⁷. De acuerdo con dichos estándares, el periodo en el que los individuos cambian de un rol de género asociado con su sexo a otro es referido como “transición”. Para algunas personas incluye vivir socialmente en el “otro” rol de género; para otros, la búsqueda de un rol y la expresión de género con la que se sienten mejor. Este periodo puede incluir o no el uso de hormonas u otros procedimientos médicos y su temporalidad es variable (Coleman et al., 2011; 97).

Tal transición implica diferentes esferas del individuo, personales y sociales. Dentro de la esfera médica se abordan tres ejes: el psiquiátrico, el endocrinológico y el quirúrgico.

1.3.1 La terapia psiquiátrica

La valoración psiquiátrica de los individuos que aspiran a un proceso de transición médica de género incluye: 1. evaluación de la identidad de género y de disforia de género; 2. la historia de los sentimientos de la disforia de género, el impacto y el estigma asociados entre la no conformidad de género y la salud mental; y, 3. la disponibilidad de soporte social, con el fin de establecer o no el diagnóstico de disforia (*Ibid*; 23)

Para evaluar la disforia de género algunos puntos a indagar son “historia de ansiedad, depresión, daño autoinfligido, abuso de sustancias, compulsividad, desórdenes de personalidad, desórdenes alimenticios, desórdenes psiquiátricos, desórdenes sexuales y desórdenes del espectro autista”, los cuales pueden guiar aproximaciones terapéuticas (*Ibid*; 24). Se refiere que durante los encuentros terapéuticos, un aspecto importante es educar a los individuos en torno a la diversidad de identidades y expresiones de género; así como, de las opciones disponibles para tratar la disforia de género (*Ibid*).

De acuerdo con el *Programa Transgénero* de la Clínica Especializada Condesa, el objetivo de las terapias psicológicas y psiquiátricas es guiar a las personas a través del proceso de transición de género y “no” el intentar “regresarlas” a la normalidad. Tales terapias son el

⁷ El documento completo se puede descargar en:
http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=4655

medio a través del cual se puede apoyar al individuo a tomar decisiones conscientes e informadas, así como alcanzar confort a largo plazo con su identidad de género según oportunidades realistas de suceso en sus relaciones, educación y trabajo.

Según Coleman et al. (*Ibid*; 29), la psicoterapia puede facilitar el desarrollo de planes individualizados, según metas y tiempos específicos. No existe un número mínimo recomendado de sesiones, ni tampoco es un requerimiento absoluto el asistir a psicoterapia, pero sí lo es el acudir a una asesoría en salud mental (*Ibid*; 28). En caso de diagnóstico de disforia de género se puede iniciar la terapia hormonal a elección del sujeto.

Disforia de género

Operativamente, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés) establece en la quinta versión del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales* (DSM-V por sus siglas en inglés) tres categorías que diferencian tipos de identidades: transexual, transgénero y travesti.

1. Transexual: individuo que espera someterse o ya se ha sometido a una transición social de hombre a mujer o de mujer a hombre. Dicha transición puede incluir modificaciones hormonales y quirúrgicas (APA, 2013; 451).
2. Transgénero: espectro de individuos que transitoria o persistentemente se identifican con un género diferente al asignado al nacer (*Ibid*).
3. Travesti: hombre (“condición muy rara en mujeres”) heterosexual (o bisexual) que se viste con ropas del género opuesto con fines de excitación sexual, sin poner en duda su género primario (*Ibid*; 458).

El DSM es una guía diagnóstica psiquiátrica elaborada a través del consenso de expertos, la cual incorporó el abordaje de la transexualidad en su tercera versión (DSM-III) bajo el nombre “disforia de género” en 1980, posteriormente, en el DSM IV, pasó a ser “trastorno de identidad de género” y en la versión actual, el DSM V (2013), se retoma la categoría “disforia de género”.

La versión actual de la disforia de género se define como el *discomfort* afectivo o cognitivo que un individuo tiene a consecuencia de una incongruencia entre la experiencia o la expresión de género propia y el género asignado al nacimiento, o a consecuencia de la falta de acceso a un tratamiento médico para la transición de género (*Ibid*; 451).

De acuerdo con la APA, la prevalencia de disforia de género se calcula entre 0.005 y 0.014% en personas con género hombre asignado al nacimiento y entre 0.002 y 0.003% en personas asignadas como mujeres al nacimiento, pero, como no todas las personas buscan asistencia médica, puede haber una subestimación de cifras (*ibid*; 454). En cuanto a la preponderancia entre sexos, la APA (*Ibid*) refiere que en la infancia la tasa entre hombre y mujer asignados al nacimiento varía de 2:1 a 5:1; en adolescentes se iguala 1:1; y, en adultos varía entre 1:1 y 6:1.

La disforia de género suele iniciarse entre los dos y cuatro años con el deseo de pertenecer al otro género, aunque su persistencia en la adolescencia varía del 2.2 al 30% en hombres asignados al nacimiento y del 12 al 59% en mujeres asignadas al nacimiento (*Ibid*; 455). En el resto de los grupos de edad no se cuenta con estadísticas.

Se describen dos posibles trayectorias para el desarrollo de disforia de género, la de comienzo temprano y la de comienzo tardío. La primera ocurre durante la infancia y persiste hasta la adultez, pudiendo existir periodos de *remisión* o de dimisión de la disforia e identificación como personas homosexuales, por lo regular, la orientación sexual de estos individuos es hacia las personas de su sexo de nacimiento. En cuanto al comienzo tardío, esta sucede en la adolescencia y por lo regular no hay signos de disforia de género en la infancia y la orientación sexual suele ser hacia personas del sexo opuesto al sexo asignado al nacimiento de la persona con disforia (*Ibid*).

1.3.2 La terapia hormonal

La terapia hormonal consiste en la administración de agentes endócrinos exógenos que inducen cambios físicos *feminizantes* o *masculinizantes*. Las dosis y los medicamentos se individualizan de acuerdo con las metas esperadas, el cálculo del riesgo beneficio a la salud y las posibilidades económicas.

Las metas esperadas varían entre la búsqueda por una maximización de cambio de rasgos y la búsqueda por una apariencia andrógina (Factor & Rothblum; 2008). Meyer III (2009) refiere que existen personas que a través de la hormonación adquieren un sentido de confort tal que no desean hacer una transición social de género o someterse a cirugía.

De acuerdo con los *Standards of care 7*, los criterios mínimos a considerar para el uso de hormonas son: 1. persistente y bien documentada disforia de género, 2. capacidad para otorgar un consentimiento informado, 3. mayoría de edad, y 4. control razonable de otras enfermedades médicas o mentales (Coleman et al., *ibid*; 34).

Los cambios inducidos por el tratamiento hormonal incluyen: modificaciones en la voz, en el vello facial y corporal, en la libido, en la distribución de la grasa corporal, en el tamaño de las mamas, etc., y los efectos empiezan a ser notorios generalmente en un periodo de dos años de iniciado el suministro, pero los periodos son variables. Asimismo, la respuesta “última” a la terapia hormonal no puede predecirse basados en las características del individuo o del medicamento (*Ibid*; 38), esto incluye posibles efectos adversos evaluados según su nivel de riesgo:

Nivel de riesgo	Hormonas feminizantes	Hormonas masculinizantes
Probabilidad de riesgo incrementado	Enfermedad tromboembólica Colecistolitiasis Aumento de las enzimas hepáticas Aumento de peso Hipertrigliceridemia	Policitemia Aumento de peso Acné Alopecia androgénica Apnea del sueño
Probabilidad de riesgo incrementado si hay factores de riesgo adicionales	Enfermedad cardiovascular	
Posible incremento de riesgo	Hipertensión arterial sistémica Hiperprolactinemia o prolactinoma	Elevación de las enzimas hepáticas Hiperlipidemia
Posible incremento de riesgo si hay factores de riesgo adicionales	Diabetes mellitus tipo 2	Enfermedad cardiovascular

		Hipertensión arterial sistémica Diabetes mellitus tipo 2 Desestabilización de trastornos psiquiátricos preexistentes como el desorden bipolar, esquizoafectivo o síntomas maníacos o psicóticos
Sin incremento de riesgo o riesgo inconcluso	Cáncer de mama	Cáncer de mama Cáncer de ovario Cáncer cervicouterino Pérdida de la densidad ósea

Tabla tomada de los *Standards of Care 7* pág. 40.

La administración de la terapia hormonal se realiza hasta alcanzar el grado meta o máximo de feminización o masculinización y posteriormente se hace un ajuste a dosis de mantenimiento.

1.3.3 La terapia quirúrgica

Como alternativa o como coadyuvancia a la terapia hormonal, la cirugía puede ser el último y mayor paso en el tratamiento de la disforia de género (*Ibid*; 54). Coleman y colaboradores (*Ibid*; 55) refieren que para algunos individuos sólo el modificar sus genitales les ofrece estabilidad con su identidad de género. Según esto, en el caso de la disforia de género, la cirugía de reasignación sexual puede aliviar el *discomfort* psicológico y el estrés de los individuos.

Diferentes recomendaciones existen para cada procedimiento quirúrgico, no obstante, un criterio médico central es la documentación de la persistencia de la disforia de género (*Ibid*; 58). De acuerdo con los *Standards of Care 7*, para las mujeres trans que solicitan la cirugía de mama es necesaria sólo una referencia médica (*Ibid*; 59), mientras que para la cirugía

genital son necesarias dos referencias psiquiátricas, el uso previo de hormonación y haber vivido un año de forma continua en su nuevo rol de género (*Ibid*; 60).

Además de dichas cirugías, existen otras que ayudan a masculinizar o feminizar la imagen: blefaroplastia, rinoplastia, liposucción, condroplastía tiroidea, etc. Los diferentes procedimientos se realizan dependiendo de las metas y consideraciones médicas del paciente.

De acuerdo con los *Standards of care*, entre las principales complicaciones de la cirugía genital están las fístulas y estenosis del tracto urinario, anorgasmia y necrosis del tejido (neovagina/neofalo) (*Ibid*; 63).

2. Marco teórico

2.1 Bioética

La medicina del siglo XXI encara dilemas y problemas morales que exigen la implementación de competencias interdisciplinarias; la bioética es una guía de acción posible. Tanto como disciplina académica como un proyecto social, una de las aspiraciones de la bioética es promover uno de los paradigmas de la responsabilidad⁸ en las acciones que repercuten sobre *la vida*.

Para Diego Gracia (1989; 11), la bioética representa el nuevo rostro de la ética científica; una aproximación que ha puesto de manifiesto la falta de neutralidad ética y axiológica de la ciencia y del conocimiento en general. De acuerdo con José Alberto Mainetti (1994; 93), la bioética es un fenómeno cultural, una disciplina intelectual y un movimiento social. Como movimiento social, la bioética es un intento propositivo a las interrogantes morales emergidas de las posibilidades científicas y tecnológicas sobre diversos aspectos de la vida (Ubach, 2013; 24). Por su parte, Gilbert Hottois (2007; 25) refiere que la bioética más que una disciplina es una práctica; un diálogo -entre disciplinas- posibilitado por disposiciones en común en torno a un fenómeno (González Valenzuela, 2008; 31), que como resultado pretende un enriquecimiento en la comprensión de un tema.

La bioética surgió como una propuesta para analizar los dilemas morales de la cotidianeidad. De ahí su aspiración de convertirse en una guía “práctica” que sirva de puente entre diversas teorías éticas, conocimientos y saberes contingentes. Asimismo, responde a una ideología liberal y pragmática para una deliberación informada que aporte recomendaciones en torno al uso del conocimiento sobre la vida. Es liberal en tanto promueve los derechos individuales y pragmática porque procura la dilución de casos.

Desde su nacimiento, la bioética ha procurado una concientización moral histórica de los problemas sociales emergidos del desarrollo biotecnológico y ha representado un proyecto

⁸ El paradigma de las éticas de la responsabilidad considerar las convicciones y las circunstancias de un acto.

político y punto de resistencia que promueve intervenciones de cambio ante situaciones injustas (Khuse & Singer; 2001).

Mediante la denuncia de la existencia y el impulso de la reivindicación de los *grupos vulnerables*⁹ frente a injusticias sociales, una de sus finalidades es contribuir a un pensamiento transdisciplinario crítico con el objetivo de impulsar prácticas humanas comprometidas con las personas y el contexto. Sin embargo, en el ámbito de la sexualidad, Powell & Foglia (2014) refieren que la bioética se ha mantenido al margen y, en mayor o menor medida, ha adoptado como neutrales los posicionamientos de la medicina. De forma que sólo raramente ha examinado cómo la medicina ha definido, regulado y oprimido a las minorías sexuales y genéricas, lo cual ha contribuido a perpetuar que ciertas identidades continúen en las fronteras, como es el caso de las identidades *trans*.

2.2 Bioética aplicada a la transexualidad

La medicina ha estudiado y diferenciado la “transexualidad” del “travestismo” desde principios del siglo XX; a pesar que no cuenta con una teoría etiológica definitiva, existen diversas propuestas. Mazuelos (1999; 1,2) refiere cuatro: la genética, la neurohormonal, la psicosocial y la multifactorial.

De forma general, la teoría genética se basa en alteraciones en la herencia; la teoría neurohormonal en una disregulación hormonal prenatal causante de modificaciones neuronales; la teoría psicosocial alude a alteraciones en el desarrollo de la identidad sexual durante la infancia; y la teoría multifactorial incluye factores constitutivos y adquiridos que pueden desencadenar un desequilibrio psicobiológico. Actualmente, una quinta teoría está representada por las neurociencias, las cuales, de acuerdo con López Moratalla (2012; 349), podrían distinguir lo *biológico* de lo *social*.

A pesar de ser diversas, lo común en estas teorías es el arraigo ahistórico de la dicotomía sexo/género propuesta por John Money y el concepto “identidad de género” propuesto por

⁹ Los individuos y grupos vulnerables son sujetos incapaces de proteger sus propios intereses, están limitados en cuanto al ejercicio de su libertad y pueden ser sometidos a la explotación (Macklin; 2003).

Robert Stoller. De ello que, las aproximaciones médicas al *fenómeno transexual* han pretendido restablecer un trastorno que rompe la linealidad entre cuerpo y mente, conocido como disforia de género (entidad clínica caracterizada por el malestar que una incongruencia sexo-genérica provoca en los individuos).

Como se comentó previamente, la reasignación sexual es considerada una posibilidad médica que pretende tratar dicha disforia y acercar a los individuos transexuales a su género identitario mediante terapias hormonales y quirúrgicas. Por lo que tales terapias médicas han suscitado diferentes posturas morales y reflexiones éticas en torno al derecho a la identidad y a la propiedad del cuerpo.

Este trabajo parte del análisis de José Mazuelos (*Ibid*; 5), quien refiere dos razonamientos éticos sobre los procedimientos médicos de cambio de sexo: la postura del cambio de sexo permisible (*licita*) y la postura de cambio de sexo no permisible (*ilícita*).

2.2.1 La postura del cambio de sexo permisible (lícita)

Esta postura considera la cirugía de reasignación sexual como “el procedimiento” capaz de tratar el conflicto de disforia del individuo transexual. De acuerdo con esto, las transformaciones quirúrgicas y hormonales pueden ser la única forma de liberar al sujeto de la angustia que le causa vivir en un cuerpo que no reconoce como suyo.

Con base en este postulado, utilizando el principio de totalidad, autores como Giacomo Perico (1992) y Eduardo López Apizarte (1991) legitiman el procedimiento de reasignación sexual aludiendo que para salvar “al ser”, de ser necesario, es posible sacrificar una parte del cuerpo si no existen otras alternativas. Es decir, para tratar el padecimiento del individuo transexual es permisible someterlo a cambios corporales médicos de cambio de sexo.

No obstante, para cumplir el principio de totalidad la intervención médica no debe proceder del simple deseo del individuo transexual, sino que debe existir una valoración diagnóstica y estructural de la personalidad del sujeto que certifique la disforia, pues sólo así se avala la tolerancia moral y médica de las intervenciones (Mazuelos, *Ibid*; 6).

Es decir, la postura permisible del cambio de sexo considera éticamente correcta la transición médica de género sólo si se comprueba que un sujeto transexual sufre disforia de género, pero dicha terapia no debe ser entendida como un tratamiento resolutivo, sino como paliativo.

2.2.2 La postura del cambio de sexo no permisible (ilícita)

La postura del cambio de sexo no permisible considera a la cirugía de reasignación sexual como un acto inmoral consistente en una mutilación y castración que promete una falsa cura a la transexualidad.

Autores como Elio Sgreccia (1994) refieren que el principio de totalidad debe ir de la mano con el principio terapéutico, de lo contrario las cirugías de reasignación sexual son inmorales. De acuerdo con Sgreccia, para que se cumpla el principio terapéutico es necesario que exista un porcentaje de éxito, que la intervención sea realmente terapéutica, que se eliminen partes enfermas, que no sea posible una cura alterna y que se respete el bien superior y moral de la persona.

En el caso del cambio de sexo en transexuales, dicho autor refiere que no se cumplen tales condiciones ya que se actúa sobre un miembro sano, no se obtienen beneficios físicos y, por el contrario, sólo se introducen nuevos disturbios en los individuos operados¹⁰. Por su parte, Niceto Blázquez (1996) refiere las operaciones de cambio de sexo como una farsa de los psiquiatras y cirujanos que las autorizan aun cuando saben que no son curativas, sino un engaño y una mutilación.

Es decir, bajo la postura no permisible del cambio de sexo, es éticamente incorrecta en todos los casos la transición médica de género.

¹⁰ Para Sgreccia, el principio de totalidad sólo está unido al principio terapéutico en el caso de las cirugías de reasignación sexual de los individuos intersexuales, no en el de los transexuales.

2.2.3 El paradigma de las posturas del cambio de sexo permisible y no permisible

Análogos al planteamiento de Mazuelos, han emergido diversos análisis éticos en torno al cambio de sexo y con ello algunos análisis bioéticos han pretendido diversificarse y ajustarse a los postulados contemporáneos. A continuación se presentan dos reflexiones bioéticas:

2.2.3.1 “Transexualidad: una alteración cerebral que comienza a conocerse”

En este análisis, Natalia López Moratalla y Amparo Calleja Canelas (2016) abordan la transexualidad desde una intersección entre la bioética y las neurociencias.

De acuerdo con López Moratalla (*Ibid*), las neurociencias ofrecen la posibilidad de distinguir entre “lo que ya nos viene dado y lo que es elegible u opcional”. De esta forma, las autoras plantean que las neurociencias aplicadas al estudio del transexualismo pueden servir para aproximaciones médicas éticas con los individuos y erradicar los falsos tratamientos hormonales y quirúrgicos.

Conforme a este abordaje, la conclusión a la que dichas autoras llegan es que en la transexualidad existe una alteración cerebral entre la forma en que se percibe el cuerpo y la forma en cómo se recuerda o se cree que es ese cuerpo, lo cual deriva en trastornos en la representación mental de la propia imagen corporal, la subjetividad que subyace a la identidad y la autoconsciencia (López Moratalla y Calleja Canelas, *Ibid*; 84, 85).

Mediante un estudio de casos y controles con un universo de 46 personas (23 transexuales y 23 “sin el trastorno”), se manifestó la existencia de una base neurológica en la experiencia transexual que explica la incoherencia con sus cuerpos, causa de su angustia social (*Ibid*; 86, 87). Incoherencia que puede ser tratada mediante modificaciones físicas tras la hormonación o la cirugía, sin embargo, no se resuelve el problema neurológico y mental: “El sexo no cambia, los cambios corporales son artificiales y se mantiene el patrón cerebral correspondiente al sexo corporal” (*Ibid*; 88). Por ende, las cirugías genitales y los tratamientos hormonales sustitutivos son mutiladores, no satisfactorios para los usuarios y debatibles éticamente, pues no resuelven la alteración “biológica” (*Ibid*; 83).

Es cierto que la hormonación puede modificar estructuras y actividades cerebrales cuya maduración es dependiente de hormonas sexuales y que, por tanto, difieren en el patrón que define el fenotipo cerebral femenino y masculino, pero no es un tratamiento ético (*Ibid;* 89, 90). Pues, de acuerdo con dichas autoras, la transexualidad es un trastorno mental que presenta alteraciones en los patrones de conectividad neuronal de los sujetos. Como resultado de dicha alteración, los sujetos procuran desintegrar mediante procedimientos médicos las partes incongruentes con su representación mental corporal, es decir, sufren disforia de género (*Ibid;* 87).

Dado que el problema es neurológico, los cambios corporales producidos por las terapias quirúrgicas y hormonales no resuelven el problema, pues las experiencias transexuales resultan de mecanismos de disociación de la emoción corporal aversiva del sujeto (*Ibid;* 88). De esta forma, se plantea que el valor de las neurociencias en el análisis bioético de la transexualidad sería identificar terapias aplicadas a nivel de la psique, ya que las modificaciones corporales que pretenden alinear el cuerpo a la mente son medidas mutiladoras que no resuelven el problema porque no tratan la alteración biológica de fondo.

2.2.3.2 “La ética de principios y el derecho a la identidad de género en el caso del transexualismo”

En este trabajo, Natalia Ubach (2013) propone una fundamentación ética para el libre acceso a las cirugías de rectificación sexual como derecho a la identidad de género transexual a partir de la ética de la convergencia.

La ética de la convergencia es una propuesta de Ricarco Maliandi y Oscar Thüer para mediar los conflictos entre los principios éticos planteados por Beauchamp y Childress (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia). El primer paso es ordenar los principios en dos pares: universalidad-individualidad y conservación-realización. El primer par incluye los conflictos que pudieran existir entre la justicia (principio de universalidad) y la autonomía (principio de individualidad), catalogados como conflictos sincrónicos. El segundo par hace referencia a los conflictos entre la no maleficencia (principio de conservación) y la beneficencia (principio de realización); conflictos diacrónicos.

Una vez en pares, se propone una reflexión pragmática-trascendental que minimice los conflictos y maximice su armonía. Para ello es necesario sopesar los conflictos entre

principios del mismo nivel sin la intención de elevar uno sobre el otro, sino de intentar disolver tensiones entre ellos con el fin de tomar decisiones adecuadas para el caso en cuestión. Considerando esto, Ubach aborda el caso de la rectificación sexual en los transexuales.

En el plano sincrónico, Ubach postula que, dado que la sociedad debe abogar por la salud de todos los individuos, es verosímil garantizar las rectificaciones de sexo, igualmente, la cirugía no afecta a ningún tercero pues el individuo dispone de su cuerpo de acuerdo con su autoidentificación, por lo que el principio de justicia es respetado. Mientras que el principio de autonomía también es respetado si se considera que los individuos son quienes solicitan la cirugía haciendo efectivo su derecho a la identidad. Por tanto, no existirían conflictos entre dichos principios.

En el plano diacrónico es donde surgen los conflictos al intentar sopesar entre la beneficencia y la no maleficencia de someter al individuo a una cirugía de rectificación sexual, debiéndose evaluar los posibles riesgos de la cirugía contra los posibles daños e inconvenientes que implicarían para el individuo no operarse.

Ubach (*Ibid*; 45) plantea que si se considera que los individuos transexuales sufren un daño debido a la sensación constante de inconformidad con su cuerpo, la cirugía podría ayudar a suprimir dichos malestares, por lo que se podría considerar benéfica para su proyecto de vida. Respecto a la no maleficencia, en el balance entre riesgos y beneficios de la cirugía, los beneficios en el cambio de vida son más apreciados que los posibles riesgos técnicos. Por tanto, el conflicto es superado y la cirugía es moralmente permisible. No obstante, añade que la intervención no es en todos los casos el mejor abordaje de la transexualidad, aunque sí puede considerarse un paliativo (*Ibid*; 47).

Ambos análisis antes expuestos son ejemplo del abordaje lícito o ilícito de las cirugías de reasignación sexual, y además manifiestan la correspondencia sexo-genérica en el estudio bioético de la transición de género.

2.3 La correspondencia sexo-género en el análisis bioético de la transexualidad

En los planteamientos de todos los autores mencionados previamente: Mazuelos, Sgreccia, Blázquez, Perico y López Apizarte, López Moratalla y Calleja Canelas, y Ubach, se identifica

un patrón en el abordaje bioético de la transexualidad. Existe un arraigo en el entendimiento de la transexualidad como una entidad clínica caracterizada por una disforia de género que puede ser corregida o aminorada a través de procedimientos médicos endocrinológicos, quirúrgicos, psicoanalíticos o de intervención cerebral que alineen el sistema sexo-género de los individuos.

El abordaje ético se centra en la moralidad de las prácticas médicas correctivas que aminoran un padecimiento psico-biológico, de manera que la sustitución hormonal y las cirugías genitales se consideran paliativos para los individuos que no reconocen sus genitales como propios. De esta forma, la beneficencia médica se enfoca en la reasignación de un cuerpo que asegure una correspondencia sexo-genérica con el fin de que los individuos transexuales puedan integrarse a la sociedad, perpetuando un legado que prejuzga algunas experiencias trans.

El desarrollo tecno-científico ha permitido plantear nuevas teorías sobre el origen de la transexualidad, como se mencionó, las neurociencias prometen ser una ventana a nuevos conocimientos sobre las conductas humanas, sin embargo, todo conocimiento es situado e intencionado y las reflexiones bioéticas no deberían perder este punto.

El abordaje de la transexualidad como “una alteración cerebral que apenas está empezando a conocerse” la considera una entidad meramente biológica resultado de una alteración neuronal que condiciona a una disfunción en la percepción cerebral del propio cuerpo (López Moratalla, *Ibid*; 247-328). López Moratalla y Calleja Canelas (*Ibid*; 84) describen diferencias entre las conexiones cerebrales de personas transexuales y personas no transexuales y mediante técnicas de neuroimagen refieren haber encontrado alteraciones cerebrales que subyacen al trastorno mental transexual, en el cual las personas procesan mentalmente una imagen corporal errónea (*Ibid*; 85).

Dicha incongruencia de la representación corporal es lo que provoca la angustia psicosocial en los sujetos transexuales (*Ibid*; 87) (la disforia de género), lo que lleva a considerar:

Si como apuntan los resultados, la transexualidad tiene que ver con una disfunción de la percepción del propio cuerpo, obviamente siempre sexuado, que lleva a sentir

*una identidad sexual contraria al sexo corporal, los datos sugieren que lo que habría que adecuar es el cerebro al cuerpo y no al contrario. No hay indicios de que los factores sociales sean los responsables de la transexualidad (López Moratalla, *Ibid*, 366; 267).*

De esta forma, la reflexión bioética se centra en la forma de alinear el cerebro al cuerpo y el género al sexo de los sujetos con disforia.

Por su parte, Ubach propone abordar el análisis de la transición de género entendida como el ejercicio de un derecho a la identidad personal de los transexuales. No obstante, la reflexión recae en las consideraciones de un trastorno a corregirse o al menos paliarse, al tiempo que se reproducen patrones normativos del sistema sexo-género y se dejan de lado experiencias más allá del discurso de lo transexual.

Ambos argumentos recaen en las posturas lícita e ilícita del cambio de sexo referidas por Mazuelos, partiendo de la idea de una ciencia médica que integra socialmente a los individuos transexuales y les ofrece un reconocimiento mediante la restitución de un cuerpo y una mente legible por una hetero-sexualidad dominante.

Este trabajo considera que reconocer que existen discursos que desbordan la categoría transexual y experiencias de transición que cuestionan el diagnóstico de disforia de género es el primer punto para un análisis bioético crítico de la transición médica de género.

2.4 Bioética *queer*

De acuerdo con Abby Wilkerson (2013) una de las tareas de la bioética debería ser evaluar cómo se incorpora la información médica y científica a la política con el fin de reconocer la influencia de las prácticas médicas sobre las identidades de las personas. Un gran paso al respecto ocurrió en 2010 cuando Lance Wahlert, director del Programa de Maestría en Bioética y director del Departamento de Ética Médica y Políticas Públicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pennsylvania en Philadelphia, Estados Unidos, fundó una nueva disciplina académica: el Proyecto en Bioética, Sexualidad e Identidad de género, o

también conocido como Bioética *Queer*, con el objetivo de integrar las experiencias de los individuos LGBTQI¹¹ a los centros de atención a la salud.

Lance Wahlert y Autumn Fiester (2012) refieren que lo *queer* representa un término que incluye a todas las minorías sexuales y genéricas; es un término *paraguas*. No obstante, la palabra *queer* se remonta a un insulto homofóbico que a partir de 1990 activistas gays y lesbianas utilizaron como punto de resistencia dentro de los análisis académicos (McKenna & Kessler, *Ibid*).

El uso de lo *queer* dentro del ámbito académico es atribuido a Teresa De Lauretis, quien en 1990 impartió el taller “Queer theory: lesbian and gay sexualities”, donde retomó su trabajo *Technologies of gender* (1987), el cual plantea al género como una tecnología que construye sujetos hombres o mujeres concretos (Pons y Garosi, *ibid*).

De tal manera que lo *queer* además de poder ser una categoría identitaria reivindicativa hace referencia a un modo de pensar, a un paradigma que procura la disrupción de asunciones erróneas en torno a la sexualidad, representa una rebelión en contra de las expectativas heteronormativas y constituye un reclamo de afectos considerados problemáticos (Boylon & Adams, 2016; 86).

A partir de la propuesta de romper las expectativas de las relaciones heterosexuales (*Ibid*), la teoría *queer* propone que todo puede abrirse al análisis, a la revisión y al rechazo (McKenna & Kessler, *Ibid*); y que en un análisis crítico de la sexualidad lo *normal* pudiera *invertirse* (Warner, 1993).

Para Danica Hays y Anneliese Singh (2012, 41) la teoría *queer* representa una extensión del paradigma constructivista que incorpora cómo el pertenecer a una minoría sexual influye en las experiencias de los individuos. Entendimiento que posibilita la promoción de una crítica en torno al poder, al privilegio y a la injusticia social (Boylon & Adams, *Ibid*, 95).

¹¹ Lésbico-gay-bisexual-trans-queer-intersexual.

Wahlert y Fiester (*Ibid*) refieren que la bioética *queer* es un subcampo de la bioética que se intersecciona con la sexualidad y el género, cuyo interés es crear un análisis crítico y multidisciplinario en torno a los problemas éticos derivados de los estigmas sociales que las minorías genéricas y sexuales enfrentan. Al posicionar a las personas LGBTQI dentro del discurso bioético se fomenta el reconocimiento de las complejidades que implica la provisión de atención en salud a dicha población (Unger Baillie; 2012).

Para ello, las propuestas de la bioética *queer* son: 1. Examinar las formas en las que las personas LGBTQI han sido ignoradas, estandarizadas, juzgadas, patologizadas y amenazadas en el ámbito clínico, y 2. Cuestionar el escrutinio clínico al que hasta ahora se han expuesto las identidades *queer* con el fin de replantear las necesidades *queer*-específicas para un mejor abordaje (Wahlert y Fiester, *Ibid*).

Con el propósito de alcanzar tales objetivos, Wahlert y Fiester refieren que es necesario que la bioética preste más atención a lo *queer*, pero que también se *queereee*. Para Warner (*Ibid*) “queerear” es volver la sexualidad “normal” algo extraño y trastornado; desafiar la sexualidad dicotómica y asumir que ser *queer* es apelar a la fluidez. Es decir, adoptar una perspectiva alterna al abordaje tradicional de la sexualidad y el género, la cual ponga a crítica ideas no cuestionadas que se han llegado a considerar dadas por sentado; con el fin de identificar relaciones de poder subestimadas y ofrecer posibilidades de resistencia y visibilidad de otras formas de pensamiento y vida (Yep, 2013; 86).

2.5 Un análisis *queer* de la transición de género

Las aproximaciones clínicas al *fenómeno transsexual* pretenden restablecer un trastorno que rompe la linealidad entre cuerpo y mente a través del acceso a terapias hormonales y quirúrgicas de transición de género; prácticas que han podido aproximar a algunos individuos a sus expectativas corporales personales, pero que también han contribuido a la subordinación de los sujetos ante patrones corporales y de conducta legibles por una práctica heteronormativa. De acuerdo con Lamas (*Ibid*; 264), los *Standards of care* están delimitados por construcciones y entendimientos de la identidad de género desde un paradigma normativo de la sexualidad que medicaliza las identidades *trans* y que deriva en lecturas legítimas de un cambio de sexo.

Para reivindicar experiencias heterogéneas que coinciden en una búsqueda de prácticas médicas de modificación corporal, es pertinente explorar desde la bioética qué es una identidad *trans* y cuál es el abordaje médico de la transición de género. A partir de las propuestas de una bioética *queer*, la medicina puede desarrollar acercamientos críticos a las experiencias *trans*. Entendiendo, lo “trans” como un *paraguas* en términos de identidad de género que no se corresponden con los estándares genérico-heterosexuales.

Como fue mencionado, las identidades *trans* son heterogéneas, pero pueden compartir (1.) la presión de embonar en una de las categorías dicotómicas del género y (2.) un destino social que las margine. Ambos fenómenos debido a que el reconocimiento de la “humanidad” de los cuerpos ocurre sólo si estos pueden leerse a partir del marco de reconocimiento social (Butler; 2010). La disforia de género enmarca la humanidad de los sujetos *trans* desde la heteronormatividad.

De acuerdo con la heteronormatividad sólo hay dos posibilidades de cuerpos que importan: el cuerpo de mujer que naturaliza las normas de género, sexo y deseo, y el de hombre que naturaliza las normas de género, sexo y deseo. De existir cuerpos que no se amolden a dichas normas, decae su nivel de humanidad (Alvarez de Atayde; 2011). Por estos motivos muchas identidades se han visto sometidas, apoyadas de técnicas médicas, a la exigencia de “pasar”¹² y poder ser identificadas por un “sexo” congruente.

Con el fin de desarrollar a un análisis interdisciplinario de la transición de género y lo *trans*, este trabajo retoma nociones situadas en la intersección entre los estudios culturales y el feminismo.

2.5.1 Los estudios culturales

De acuerdo con Szurmuk y Mckee (2009; 11), los estudios culturales se desarrollaron en la segunda mitad del siglo XX a partir de un movimiento democratizador de la cultura en el

¹² “Pasar” es el término que Garfinkel utilizó para designar la gestión por la cual una persona logra asegurar sus derechos a vivir en un estatus sexual elegido (Lamas, *Ibid*; 30); es poder ser reconocido como parte de una categoría sexual aunque ésta sea incongruente con el sexo socialmente esperado.

mundo angloparlante. Para Grossberg (2006; 2), los estudios culturales son un proyecto de construcción política del presente a partir de un alcance radicalmente contextualizado. Su intención es evitar la reproducción universal de un conocimiento esencialista que contribuya a relaciones de dominación, inequidad y sufrimiento. De acuerdo con Szurmuk y Mckee (2009; 31), los estudios culturales son un área de conocimientos que contribuye a la retroalimentación de diversas disciplinas a través de la crítica cultural. Entendiendo a la crítica cultural como la aplicación de metodologías y teorías multidisciplinarias al análisis de la producción y consumo de la cultura (*Ibid*; 25).

Este paradigma postula abordar las emergencias sociales y culturales desde la complejidad. Yaneer Bar-Yam (1997; 1) refiere que la diferencia entre el pensamiento simple y el pensamiento complejo radica en la noción de interconexión, bajo la cual no es posible partir de elementos aislados para explicar las conductas de un sistema, sino que es necesario entender las interacciones y los cambios de estado internos.

2.5.2 El feminismo

El feminismo es un proyecto de visibilidad política de las oprimidas a través de la crítica a la división heterosexual y androcéntrica de los seres humanos. Pero como refiere Sam Killerman (2003; 153), es un movimiento multifacético y profundamente segmentado.

Referente a lo trans, Alba Pons y Eleonora Garosi (2016) describen tres aproximaciones feministas principales: 1. la postura radical, 2. la postura de la diferencia sexual, y 3. la postura queer.

El feminismo radical

El feminismo radical retoma la ideología esencialista de la biología como destino del género. Personajes como Raymond (1979) consideran que las mujeres trans no pueden ser consideradas como mujeres, sino como hombres infiltrados que buscan dominar el movimiento feminista; o como Sheila Jeffreys (2003) consideran a los hombres trans como mujeres que traicionan tanto su naturaleza femenina como a la comunidad lesbiana. Es

decir, bajo el paradigma del feminismo radical se niega toda experiencia *trans*, las mujeres *trans* representan lobos con piel de oveja y los hombres *trans* representan traición.

El feminismo de la diferencia sexual

El feminismo de la diferencia sexual considera al género como un constructo social a partir de una base material biológica y el cuestionamiento se dirige al determinismo biológico del género. De esta forma, las personas *trans* representan la socialización genérica. Es decir, lo *trans* ejemplifica cómo el género no se determina por el sexo sino mediante una representación social reiterada.

El feminismo queer

El feminismo *queer* considera el género y el sexo como constructos derivados de un pensamiento y una matriz heterosexual. Esta aproximación considera a las personas *trans* como sujetos políticos legítimos del movimiento feminista. Es decir, no sólo el género sino también el sexo derivan de una representación y constructo social.

De acuerdo con Pons y Garosi (2016), la teoría *queer* ofrece al feminismo una postura crítica histórica y política tanto del proceso de construcción de las identidades sexo-genéricas binarias como de su “normalización”.

2.5.3 Trans: Un abordaje “alterno” a la transexualidad

La identidad de género es fundamental para el desarrollo de la personalidad, todos incorporamos una y nos desenvolvemos en ella. Los sujetos que lo hacen acorde a la norma heterosexual, asumen su identidad de forma inadvertida, a pesar que su reproducción y posicionamiento sean cotidianos. Empero, los sujetos cuya identidad no se corresponde con la heteronormatividad establecida para su “sexo¹³”, pueden llegar a perder el

¹³ “Sexo” entendido como una determinación de criterios biológicos socialmente convenidos para diferenciar los cuerpos (West & Zimmerman; 1999).

reconocimiento externo y ser dirigidos al anonimato y destierro social. Tal es el caso de muchas personas “trans”.

Fuera del ámbito médico, el abordaje de la categoría “identidad de género” desde los estudios culturales y en especial desde el feminismo ha develado al género como un constructo, producto y proceso que “da cuenta de relaciones de poder y dominaciones transhistóricas y transculturales” (Serret, 2011; 72), lo que ha posibilitado mudanzas a la propuesta inicial del entendimiento del género, la identidad de género y la transexualidad e, igualmente, ha dado origen a categorías como el transgenerismo, lo *drag* y lo *cis*-¹⁴.

Serret (*Ibid*; 72) refiere que uno de los conflictos que existe en la falta de claridad explicativa y descriptiva al aludir a la identidad de género es la diversidad de significados que se le pueden dar a “género”. Por ello, plantea tres niveles para abordar ésta categoría: el género simbólico, el género imaginario social y el género imaginario subjetivo.

1. El género simbólico retoma consideraciones de las antropologías hermenéutica y estructuralista en torno a la relación entre signo, significado y símbolo, en donde el signo es un referente vacío que sólo se convierte en símbolo a través de una significación.

Serret considera que culturalmente las parejas simbólicas son las unidades mínimas del orden simbólico que nos permiten comprender el mundo a través de dos elementos que se niegan entre ellos, pero que sólo a través de esta negación es que podemos entender cada uno. En la relación de estas parejas existe una asimetría entre los elementos, mientras que uno se constituye como central, el otro lo hace como un valor de negación,

¹⁴ Transgénero denota a aquella persona que se identifica con una identidad de género no-convencional.

Drag se refiere al acto de performance teatral de una identidad masculina (Drag King) o de una femenina (Drag Queen), las cuales representan una exageración de los estereotipos genéricos.

Cis- es un prefijo que hace referencia a un eje de correspondencia entre el constructo cuerpo y el constructo género de acuerdo con el *pensamiento heterosexual*. Se utiliza para designar y diferenciar al sujeto cisgénero (aquel cuya identidad de género y sexo se corresponden con los asignados al nacimiento) del transgénero (Killerman, *Ibid*; 79). Es decir, marca la diferencia entre una mujer-trans y una cis-mujer y entre un hombre-trans y un cis-hombre. De forma “simplista”, podría ser intercambiable con las menciones “mujer biológica” y “hombre biológico” comúnmente utilizadas para diferenciarlas de sus homólogos trans.

límite y periférico; se relega a una alteridad radical definida como ausencia (“lo que no es”).

En el género simbólico lo masculino es la categoría central y lo no-masculino (femenino) la categoría límite. Aquí, las categorías hombre-mujer no aplican, puesto que la significación primaria del mundo la realizamos a través de una delimitación entre masculino y femenino (*Ibid*; 79).

2. El género imaginario social clasifica a los seres en hombres y mujeres a partir del cuerpo sexuado: hombre es el ser que actúa significados de masculinidad y mujer el ser que actúa significados de feminidad, según el género simbólico. A partir de esta división en el imaginario social existen códigos que moldean comportamientos, ideas y valores que se reproducen en la práctica de acuerdo con lo que significa ser hombre o mujer desde lo simbólico (*Ibid*; 84).

Una diferencia entre el género simbólico y el género como imaginario social es que el primero no tiene variaciones entre las culturas, pues el significado de la feminidad ha permitido mantener un orden social (*Ibid*; 83), mientras que el género como imaginario social (las conductas reguladas) sí presenta diferencias entre las culturas y puede dar lugar a terceras categorías, “los otros”, que representen alteridades feminizadas imaginariamente como los *gays*, *trans*, indígenas, negros, etc. (*Ibid*; 85).

3. El género imaginario subjetivo se refiere al posicionamiento que una persona toma en relación con los significados del género simbólico e imaginario social. Representa cómo actúa la persona entre lo masculino y lo femenino según su propia consideración de lo que es ser hombre o mujer.

El género imaginario subjetivo es el elemento que conforma la identidad de género; es una fluidez reflexiva entre la autopercepción y la percepción social.

En este entendido, la identidad de género se conforma a partir del posicionamiento subjetivo masculino-femenino, la diferencia sexual y el posicionamiento frente al deseo (deseo sexual y deseo estructurante de la subjetividad) (*Ibid*; 89). Es una percepción elaborada mediante

la integración de comportamientos sociales con significados compartidos y representa la intersección entre la percepción propia y la social sobre uno mismo (*Ibid*; 92).

La identidad de género es un concepto construido histórica, social y culturalmente que marca una relación entre los individuos de acuerdo con su pertenencia o no dentro de los códigos sexuales dominantes (*Weeks; Ibid*). Garfienkel y Stoller (*Ibid*; 135) señalan que cada sociedad ejerce controles estrechos en cuanto a la transferencia de estatus entre personas, y en el caso de sociedades con cambios en el estatus sexual, dichos controles son particularmente restrictivos; Stryker (2006) menciona que los cuerpos son significativos cuando una especificidad histórica y cultural transforma su entidad física en un artefacto útil.

Actualmente, de acuerdo con los Principios de Yogyakarta¹⁵ (Alston; 2007), existen estados y sociedades que imponen a las personas normas referentes a la orientación sexual e identidad de género mediante costumbres, leyes y violencia con el fin de controlar cómo las personas viven sus relaciones personales, su sexualidad y sus identidades.

Dependiendo del valor que se le otorgue al cuerpo y a los estereotipos genérico-sexuales temporales, pueden coexistir diversas identidades de género, como ejemplo: las Kathoey en Tailandia, las Fa'afafine en Samoa, las Māhū en Hawái, las Hijra en India y las Mixe en Oaxaca, México, las cuales, al igual que las identidades transexual y transgénero de las sociedades occidentales, pueden integrarse dentro de las denominadas "identidades *trans*".

2.5.3.1 Heteronormatividad

El género es un "logro" que se da en la interacción cotidiana; un elemento emergente de las relaciones sociales a partir de actividades y conductas normativas de acuerdo con la

¹⁵ Los principios de Yogyakarta son el resultado de un proyecto puesto en marcha por la Comisión Internacional de Juristas y el Servicio Internacional de los Derechos Humanos con el fin de desarrollar principios jurídicos internacionales en materia de derechos humanos con base en la identidad de género y la orientación sexual. Reciben el nombre de la ciudad indonesia en donde se realizó la reunión de su elaboración en 2006.

categoría sexual¹⁶ de cada persona (West y Zimmerman; 1999). Dichas conductas “normativas” del género y de la identidad de género dentro del contexto occidental están reguladas por lo que Wittig (2006) denomina *el pensamiento heterosexual*.

El pensamiento heterosexual alude a preconceptos que utilizamos para referirnos a nosotros mismos de acuerdo con un pensamiento que naturaliza la relación hombre-mujer a través de una correspondencia heterosexual considerada *natural* y socialmente obligatoria, la cual ha culminado en un orden universal dogmático y en la imposición de dominaciones dentro de las interacciones humanas (*Ibid*).

Dichas conductas “hetero-normativas”, de acuerdo con Butler (2007), están reguladas por una “matriz heterosexual”, referida como la oposición asimétrica de los binarismos masculino/femenino y hombre/mujer.

Para la heteronormatividad, la exclusión entre tales parejas crea cuerpos, géneros y deseos “coherentemente naturalizados”: hombre-masculino-heterosexual y mujer-femenina-heterosexual. Sin embargo, tal paradigma deja de lado que la sexualidad es un ámbito diverso en sus prácticas, deseos e identidades, de forma que niega la existencia de identidades “no hetero-normativas”.

2.5.3.2 Lo trans

En 1979, la activista Virginia Prince propuso reemplazar la categoría “transexual” por una nueva categoría, la “transgénero”. La propuesta era que a pesar de que alguien realizase una reasignación genital, su sexo biológico esencial no cambiaría, por tanto no sería posible la existencia de un individuo transexual, pues lo que éste cambia es su género (McKenna y Kessler, 2006).

¹⁶ La noción “categoría sexual” es acuñada por West y Zimmerman (1999) para englobar las demostraciones que socialmente son requeridas para que se pueda identificar a una persona dentro de la categoría (sexual) hombre o mujer; la descripción del género como imaginario social de Serret (2011) tiene afinidad a la noción “categoría sexual”.

A pesar que la definición de Prince no fue exitosa, McKenna y Kessler (*Ibid*) refieren que a partir de 1995 lo “transgénero” se introdujo tanto en la cultura popular como en los ámbitos académicos, pero cada disciplina le dio diferentes entendimientos. Mientras que en el ámbito médico este término se presentó como intercambiable al de “transexual”, en las ciencias sociales y humanidades representó un punto de partida para deconstruir la *identidad de género (Ibid)*.

A partir de las diferentes connotaciones que se le dan a lo transgénero, McKenna y Kessler (*Ibid*) realizaron un análisis de los significados y categorizaron tres sentidos tomando como referencia el prefijo *Trans*: *Trans* como transformar, *Trans* como atravesar y *Trans* como ir más allá.

1. *Trans* como transformar está presente en la mayoría de los discursos médicos, en los que se hace referencia a una persona que cambia de macho a hembra para encajar en un género identitario. En este sentido, lo *trans*-género es intercambiable con lo *trans*-sexual.
2. *Trans* como atravesar está asociado a la confrontación frente a actitudes naturalizantes del género. *Trans*-género en este sentido se utiliza para desafiar que existen sólo dos géneros, que la identidad de género es estable y que los genitales son los que definen el género; se apela a la fluidez entre los géneros.
3. *Trans* como más allá es aludir a lo *queer*. A partir de la noción constructivista del género, que lo entiende como una repetición de actos, lo *Trans*-género abre la posibilidad de que no sentirse como hembra pudiera no significar sentirse como varón; lo que implica *queerear* el género.

Esta última categoría, lo “trans” como ir más allá, engloba una multiplicidad de experiencias y categorías que no se corresponden con los estándares genérico-heterosexuales occidentales. Para García (*Ibid*; 56), incluye

“identidades culturales dispersas y diversas que se ubican en cuerpos intervenidos, operados, hormonizados, maquillados; en cuerpos que quieren diferenciarse,

reivindicar formas de ser por fuera del binarismo hombre-mujer imperante o en otros cuerpos que por el contrario pretenden diluirse en tal estructura binaria, sin levantar sospecha, sin consignas transgresoras, sin propuestas renovadoras, simplemente “pasar” y no levantar la más leve sospecha de toda una historia encarnada de intensas disputas en el sexo y en el género, de tránsitos, de intervenciones médicas y estéticas”.

Pons y Garosi (2016) refieren que el término trans fue aportación de Mauro Cabral (2009) con el fin de remarcar una variabilidad y pluralidad de experiencias. De acuerdo con dichas autoras (*Ibid*) lo trans es “una estrategia inclusiva de la variabilidad humana en el campo del género” que preserva la diversidad de experiencias al hacer género, pues, al no enmarcarse en el régimen de las categorías médicas, lo trans promueve ir más allá del sistema binario sexo-género y critica tanto la producción de identidades como la realidad social a través de una lente incluyente. Para Cabral (2003), lo trans incluye a toda persona que se reconoce en alguna de las narrativas de transición de género.

Lo trans desde una perspectiva que intersecciona los estudios culturales y el feminismo *queer*, “implica “ir más allá” de la identidad, del género y de lo “normal”, con el fin de evidenciar la arbitrariedad de una normalidad pretendida (*Ibid*); es reflexionar mediante el conocimiento situado en torno a cómo el género puede “hacer” y humanizar sujetos, o “deshacerlos” y tornarlos ilegibles (Butler; 2006). Para García (*Ibid*; 34), las trans son una oportunidad para abrir la puerta a la liberación de las restricciones sexo-genéricas.

Capítulo 3. Diseño de la investigación

3.1 El diseño de la investigación

Con apoyo de un estudio de caso, éste trabajo analiza la perspectiva bioética de las prácticas médicas de la transición de género. El supuesto de partida es que la medicina juega un papel central en el reconocimiento del derecho a una identidad *trans*, pero la reproducción de patrones normativos de la sexualidad contribuye a la estereotipia de experiencias y a la *normalización de procedimientos correctivos* dentro de la reflexión bioética. Igualmente, la invisibilidad de subjetividades que no se enmarcan dentro de las idealizaciones del “verdadero” transexual, transgénero o travestí resulta en una regulación heteronormativa de la sexualidad y el género.

La presente investigación rescata aproximaciones “alternas” a lo *trans* y se interesa por ampliar el análisis bioético desde el terreno de la incertidumbre.

3.1.1 La pregunta inicial de la investigación

La pregunta inicial de este trabajo es: ¿cuál es la perspectiva de la bioética en el abordaje médico de la transición de género?

Para ilustrar el proyecto se integró un estudio de caso obtenido de una Clínica Universitaria de Diversidad Sexual de la Ciudad de México.

3.1.2 Hipótesis principal y secundarias

Para el abordaje de la pregunta inicial, se plantea la siguiente hipótesis: *Los abordajes bioéticos reproducen patrones heteronormativos que vulneran el derecho a una identidad de género trans.*

Las hipótesis secundarias son:

1. Las prácticas médicas vulneran el derecho a una identidad de género trans mediante el diagnóstico de disforia de género.
2. El concepto de “transición de género” dentro de la medicina y la bioética no integra las experiencias de las usuarias.

3.1.3 Objetivos:

3.1.3.1 Objetivo principal: analizar la perspectiva bioética en el abordaje médico de la transición de género

3.1.3.2 Objetivos secundarios:

- a. Describir el abordaje médico de la transición de género.
- b. Exponer el abordaje bioético de la transición médica de género.
 - Definir si el abordaje bioético responde a las necesidades de la población en transición médica de género.
- d. Desarrollar un estudio de caso de transición médica de género.

3.1.4 Justificación

De acuerdo con los Principios de Yogyakarta (*Ibid*; 6), la identidad de género es una de las características esenciales para el respeto a la dignidad y la humanidad de toda persona. De ello que la salvaguarda de la diversidad de las identidades de género sea una preocupación bioética. No obstante, para promover dicha diversidad es necesaria una aproximación incluyente.

3.2 La metodología cualitativa

Este trabajo discute un estudio de caso mediante la metodología cualitativa.

De acuerdo con Hays y Singh (*Ibid*; 15), las bases de la investigación cualitativa datan de los trabajos sociológicos y antropológicos del siglo XV d.C. que promovían el conocimiento del *otro* y de la cultura. No obstante, el origen como “metodología” surgió alrededor de la década de 1970 (Adams St. Pierre, 2016; 25; Hays y Singh, *ibid*) como crítica desde las ciencias sociales al exceso de aproximaciones positivistas (Adams St. Pierre, *ibid*).

Las principales características de esta metodología son: la complementariedad entre un análisis inductivo y abductivo¹⁷, la realización en un escenario natural, la importancia que otorga al contexto, la no pretensión de una muestra representativa, la prioridad de la descripción detallada frente a la generalización, su carácter interactivo y flexible y el reconocimiento de una subjetividad en su desarrollo (Hays y Singh, *ibid*; 5).

El desarrollo metodológico de este trabajo toma de referencia el *Manual de Investigación en Ciencias Sociales* de Raymond Quivy y Luc Van Campenhoudt (2005), quienes proponen tres actos que constituyen la investigación social: la ruptura, la estructuración y la comprobación.

El primer acto implica reconocer y romper los preconceptos y prejuicios que se tienen en torno al tema; el segundo acto responde a la estructuración de un marco teórico de referencia mediante la problematización y la estructuración de un modelo de análisis; y, el tercer acto es la verificación de los hechos a través de la observación, el análisis de la información y las conclusiones.

Para este proyecto el paradigma de soporte es la teoría queer, la cual forma parte del paradigma constructivista al considerar que no existe una verdad universal, sino diversas realidades de un fenómeno, según las interacciones sociales y los contextos histórico, cultural, político y geográfico, añadiendo el interés por saber cómo la orientación sexual e identidad de género influyen en el entendimiento del fenómeno de estudio (Hays y Singh, 2012; 41).

3.3 Esquema general de la investigación

De acuerdo con la propuesta de Quivy y Van Campenhoudt (*Ibid*), el mapa general de este trabajo se presenta a continuación:

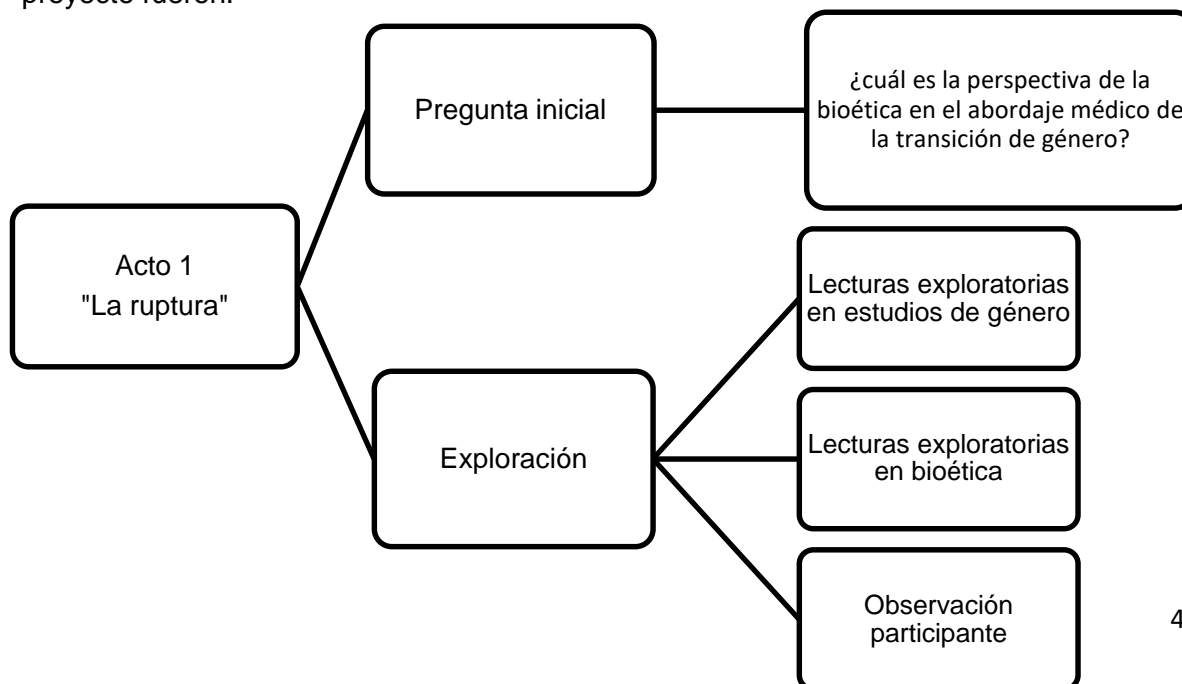
¹⁷ El análisis inductivo se refiere a la formulación de una teoría o a la profundización del conocimiento de un fenómeno a partir de los datos. El análisis abductivo plantea reconocer las formas en que los análisis realizados en la investigación pueden contribuir a la generación de “nuevos conceptos” (Hays y Singh, *ibid*; 6).

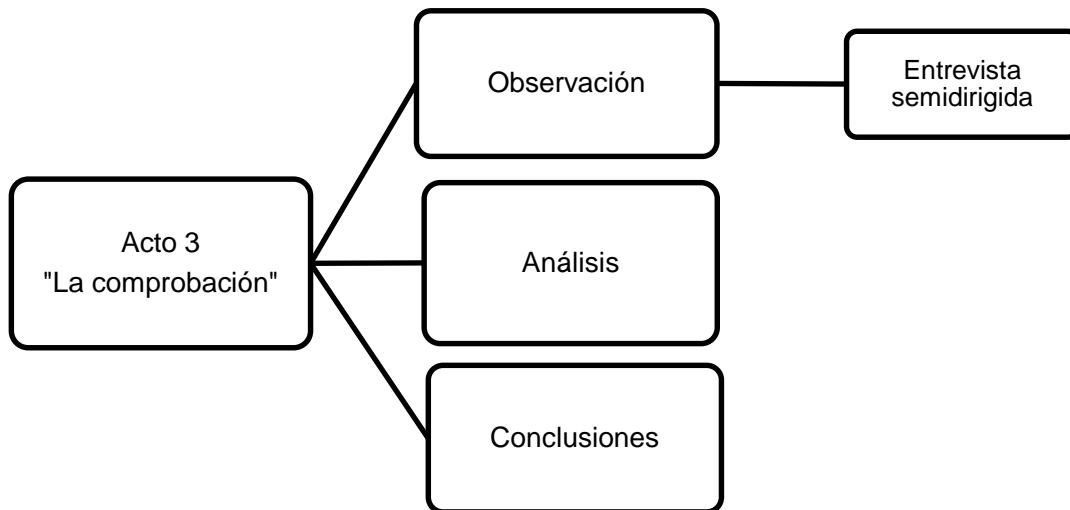
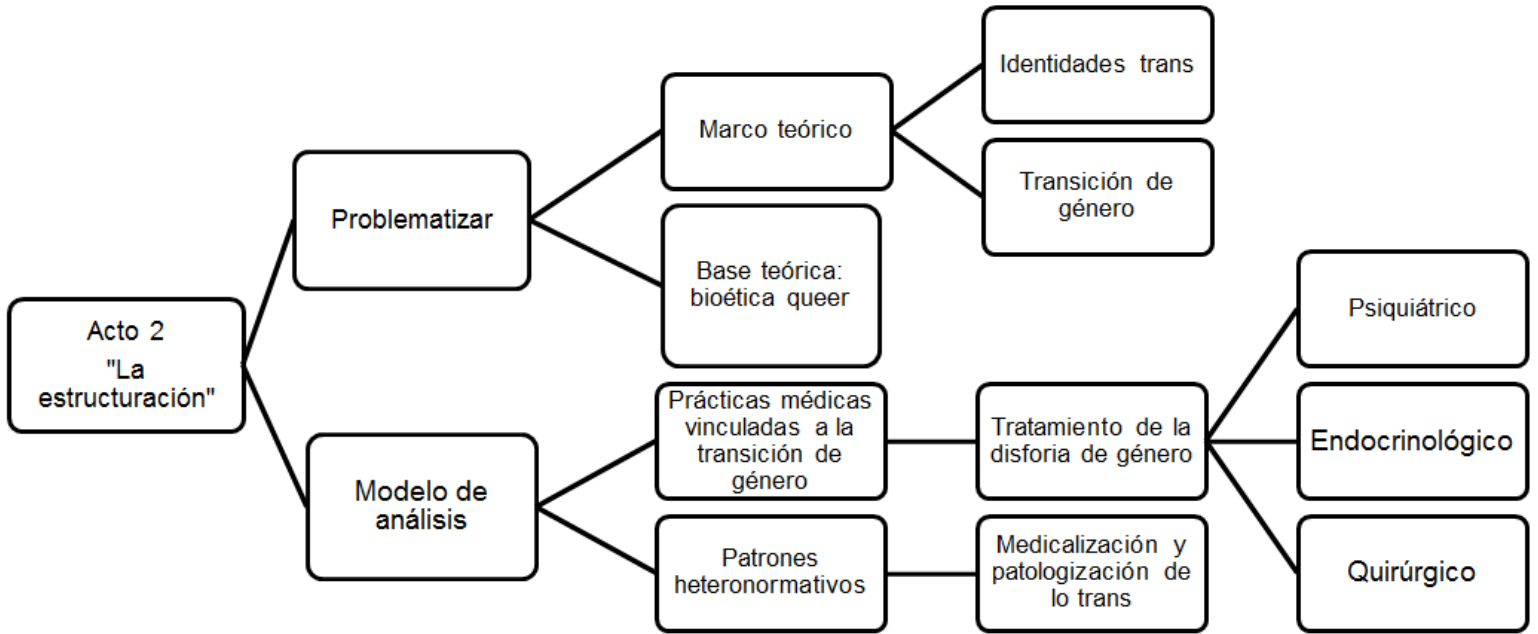
La ruptura partió de la pregunta ¿cuál es la perspectiva de la bioética en el abordaje médico de la transición de género? Las lecturas exploratorias se obtuvieron de dos seminarios de estudios de género en el Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y de los diversos seminarios del programa de Maestría en Bioética de la UNAM. En este acto también se realizó observación participante en una Clínica Universitaria de Diversidad Sexual de la Ciudad de México.

La estructuración consistió en la elaboración del marco teórico tomando como conceptos clave la identidad de género trans, la transición médica de género y la disforia de género. Posteriormente, se precisó el problema utilizando como enfoque para abordarlo la propuesta de la Bioética Queer, la cual se enmarca dentro del paradigma de la teoría crítica de la sexualidad. Como modelo de análisis se utilizaron las siguientes variables, dimensiones e indicadores:

Variable	Dimensión	Indicador
Abordajes médicos de la transición de género	1. Psiquiátrica 2. Endocrinológica 3. Quirúrgica	Tratamiento de la disforia de género
Patrones heteronormativos	1. Medicalización trans 2. Patologización trans	Categorías trans

Por último, la verificación consistió en la observación directa a través de entrevistas semidirigidas a dos usuarias de la CxUDS. De forma esquemática los tres actos de este proyecto fueron:





3.4 Las técnicas de investigación

El estudio de caso se analizó a partir de tres técnicas principales: el análisis documental, la observación participante y la entrevista semidirigida.

El análisis documental abordó tres planos: bibliografía médica especializada en transición de género, bibliografía especializada en estudios culturales y feminismo en torno a las identidades trans, y bibliografía especializada en bioética. La recopilación de la información correspondió principalmente a los seminarios cursados en el Programa de Maestría y Doctorado en Bioética y en el PUEG. Tanto la observación participante como la entrevista semidirigida sirvieron para confrontar el modelo de análisis con datos observables.

3.4.1 La observación participante

La observación como herramienta para la obtención de datos consiste en examinar directa, detenida y sistemáticamente un objeto de estudio tal como sucede en la vida social (Pedraz Marcos, et al., 2014; 45). Según el nivel de integración del investigador con el fenómeno de estudio, la observación puede incorporar diversos grados de participación. De acuerdo con Guber (2001), la diferencia entre observar y participar radica en el tipo de relación cognitiva que el investigador entabla con los sujetos informantes y el involucramiento resultante.

Un investigador puede considerarse más “observador” o más “participante” según los roles que ejerza con los sujetos. Será “participante-observador” si desempeña roles locales y explicita el objetivo de su investigación; u “observador-participante” si se mantiene como espectador externo al grupo, participando sólo en actividades ocasionales (*Ibid*).

La diferencia entre la mera observación y el reconocimiento de una observación participante enfatiza la valía que tiene la presencia del investigador para el desarrollo de conocimiento. Para la observación participante, involucrarse e investigar son características de un proceso de conocimiento social (Holy; 1984). A través de la posibilidad de poner en comunicación las reflexividades del investigador y de los sujetos, la observación participante permite examinar críticamente conceptos teóricos y anclarlos en realidades concretas (Guber, *ibid*).

Observación participante en una Clínica Universitaria de Diversidad Sexual de la Ciudad de México

En este proyecto se realizó observación participante en una Clínica Universitaria de Diversidad Sexual en la Ciudad de México, la cual ofrece servicio a personas en transición médica de género.

La observación ocurrió entre febrero y mayo de 2016. Las consultas para personas trans ocurren los días martes y, generalmente, cada usuario acude mensualmente a cita de seguimiento. El ambiente de observación fue el consultorio de la clínica, en donde concurrían el psiquiatra, una médica general, un médico pasante de servicio social y el investigador, médico general, durante las consultas. La observación se limitó a las consultas: las interacciones entre los médicos y entre la paciente y los médicos.

El acceso al campo fue proporcionado por el psiquiatra, médico con formación y experiencia en atención a sujetos *trans*, con quien el investigador fue recomendado. Durante las consultas se tuvo la libertad de hacer preguntas abiertas a las pacientes y cuando no había consulta, el psiquiatra explicaba un poco de sus acercamientos al estudio de lo *trans*. Especialmente al médico pasante, quien ingresaba en ese mes al servicio social, y al investigador, novatos en ese ámbito de la psiquiatría, pues la médica general contaba con conocimiento adquirido de participaciones anteriores en la atención de sujetos *trans*.

3.4.2 La entrevista semidirigida

Una entrevista es una herramienta que a través del testimonio directo permite acceder a la experiencia íntima y vivencial de un individuo con el fin de comprender de forma sensible el fenómeno de estudio (Pedraz Marcos, et al., 2014; Banister, et al., 2004). De acuerdo con Spradley (1979), la entrevista es la forma en que se puede lograr que la gente hable sobre lo que sabe, piensa y cree.

La entrevista semidirigida es un punto medio entre una entrevista enteramente abierta y una entrevista estructurada. Se dispone de una guía de preguntas abiertas, sin embargo,

no se plantean en un orden forzoso o con un plan previsto. Se deja que el entrevistado se exprese libremente con sus palabras y en el orden que desee. Las preguntas guía sirven para regresar la entrevista a los objetivos de la investigación y para hacer uso de ellas cuando el entrevistado no haya llegado a ellas por sí mismo. La inserción de dichas preguntas debe de parecer lo más “natural” posible dentro de la conversación (Quivy y Van Campenhoudt, *ibid*; 184).

El guión

En este proyecto se realizaron entrevistas semidirigidas a dos mujeres trans con la finalidad de conocer sus objetivos de transición médica de género.

La guía general de las entrevistas fue:

- Ficha de identificación:
 - Nombre
 - Edad
 - Ocupación
 - Escolaridad
 - Lugar nacimiento
 - Edo. Civil
 - Orientación sexual
 - Cómo se identifica
 - Por qué
 - Estatus legal
- Proceso de transición:
 - Cuándo comenzó el proceso
 - Tratamiento
 - Vestirse/social
 - Cuál fue la primera experiencia de confrontación social
 - Cómo son las experiencias actuales
 - Cómo conoció la clínica
 - Cuál es su meta esperada
 - Quiere cirugías
 - Cuáles
 - Quiere reasignación genital
 - Qué sabe
 - En lo cotidiano, su identidad de mujer es completa o aún realiza actividades en donde se identifica con su identidad anterior
 - Redes de apoyo
 - Cómo la identifican
 - Cómo es su relación con familia/amigos/en su lugar de trabajo/escuela
 - Conflictos de valores durante el proceso
- Tratamiento médico:

- Efectos del tratamiento hormonal
 - Efectos deseados
 - Efectos secundarios
- Cuál es su postura frente a la terapia psicológica/psiquiátrica
- Categoría de identidad:
 - Qué entiende por trans, transgénero, transexual

3.5 El estudio de caso

Un caso es un sistema delimitado y específico (Hays y Singh, *ibid*; 44). Un estudio de caso es la oportunidad de estudiar individuo(s), eventos, actividades o procesos de un sistema determinado (Creswell, 2003; 2006). La finalidad de un estudio de caso es examinar un fenómeno en su contexto *natural*, con el fin de identificar los límites entre ambos (Yin; 2003).

Dentro de las ciencias sociales, los estudios de caso han servido para documentar detalladamente historias de vida y eventos. Su uso es útil para estudiar las características propias de un caso con el fin de proporcionar aproximaciones generales aplicables a otros (Hays y Singh, *ibid*; 46). La selección de los casos se realiza de acuerdo con la oportunidad del mayor aprendizaje posible, por tanto, usualmente se hace con los casos de mayor accesibilidad (Stake, 2005).

Es tarea del investigador decidir si se estudiará un único caso o casos múltiples. Un único caso sirve para “determinar si las proposiciones teóricas son correctas o si existen alternativas de explicación más relevantes” (*Ibid*). Hays y Singh (*ibid*) refieren que el caso único garantiza el entendimiento personal de un fenómeno; mientras que el estudio de caso múltiple sirve para investigar diferentes fenómenos similares en naturaleza.

Stake (*Ibid*) diferencia tres tipos de estudios de caso: el intrínseco, el instrumental y el colectivo. El estudio de caso intrínseco resulta cuando el investigador tiene un interés particular por el caso. En el estudio de caso instrumental el investigador procura entender un fenómeno particular exterior al caso. En el estudio de caso colectivo, múltiples casos son utilizados para investigar un fenómeno mayor o más general, o a una población.

De acuerdo con Yin (*Ibid*), las consideraciones a tomar en la colecta de datos en los estudios de caso son las habilidades del investigador, la preparación actual, el protocolo de estudio, el cribado de ideas potenciales, y un estudio piloto, con el objetivo de seleccionar el caso y diseñar su estudio.

El campo de estudio

La palabra “campo” se utiliza para designar el contexto en el cual la investigación se ubica (Hays y Singh, *ibid*; 159); no sólo representa un lugar, sino que incluye a una población, relaciones e interacciones (*Ibid*; 160). En este estudio se asistió a una Clínica Universitaria de Diversidad Sexual en la Ciudad de México a partir de la cual se tuvo acceso a las participantes.

El “trabajo de campo” hace referencia a las actividades en las que los individuos se relacionan en un ambiente específico (*Ibid*; 225). En este proyecto, el trabajo de campo ocurrió entre febrero y mayo de 2016.

Para describir un poco del contexto de la Clínica y de las participantes, se utiliza como comparación la Clínica Especializada Condesa (CEC), al momento del estudio, la clínica más importante para la atención de la transición médica de género en la Ciudad de México, y una de las mayores en América Latina.

Durante el tiempo en que se realizó la observación participante, no hubo consultas de primera vez y sólo se coincidió con cuatro usuarias. Una razón que se dio al bajo número de consultas fue que en últimos años se había recortado el presupuesto al programa, consecuentemente, se suspendió el apoyo con tratamientos hormonales y decayó el nivel de usuarios.

En el tiempo en que se acudió a la CxUDS se ofrecía terapia psiquiátrica y seguimiento del tratamiento hormonal gratuitos. Los laboratorios de seguimiento, el resto de consultas médicas y la adquisición de medicamentos eran obtenidos de forma externa a la Clínica.

En general, es una clínica pequeña y no muy promocionada, por lo que no es fácil llegar a ella si no es por medio de referencias personales o búsquedas específicas en internet. Por la atención, a grandes rasgos, podría considerarse como un tipo de “clínica de élite”. Ha atendido a personas de diversos estados de la república, pero su población mayoritaria es residente de la Ciudad de México y, en específico, estudiantes universitarios.

En contraste, la Clínica Transgénero de la CEC, de acuerdo con su sitio web, al momento del estudio, recibía aproximadamente 18 usuarios trans de primera vez al mes y había atendido a más de 700 personas. Dicha clínica ofrece terapia psicológica y tratamientos hormonales, así como otros servicios como ginecología, endocrinología, estudios de

laboratorio, atención dental, etc., de forma gratuita. Recibe a pacientes de cualquier parte de la república, pero el subsidio para el programa de transición sólo se brinda a residentes de la Ciudad de México.

El universo de estudio

Por la facilidad de acceso a las usuarias, el presente estudio se realizó únicamente con mujeres *trans*, pues no se coincidió con hombres *trans* durante la observación participante.

Durante la observación participante acudieron cuatro mujeres *trans* a consulta, cuyas características generales fueron:

- a. Edad promedio 28 años, con una edad mínima de 24 años y una máxima de 34 años.
- b. Escolaridad: una contaba con estudios de posgrado mientras que las otras tres estaban en trámites de titulación de licenciatura.
- c. Ocupación: tres trabajaban. Las ocupaciones fueron profesor o ayudante de profesor, traductora de artículos del inglés al español, redactora de resúmenes de noticias y cosmeatra.
- d. Estatus legal: dos contaban con documentos legales que acreditaban su identidad de mujer, una tenía intenciones en realizar el trámite, pero no en un tiempo corto, y la última dudaba mucho en realizarlo.
- e. Identidad social: dos eran reconocidas en todo momento como mujeres *trans* por su entorno familiar y social, las otras dos no habían terminado de hablar abiertamente con sus familiares y en muchas relaciones sociales continuaban presentándose con una identidad masculina por motivos profesionales o familiares.
- f. Tratamiento hormonal: dos utilizaban estrógenos y antiandrógenos, las otras dos sólo estrógenos. En cuanto a su adquisición, sólo una acudía a la CEC para abastecerse del medicamento hormonal, mientras que las otras tres compraban el tratamiento.
- g. Procedimientos quirúrgicos de reasignación sexual: tres querían realizarse cirugía de reasignación genital, la cuarta no. Tres aspiraban a realizar cirugía de implantes mamarios, una cuarta prefería quedarse “hasta donde las hormonas hicieran”.

Comparadas con las características de la población de la CEC: la edad promedio de las mujeres *trans* en la Ciudad de México fue de 37 años, sólo el 20% contaba con estudios superiores, sólo el 9% era profesionista como ocupación principal, entre el 11 y 12% reportó que había vivido alguna vez en la calle, 11% reportó haber estado en algún centro penitenciario, 13% había migrado alguna vez a los Estados Unidos, el 77% había utilizado tratamiento hormonal alguna vez y el 19% se había realizado alguna cirugía (Colchero Aragonés et al., 2013).

Como alusión a estos datos, en los primeros encuentros con los médicos de la CxUDS se comentó que muchas de las personas que acuden ahí son “fresas¹⁸” comparadas con los usuarios de la CEC, refirida como la “trinchera” de atención a población trans.

De forma general, las usuarias que se contactaron en la CxUDS son personas con un nivel de estudios superior y una red social de apoyo estable que conoce completa o parcialmente su identidad de género. El tiempo mínimo de acudir a la clínica fue de seis meses.

De las cuatro usuarias, por limitantes de tiempo, se seleccionó por conveniencia¹⁹ a dos de ellas para realizar las entrevistas semiestructuradas.

En este sentido, el estudio de caso es múltiple e instrumental. Múltiple en tanto parte de las narrativas de dos mujeres trans, e instrumental en tanto las narrativas pretenden apoyar el análisis bioético del abordaje médico de la transición de género.

3.6 Consideraciones éticas

Toda investigación cualitativa confluye en dilemas éticos y en posicionamientos políticos. Para evaluar las implicaciones éticas de un proyecto, Hays y Singh (*ibid*; 67) refieren dos

¹⁸ *Fresa* es un distintivo social que alude a personas con un nivel socioeconómico alto o con *gustos refinados*. En este caso, las usuarias de la CxUDS con las que se coincidió eran mujeres con estudios universitarios, dos de ellas profesionistas, adquirirían sus medicamentos y estudios de laboratorio por medios propios y se refirió que los lugares de “ambiente trans” a los que asistían y su estilo de vida no eran precarios en comparación con las posibilidades del promedio de usuarias trans de la CEC.

¹⁹ De acuerdo con Hays & Singh (*ibid*), una muestra por conveniencia es aquella que se elige por facilidad en su acceso. Presenta un nivel bajo de representatividad de la población estudio, pero esto no disminuye la validez de los resultados.

niveles: el micro y el macro. El primero hace referencia al diseño de la investigación, mientras que el segundo a la aplicación del conocimiento.

Para cubrir el micro nivel es necesario resguardar seis principios meta-éticos básicos: autonomía, no maleficencia, beneficencia, justicia, fidelidad y veracidad. Principios representados por el consentimiento informado, la confidencialidad, el reconocimiento de las relaciones múltiples y la competencia del investigador (*Ibid*; 77).

De acuerdo con las autoras, la autonomía representa el derecho de los individuos a elegir participar o no en una investigación a partir de una decisión informada; la no maleficencia implica evitar dañar a los participantes a propósito; la beneficencia implica “hacer el bien” retribuyendo positivamente de alguna forma a los participantes; la justicia promueve la igualdad de bienes para todo individuo sin importar estatus o condición; la fidelidad implica ser honesto, leal y actuar con integridad; y, la veracidad implica ser confiable durante los encuentros con los involucrados y priorizar las relaciones (*Ibid*; 79-80).

Para cubrir el macro nivel es necesario evaluar las consecuencias de la aplicación de los conocimientos, en tanto posibilitan el ejercicio de poder y conllevan efectos sociales (*Ibid*, 70). Al respecto, es necesario considerar que los *saberes* son medios normativos, que pueden reproducir injusticias sociales o ser promotores de libertades humanas.

Durante este proyecto las consideraciones éticas de la relación investigador-participante fueron:

Principio ético	Evaluación
Autonomía	Promover la decisión de las participantes a reconocer su derecho a colaborar o no a partir de una decisión informada.
No maleficencia	Evitar exponer a las colaboradoras a daños directos o ponerlas en riesgo mayor que el mínimo ²⁰ de forma deliberada, incluyendo mantener la confidencialidad.
Beneficencia	Dar voz a los posicionamientos y experiencias de las participantes.
Justicia	Reconocer y balancear las nociones de otredad epistemológica, otredad práctica, otredad local y otredad social ²¹ . Respetar los posicionamientos de las participantes.
Fidelidad	Ser sincero a través de una relación de confianza e integridad, a manera de honrar a las participantes.
Veracidad	Ser honesto con las participantes y priorizar el valor de las relaciones.

Como medios se utilizó la obtención de un consentimiento informado (CI) escrito en las entrevistas (pág. 100) y oral durante las observaciones. Ambos, entendidos como procesos en los que voluntariamente se aceptó colaborar después de conocer los riesgos, beneficios o complicaciones posibles (Mondragón-Barrios; 2009). Las características del CI fueron la utilización de un lenguaje claro, ofrecer información precisa sobre el proyecto y asegurarse que la participante entendió la información o aclarar sus dudas. Asimismo, ofrecer

²⁰ Riesgo mínimo es el riesgo ordinario en lo cotidiano.

²¹ Fawcett y Hearn (2004) identifican cuatro tipos de otredades en la relación investigador-participante: la otredad epistemológica, la práctica, la social y la local. Tanto la otredad epistemológica como la práctica se dan en el contexto de la investigación, según las diferencias de los conocimientos entre participante e investigador respecto al fenómeno de estudio y el marco propio de referencia. Las otredades local y social hacen referencia al contexto social en el que se desarrolla la investigación y los roles de poder entre investigador y participantes.

confidencialidad, el derecho a rehusarse a participar, respeto y seguridad para los involucrados y el acceso abierto a los resultados.

Durante el proceso del CI y durante los contactos investigador-participante es preciso considerar el papel de las relaciones múltiples y la competencia del investigador. El análisis de las relaciones múltiples examina si el participar en el estudio no está directamente influido por una imposición a los participantes cuando existe más de un contacto: como investigador, médico, amigo, etc. Mientras que la competencia del investigador refleja su capacidad de empatía y disposición ante lo *alterno*; así como, el reconocimiento de la influencia que su persona puede tener sobre los participantes.

En este proyecto, el investigador se integró a las consultas en una Clínica Universitaria de Diversidad Sexual, siendo el acceso no casual, sin embargo, hubo un nivel de confianza apreciable en los contactos mediante el establecimiento de un *rapport*²².

Subjetividad y Reflexividad

Elegir un trabajo de investigación no es un proceso neutral. Banister et al. (2004; 14) refieren que existen siempre motivaciones a partir de actos o experiencias personales o profesionales que subyacen a los intereses de un estudio. Dicha característica es lo que Hays y Singh (*Ibid*; 104) denominan “el carácter humano de una investigación”, representado por una parcialidad presente durante todo el proceso de pesquisa: en la delimitación del tema, en las interacciones con participantes u otros investigadores, en la interpretación y selección de los datos, y en el reporte de resultados.

Adams St. Pierre (2016; 27) refiere que la objetividad en la investigación es una ilusión:

²² *Rapport* hace referencia al establecimiento de un vínculo de confianza entre el entrevistador y el entrevistado durante el desarrollo de la entrevista. De acuerdo con Pedraz Marcos et al. (*Ibid*; 60), el establecimiento de un *rapport* permite que el entrevistado manifieste las impresiones de su realidad de una manera auténtica y profunda.

Ningún investigador, sea físico o social, puede simplemente desaparecer de su investigación. Como Haraway (1998) nos recuerda, no existe un ojo de dios que vigile desde la nada, y todo conocimiento es situado.

En toda investigación, la presencia, el carácter y el posicionamiento del investigador tienen influencias directas en el entendimiento del fenómeno, por tanto, es preciso un análisis constante de estos componentes con el fin de maximizar la confiabilidad del proyecto. Para ello, Hays y Singh (*Ibid*; 137) plantean dos puntos de cotejo: el reconocimiento de la subjetividad y el ejercicio reflexivo.

La subjetividad se refiere al entendimiento interno de un fenómeno (Schneider, 1999), mientras que la reflexividad es un proceso continuo de auto-reflexión en el cual el investigador reconoce su rol dentro del proyecto (Hammersley y Atkinson, 2007). La intención es ser honesto con el lector y ofrecerle la capacidad de ser crítico con la reflexión que tiene en sus manos.

El proceso reflexivo implica analizar los pensamientos, emociones, reacciones e interpretaciones del investigador como parte de la investigación misma; implica reconocer las lentes a través de las cuales se enfoca el fenómeno y su influencia en el estudio; y, es punto de referencia de credibilidad (Hays y Singh, *Ibid*). Con base en la teoría de Rogers (1961), el investigador debe cumplir tres condiciones básicas durante el proceso reflexivo: la autenticidad, la consideración positiva incondicional y la empatía. La autenticidad implica que el investigador reconozca sus pensamientos y sentimientos en torno al fenómeno estudiado; la consideración positiva incondicional promueve desarrollar un espacio de aceptación de los pensamientos y sentimientos de los otros, reconociendo prejuicios según las expectativas y convicciones propias; y, la empatía es la habilidad de identificar los pensamientos y sentimientos de los otros (Hays y Singh, *ibid*; 138-139).

Durante el proceso reflexivo, el investigador debe considerar que todo sujeto involucrado en el proyecto, incluso él mismo, se posiciona a partir de su reflexividad, entendida como las descripciones y afirmaciones que informan y construyen una realidad específica (Guber, *Ibid*).

A forma de lista, Ahern (1999) propone diez puntos para examinar la relevancia del rol de investigador en un estudio:

1. Identificar cómo su experiencia puede afectar las interacciones con los participantes,
2. Clarificar su sistema de valores personales y reconocerlo,
3. Describir las áreas de posible conflicto de rol,
4. Identificar los sentimientos involucrados,
5. Identificar los intereses de los *facilitadores* en torno al proyecto,
6. Reconocer lo inesperado y sorprendente,
7. Mantenerse preparado para el cambio,
8. Reflexionar en torno a la redacción de su reporte,
9. Considerar si la revisión de la literatura da soporte al análisis o sólo expresa el mismo antecedente cultural del investigador,
10. Combatir la ceguera analítica.

Durante el desarrollo de este proyecto, las cuestiones consideradas fueron:

1. ¿Por qué lo trans?
2. ¿Cuáles son los intereses personales?
3. ¿Cuáles son las experiencias con lo trans?
4. ¿Cómo se maneja la otredad epistemológica, la práctica, la local y la social?
5. ¿Cuáles son los sentimientos del investigador en torno a lo trans?
6. ¿Qué se espera obtener de las interacciones con los implicados?
7. ¿Cuáles son las reacciones del investigador en torno a lo que le sorprende?
8. ¿Qué se aprende de la interacción entre investigador y participantes?
9. ¿Existen reacciones que no se quieran identificar o que se intenten negar?
10. ¿Cómo se interpretan las experiencias de los participantes?

Capítulo 4. Estudio de caso

4.1 Identidades trans

“Tanto los hombres como las mujeres construyen sus géneros y se insertan en una serie de normatividades que definen en nuestra sociedad los límites, las jerarquías, los espacios y las estéticas masculinas y femeninas” (Estrada Montoya y García Becerra, 2010; 93). Toda persona “hace género”, pero dicha construcción se hace más evidente en el caso de sujetos que no se ajustan a la norma, como es el caso de muchas personas *trans*.

Para algunos sujetos *trans*, las intervenciones médicas son parte fundamental e inseparable de su transición (García, *Ibid*; 44), pues para muchos el cuerpo y el sexo son entidades inseparables de la identidad de género. García (*Ibid*; 26) refiere que la *naturaleza trans* consiste en un cuerpo intervenido a través de modificaciones físicas que permiten su definición como persona. De ello que, tales modificaciones corporales vayan más allá de lo físico, pues impactan en las experiencias de los individuos.

Estrada-Montoya y García Becerra (*Ibid*) refieren que cada identidad trans se construye de diferente forma, mediante intervenciones en el cuerpo y transformaciones físicas; no habiendo un modelo homogéneo. García (*Ibid*; 61) considera una imposibilidad teórica y política la coherencia de un único modelo de representación del proceso de transición de género.

A continuación se presentan parte de las historias de Julia y Leonora, dos mujeres trans que acuden a una CxUDS como parte del seguimiento médico de su transición de género.

4.2 El estudio de caso: las experiencias de Julia y Leonora

Julia es una mujer trans de 34 años, doctora en biología. Su intención de un proceso médico de transición de género comenzó con una búsqueda por Internet en el año 2009. Actualmente, tiene aproximadamente un año en tratamiento hormonal y desea una cirugía de reasignación sexual.

Leonora es una mujer transgénero de 28 años, licenciada en física. Tiene nueve meses de acudir a la clínica para su proceso de transición, pero refiere que lleva cuatro años vistiéndose como chica. Ella no desea cirugía genital, en cambio quiere implantes de mamas y caderas.

De acuerdo con el DSM-V, Julia y Leonora presentan de disforia de género de inicio temprano, pues experimentan un género diferente al asignado al nacer desde la niñez:

Julia: En mi niñez yo observaba cómo el adoptar las reglas del género era muy divertido para los otros niños y les venía de manera natural. Los otros niños aceptaban como propias las reglas que se les enseñaban, las exploraban y jugaban con ellas con gran orgullo.

Los seres humanos somos curiosos, porque desde muy pequeños nos gusta elegir un equipo propio y un contrario. Y, en mi niñez, yo vi la formación de los dos equipos del género, un poco dirigida por las maestras del kínder, un poco ocurriendo de manera natural. Pero desde mi niñez yo quería jugar con las reglas contrarias, yo quería pertenecer al otro equipo. ¿Por qué?... no sé, pero yo lo quería y lo quería todo: el cuerpo, la ropa, los modos, los juegos, los juguetes, las tareas y obligaciones, todo.

Ese juego entre los dos equipos jamás se acabó y más bien evolucionó. Con el crecimiento del cuerpo las reglas se hacían más complejas e intrincadas. Por mi parte, tampoco se acabó la idea de querer jugar con las reglas del otro equipo.

Leonora: yo me había vestido así de muy pequeña, pero en ese entonces acababa y me sentía muy culpable. Toda la vida me sentía como que algo me faltaba, como que sentía un vacío. Mis papás decían: es dios, y todas esas cosas... Mis papás: ¡es que te falta Jesús!, por eso sientes un vacío en ti. O sea, porque mis papás son muy religiosos... [pero, años después, cuando] salí el primer día de chica me di cuenta que eso era lo que siempre me había hecho falta, o sea nomás pienso y se me sale la sonrisa automática.

Respecto a su orientación sexual, Julia se siente atraída hacia los hombres, aunque tuvo una novia y estuvo casada seis meses con una mujer. Refiere que reconocer su orientación sexual fue un proceso difícil y al preguntarle si se considera homosexual respondió:

Esa pregunta hizo de mi adolescencia muy confusa porque me gustan los hombres, pero no me gustan cuando besan a otro hombre. El acto sexual entre personas del mismo sexo me aburre y mucho, sí, sí he visto porno. ¡Pero a mí sí me gustan los hombres!, entonces ¿qué soy?...

Me emociona mucho ver el acto entre un hombre y una mujer, es más, hasta me gusta que cada uno juegue los roles convencionales: el hombre activo y la mujer pasiva. Es muy confuso porque me gusta el sexo heterosexual “a la antigüita”, pero no puedo jugarlo porque mi cuerpo juega para un equipo y mi mente para el otro. Entonces, yo me considero heterosexual, porque “hetero” significa “distinto”, “disparejo”. Me gusta el sexo entre dispares y opuestos, me gusta jugar a que mi pareja es diferente a mí, no igual ... no “homo” sino “hetero”. El asunto es que yo siento que mis “opuestos” son los hombres y quiero jugar contra su equipo.

Por mucho tiempo me dije a mí misma: ok, me gusta el sexo heterosexual y tengo cuerpo de hombre... entonces soy un hombre heterosexual y “debo” hacer lo que un hombre heterosexual hace. Y me obligué a ser el estereotipo de hombre heterosexual. Pero jamás logré percibirme a mí misma como “el hombre” ni agradarme a mí misma así, ni tampoco llegué a disfrutarlo. Llegó el momento en el que me cansé y entendí que me hacía más daño por forzar a mi mente a “enderzarse” cuando ya había nacido chueca.

La primera vez que tuve relaciones con un hombre, me invitó a salir, yo usé un vestido, me llamó Julia y por primera vez en mi vida disfruté verdaderamente de una relación sexual. Soy heterosexual y me gusta tener el rol de la mujer en la relación heterosexual. ¡De haber sabido hace años que era tan simple como decirlo así!

Aunque, claro, mi identidad como mujer va más allá del sexo, a mí me gusta jugar con todas las “reglas del juego” sociales y sexuales para las mujeres.

Por su parte, Leonora refiere que siempre le han atraído las mujeres y lleva con su prometida cinco años, con quien desde el primer mes de relación se vestía de chica:

Desde el primer mes me empecé a vestir de chica, pensamos que sólo era como travestismo, pero me di cuenta más que nada que cuando es travestismo fetichista estás excitado y se te baja y pues ya, ya no quieres. A mí no, independientemente, o sea, así tenga el libido al cero, así me siento a gusto. Me di cuenta que no era sólo un fetiche, sino era algo más de mi identidad, de como yo me sentía... con ella [la novia], me dejé de sentir culpable.

Primero fue que me empecé a vestir, y ya le dije que todo el tiempo iba a estar así, pero ella pensaba que más que nada yo lo que quería era que yo ya no iba a estar con ella y que me iba a buscar un chico... y yo: ¡no, no, no! No te me confundas yo soy chica, pero no.

... [ella] sentía que me iba a perder y quieras o no no es tan fácil, no a cualquier persona.... a ella no le gustan las chicas, si le gustan o les agarró el gusto es por mí, pero este, ni siquiera... no es lesbiana, no es algo fácil de pedirle a una persona y de hecho no es algo que le pediría a una persona, pero lo ha ido asimilando así poquito a poquito y yo también...

Ambas llegaron a la Clínica Universitaria de Diversidad Sexual a través de búsquedas por Internet. Leonora contactó al Dr. de la Clínica a través de *Facebook* y Julia:

Empecé a preguntar por internet quién, y me dieron el nombre del Dr., lo contacté directo, encontré su correo electrónico y lo contacté. Él me dio una cita...

Ambas cumplen con los criterios de los *Standards of care 7* y como parte de su proceso médico de transición reciben tratamiento hormonal a base de estrógenos:

Julia: como hace ocho meses empecé a tomar hormonas, estrógenos. [El doctor] me dio como la dosis más baja y con esa voy ya ocho meses.

Leonora: [las consultas] *empecé como por agosto... Entonces, [el doctor] me hizo muchas entrevistas y como por octubre [seis meses] yo empecé [con las hormonas].*

Además del uso de estrógenos, la transición hormonal de género puede incluir antiandrógenos, los cuales han sido percibidos por Julia como una parte importante de su transición:

Sí, ya llevo dos meses con antiandrógenos, me siento increíble porque ya casi no tengo erecciones.

A diferencia de Leonora, quien no quiere tomarlos:

De hecho he hablado ese tema con mi novia, ella me ha dicho, bloqueadores no porque sí es importante para mí. Sí es importante para nosotros y nuestra relación sexual.

Entonces, pues voy a hablar con [el Dr.], a ver qué tan viable es llevármela sin bloqueadores o hasta qué punto me la puedo hacer sin bloqueadores porque si no pues, o sea, sí me deprime porque yo me estaba alegrando, ya en un año voy a tener [el cuerpo]... todo eso...pero si no lo puedo hacer, tampoco voy a perder a mi novia por ello... Porque, o sea, si fuera totalmente que nunca voy a alcanzar mi cuerpo con ello, entonces sí lo haría, pero hay otras opciones. Si no puedo hacerlo por hormonas, entonces me esperare que tenga el dinero y pueda hacerlo por cirugía.

La decisión de tomar antiandrógenos la basan en la relación con sus genitales. Julia comenta que nunca le han gustado:

No sé por qué, pero nunca los he querido ahí. Ellos y mi cerebro no se llevan bien supongo. Me estorba, no me gusta cómo se ve, no me gusta cómo se siente y nunca me ha gustado.

En cambio, Leonora no siente “aversión” por sus genitales y disfruta de sus erecciones:

... Yo lo único que necesito es no perderlas al 100, yo sí quiero tener a mis hijos. Entonces, si va a ser así, por mucho que me guste yo creo que me voy a aguantar a que tenga dinero para hacer la cirugía.

... Cuando [el doctor] me dijo, no este, no te tengo que dar antiandrógenos o no precisamente los tienes que perder...dije ¡viene! O sea, cosa que no me lo quite, hormona que no me lo inutilice sexualmente, ¡viene!

De ello que procuren diferentes cirugías. Julia planea sólo cirugía genital, ni implantes mamarios ni cirugías faciales porque no quiere llamar la atención:

Yo quisiera, hacerme la cirugía genital... De antes de que yo supiera que habían cirugías para eso, era algo que yo le pedía a dios que me hiciera el milagro en la niñez.

No quiero hacerme cirugías de la cara, no quiero ponerme silicones ni nada, digo, la primera vez que yo vi a una mujer trans era en uno de estos shows de Cristina en la tele, obviamente se traen a la más operada, entonces, la primera vez que yo vi a una mujer trans me espanté y dije yo no soy eso porque era una persona inyectada, con los labios inyectados y se veía plástica. Esos eran los años 90, a lo mejor ha cambiado un poquito esa imagen, pero esa era la imagen de las mujeres transgénero, entonces a mí me dio miedo, yo por eso muchos años dije yo no soy transgénero...

Por su parte, Leonora quiere implantes mamarios y cirugías faciales, pero no cirugía genital:

... No necesito la reasignación. Sí quiero mis bubis, ¡las necesito!, y sí quiero mis caderas y mi cuerpo, pero de los genitales estoy bien.

Me voy a poner busto, yo quería que se me hicieran caderas [con las hormonas], esas creo, voy a ver. O sea, yo lo que quiero es que no me sigan diciendo: joven... caballero... Que pueda salir sin que no tenga que desmaquillarme o estarme media

hora o una hora maquillándome para sí salgo sin maquillarme aun así me sigan diciendo “señorita”, por lo menos.

... Sí me quiero reducir mi mandíbula. Sé que no la tengo muy marcada pero sí me la quiero reducir. Nariz ya tengo una [cirugía], ya la nariz ya la dejo... [se sometió a una cirugía de nariz por motivos médicos, pero que acompañó con medidas estéticas].

El sentimiento hacia sus genitales pauta cómo cada una se identifica. Leonora se identifica como mujer transgénero:

Soy mujer transgénero porque según yo no tengo aversión por...[sus genitales], según dicen que es más trasfondo eso, pero yo solamente quiero cambiar mi género, o sea, no necesito la reasignación [genital].

Julia se identifica como mujer trans y refiere un posicionamiento político:

Me identifico con las chicas trans porque compartimos el sentimiento de querer pertenecer al género opuesto al que nos tocó al nacer. Ahora bien, no sé por qué tengo ese sentimiento, lo único que sé es que es real, que ha estado ahí toda mi vida, aprendí que no es malo y apenas hace poco me atreví a vivirlo y a experimentarlo.

Debo decir que las palabras “transgénero” y “transexual” no me gustan, pues parecen términos médicos para describir un “trastorno”. Y, bueno, para mí eso son: términos técnicos. Transexual, según entiendo, se refiere a alguien que cambia todo en su cuerpo y su vida desde sus genitales hasta su identidad legal; y transgénero, es un término más amplio que abarca a toda una diversidad de identidades de género no convencionales.

Al referirlos como términos técnicos, Julia los considera inexactos, pues refiere que hablar de un “trastorno” conlleva una conversión e implica un cambio de estado. Ella no considera que su mente había sido una y luego se convirtió en otra, ni que haya perdido la razón en algún punto de su vida. Además, refiere que hablar de un trastorno implica una posibilidad de cura, cuestión que no aplica para su identidad, pues considera que no tiene nada de malo en sí:

Supongo que, en su etimología la palabra “trastorno” debe significar una conversión, es decir, un cambio. La mente se “torna”, o sea que se convierte en otra cosa distinta a como era antes. Pero la identidad transgénero no es un cambio, muchos estamos convencidos de que así nacimos.

No es que mi mente era una y luego se convirtió en otra, no es que haya yo perdido la razón en algún punto de mi vida. Creo que las personas con trastornos reales, en primer lugar, pierden facultades mentales y pierden capacidad de funcionar correctamente. Por ejemplo, las personas transgénero pueden sufrir trastornos como la depresión. En segundo lugar creo que los trastornos tienen cura, se puede revertir el proceso y “regresar” a la mente a lo que era antes. Pero la persona transgénero siempre lo ha sido, además no tiene sentido “curarla” porque no tiene nada mal en sí, de hecho funcionamos mucho mejor expresando nuestro género.

A pesar de dichas diferencias, a ambas les gustaría “pasar”.

Leonora: Quiero acercarme, sé que no me puedo acercar todo, totalmente, porque incluye bloqueadores... entonces, todo lo que me pueda acercar sin perder a mi novia o sin perder mis erecciones, lo voy a intentar.

Julia tienes sus reservas desde el ámbito de su seguridad personal, pues refiere que dada su complejión prefiere no atraer las miradas cuando sale:

Cuando me he puesto ropa atraigo muchas miradas de desaprobación, de sorpresa y me incomoda. Mi estatura no se me va a quitar nunca, me gusta caminar tranquila en la calle, [por eso] me pongo ropa de hombre para evitar que la gente me ande viendo todo el tiempo, digo yo no sé si pueda hacer una transición completa, como dicen de “pasar” de mujer, desapercibida, no creo lograrlo, por mi altura. Entonces yo creo que voy a seguir tomando hormonas y ver hasta dónde puedo, es como un quita y da, hasta ver a dónde da.

[Pero] por supuesto que me gustaría [“pasar”] si hubiera una cirugía para bajarme 10 cm de altura. O sea, sí me gustaría pasar, pero si no lo logro, digo no es garantía

que lo logre, pero sí me gusta vivir una vida tranquila, sin ponerme demasiado en riesgo, entonces, pues voy a ver hasta dónde llevo.

Cuando se les preguntó sobre los posibles riesgos de las terapias hormonales y quirúrgicas refirieron estar conscientes de ellos:

Leonora: pues sí, es que todo te aplica un riesgo, ¿no? Pues es como las medicinas, no hay medicina inocua. Como lo dice en las cajitas de los medicamentos: todas las medicinas tienen efectos secundarios, pero sus beneficios los superan, excepto si eres alérgico porque te matan, pero pues es igual que una medicina, ultimadamente las medicinas te ayudan a vivir mejor, tienen su riesgo, como toda medicina, como todo tratamiento.

Aquí hay riesgos, claro, pero al final, en promedio, estás mejor con ellas que sin ellas. El hecho de que mi cara sea un poquito más fina, que la piel se me suavice... ¡Una vez me ofrecieron toallas sanitarias en el Walt-mart! ¡No sabes lo feliz que estaba porque me hayan confundido! El hecho de que ya pases más por chica, de que ya no se te quede mirando tanto la gente, todo eso, el efecto de felicidad en mi vida vale la pena un poco el riesgo y por eso se monitorea para que en el caso de que si es más riesgo que beneficio entonces la suspenda, ¿no?

Afortunadamente existe ciencia para que se haga y pues vamos, si te puede hacer feliz, mejor. O sea, ay, yo nunca he sido fan de ¡ay porque es natural es bueno! Se me hace una estupidez eso, o sea, ultimadamente, los humanos no vivimos en lo natural desde que creamos el fuego, entonces, los humanos no viven en completo en la naturaleza, si hay algo artificial que te ayuda a vivir mejor y te conviene, okay, tendrá sus riesgos y lo que quieras, pero aprovéchalo, ¿no?

Julia: sé que cualquier tratamiento hormonal debe llevarse con cuidado y con el monitoreo constante de un experto. Sé que existen reglas muy estrictas para poder recibir una cirugía de genitales, que un experto debe asegurar que quien recibe la cirugía comprende todas las consecuencias de modificar sus genitales y que está tomando una decisión propia, consciente y responsable al respecto. Y, finalmente,

sé que es conveniente un apoyo psicológico para llevar a cabo un cambio que vulnera mucho a la persona en lo social, en lo profesional, en lo familiar, etc.

Es cierto que quitarme los genitales es quitarme una capacidad biológica: la reproducción, que no me interesa, y la capacidad de penetración sexual, que no me interesa. Y nada más.

A Julia se le preguntó qué opinaba sobre las comparaciones entre el deseo de quitarse los genitales y el deseo de quitarse otra parte funcional del cuerpo, por ejemplo, una pierna:

Quitarme una pierna significa no poder subir escaleras, que las hay en todos lados, y sí me interesa subirlas, no poder correr ni caminar grandes distancias, cosas que debo hacer todos los días para poder trabajar y poder comer. Quitarme los genitales es más parecido a quitarme el apéndice, tiene algunas consecuencias biológicas moderadas o leves pero no afecta mi vivir, ni mi funcionamiento laboral ni social. Más aún, quitarme los genitales incrementaría en mucho mi felicidad y me potenciaría mucho como persona. Si se trata de algo que mejora la autopercepción de las personas ¿por qué negarles eso? Siempre, claro, que se conozcan las consecuencias y que dichas consecuencias sean pequeñas para sus expectativas de vida.

... Creo que la moral sobre la mutilación es ambigua. Por supuesto que la mutilación en contra de la voluntad de la persona es perversa en todos los sentidos. Pero creo que es igual de cruel negarle una cirugía a una persona que ruega por ella y que en realidad afecta muy pocos aspectos de su vivir. Si conocieran el sufrimiento diario que se sufre por tener unos genitales que el cerebro no reconoce como propios... los cirujanos no lo pensarían dos veces.

Ambas ya han cotizado tarifas y buscado opciones en Internet para sus respectivas cirugías.

Leonora: Son como 20 mil pesos, creo, 20 ó 40, depende del cirujano. Hay unos más baratos, pero tampoco me quiero poner unas cosas que me exploten a la mitad

de... si me subo a un avión o así... ¡Es que vi mil maneras de morir y explotaron unas bubis chafas!

Julia: En internet yo pongo, busco, cirujanos que hagan vaginoplastía o cirugía de género y aparecen de repente en una página que se llama doctoralia que se anuncian ahí. He contactado ya a un par y los dos me dicen lo mismo: cambio de nombre...

... Según entiendo está alrededor de 300 mil, 400 mil pesos. Entonces, pues es bastante carita, pero sí...mmm...entiendo que hay riesgos, tampoco es algo que le enseñen a los cirujanos...

Respecto al estatus legal de su identidad como mujer, al momento de la entrevista ninguna había realizado los trámites para cambiar su género, y sólo Leonora tenía intenciones próximas a realizarlos. Julia menciona que sólo lo haría para cubrir el requisito de cambio legal que le piden para la cirugía genital:

... contacté un cirujano y me dijo que el requisito es que yo cambie mi nombre legalmente, ¡lo cual se me hace bastante!, bueno, porque cambiar mi nombre implica en primer lugar trámites y trámites, cambiar los títulos, escrituras de casas que tengo a nombre mío y mis hermanos, va a ser costo, notarios, además ventilar todo esto con mi familia. Cambiar de nombre va a significar que mi empleabilidad se va a bajar mucho, ¿no? Cuando yo mande algún currículum con el nombre de Julia y a la entrevista llega Julia que mide 1.80 de alto, va a ser muy difícil. O sea, mi empleabilidad yo siento que si me cambio de nombre va a bajar mucho, entonces pone mucho en riesgo mi seguridad económica. Todo para poder hacerme la cirugía, que en realidad me la podría hacer y nadie me va a preguntar qué [genitales] tengo. Entonces, yo no entiendo ese requisito.

Curiosamente antes era al revés, primero debías tener cirugía antes de cambiar tu nombre. Y yo en lo personal no sé si quiero cambiar mi nombre e identidad legal porque será un proceso largo, tedioso y costoso y además vulnera mucho mi seguridad laboral. Creo que conservar mi nombre es proteger mi seguridad en un

mundo que no acepta a las personas transgénero. Pero con la nueva regla resulta que si mantengo mi nombre, también debo mantener mis genitales... yo no sé de dónde se sacan esas reglas.

Julia considera que su altura es impedimento para pasar y dado que quiere vivir segura, prefiere seguir vistiéndose de hombre cuando sale a la calle, además de que quiere tener un empleo acorde con su perfil profesional.

Leonora también continúa vistiéndose de hombre en su trabajo como ayudante de profesor universitario y con la familia de su prometida, pero refiere que fuera de eso, el resto del tiempo se viste de chica:

O sea, actuar como hombre no es algo como que me emocione, simplemente, si a mí me invitan a una fiesta y tengo que ir de chico, lo más seguro es que no vaya. Te voy a inventar una excusa y me va a dar flojera. Si puedo ir de chica, voy a hacer lo posible, a mover tierra y mar para que yo pueda estar.

Yo no voy de chico salvo que impida tenga mi novia la boda de sus sueños. Eso implica que se den cuenta sus papás. Si no se van a dar cuenta sus papás, o sea, por ejemplo con mis papás también lo tengo medio oculto, según yo, y según mis papás yo nada más me visto en casa y lo mantengo así porque no quiero que terminen cagándola y diciéndole a mis suegros. Entonces, esa es mi lógica, si no va a impedir que mi novia tenga su boda, voy de chica, voy como lo que soy. Si fuera de eso, si no anduviera con ella, ya hubiera salido.

Ambas historias coinciden en un apoyo social y una estabilidad económica que les ha permitido hacer diversas modificaciones físicas para desarrollar su identidad de género y, como *previsión* a perder oportunidades laborales cuando existan cambios físicos más notorios además de un trabajo presencial, ambas trabajan por Internet, Julia como traductora de textos inglés-español y Leonora como analista de noticias.

Julia: ...este yo dije, no, a ver, primero, este, consigo, donde puedo trabajar, donde sí me aceptan. Por ejemplo, este trabajo que hago de traducciones lo hago desde

mi casa, entonces no tengo que ver al jefe, no tengo que decirle a nadie, entonces ya tengo como ese plan profesional de dónde moverme y entonces ya que esté entonces ya la transición...pasito a pasito.

Leonora además cuenta con el apoyo de una tía y sus primas:

A ella le conté y también mis primas y lo aceptaron muy bien y con ellas voy de chica, y este, me dicen por mi nombre de chica, y hasta me dijo que si un día me quedo... un día tenía mucho miedo de si me quedo en la calle... Me dijo: ¡si te quedas en la calle, no te preocupes! ...Porque si me quedo en la calle no quiero terminar en la prostitución o sin opciones...

Julia le contó a su mamá por correo cuando se fue a hacer su doctorado a Europa, tres años antes de iniciar el tratamiento hormonal en México:

A mí mamá yo ya le había dicho antes, desde Europa por correo, entonces ya sabía...

Sin embargo continúa tratándola como varón:

No le he dicho a más miembros de mi familia, mi mamá sabe pero no me deja de llamar "hijo"...

... a mí papá, en realidad no le he dicho que soy transgénero, yo le dije que soy gay. Pero fue un gran paso porque mi papá toda la vida se ha mostrado como muy homofóbico toda la vida. Mucho odio contra las personas gay. Entonces, ¡el que yo se lo dijera fue!, ¡su reacción me impactó! Me dijo: no hay ningún problema, tú dedícate a ser feliz. Yo dije, okay, ¡entonces espérate al notición! No le he dicho. No me he atrevido...

Actualmente ambas se encuentran en una fase inicial de su transición médica, pero refieren esta etapa como la más feliz de su vida.

Julia: *ahorita es la época en la que estoy haciendo lo que quiero, que no estoy maltratándome y diciéndome que todo lo que hago es erróneo, entonces sí, creo que esta es mi época más feliz.*

Las prácticas médicas les han sido de gran apoyo a ambas, comenzando por las psiquiátricas:

Leonora: *... sí es importante porque puede haber el hecho de que venga una persona confundida y a lo mejor ni siquiera. Tienes que comprobar bien de que la persona no se va a arrepentir porque pues son cambios que algunos no van a ser reversibles, y tienes que estar segura de lo que estás, no puedes llegar y darles hormonas a todas las que se te pegue la gana. De hecho, primero está bien que se haga una valoración psicológica para evitar estos riesgos...*

Julia: *Particularmente me siento bien de poder tener con quien hablar...*

No obstante, aspiran a aproximarse más a un ideal corporal acorde con su identidad a través de tratamientos quirúrgicos diversos.

En principio, Leonora no tendría problemas para acceder a la cirugía de mamas pues sólo necesita el reporte de un psiquiatra con el diagnóstico de disforia de género. Julia, en cambio, debe cambiar su identidad legal y vivir totalmente en su “rol de género” mínimo por un año, lo cual en principio duda, pues preferiría hacerse la cirugía sin tener que cambiar obligatoriamente el resto de su apariencia ni sus documentos legales como forma de protección personal en un mundo que no acepta a las mujeres trans, no obstante, estaría dispuesta a intentarlo con tal de acceder a la cirugía.

Ambas historias coinciden en una transición médica de género *favorable* para sus proyectos de vida. Las prácticas médicas les permiten desarrollar su identidad, pero, desde la bioética se podría cuestionar, ¿cómo se define la autonomía de Julia y Leonora respecto a las modificaciones corporales que aspiran en su transición?

Se podría considerar que la cirugía de reasignación genital implica mayores riesgos que la de un implante de mamas, sin embargo, las dificultades técnicas no están consideradas, directamente, en las restricciones a la cirugía de Julia, sino el que no ha “salido”.

¿Será que dado que Leonora piensa cambiar sus documentos, los implantes de mamas correlacionarán con una identidad legal de mujer? Pero en el caso de Julia no se le permitiría la reasignación genital sin que cambie su nombre y viva como mujer porque estaría “engañando” a las demás personas que piensan que por tener nombre de hombre debiera tener pene y testículos.

Si quiere la remoción de pene y testículos y someterse a una vaginoplastía, Julia debe de cambiar su nombre y vivir como mujer. En un mundo ideal, ella refiere que le gustaría hacerlo, le gustaría “pasar” y ser considerada mujer en todos los aspectos de su vida, pero no quiere hacerlo para protegerse.

Si a Julia le realizan la vaginoplastía y no le dice más que a amigos y familiares cercanos y con las demás personas continúa presentándose como hombre, aunque le desagrade, pero de esa forma se siente más segura, ¿sería inmoral? ¿Se puede considerar que engañaría a los demás y por eso es válido negarle acceso a la cirugía?

¿Qué pasa con Leonora quién legalizará su estatus de mujer y se hará implantes de mamas? Será una mujer trans, pero conservará su pene y testículos funcionales, ¿Por qué las diferencias entre el estatus legal, la obligación de vivir en un rol de género y las cirugías que persiguen Julia y Leonora? Si ambas, de forma consciente, basan sus decisiones en un proyecto de vida, ¿Qué implicaciones tiene la correspondencia sexo-género del discurso médico en los proyectos de vida de Julia y Leonora? y ¿Cuál es el papel de la bioética al respecto?

Capítulo 5. Discusión de resultados

5.1 Análisis de variables

Con base en los casos de Julia y Leonora, se considera pertinente reflexionar en torno a los principios de autonomía y libertad corporal aplicados al análisis bioético de la transición médica de género.

5.1.1 Autonomía y libertad corporal

Autonomía es la capacidad de una persona para auto-gobernarse y actuar a voluntad. De acuerdo con Diego Gracia (1996), un sujeto moral autónomo es responsable de sus acciones, siendo su obligación moral el realizar su vida de forma comprometida y respondiendo ante su propia conciencia.

Para Tom Beauchamp y James Childress (2009; 103), el respeto por la autonomía implica reconocer el derecho de cada individuo para tomar decisiones, actuar y mantener puntos de vista acordes con valores y convicciones personales. Dicho respeto no se considera sólo como una actitud, sino como un imperativo que remite a la acción, es decir, no basta con simplemente no interferir en las propensiones de los otros, sino que es necesario fomentar estructuras sociales que posibiliten el desarrollo de las capacidades necesarias para tomar decisiones “autónomas”. Para ello son ineludibles dos condiciones: libertad y competencia (*ibid*; 105).

La libertad es la posibilidad de controlar de forma plausible las influencias externas y la competencia es la capacidad cognitiva para tomar decisiones y actuar intencionadamente. En caso de no cumplirse alguna de estas condiciones, el principio de respeto por la autonomía puede no ser extensivo (*Ibid*).

La autonomía define el horizonte “privado” de lo beneficioso para cada individuo conforme con su proyecto de vida (Gracia, *Ibid*), sin embargo, como refiere Judith Butler (2006; 55), la autonomía no sólo es una condición meramente individual, pues, la base de la autonomía

depende no sólo del sujeto, sino también de las normas sociales en las que éste está inmerso. Es decir, el concepto de autonomía implica un vaivén entre lo individual y lo social.

El análisis bioético de la autonomía de los sujetos *trans* implica cuestionar ambos aspectos. La autonomía individual puede valorarse mediante la narrativa de los sujetos, en tanto que la autonomía social debe valorarse desde las instituciones involucradas en la transición de género: la medicina, el derecho, la psicología, etc. Este trabajo únicamente aborda la autonomía social desde el ámbito médico.

Como se mencionó anteriormente, la autonomía conlleva libertad, por lo que en el análisis bioético de la transición de género es relevante reflexionar en torno a la libertad corporal.

Dora Porto (2008; 233) refiere que “el *derecho* al propio cuerpo es condición existencial inalienable de todos los seres humanos”, y dicho derecho está constituido por (1.) la legitimidad de existir como ser moral y social en un cuerpo, y (2.) la legalidad de salvaguarda de la vida y la dignidad de ese cuerpo. Lo anterior se manifiesta como la capacidad personal de decidir sobre la existencia de la vida propia y la autoridad de demandar garantías sociales para el disfrute de una vida de calidad; sin embargo, no todas las personas tienen acceso al *derecho* al propio cuerpo, pues en gran medida se depende de la posición del individuo en la estructura social, por lo que existen personas con la capacidad de determinar cómo otros deben disponer de su cuerpo (*Ibid*).

De acuerdo con Porto (*Ibid*), para medir el reconocimiento del *derecho* al propio cuerpo es pertinente considerar las respuestas sociales efectivas a las necesidades específicas de individuos y grupos. En este sentido, para el análisis bioético de la transición médica de género conviene cuestionar ¿qué implica hacer efectivo el derecho al propio cuerpo?

Retomando el caso de Leonora, a ella se le ha dado acceso a las modificaciones corporales más convenientes para su proyecto de vida. Actualmente toma hormonas que le ayudan a modificar su cuerpo y en cuanto junte el dinero necesario se someterá a una cirugía de implantes mamarios, por lo que se puede concluir de forma general que ejerce de forma efectiva el derecho sobre su propio cuerpo. Pero, ¿qué sucede en el caso de Julia? Ella tiene acceso a los medicamentos hormonales, pero para permitirle una cirugía de

modificación genital se le solicita vivir en un rol de mujer de forma constante por al menos un año, además de una segunda opinión médica que valide su decisión. Entonces, ¿se puede hablar de una restricción al derecho a su propio cuerpo?

De acuerdo con el discurso de la disforia de género, las modificaciones corporales no son procedimientos meramente electivos, sino necesarios pues la mente y el cuerpo sufren una incongruencia en su reconocimiento. Dicha pérdida de linealidad mente-cuerpo es la justificación para acceder a los tratamientos médicos de modificaciones corporales, pero si ambas cuentan con el diagnóstico de disforia de género, ¿por qué solo una puede tener acceso a las cirugías a las que aspira y la otra no?

Respecto al análisis bioético de la relación mente-cuerpo, María Casas Martínez (2008; 228) propone reflexionar en torno a lo que implica “la *experiencia del propio cuerpo*”, con el fin de elaborar una idea clara y coherente de tal concepto. Para la autora es incorrecto considerar que con base en la autonomía se puede hablar del cuerpo como propiedad de la persona, pues existen momentos en que el cuerpo propio pudiera experimentarse como ajeno. Refiriéndose a actos espirituales²³, Casas plantea que existen momentos en los que la persona pierde la acción voluntaria sobre su cuerpo y éste se vuelve ajeno, por ejemplo, en la enfermedad, la vejez y la muerte (*Ibid*; 229).

Situaciones en las que “la mente ordena y el cuerpo no responde” o que “el cuerpo actúa y la mente no puede controlarlo”, dan pauta a considerar al cuerpo como una tensión “identificación/no identificación cuerpo/espíritu”. De esta forma el ser humano discurre entre la “unidad/dualidad de ser uno y no ser uno”, dando lugar a experiencias en las que el cuerpo pase a ser “ajeno”, lo que debilita la consideración del cuerpo como propiedad (*Ibid*).

Tomando como referencia a Kant (1975), Casas refiere que un hombre no es su propio dueño pues pretender disponer de uno mismo es cosificarse y las personas son fines en sí mismos, no cosas de las que se puedan disponer, ni siquiera uno mismo. Por tanto no hay

²³ Casas (*Ibid*; 229) define como acto espiritual al acto no material.

un derecho de propiedad irrestricta sobre el propio cuerpo y sólo se puede disponer de él en sentido beneficente:

“El cuerpo no es un objeto sino un ser corporal que se expresa humanamente”; no es vehículo sino componente del ser (Casas Martínez, *Ibid*; 230).

En este sentido, la autonomía corporal no es actuar solamente bajo decisiones solipsistas, sin considerar la justicia, pues el cuerpo humano no sólo es un símbolo con significados personales y trascendentales múltiples, sino que también conlleva significados e implicaciones sociales, de forma que las acciones sobre el cuerpo superan la esfera personal (*Ibid*) y el cuerpo no es sólo propio.

En referencia al derecho al cuerpo *trans*, la libertad para la modificación corporal en gran medida depende de la validación médica, pero ¿cómo se aborda la relación entre autonomía corporal y libertad en el análisis bioético de la transición médica de género?

La disforia de género concuerda con el vaivén “ser uno mismo y no serlo” que refiere Casas Martínez, pues el sujeto *trans* “es” una persona, pero “no es” dueña (exclusiva) de su corporeidad. El cuerpo de la persona *trans* no es su mera propiedad y por tanto las modificaciones corporales médicas no sólo toman consideraciones individuales, sino también sociales. Dichas consideraciones sociales están expresadas por la autorización o el rechazo médico para ciertos procedimientos técnicos; sin embargo, la medicina no es una actividad sin valoraciones morales. La práctica médica es producto no sólo de la técnica y el desarrollo científico, sino también de proyecciones sociales que los profesionales médicos arraigan en sus valoraciones morales. Como ejemplo se expone uno de los episodios de contacto con la comunidad *trans* que se tuvieron durante el desarrollo de la investigación:

Se acudió a la presentación del documental “Made in Bangkok” en el Instituto Francés de América Latina (IFAL) en donde al final hubo espacio para que el productor, la protagonista y el cirujano del documental respondieran preguntas abiertas del público.

Como panorama general, dicho documental aborda los problemas que Morgana Love, una mujer *trans* cantante de ópera originaria de San Miguel de Allende, México, enfrenta para llegar a Bangkok y someterse a una cirugía de reasignación sexual con el doctor Preecha Tiewtranon, uno de los pioneros en la cirugía de reasignación sexual en Tailandia. Al terminar el documental, se hicieron varios comentarios acerca de la vida de Morgana y su experiencia como una mujer *trans* con una vaginoplastía, sin embargo, ocurrió uno que manifestó cómo los valores morales y estéticos personales son extrapolados en el actuar médico.

Una de las personas del público que participó en el intercambio de ideas se presentó como un médico cirujano plástico y comentó que él realizaba cirugía de implantes de mama en personas *trans*, pero no a todas las que se lo solicitaban. Primero, felicitó a Morgana por ser bella y le aplaudió su cuerpo y cirugías²⁴, posteriormente añadió que a él le parecía adecuado cuando las personas *trans* acudían a él y solicitaban una cirugía de implante mamario estético y acorde con el cuerpo de la persona, pero que no entendía y no aprobaba las cirugías de personas *trans* que buscaban implantes mamaros exagerados y “grotescos”, para él eso no era aceptable y no realizaba las cirugías.

Se podría pensar que el criterio que dicho médico ocupa para operar a las pacientes *trans* que acuden para un implante mamario es si a él le parece adecuado o no la talla o quizá la forma de busto que le solicitan. Si para él lo que le solicitan es grotesco, se niega a operar, por tanto, su práctica quirúrgica se basa en una valoración moral y estética propia entre lo que debe de ser el busto de una mujer *trans*.

Dicho escenario puede complicar el análisis bioético de la transición médica de género en torno a cómo se decide desde la medicina a que pacientes darles acceso a diversas cirugías y a quienes no. Retomando los casos de Julia y Leonora, el acceso para el implante de busto de Leonora está presente, pero el acceso para la vaginoplastía de Julia no. Esto se

²⁴ Cabe destacar que Morgana es una mujer *trans* que “pasa”, es decir, cuyo papel social de mujer no es cuestionado, se le puede ver andando por la calle o tratarla y pensar que ella es una “verdadera mujer”, tal como pasó con la historia de Agnes y Stoller.

justifica en los pasos que debe seguir Julia si quiere acceder a dicho derecho: debe vivir un año completo en el rol de mujer, después de comprobar que puede hacerlo se le daría acceso a la cirugía. Si no se refieren cuestiones técnicas de las operaciones, ¿por qué no dejar a ambas acceder a los procedimientos quirúrgicos que solicitan? En este caso, al análisis bioético le atañe reflexionar en torno a las libertades y a los significados individuales y sociales del cuerpo de los sujetos *trans*.

Otra cuestión referente a la noción del cuerpo como “propio y ajeno” planteada por Casas Martínez, es saber si éticamente es plausible revocar las solicitudes de ciertas intervenciones médicas de transición de género que empleen al cuerpo como un mero medio. Julia quiere pasar desapercibida y quiere someterse a la vaginoplastía para moldear su cuerpo acorde con su identidad de género, pero hace hincapié en no estar segura de cambiar totalmente su identidad, no quiere cambiar su nombre legal ni dar a conocer de forma social general que es una mujer *trans* por miedo a perder oportunidades laborales y económicas acordes a su nivel universitario. Si tiene diagnóstico de disforia de género, ¿por qué Julia no puede acceder a una vaginoplastía si no adopta una identidad total social de mujer?, es su cuerpo sólo un medio y por tanto ¿el acceso a la cirugía que solicita no es éticamente correcto?

En medicina se reconoce que si no se puede curar una enfermedad, al menos se debe intentar paliar el sufrimiento del paciente. Concordante con la propuesta de fundamentación ética de convergencia de Ubach (2013) las cirugías paliativas son el remedio mejor hasta ahora si se contempla la corporeidad del sujeto *trans*. Por otro lado, en caso de no centrarse en la corporeidad del sujeto el mejor actuar ético sería un intento de terapia cerebral como mencionan López Moratalla y Calleja Canelas (2016). Al respecto, ¿qué papel tiene la corporeidad en el análisis bioético de lo *trans*?

Miguel Kottow (2008; 231) refiere que desentenderse de la corporalidad del sujeto llevaría al médicos e investigadores a un científicismo de tintes progresistas que termine por comprometer a los *fenómenos de estudio*. De acuerdo con Kottow (*ibid*; 232), cada individuo vive su cuerpo desde determinada visión del mundo, pero, aunque pareciera un discernimiento singular, los determinantes sociales juegan un papel importante e influyen en cómo vive cada persona su cuerpo.

En los casos de Julia y Leonora, ambas ocupan una posición social y económica que les permite realizar modificaciones corporales supervisadas por un médico y cotizar diferentes opciones, pero como plantea Kottow, existen sujetos social y económicamente incapaces de acceder a tales prácticas, lo que generaría una política discriminatoria en el derecho al cuerpo *trans* como propio.

La decisión de Leonora de postergar el uso de hormonas exógenas con el fin de no perder la funcionalidad del pene y testículos y mejor esperar a operarse es una facultad que una mujer trans en otras circunstancias económicas podría no tener. Igualmente, la decisión de Julia de realizar una transición lenta hasta encontrar un empleo estable, puede no ser viable para otras mujeres *trans*.

5.1.2 Paternalismo médico y transición de género

“Cuando la cultura o la política dictaminan intervenciones en el cuerpo humano, atropellan la autonomía de las personas y desatienden los fundamentos de la ética” (Kottow, *ibid*; 233).

De acuerdo con Andrea García (*ibid*; 27), “el cuerpo siempre es un lugar de intervención cultural y sería muy difícil, casi imposible, hablar de cuerpos humanos “salvajes”, “naturales” o “no intervenidos”. Entonces, ¿cómo integrar el mandato cultural y político del género en el análisis bioético de las prácticas médicas de transición de género?

Nikki Sullivan (2006; 554) refiere que en las cirugías de reasignación sexual, la forma en la que los “transexuales” deben probar medicamente que son candidatos idóneos para el tratamiento de la disforia demuestra que la identidad transexual no es autónoma, sino construida a través de relaciones sociales.

Si la autonomía social ejercida desde la medicina es la que circunscribe el rango de autonomía personal sobre el cuerpo trans, ¿cómo se ponderan los juicios morales dentro del diagnóstico y tratamiento de la disforia de género?, ¿se puede hacer referencia a un paternalismo médico hacia lo *trans*?

De acuerdo con Beauchamp y Childress (*Ibid*; 207), un problema central en la ética biomédica actual resulta de priorizar entre la autonomía de los pacientes y la beneficencia médica, lo que en ciertos casos resulta en un actuar paternalista.

El paternalismo es una práctica que implica regular la vida de un sujeto de forma análoga a la que la hace un padre sobre sus hijos; es una intervención intencional considerada generalmente benéfica sobre las preferencias, deseos o acciones de otro (*Ibid*; 208). En la práctica médica, el paternalismo es efectuado con base en lecturas desde los principios de beneficencia y no maleficencia (*Ibid*), pudiendo, en algunas ocasiones, rebasar o anular al principio de respeto por la autonomía. Beauchamp y Childress definen dos clases de paternalismo con base en la presencia o no de autonomía:

Paternalismo fuerte

El paternalismo fuerte hace referencia a intervenciones u omisiones intencionadas con el fin de mitigar o prevenir daños, aun cuando el individuo en riesgo haya tomado una decisión informada, voluntaria y autónoma (*Ibid*; 210). Es decir, en la práctica médica se puede dar el caso que un médico realice un procedimiento o se niegue a realizarlo deliberadamente a pesar que el paciente haya solicitado de forma voluntaria una decisión diferente.

Esta práctica rechaza las decisiones del otro, anteponiendo la conceptualización de los principios de beneficencia o no maleficencia del *benefactor*, lo que puede dar lugar a manipulaciones que aseguren las propensiones del *benefactor* (*Ibid*; 211).

Para el personalismo fuerte, el beneficio es medido con base en los valores del *bienhechor*. En el caso de Julia, ¿se puede hacer referencia a un paternalismo fuerte que impide que realice su cirugía genital sin modificar el resto de su identidad legal y social?

Paternalismo débil

En el paternalismo débil la intervención u omisión de un agente se realiza con miras a prevenir una conducta sustancialmente no voluntaria de una persona en riesgo (*Ibid*; 209). Para ello, se considera que una conducta no es voluntaria cuando las decisiones están influidas por estados que limitan la capacidad deliberativa del agente, por ejemplo, la depresión o la falta de información clara antes de tomar una decisión. Es decir, en la práctica médica puede presentarse el caso de un médico que se niegue a realizar un procedimiento

con consecuencias adversas para un paciente que lo solicitó cuando estaba en estado de depresión mayor.

En sentido estricto, el paternalismo débil se realiza con sujetos con una capacidad de autonomía limitada, de forma que no habría conflictos entre los principios de beneficencia y autonomía, sin embargo, en este tipo de paternalismo es éticamente complicado determinar cuándo las decisiones son sustancialmente no autónomas y decidir cuál es la acción apropiada (*Ibid*; 210).

El no ejercer un paternalismo débil no es equiparable a respetar la autonomía del individuo, pues el paternalismo débil sólo procura prevenir daños en pacientes que carecen de libertad o competencia (*Ibid*). Es decir, para el paternalismo débil el beneficio es interpretado con miras a los mejores intereses del beneficiario.

Las modificaciones a las que aspiran Julia y Leonora no cumplen con los convencionalismos de un sistema sexo-género heteronormativo, pero una sí puede acceder a los procedimientos a los que aspira y la otra no, ¿por qué? Tal cuestión plantea a la bioética la necesidad de reflexionar de forma crítica en torno a conceptos como “la experiencia del propio cuerpo”, lo que posibilitaría una reflexión más allá de posturas éticas “permisibles y no permisibles del cambio de sexo”.

5.2 La complejidad aplicada al análisis de lo trans

El medio socio-cultural ha adjudicado al género una atribución de imperativo biológico al establecer las normas de conducta y de arreglo personal correspondiente a cada sexo y, por tanto, decidir cuáles son los rasgos femeninos, masculinos o perversos, legítimos de un género. No obstante, a la luz de la evolución de las sociedades y las posibilidades que ofrecen las tecnologías y ciencias, tal visión ha decaído y el pluralismo sexo-genérico ha florecido.

De acuerdo con Killermann (*Ibid*; 88), las expresiones de género no sólo varían entre individuos, sino en el individuo mismo. La expresión de género presenta cambios continuos en una persona día a día, conforme cambia su modo de vestir y actuar en diferentes eventos o la forma de reaccionar ante situaciones variadas; es la forma en que una persona manifiesta de forma flexible cómo su personalidad se alinea o no con preceptos sociales de género: masculino, femenino, androgénico, hipermasculino, neutro, etc.

Dado que el que una persona posea ciertas características puede ser predisponente pero no determinante para desarrollar una identidad sexo-genérica, el paradigma de la complejidad puede ser una buena forma de aproximarse al ámbito *trans*.

La complejidad representa una alteridad del pensamiento científico vigente al apartarse del pensamiento positivista y del determinismo; es un paradigma inter y trans-disciplinario que da valor a los cambios y a lo imprevisible. En este sentido, las ciencias de la complejidad simbolizan una conexión entre ciencias físicas y naturales a través del reconocimiento de un vínculo inexorable y flexible entre diversos factores, estructuras o variables de sistemas someramente alejados, pero que se comunican y entremezclan de tal manera que no es posible la simple distinción de las partes o secciones (Fajardo Ortíz, et al., 2014).

La complejidad como marco metodológico dentro del análisis bioético de lo *trans* posibilita reconocer las identidades de género como sistemas dinámicos. Desde este paradigma, las identidades de género se reconocen como sistemas abiertos, en los que una gran cantidad de elementos, estructuras y variables interactúan en una inmensidad de conductas de auto-estructuración. Es decir, las identidades *trans* no están dispuestas, de forma que exponen condiciones y peculiaridades indeterminadas.

Desde el pensamiento complejo, las identidades *trans* pueden estudiarse como propiedades emergentes²⁵ y como emergencias sociales. En palabras de Méndez (2011): “Lo emergente es lo nuevo, presente de un pasado y a su vez, un futuro incalculable, pues lo nuevo también asombra, adviniendo incluso en lo impensable y hasta en lo que algunos consideran lo imposible. Lo emergente es algo inédito que surge tanto en la dimensión espacial como en lo temporal; además sirve para reflexionar o mejorar, convirtiéndose en sustancia nutriente para el pensamiento”.

Es decir, la transición de género es una emergencia social no reductible a sus componentes físicos o inmateriales, a la vez que es un foco que precisa de acciones políticas de salvaguarda a la diversidad.

²⁵ Una “propiedad emergente” es una propiedad inesperada que resulta de la interacción entre los elementos de un sistema.

5.3 Vulnerabilidad

Las identidades *trans* son poblaciones vulneradas en diversos sectores como el educativo, la atención a la salud y los servicios de justicia y seguridad personal. De acuerdo con el Consejo para Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS por sus siglas en inglés), una población vulnerable es aquella con relativa o absoluta incapacidad para proteger sus propios intereses, sea por falta de poder, inteligencia, educación, recursos, fuerza u otros atributos necesarios.

Kottow (Ibid, 341) refiere tres planos de la vulnerabilidad humana: el plano vital, el biológico y el existencial. El primero hace referencia a la fragilidad de mantenerse con vida, el segundo a subsistir y desarrollarse y el último a desenvolver un proyecto de vida.

Macklin (2015) propone evaluar las siguientes condiciones para considerar a una población como vulnerable:

1. Contar con datos empíricos y circunstancias que expliquen por qué algunos individuos o grupos son más propensos a daños que otros.
2. Determinar que la probabilidad de daños es consecuencia de una injusticia y no es resultado de la inevitabilidad de la vida.
3. Proponer posibles soluciones para prevenir daños y determinar quién tiene la responsabilidad.

En la Ciudad de México, Colchero Aragonés y colaboradores (*Ibid*) exponen algunos de los principales problemas de salud pública a los que se enfrentan las mujeres trans (MT). Con un universo de estudio de 500 MT, reclutadas en la Clínica Especializada Condesa, en Centros Penitenciarios y en Sitios de Encuentro (bares, hoteles, etc.), los principales problemas de salud de la población se concentraron en hospitalizaciones y complicaciones derivadas de los procesos de transformación sexo-genérica, infección por VIH, abuso de sustancias y medicamentos, problemas de salud mental e intentos suicidas. Igualmente, se expuso la alta percepción de estigma y discriminación que el personal de salud, custodios, otros servidores públicos y la sociedad en general ejercen hacia las MT.

Desde la mirada internacional, de acuerdo con la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2014), México se coloca como el segundo país en América Latina con mayor número de crímenes de odio contra personas identificadas o percibidas como trans.

En América Latina el identificarse o el ser percibido como trans coloca a las personas en situación de riesgo, considerándose la esperanza de vida para dicha población entre los 30 y 35 años (*Ibid*).

5.3.1 Injusticia epistémica

La vulnerabilidad trans se refleja de forma social, pero también en el desarrollo del conocimiento a manera de injusticia epistémica.

De acuerdo con Fricker (2014), las injusticias epistémicas suceden cuando un conocimiento dominante invalida a otro considerado subalterno, y se divide en dos tipos: injusticia testimonial e injusticia hermenéutica. La primera hace referencia a un déficit en la credibilidad para aceptar lo que alguien dice. La segunda alude a conceptos e interpretaciones de experiencias que no pueden comunicarse apropiadamente ante otros, pues dichos conceptos no son lo suficientemente compartidos en el espacio social, lo que resulta en un entendimiento y articulación incomprensibles.

Para asegurar el carácter de “injusticia” es necesario descartar que esta situación no se deba a una “mala suerte”, por ejemplo, que los conceptos pudieran no ser bien explicados por causa de una discapacidad del individuo, sino que son ininteligibles porque no son compartidos (*Ibid*).

Una injusticia epistémica niega a un individuo “diferente” la consideración de ser una fuente de conocimiento y pasa a ser parte del problema, su credibilidad se torna deficiente y es escuchado por medio de un filtro de prejuicios y, en el ámbito de las prácticas institucionales, se rechaza la integración de su discurso dentro de los discursos operacionales.

En el caso de la transición médica de género, a la bioética cabe cuestionar si tales nociones están presentes en diagnóstico de la disforia de género y el acceso a las modificaciones corporales.

5.4 Bioética y transición de género

La identidad intenta dar coherencia a la vida a través del sentido de pertenencia que ofrece, no obstante, existen identidades impuestas bajo las cuales no es posible vivir (Weeks,

1998). Son estas segundas identidades las que dan origen a negociaciones y luchas que condicionan la supervivencia de los individuos (García, 2010).

Para Weeks (*ibid*), la noción de “identidad” es el núcleo de los dilemas actuales sobre la sexualidad. Mercer (2000) refiere que una de las razones de la popularidad actual del concepto “identidad” es el multiculturalismo normativo en donde la marginalidad visibiliza en exceso las diferencias culturales con el fin de mercantilizarlas y fetichizarlas. De acuerdo con Hall (1997), estas prácticas de visibilidad de los estereotipos consisten en un posicionamiento violento del otro a través de una mediatización de espectáculos que operan y distribuyen las diferencias.

En *La construcción de las identidades genéricas y sexuales. La naturaleza problemática de las identidades*, Weeks (*ibid*) explora la conformación de las identidades genéricas y sexuales contemporáneas a partir de cuatro sentidos de la noción “identidad”:

1. Identidad como destino. Modelo esencialista en el cual la biología marca el destino y el cuerpo expresa una verdad.
2. Identidad como resistencia. Sentido de individualización en el cual la identidad refleja la lucha entre el “yo” y las convenciones sociales. Las identidades divergentes exponen una ruptura frente a las actitudes tradicionalistas.
3. Identidad como elección. Se refiere a decidir libremente adoptar una identidad y un posicionamiento social y político. Hay cuatro momentos en los cuales una identidad estigmatizada es construida como elección: la sensibilización, en la cual el individuo se hace consciente de su diferencia con la norma, la significación, cuando el individuo comienza a dar sentido a su diferencia, la subculturización, cuando el sujeto se reconoce a sí mismo y se involucra con otras personas, y la estabilización, cuando existe una aceptación plena de sí mismo.
4. Identidad como política. Representa combatir solidariamente las relaciones de poder que constriñen la autonomía y la libertad.

La “identidad” es un proceso de expresión que parte de la autopercepción cuyo fin es un reconocimiento público. Cada persona está formada por una cadena de identidades: de clase, raza, género, sexo, religión, etc., que se amalgaman e influyen mutuamente

(interseccionalidad); el caso de enfatizar una sobre las demás es una cuestión política mediante la cual el individuo no se desliga de las demás, sino que destaca aquella que en ese momento pone en juego su reconocimiento.

Las identidades *trans* son heterogéneas pero confluyen en un proceso de transición de género, el cual puede involucrar procedimientos médicos. Actualmente, el acceso a dichos procedimientos comienza con el diagnóstico de disforia de género y se añaden condiciones según la cirugía solicitada.

Para Julia la necesidad del cambio legal de documentos y vivir un año entero en un rol social acorde al sexo deseado para el acceso a la vaginoplastía, deriva de un marco socio-cultural de la identidad de género desde una visión heteronormativa, y no de una regulación técnico-quirúrgica. El acceso o la restricción a los procedimientos quirúrgicos no se centran en las experiencias de identidad de género y proyecto de vida de Julia o de Leonora. Al respecto, este trabajo propone una reflexión bioética de la transición médica de género que incorpore dichas nociones. Pues una bioética que maneje aproximaciones a lo *trans* como lo hace el paradigma de la ética permisible y no permisible del cambio de sexo no cuestiona el diagnóstico de disforia de género *per se*, los patrones heteronormativos ni los valores morales reflejados en el abordaje médico de la transición de género.

5.4.1 La propuesta

En el trabajo *Transmogrification. (Un)Becoming Other(s)*, Nikki Sullivan (2006) plantea utilizar la categoría “transmogrificación” para referirse a toda práctica de modificación corporal extraña o *grotesca* que se caracterice por una distorsión, exageración, extravagancia o cualquier forma de combinaciones *anti-naturales* (*Ibid*; 553), por ejemplo, los piercing, los tatuajes, la cirugía cosmética, las amputaciones elegidas y las cirugías *trans*. Tal planteamiento más que enfocarse en las diferencias entre cada práctica, propone analizar similitudes con el fin de llegar a aproximaciones éticas conjuntas.

Como ejemplos de las distinciones que se hacen entre ellas, Sullivan (*ibid*) refiere las consideraciones entre formas “buenas” y “malas” de *embodiment*; la distinción entre modificaciones corporales no-tradicionales y cirugía cosmética; y, la distinción entre prácticas normalizadoras y prácticas transgresoras.

Siguiendo planteamientos como los referidos por autores como Califia (1997) y Nataf (1996), quienes comparan las experiencias de las cirugías de reasignación sexual con otros

tipos de modificaciones corporales como los tatuajes, las cirugías *trans* no son meramente prácticas en los que una persona cambia de un sexo a otro (Sullivan, *ibid*; 553), sino son ejemplo de un cambio corporal complejo que va más allá del tratamiento de una disforia.

De acuerdo con Halberstam (1996), este planteamiento compara las cirugías *trans* con cirugías cosméticas:

Quizá empezaríamos a ver la [cirugía trans] como una vía u organización de tu cuerpo que se alinea con la imagen corporal de ti mismo. Y, entonces, no ocurriría toda esta intervención terapéutica donde la gente te cuestiona “¿por qué quieres ser un hombre?, ¿qué está mal contigo?” [Ahora] Tú podrías decir “porque prefiero cómo se ve un pene en mi cuerpo a una vagina”

Como resultado sería plausible superar las teorías de patologización y esencialización del *embodiment trans*²⁶, así como contextualizar las implicaciones políticas y sociales que conllevan (Sullivan, *Ibid*; 554).

Referente a las nociones de normalización y transgresión, la primera aplica para las cirugías cosméticas en las que se procura reproducir normas sociales internalizadas, y la segunda para prácticas liberadoras o desafiantes ante convencionalismos. Bajo esta perspectiva, las cirugías médicas de transición de género planteadas para revertir la disforia de género son prácticas normalizadoras que representan actos faltos de agencia por parte del individuo, pues el único fin de los procedimientos es paliar el sufrimiento.

En cambio, las prácticas transgresoras implican intención. De acuerdo con la lectura de García, la naturaleza *trans* está basada en tránsitos, transformaciones e intervenciones que buscan tornar el cuerpo como propio; “los tacones, siliconas, hormonas y cirugías -pese a que se crea que reproducen estereotipos femeninos, y en algunos casos lo hacen- son elementos de rebeldía y liberación, y, por tanto, actos intencionados” (*Ibid*; 5). Igualmente, Davis (1998) postula que no existe la pasividad en las cirugías cosméticas, pues la persona elige entre no elegir la cirugía. De esta manera, si se consideran las cirugías *trans* como prácticas transgresoras y no como correctoras, se podría enfatizar el análisis bioético en torno a la autonomía corporal de los sujetos *trans*.

²⁶ El *embodiment trans* se refiere a la idea de un único modelo de cuerpo *trans*.

Sin embargo, otro aspecto a considerar es la existencia de prácticas permitidas y prácticas que se consideran *perversas* en contextos específicos. Por ejemplo, el que una *cis*-mujer solicite implantes de mamas puede considerarse lógico, pero no el que una mujer-*trans* lo haga, pues en este contexto, a la mujer *trans* se le sigue considerando hombre a menos que demuestre una disforia de género. Referente al caso de Julia, el que ella quiera someterse a una vaginoplastía aun cuando conserve su identidad social de *hombre* ¿podría considerarse como un acto de transgresión “en un mundo que no acepta a las mujeres *trans*” o como un acto perverso?

Sullivan refiere que las cirugías de modificación corporal no tradicionales han sido leídas por psicólogos, criminalistas y sociólogos como automutilaciones con un trasfondo de problemas mentales, de desprecio hacia uno mismo y como expresiones de historias de abuso, lo cual refleja la necesidad de dichos sujetos de ser curados (Ibid; 559). En este sentido, se niegan las interpretaciones e inscripciones que pretende el actor, tornando sus experiencias como ilegítimas e invalidando su agencia.

Por otro lado, las nociones normalización/transgresión consideran las prácticas de modificación corporal como buenas o malas, en donde la transgresión puede considerarse buena, pues promueve la auto-realización, y la normalización mala o viceversa. No obstante, Walker (1998) refiere casi imposible considerar que las modificaciones corporales puedan ser totalmente transgresoras o conformistas. En el caso de las cirugías *trans*, algunos las consideran transgresoras, pero otros las refieren como medios de normalización, sin embargo, la dicotomía transgresión-normalización en una falsa oposición (Sullivan, *ibid*; 562), pues la transmogrificación es un poco de ambas (Ibid; 561).

Para Sullivan (Ibid; 560), el conectar la cirugía cosmética de las modificaciones corporales no tradicionales y las cirugías *trans* podría potencializar la despatologización de las identidades *trans*; así como configurar una ética de intercorporalidad que haga justicia a las prácticas *trans* de modificación corporal, aunque también podría conllevar efectos negativos en otros contextos.

Al respecto, este proyecto propone insertar una lente crítica a la forma en que la bioética analiza la transición médica de género con el fin de dignificar a las personas involucradas y sus proyectos de vida.

De acuerdo con Forcades (2011; 13), para que una investigación sea crítica es necesario partir de una experiencia de contradicción, sea vivencial, intelectual o interpretativa. Ricardo Salas (2008, 3) refiere que el pensamiento crítico no es una contraposición a un pensamiento “ingenuo”, sino un ejercicio de reflexión que pone de manifiesto las limitaciones de perspectivas disciplinarias al cuestionar formas discursivas propias de ideologías de dominación cultural y política que niegan *al otro*.

El pensamiento crítico es una postura liberadora que aborda experiencias sociales, creencias, conocimientos y prácticas de variados contextos de dominación con el fin de promover luchas plurales de reconocimiento (*Ibid*). En el caso de lo *trans*, para desarrollar un análisis crítico se habría de cuestionar si el discurso médico de la disforia de género vulnera principios bioéticos como la autonomía personal y la noción de libertad sobre el cuerpo propio, entre otros.

Una posibilidad es reflexionar en torno a la reproducción del pensamiento heteronormativo dentro de los análisis bioéticos de las aproximaciones médicas a lo *trans* y reconocer la necesidad de un análisis que considere epistemologías alternativas al entendimiento de la transición de género.

Este trabajo considera una necesidad el analizar primeramente qué es lo que la bioética le debe a lo *trans* y cómo apoyarse de los planteamientos de la bioética *queer* para efectuar reflexiones centradas en la calidad y el proyecto de vida de los sujetos.

Zúñiga Santamaría (2013) refiere que a pesar de no existir una definición clara de lo que implica la calidad de vida es preciso reconocer que la toma de decisiones de la vida diaria marca la diferencia entre personas. Uno de los papeles de la bioética es promover el desarrollo de un pensamiento ético y ofrecer guías transdisciplinarias para prácticas humanas comprometidas con las personas y el contexto, es por ello que en los análisis bioéticos de la transición de género esto implica dar cabida a entendimientos *alternos* e incluyentes. Fuera del ámbito médico, el abordaje de la categoría “identidad de género” desde los estudios culturales y en especial desde el feminismo ha develado al género como un constructo, producto y proceso que “da cuenta de relaciones de poder y dominaciones transhistóricas y transculturales” (Serret, 2011; 72), lo que ha posibilitado mudanzas a la

propuesta inicial del entendimiento del género, la identidad de género y la transexualidad y ha dado origen a categorías como lo *trans*.

Una bioética crítica de la transición de género debe abordar cómo el discurso médico de la disforia de género invisibiliza formas de violencia y cómo la medicina reproduce fuerzas estructurales de opresión sexo-genérica. Para ello, es necesario reconocer y valorar lo desconocido, así como a promover la integración de conocimientos diversos como los estudios culturales, el feminismo y lo *queer* dentro de las reflexiones bioéticas con el fin de promover un bienestar social incluyente. En conclusión, el añadir al estudio de la transición médica de género una lente que debata formas de opresión y de reproducción de violencia sexo-genérica en sus análisis permitirá elaborar reflexiones bioéticas comprometidas con los sujetos y potencializará la aspiración inter, multi y transdisciplinaria de la reflexión bioética de la transición de género.

Por último, éste trabajo no pretende cuestionar si lo *trans* es ético o no, sino cuestionar las aproximaciones bioéticas que reproducen un discurso médico heteronormativo.

5.5 Algunos temas pendientes para el análisis

Como se ha expuesto hasta ahora, virar el análisis de la transición médica de género desde un discurso médico de disforia de género a un discurso que valore las experiencias y expectativas de los individuos puede fortalecer el pensamiento crítico de la bioética con respecto a lo *trans*.

Considerar las cirugías de transición de género como cirugías estéticas no es la solución para terminar con los dilemas bioéticos, no obstante, es un paso en el reconocimiento y reflexión en torno a la autonomía y libertad sobre el cuerpo propio de los sujetos *trans*.

En adición, otras líneas para reflexionar desde la bioética son:

- El modelo médico de atención a la población trans,
- Justicia social y distribución pública de los tratamientos para la transición médica de género, y
- La edad legal para el uso de tratamientos hormonales en pacientes pediátricos, entre otras.

Referencias

- Adams St. Pierre, E. "The Long Reach of Logical Positivism/ Logical Empiricism", in N. K. Denzin, & M. D. Giardina. *Qualitative Inquiry Through a Critical Lens*. New York, USA. Routledge. 2016. Pp. 19-29.
- Ahern, K. J. "Ten tips for reflexive bracketing". *Qualitative Health Research*. 1999; 9 (3). Pp. 407-411. In Hays, D. G., y Singh, A. A. *Qualitative Inquiry in Clinical and Educational Settings*. New York, USA. The Guilford Press. 2012. Pp. 147-148.
- American Psychiatric Association. "Gender Dysphoria". In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5)*. USA. 2013. Pp. 451-459.
- Alcoff, L. "Phenomenology, Post-structuralism, and Feminist Theory on the Concept of Experience". In Fisher, L. y Embree, L. (eds.) *Feminist Phenomenology*. Kluwer, 2000. Boston/Londres. 2000. Pp. 39-56.
- Alston, P. et. al. *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*. Universidad de Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia. Marzo 2007.
- Alvarez de Atayde, F. "Performatividad y política en Judith Butler". *Eikasia. Revista de filosofía*. España. Julio 2011. Año 5, número 39. Pp. 133-151. Boylon, R. M., & Adams, T. E. "Queer and Quare Autoethnography", in N. K. Denzin, & M. D. Giardina, *Qualitative Inquiry Through a Critical Lens*. New York, USA. Routledge. 2016. Pp. 85-98.
- Banister P., et. al. "La entrevista". *Métodos cualitativos en psicología. Una guía para la investigación*. Universidad de Guadalajara, México. 2004. Pp. 71-94.
- Bar-Yam, Y. "Overview: The dynamics of complex systems- examples, questions, methods and concepts", in *Dynamics of complex systems* Massachusetts, USA: Addison-Wesley. Pp. 1-15. 1997.
- Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed. New York, USA: Oxford University Press. 2009.
- Belkin, A. "Caring for Our Transgender Troops-The Negligible Cost of Transition-Related Care". *The New England Journal of Medicine*. August, 2015.
- Blázquez, N. "Bioética fundamental". Madrid. 1996, p. 486-487, en Mazuelos, J. "Problemas éticos del transexualismo". *Revista bioética y ciencias de la salud*. España. Sociedad Andaluza de Investigación Bioética. 1999. Vol. 3. No. 4.

- Boylon, R. M., & Adams, T. E. "Queer and Quare Autoethnography", in N. K. Denzin, & M. D. Giardina, *Qualitative Inquiry Through a Critical Lens*. New York, USA. Routledge. 2016. Pp. 85-98.
- Butler, J. *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad* (1990). Trad. Ma. Antonia Muñoz. Barcelona, España. Paidós. 2007.
- Butler, J. *Deshacer el género*. Trad. P. Soley-Beltran. Barcelona, España: Paidós. 2006.
- Butler, J. *Marcos de Guerra. Las vidas lloradas*. Trad. B. Moreno Carrillo. Buenos Aires, Argentina. Paidós. 2010.
- Cabral, M. "Asterisco" en Cabral, Mauro (ed.) *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*, Córdoba: Anarrés Editorial. 2009. En Pons Rabasa, A., & Garosi, E. "Trans", en E. Alcántara, & H. Moreno, *Conceptos clave en los estudios de género*. Ciudad de México. PUEG, UNAM. 2016.
- Cabral, M. "Ciudadanía (trans)sexual". Artículo sobre tesis premiada: *Sexualidades, salud y derechos humanos en América Latina*. 2003.
- Califa, P. "Sex Changes: The Politics of Transgenderism" San Francisco: Cleis Press. 1997. P.224, in Sullivan, N. "Transmogrification. (Un) Becoming Other (s)", in S. Stryker & S. Whittle (eds.) *The transgender reader*. New York. Routledge. 2006. P. 553.
- California Health Interview Survey 2009. Author analyses of data using AskCHIS, UCLA Center for Health Policy Research. In Gates, G. J. *How many people are lesbian, gay, bisexual and transgender?* Los Angeles, CA: The Williams Institute. 2011.
- California LGBT Tobacco Survey 2004. Author analyses using machine-readable data file. California Department of Health Services, Tobacco Control Section. In Gates, G. J. *How many people are lesbian, gay, bisexual and transgender?* Los Angeles, CA: The Williams Institute. 2011.
- Casas Martínez, M. L. "La experiencia del cuerpo propio", en Tealdi, J. C. (dir.). *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Colombia. UNESCO-Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia. 2008. Pp. 228-231.
- Clínica Especializada Condesa. *Programa transgénero*. En: <http://condesadf.mx/transgenero.htm>. Revisado en 17 de septiembre 2016.
- Colchero Aragonés et al. *Encuesta de salud con sero-prevalencia de VIH a mujeres transgénero en la Ciudad de México*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Salud Pública, Clínica Especializada Condesa, PSI México, USAID. 2013
- Coleman, E., et. al. *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version*. World Professional Association for Transgender Health. 2011.

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). "Registro de ataques contra la vida e integridad de personas LGBTI entre el 1° de enero de 2013 al 31° de marzo de 2014". *Registro documental de actos de violencia contra personas LGBTI en América*. 2014.
- Conron, K. J., Scott, G., Stowell, G. S., Landers, S. "Transgender Health in Massachusetts: Results from a Household Probability Sample of Adults". *American Journal of Public Health*. 2011, in Gates, G. J. *How many people are lesbian, gay, bisexual and transgender?* Los Angeles, CA: The Williams Institute. 2011. P. 5.
- Consejo para Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Geneva, Switzerland, Gguideline 13:64. 2002. In Macklin, R. "Bioethics, vulnerability, and protection". *Bioethics*, 17(5):474. 2003.
- Creswell, J. W. "Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches". 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage. 2003. In Hays, D. G., y Singh, A. A. *Qualitative Inquiry in Clinical and Educational Settings*. New York, USA. The Guilford Press. 2012. P. 44.
- Creswell, J. W. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage. 2006. In Hays, D. G., y Singh, A. A. *Qualitative Inquiry in Clinical and Educational Settings*. New York, USA. The Guilford Press. 2012. P. 44.
- Davis, K. "Facing the Dilemma", in P.D. Hopkins (ed.). *Sex/Machine: Readings in Culture and Technology*, Bloomington: Indiana University Press. 1998. P. 304, n.3, in Sullivan, N. "Transmogrification. (Un) Becoming Other (s)", in S. Stryker & S. Whittle (eds.) *The transgender reader*. New York. Routledge. 2006. P. 555.
- De Lauretis, T. *Technologies of gender. Essays on theory, film, and fiction*. Bloomington e Indianápolis: Indiana University Press. 1987. En Pons Rabasa, A., & Garosi, E. "Trans", en E. Alcántara, & H. Moreno, *Conceptos clave en los estudios de género*. Ciudad de México. PUEG, UNAM. 2016.
- Doods, S. "Depending on Care: Recognition of Vulnerability". *Bioethics*. 21(9). 2007. Pp. 500-510, in Rogers, W., Mackenzie, C., and Dodds, S. "Why bioethics Needs a Concept of Vulnerability". *The International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*. Vol. 5. No. 2. 2012. P. 16.
- Estrada-Montoya, J. H. y García Becerra, A. "Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH/Sida en mujeres transgénero en Colombia". *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá (Colombia). Enero-junio de 2010. 9 (18). Pp. 90-102.
- Factor, R. J. & Rothblum, E. "Exploring gender identity and community among three groups of transgender individuals in the United States: MTFs, FTMs, and genderqueers". *Health Sociology Review*, 17(3). 2008. Pp. 235-253. In Coleman, E., et. al.

Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version. World Professional Association for Transgender Health. 2011. Pp. 33.

Fajardo Ortíz, G., Robles Rivera, K., Soto Aguilera, C. A. y Vicenteño León, A. I. "Las ciencias de la complejidad en la historia de la medicina". *Revista de Historia de la Medicina y Epistemología Médica*. Argentina. Vol. VI. No. 2. 2014.

Fawcett, B., & Hearn, J. "Researching others: Experience, participation and material reflexivity". *International Journal of Social Science Methodology*. 7 (13). 2004. Pp. 201-218. In Hays, D. G., y Singh, A. A. *Qualitative Inquiry in Clinical and Educational Settings*. New York, USA. The Guilford Press. 2012. P. 141.

Forcades I Vila, T. *La teología feminista en la historia*. Fragmenta editorial. España. 2011.

Fricker, M. Conferencia: *Social Equality*. UCT Philosophy. Cape town. Agosto 2014. Recuperada de: <https://www.youtube.com/watch?v=u8zoN6GghXk>, en 22 de noviembre de 2015.

García Becerra, A. *Tacones, silicona, hormonas, teoría feminista y experiencias trans en Bogotá*. Tesis de grado para optar por el título de Magister en Estudios de Género, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2010.

Garfinkel, H., & Stoller, J. R. "El tránsito y la gestión del logro de estatus sexual en una persona intersexuada", en H. Garfinkel, *Estudios en etnometodología* (1968). Trad. H. A. Pérez Hernáiz. Barcelona, España. Antrhopos Editorial; México: UNAM Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades; Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2006. Pp. 135-209.

Gates, G. J. *How many people are lesbian, gay, bisexual and transgender?* Los Angeles, CA: The Williams Institute. 2011.

Gooren, L. J. "Care of Transsexual Persons". *The New England Journal of Medicine*. March, 2011.

González Valenzuela, J. "¿Qué ética para la bioética?", en *Perspectivas de bioética*. Ciudad de México. Fondo de Cultura Económica. 2008. Pp. 9-50.

Gracia, D. "Ética médica", en Farreras-Rozman, *Medicina Interna* (13ª ed.). 1996.

Gracia, D. "Prólogo". *Fundamentos de bioética*. Eudema Universidad. Manuales. 1989. P. 11.

Grossberg, L. "Does Cultural Studies Have Futures? Should it? Or What's the Matter with New York?". *Cultural Studies*, 20(1). Pp. 1-32. 2006.

Guber, R. *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá, Colombia. Grupo Editorial Norma. 2001.

- Halberstam, J. 1996, in Nataf, Z. (ed.). "Lesbian Tall Transgender". London: Scarlet Press. 1996. P. 55-6, in Sullivan, N. "Transmogrification. (Un) Becoming Other (s)", in S. Stryker & S. Whittle (eds.) *The transgender reader*. New York. Routledge. 2006. P. 553.
- Hall, S. "El espectáculo del "Otro"", en *Sin Garantías: Trayectorias en estudios culturales*. Eduardo Restrepo, et. al. (eds.). Clacso-Universidad Andina Simón Bolívar-Pontificia Universidad Javeriana. En prensa. 1997. Pp. 357-378. En García Becerra, A. *Tacones, silicona, hormonas, teoría feminista y experiencias trans en Bogotá*. Tesis de grado para optar por el título de Magister en Estudios de Género, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2010. P. 55.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. *Ethnography: Principles in practice*. 3rd ed. New York: Taylor & Francis. 2007. In Hays, D. G., y Singh, A. A. *Qualitative Inquiry in Clinical and Educational Settings*. New York, USA. The Guilford Press. 2012. P. 137
- Harris, B. C. "Likely Transgender Individuals in U.S. Federal Administrative Records and the 2010 Census". *U.S. Census Bureau*. 2015.
- Hays, D. G., & Singh, A. A. *Qualitative Inquiry in Clinical and Educational Settings*. New York, USA. The Guilford Press. 2012.
- Ho, A. "The individualist model of autonomy and the challenge of disability". *Journal of Bioethical Inquiry*. 5 (2-3). 2008. Pp. 193-207, in Rogers, W., Mackenzie, C., and Dodds, S. "Why bioethics Needs a Concept of Vulnerability". *The International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*. Vol. 5. No. 2. 2012. P. 16.
- Holy, L. "Theory, Methodology and Research Process", en Ellen, R. E. (ed.) *Ethnographic Research. A Guide of General Conduct*. London, Academic Press. 1984. Pp. 13-34. En Guber, R. *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá, Colombia. Grupo Editorial Norma. 2001.
- Hottois, G. *¿Qué es la bioética?* Edición parcial en español. Bogotá. Editorial Kimpres Ltda. Universidad del Bosque. 2007. Pág. 21. En Echeverría, J. "Tecnociencia, tecnoética y tecnoaxiología". *Revista Colombiana de Bioética*. Enero-junio 2010. 5(1). Pp. 142-152.
- Jeffreys, S. *Unpacking queer politics: a lesbian feminist perspective*. Cambridge Malden, Massachusetts: Polity Press in association with Blackwell Pub. 2003. En Pons Rabasa, A., & Garosi, E. "Trans", en E. Alcántara, & H. Moreno, *Conceptos clave en los estudios de género*. Ciudad de México. PUEG, UNAM. 2016.
- Khuse, H. & Singer, P. "What is Bioethics? A historical introduction", in Kuhse, H. & Singer, P. (eds.) *A Companion to Bioethics*. Oxford/Boston. Blackwell Publishers. 2001. Pp. 3-11. En Viesca, C. "Bioética. Concepto y métodos", en J. González (coord.). *Perspectivas de bioética*. Ciudad de México. FCE. 2008. Pp. 53-89.

- Kant, I. "Grundlegung zur metaphysik der sitten", Hrsg. von Karl Vorlander, Hamburg, 3a ed., 1975, en Casas Martínez, M. L. "La experiencia del cuerpo propio", en Tealdi, J. C. (dir.). *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Colombia. UNESCO-Red Latinoamericanay del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia. 2008. P. 229.
- Killerman, S. *The Social Justice Advocate's Handbook: A Guide to Gender*. Impetus Book. 2003.
- Kottow, M. "Cuerpo y corporeización", en Tealdi, J. C. (dir.). *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Colombia. UNESCO-Red Latinoamericanay del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia. 2008. Pp. 231-233.
- Kottow, M. "Vulnerabilidad y Protección", en Tealdi, J. C. (dir.). *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Colombia. UNESCO-Red Latinoamericanay del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia. 2008. Pp. 340-342.
- Lamas, M. *Transexualidad: identidad y cultura*. Tesis para obtener el grado de doctora en antropología, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México. 2012.
- Levine, C., Faden, R., Grady, C., Hammerschmidt, D., Eckenwiler, L., Sugarman, J., and the Consortium to Examine Clinical Research Ethics. "The limitations of "vulnerability" as a protection for human research participants". *American Journal of Bioethics*. 4(3). 2004. Pp. 44-49, in Rogers, W., Mackenzie, C., and Dodds, S. "Why bioethics Needs a Concept of Vulnerability". *The International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*. Vol. 5. No. 2. 2012. P. 15.
- López Apizarte, E. "Estados intersexuales y cambio de sexo: aspectos éticos". *Proyección* 38. 1991. P. 40, en Mazuelos, J. "Problemas éticos del transexualismo". *Revista bioética y ciencias de la salud*. España. Sociedad Andaluza de Investigación Bioética. 1999. Vol. 3. No. 4.
- López Moratalla, N. "La identidad sexual: personas transexuales y con trastornos del desarrollo gonadal <No existen sexos, sólo roles>: un experimento antropológico necesitado de la biotecnología". *Cuadernos de bioética*. 2012. Pp. 341-371.
- López Moratalla, N. y Calleja Canelas, A. "Transexualidad: una alteración cerebral que comienza a conocerse". *Cuadernos de bioética*. 2016 (1). Pp. 81-92.
- Macklin, R. "Bioethics, Vulnerability, and Protection". *Bioethics*. Vol. 17. No. 5-6. 2003. Pp. 472-486.
- Macklin, R. "Un acercamiento a la vulnerabilidad desde el punto de vista de la ética global". En M. Casado, F. Luna, & R. Vázquez, *Género y bioética*. España: La Suprema Corte de Justicia de la Nación & Fontamara. 2015. Pp. 3-22.
- Mainetti, J. A. "Panorama actual de la bioética". *Revista Quirón*. Vol. 25. No. 1. Buenos Aires. Marzo de 1994. P. 93, en Ubach, N. V. *La ética de principios y el derecho a*

la identidad de género en el caso del transexualismo. Tesina de licenciatura en filosofía. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina. 2013. P. 22.

Mazuelos, J. "Problemas éticos del transexualismo". *Revista bioética y ciencias de la salud.* España. Sociedad Andaluza de Investigación Bioética. 1999. Vol. 3. No. 4.

McKenna, W., & Kessler, S. "Transgendering: Blurring the boundaries of gender", in K. Davis, M. Evans, & J. Lorber, *Handbook of Gender and Women's Studies.* London. SAGE. 2006. Pp. 342-356.

Méndez, A. F. "El acto de emerger". *Conspiratio.* Año II (9). 2011. P. 16. En Fajardo Ortíz, G., Robles Rivera, K., Soto Aguilera, C. A. y Vicenteño León, A. I. "Las ciencias de la complejidad en la historia de la medicina". *Revista de Historia de la Medicina y Epistemología Médica.* Argentina. Vol. VI. No. 2. 2014.

Mercer, K. "A Sociography of Diaspora", in *Without Guarantees. In honour of Stuart Hall.* P. Gilroy, et. al. (eds.). London. Verso. 2000. Pp. 233-244. En Briones, C. "Teorías performativas de la identidad y performatividad de las teorías". *Tabula Rasa.* Bogotá, Colombia. Enero-junio 2007. No. 6. Pp. 55-85.

Meyer III, W. J. "World Professional Association for Transgender Health's standards of care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder". *International Journal of Transgenderism,* 11(2). 2009. Pp. 127-132. In Coleman, E., et. al. *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people, 7th version.* World Professional Association for Transgender Health. 2011. Pp. 33.

Miramontes, O. "Los sistemas complejos como instrumentos de conocimiento y transformación del mundo", en S. Ramírez, *Perspectivas en las teorías de sistemas.* Ciudad de México: CEIICH-UNAM/ Siglo XXI Editores. Pp. 83-92. 1999.

Mondragón-Barrios, L. "Consentimiento informado: una praxis dialógica para la investigación". *Revista de investigación clínica.* 6(1). 2009. Pp. 75-82.

Nataf, Z. (ed.). "Lesbian Tall Transgender". London: Scarlet Press. 1996. P. 55, in Sullivan, N. "Transmogrification. (Un) Becoming Other (s)", in S. Stryker & S. Whittle (eds.) *The transgender reader.* New York. Routledge. 2006. P. 553.

Nickel, P. J. "Vulnerable populations in research: The case of the seriously ill". *Theoretical Medicine and Bioethics.* 27. 2006. Pp. 245-64, in Rogers, W., Mackenzie, C., and Dodds, S. "Why bioethics Needs a Concept of Vulnerability". *The International Journal of Feminist Approaches to Bioethics.* Vol. 5. No. 2. 2012. P. 15.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe.* 2013.

- Pedraz Marcos, Azucena, et al. "La Observación participante", en Pedraz Marcos, Azucena, et al. *Investigación Cualitativa*. Elsevier; España. 2014. Pp. 45-57.
- Pedraz Marcos, Azucena, et al. "La Entrevista en Profundidad", en Pedraz Marcos, Azucena, et al. *Investigación Cualitativa*. Elsevier; España. 2014. Pp. 59-71.
- Perico, G. "Problemi di etica sanitaria". Milano. 1992. Pp. 391-413, en Mazuelos, J. "Problemas éticos del transexualismo". *Revista bioética y ciencias de la salud*. España. Sociedad Andaluza de Investigación Bioética. 1999. Vol. 3. No. 4.
- Pons Rabasa, A., & Garosi, E. "Trans", en E. Alcántara, & H. Moreno, *Conceptos clave en los estudios de género*. Ciudad de México. PUEG, UNAM. 2016.
- Porto, D. "Derecho al cuerpo propio", en Tealdi, J. C. (dir.). *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Colombia. UNESCO-Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia. 2008. Pp. 233-235.
- Powell, T., & Foglia, M. B. "The Time Is Now: Bioethics and LGBT Issues. LGBT Bioethics: Visibility, Disparities, and Dialogue, special report". *Hastings Center Report*. 2014. Pp. S2,S3.
- Quivy, R. y Van Campenhoudt, L. *Manual de investigación en ciencias sociales*. Trad. N. P. Corres Ayala. México. Limusa. 2005.
- Raymond, J. *The Transsexual Empire. The Making of the She-Male*. New York: Teachers College Press. 1979. En Pons Rabasa, A., & Garosi, E. "Trans", en E. Alcántara, & H. Moreno, *Conceptos clave en los estudios de género*. Ciudad de México. PUEG, UNAM. 2016.
- Reed, B., Rhodes, S., Schofield, P., Wylie, K. "Gender Variance in the UK: Prevalence, Incidence, Growth, and Geographic Distribution". *Gender Identity Research and Education Society*. June, 2009, in Gates, G. J. *How many people are lesbian, gay, bisexual and transgender?* Los Angeles, CA: The Williams Institute. 2011. P. 5.
- Rogers, C. *On becoming a person: A theorapist's view of psychoteraphy* London: Constable & Robinson. 1961. In Hays, D. G., y Singh, A. A. *Qualitative Inquiry in Clinical and Educational Settings*. New York, USA. The Guilford Press. 2012. Pp. 137-143.
- Rouf, M. "Vulnerability, Vulnerable Populations, and Policy". *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 24(4). Scope Note 44. 2004.Pp. 411-424.
- Salas Astraín, R. "Pensamiento crítico latinoamericano" en Tealdi, J. C. (dir.). *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Colombia. UNESCO-Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia. 2008. Pp.3-5.

- Schneider, K. J. "Multiple-case depth research". *Journal of Clinical Psychology*. 55(12). 1999. Pp. 1731-1540. In Hays, D. G., y Singh, A. A. *Qualitative Inquiry in Clinical and Educational Settings*. New York, USA. The Guilford Press. 2012. P. 144.
- Serret, E. "Hacia una redefinición de las identidades de género". *GénEros*. Marzo-agosto 2011. Vol. 2 No. 9. Pp. 71-98.
- Sgreccia, E. "Manuale di bioética. Fondamenti ed etica biomedica". Milano. 1994. Pp. 531-537, en Mazuelos, J. "Problemas éticos del transexualismo". *Revista bioética y ciencias de la salud*. España. Sociedad Andaluza de Investigación Bioética. 1999. Vol. 3. No. 4.
- Soley-Beltrán, P. "No hay dos sin tres. Bioética, transexualidad y transgénero". En M. Casado, F. Luna, & R. Vázquez, *Género y Bioética*. Suprema Corte de Justicia de la Nación-Fontarama. 2013. Pp. 147-178.
- Spradley, J. R. *The Ethnographic Interview*. New York. Holt. Rinehard and Winston. 1979. En Guber, R. *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá, Colombia. Grupo Editorial Norma. 2001. P. 9.
- Stoller, R. "Biological Substrates of Sexual Behavior". In *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Feminity*. New York: Science House. 1968. Pp. 3-16. In S. Stryker & S. Whittle (eds.) *The transgender reader*. New York. Routledge. 2006. Pp. 53-57.
- Stryker, S. "My words to Victor Frankenstein above the village of Chamounix", in S. Stryker & S. Whittle (eds.) *The transgender reader*. New York. Routledge. 2006. Pp. 244-256. In Merryfeather, L. & Bruce, A. "The invisibility of gender diversity: understanding transgender and transsexuality in nursing literature". *Nursing Forum*. April-June 2014. Vol. 49. No. 2. Pp. 110-123.
- Stryker, S. & Whittle, S. Introduction to Garfinkel, H. "Passing and the Managed Achievement of Sex Status in an "Intersexed" Person", In S. Stryker & S. Whittle (eds.) *The transgender reader*. New York. Routledge. 2006 (a). Pp. 58.
- Stryker, S. & Whittle, S. Introduction to Stoller, R. "Biological Substrates of Sexual Behavior". In *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Feminity*. New York: Science House. 1968. Pp. 3-16. In S. Stryker & S. Whittle (eds.) *The transgender reader*. New York. Routledge. 2006 (b). Pp. 53.
- Sullivan, N. "Transmogrification. (Un) Becoming Other (s)", in S. Stryker & S. Whittle (eds.) *The transgender reader*. New York. Routledge. 2006. Pp. 552-564.
- Szurmuk, M. y Mckee, R. "Presentación", en Szurmuk, M. y Mckee, R. (Coords.) *Diccionario de estudios culturales latinoamericanos*. México. Siglo XXI Editores: Intituto Mora. 2009. P. 11.

- Ubach, N. V. *La ética de principios y el derecho a la identidad de género en el caso del transexualismo. Tesina de licenciatura en filosofía*. Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina. 2013.
- UNAIDS. *The GAP Report*. Geneva, Switzerland: UN. 2014.
- Unger Baillie, K. *Queer Bioethics Comes to Life at Penn*. 2012, September 20. Retrieved May 26, 2016, from PennNews: <https://news.upenn.edu/news/queer-bioethics-comes-life-penn>.
- Wahlert, L., y Fiester, A. "Questioning Scrutiny. Bioethics, Sexuality, and Gender Identity". *Bioethical Inquiry*. 2012. Vol. 9. Pp. 243-248.
- Walker, L. "Embodying Desire: Piercing and the Fashioning of "Neo butch-femme Identities"", in Sally Munt (ed.). *Butch/femme: Inside Lesbian Gender*. London: cassell. 1998. Pp. 123-32, in Sullivan, N. "Transmogrification. (Un) Becoming Other (s)", in S. Stryker & S. Whittle (eds.) *The transgender reader*. New York. Routledge. 2006. P. 561.
- Warner, M. "Introduction" in Michael Wraner (ed.), *Fear of a Queer Planet: Queer Politics and Social Theory*. Ann Arbor: University of Michigan Press. 1993. Pp. xxvi-xxvii. In McKenna, W., & Kessler, S. "Transgendering: Blurring the boundaries of gender", in K. Davis, M. Evans, & J. Lorber, *Handbook of Gender and Women's Studies*. London. SAGE. 2006. Pp. 342-356.
- Weeks, J. "La construcción de las identidades genéricas y sexuales. La naturaleza problemática de las identidades", en I. Szasz, *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Trad. E. López. México. El Colegio de México. 1998. Pp. 199-220.
- West, C., y Zimmerman, D. H. "Haciendo género" (1990). En M. Navarro, & C. R. Stimpson, *Sexualidad, género y roles sexuales*. Trads. Julia Constantino y Laura Aponte. Buenos Aires, Argentina. Fondo de Cultura Económica. 1999. Pp. 109-144.
- Wilkerson, A. "I Want to Hold Your Hand: Abstinence Curricula, Bioethics, and the Silence of Desire". *J Med Humanit*. 2013. Vol. 34. Pp. 101-108.
- Wittig, M. *El pensamiento heterosexual y otros ensayos* (1992). Prólogo Louise Turcotte. Trads. J. Sáez y P. Vidarte. Madrid, España. EGALES. 2006. Pp. 45-58.
- Yep, G. A. "Queering/quarrying/kauering/crippin'/transing "other bodies" in intercultural communication". *Journal of International and Intercultural Communication*. 2013; 6(2). Pp. 118-126. In Boylon, R. M., & Adams, T. E. "Queer and Quare Autoethnography", in N. K. Denzin, & M. D. Giardina, *Qualitative Inquiry Through a Critical Lens*. New York, USA. Routledge. 2016. Pp. 85-98.

Yin, R. K. *Case study research: Design and methods*. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage. 2003. In Hays, D. G., y Singh, A. A. *Qualitative Inquiry in Clinical and Educational Settings*. New York, USA. The Guilford Press. 2012. P. 44.



Consentimiento

Informado

Investigación:

Bioética y transición de género

Mi nombre es Alan Irving Vicenteño León y soy estudiante de la maestría en Bioética de la Universidad Nacional Autónoma de México. Como parte del proceso formativo, realizo una investigación en torno a los conflictos morales emergentes durante la transición de género dentro del contexto ético-jurídico de la Ciudad de México.

El interés de este estudio es contribuir con una aproximación bioética a una comprensión de la transición de género a partir de las vivencias experimentadas durante el proceso de algunos individuos que acuden a una Clínica de Diversidad Sexual en la Ciudad de México.

Tu participación será voluntaria, pudiendo elegir no hacerlo. Independientemente de tu decisión, la atención que se te brinda en la Clínica continuará de forma habitual y sin ninguna repercusión por tu elección. Asimismo, puedes decidir no continuar participando en el estudio en cualquier momento del proceso.

En caso de que decidas participar, te realizaré una serie de preguntas y, posteriormente, a través de una cita, una entrevista de aproximadamente una hora. Es posible que durante la entrevista puedas sentirte triste o ansioso, en ese caso, tenemos la posibilidad de contactar al Dr. Salín Pascual para una intervención médico-psiquiátrica. Teléfono: 044 55 2300-6200.

Como parte de las consideraciones éticas del estudio se incluye la salvaguarda de tu identidad. De igual manera, las referencias que pudieran realizarse en el reporte de tesis serán bajo tu autorización.

Por último, el participar en esta investigación no generará algún tipo de retribución económica y la información obtenida podrás consultarla en cualquier momento, con excepción de los datos que otras participantes se nieguen a exponer al público. En caso de duda, mis datos de contacto son; teléfono: 044 55 6427-1278, y correo electrónico: difropal@gmail.com.

Anexo (cont.)



Formulario

He sido invitada a participar en una investigación que explora las vivencias relacionadas con mi identidad de género, y entiendo que se me harán preguntas personales. Sin embargo, mi identidad será resguardada y las referencias en el reporte serán bajo a mi autorización.

He entendido la información que se me ha proporcionado y he tenido la oportunidad de aclarar dudas en torno a mi participación. Por tanto, consiento voluntariamente a participar en el estudio. Igualmente, entiendo que puedo retirarme del proyecto en cualquier momento, sin repercusión alguna.

En caso de alguna consideración especial se puede hacer uso de este espacio:

Nombre completo y firma de la participante

Nombre completo y firma del investigador

Fecha: