

Controversias sobre los diagnósticos de género

Jack Drescher, MD¹

Traducción: Morgan Ztardust (GATE)

Sinopsis

Este artículo presenta las reflexiones del autor en torno a las controversias en diagnósticos de identidad de género durante su participación en el grupo de trabajo sobre Trastornos de la Sexualidad y de Identidad de Género del DSM-5, y en el de la Clasificación de Trastornos Sexuales y Salud Sexual del CIE-11. El trabajo resume algunas de las conclusiones publicadas a partir de los procesos de revisión en el DSM-5 y la CIE-11 sobre tres controversias en particular: (1) estigma versus acceso a la salud, (2) la retención del diagnóstico de identidad de género de un niñ*; y (3) el tratamiento en niñ*s transgéneros pre púberes. Tanto los grupos de trabajo del DSM como los de la CIE decidieron que, a pesar de que el estigma esté asociado con un diagnóstico, la retención de un diagnóstico de identidad de género en adolescentes y adultos es necesaria para mantener el acceso a la salud. En cuanto al diagnóstico de identidad de género en niñ*s, dada la heterogeneidad de esta población clínica, y que la disforia de género no persiste en la mayoría de l*s niñ*s, un diagnóstico de Disforia de Género (DSM) y de Incongruencia de Identidad de Género (CIE), debería ser mantenido para facilitar la sucesiva evaluación y supervisión de la niñez frente a la incertidumbre del resultado. El tratamiento en niñ*s pre púberes con divergencia de género extrema, permanece como asunto de controversia, ya que algunas hipótesis subyacentes de los clínicos en ejercicio se corresponden más al terreno de la opinión que al de la información empírica

Palabras Clave: diagnóstico, DSM, disforia de género, identidad de género, trastornos de identidad de género, incongruencia de género, CIE, transgénero, transexual.

Introducción

En el año 2007, fui convocado por el Comité de Administradores de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (APA), para participar como miembro del grupo de trabajo del DSM-5 sobre Trastornos de la Identidad de Género y Sexualidad. La mayor parte de mi labor se produjo en el subgrupo de trabajo abocado a los Trastornos de la Identidad de Género. Como Editor del Periódico de Psicoterapia Gay-Lésbica (hoy Periódico de Salud Mental Gay-Lésbica), ya había hecho algún trabajo académico en esta área. Había buscado y publicado artículos sobre temática trans²⁻⁴, y el periódico dedicaba una doble edición completa a la temática también⁵. Asimismo, coedito una edición especial del Periódico de Psicoterapia y Sexualidad Humana, que se centraba en la cuestión de retener o eliminar los diagnósticos sexuales y de identidad de género del DSM⁶. Más recientemente, coedito un volumen sobre el tratamiento en niñ*s y adolescentes transgéneros⁷.

Como vocal de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría en temática LGBT, frecuentemente, he hablado en medios de comunicación en relación a asuntos de guerra cultural desde una perspectiva de salud mental⁸, en particular, de los emprendimientos para cambios en la orientación sexual (SOCE o las denominadas terapias reparativas)^{9,10}. No obstante, a pesar de años de historias de sensacionalismo mediático acerca de SOCE, me alarmaron algunas de las respuestas de la comunidad LGBT cuando en Mayo de 2008, la APA formalmente anunció la constitución de la totalidad de su grupo de trabajo sobre Trastornos de la Identidad de Género y Sexualidad (WGSGID). Las controversias relacionadas tanto al Diagnóstico sobre Trastornos de Identidad de Género en adolescentes y adultos (GID), como al

¹ Profesor Clínico Asociado de Psiquiatría, New York Medical College, Analista de Capacitación y Supervisión del William A. White Institute, New York. New York.

*Declaración de interés: El autor de este artículo es miembro del grupo de trabajo de la OMS sobre Trastornos Sexuales y Salud Sexual, que reporta al Grupo Internacional de Asesoría para la revisión de la [sección] de la CIE-10 sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento y al Grupo de Asesoría en materia de Medicina Genitourinaria y Reproductiva de la CIE-11. Las opiniones expresadas en este artículo representan las del autor y, excepto en donde se indica expresamente, no representan las posiciones oficiales de ninguno de los dos Grupos de Asesoría ni de la Organización Mundial de la Salud. El autor se responsabiliza íntegramente por el contenido y la escritura de este artículo.

diagnóstico de GID en la infancia (GIDC), fueron abarcadas en primer lugar por la prensa LGBT¹¹⁻¹² e inmediatamente, también por los medios masivos¹³. Poco después, resumí varias de las miradas más controversiales de la siguiente forma¹⁴:

1. Así como fue el caso de la homosexualidad en la década del 70, es incorrecto que la psiquiatría y otros profesionales de la salud mental rotulen expresiones de variación de género² como síntomas de un trastorno mental, y perpetuar los diagnósticos DSM-IV-TR GID en el DSM V llevaría a estigmatizar y dañar a las personas transgénero, que, ya de por sí, conforman una población vulnerada y estigmatizada.
2. Alternativamente, otr*s miembros y activistas de la comunidad trans, expresaron su preocupación en relación a que la eliminación del GID del DSM pudiese llevar a las aseguradoras de medicina prepagas a negar el acceso de adult*s trans al sistema de salud, quienes, ya de por sí, se encuentran luchando con las inadecuadas fuentes de salud pública y privada en materia de cobertura médica y quirúrgica¹.
3. Los esfuerzos clínicos con niñ*s de identidades de género divergentes, que apuntaban a hacerles rechazar su identidad de género deseada y aceptar su sexo natal, carecían de todo sentido científico y ético, y estaban mal encaminadas. El activismo denominó tales esfuerzos como “terapia reparadora”.

En el 2011, fui convocado a otro comité abocado a los diagnósticos de género: el Grupo de Trabajo sobre Clasificación de Trastornos de la Sexualidad y Salud Sexual (WGSDSH) de la Organización Mundial de Salud (OMS). Actualmente, la OMS está revisando la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)¹⁵, y la CIE-11 tiene fecha de publicación anticipada para el 2015. El Grupo de Trabajo sobre Clasificación de Trastornos de la Sexualidad y Salud Sexual está encargado de la evaluación clínica e investigación con el fin de contribuir a la revisión de las categorías en los diagnósticos relacionadas a sexualidad e identidad de género vigentes en el capítulo sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento en la CIE-10, y de hacer recomendaciones en relación a si estas categorías aplican y cómo deberían quedar representadas en la CIE-11. Los miembros del presente comité resumieron algunas controversias surgidas en torno a los diagnósticos de Identidad de Género en la CIE, desde la perspectiva de un componente de las Naciones Unidas¹⁶.

1. El diagnóstico de la CIE-10 sobre *Transexualismo* ha sido enmarcado como un *asunto de derechos humanos* sobre el cual la OMS recibió comunicación y atención sustancial de varios sectores interesados. Much*s activistas, varios países, el Comisionado de Derechos Humanos del Consejo de Europa¹⁷ y el Parlamento Europeo¹⁸ fijaron una fuerte posición en relación a que los asuntos relacionados a la identidad transgénero no deberían ser clasificados como trastornos mentales en la CIE-11. El último “apela a la Comisión y a la OMS para eliminar los Trastornos de Identidad de Género del listado de Trastornos Mentales y del Comportamiento, y para asegurar una reclasificación no patologizadora en las negociaciones para la onceava versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).
2. Mientras los trastornos mentales son estigmatizadores, la combinación estigmatizante de ser persona transgénero y tener un diagnóstico de trastorno mental, crea una situación de carga doblemente pesada para l*s miembros de esta población, opera de forma adversa a su situación de salud, así como también para el acceso y ejercicio de sus derechos humanos. Por ejemplo, las personas transgénero con más susceptibles de quedar privadas de atención médica en instalaciones públicas o comunitarias, dada la idea de que deben ser tratadas por especialistas psiquiátricos, aún por condiciones totalmente ajenas al hecho de ser transgénero¹⁹.
3. Desde una perspectiva histórica, la clasificación de diagnósticos de identidad de género como trastornos mentales pareciera un descubrimiento fortuito, basado más en actitudes prevalecientes de mitad del siglo XX que en evidencia científica disponible. La etiología de la condición era desconocida al momento en el que se llevaron a cabo las decisiones clasificatorias (es decir, variaciones/trastornos mentales vs. somáticos vs. neurológicos), y continúa siendo desconocida en la actualidad. Asimismo, la base de datos científica en vigencia no puede responder empíricamente a la pregunta de si el diagnóstico es puramente un “trastorno mental” o si cualquier malestar es secundario en relación a una causa física (por ejemplo, una reacción emocional o trastorno causado por la incongruencia entre el género experimentado por el individuo y los atributos físicos de su sexo natal). Para complicar aún más, los parámetros de malestar y disfunción que son requeridos a menudo para los trastornos mentales en el DSM y la CIE no son universalmente aplicables, dado que hay individuos solicitando la reasignación de género que pueden no estar experimentando malestar ni disfunciónⁱⁱ.

² El término “variación de género” es una alternativa no patologizante a los diagnósticos psiquiátricos como trastornos en la identidad de género.

4. Dado que las investigaciones desde mediados del Siglo XX han distinguido entre la orientación sexual y la identidad de género, la constante asociación de los diagnósticos de identidad de género con parafilias y diagnósticos de disfunción sexual en la CIE parecer ser doblemente anticuada e inapropiadaⁱⁱⁱ.

5. Incluso entre agrupaciones que se manifiestan a favor de la inclusión de diagnósticos en adolescentes y adultos, existe una significativa oposición en retener diagnósticos aplicados a niños pre-púberes^{iv}.

A pesar de (o tal vez debido a) estas controversias, trabajar en el DSM-5 y la CIE-11 ha sido a la vez gratificante y todo un desafío. Estos proyectos me han forzado a repensar muchos de mis conceptos iniciales, dejándome constantemente con la sensación de que yo era incapaz de alcanzar una visión más amplia del asunto estudiado. Dado que hacer sentido del género es una cuestión que atraviesa diferentes áreas de nuestras vidas y culturas, lo más cercano que he llegado a una visión general del asunto es la imagen de seis científicos en batas blancas con los ojos vendados intentando describir un elefante. Cada uno de ellos, al tocar sólo una de las seis partes (trompa, cuerno, cola, oreja, patas, flanco) confunde comprensiblemente la parte por el todo¹⁴. He llegado a apreciar que cualquier comprensión de esta temática requiere de una capacidad para "aprehender la complejidad"^v y tolerar la ansiedad de la incertidumbre.

Con este pensamiento, lo que sigue es un resumen de mis reflexiones actuales acerca de tres cuestiones controversiales en torno a los Diagnósticos de Identidad de Género: (1) estigma versus acceso a la salud; (2) la retención del diagnóstico en niños; y (3) el tratamiento en niños transgénero pre-púberes.

Estigma Versus Acceso a la Salud

Tanto el Grupo de Trabajo del DSM-5 como el de la CIE-11, lucharon con los desafíos de reducir el estigma (el cual apuntala la llamada a eliminar los diagnósticos de Identidad de Género) y el mantenimiento del acceso a la salud (lo cual precisa de la existencia de un diagnóstico a fin de obtener el tratamiento médico requerido cubierto por obras sociales). Ésta no es una tarea simple ya que resulta difícil reconciliar el lenguaje que erradica el estigma de tener un diagnóstico de trastorno mental, y a la vez mantener el acceso a la atención médica. Aquellos que exigen la eliminación apuntan a enmarcar la variación de género como una narrativa de variación normal, pero el acceso al tratamiento médico para cualquier condición usualmente requiere de la narrativa de la patología^{14vi}. Encontrar una resolución a estas narrativas contradictorias fue un desafío aún más difícil para el grupo de trabajo del DSM que para el de la CIE (ver abajo), en tanto que el DSM solamente contiene trastornos mentales, exceptuando los "V-codes" (usualmente no reembolsables por obras sociales). Por tal motivo, en lugar de la opción de la eliminación total, no existía otro lugar en donde situar los Diagnósticos de Identidad de Género dentro del DSM. En consecuencia, el grupo de trabajo propuso las siguientes sugerencias, las cuales fueron publicadas en el DSM-5²⁰.

- Retención de los diagnósticos de identidad de género (para mantener el acceso a la salud), tanto en niños como en adolescentes y adultos;
- Cambio de nombre de Trastorno de Identidad de Género a Disforia de Género (para reducir el estigma);
- Un capítulo separado para la Disforia de Género que no se encuentre aparejado con las Parafilias y las Disfunciones Sexuales (para reducir el estigma);
- Un criterio diagnóstico más ajustado para reducir falsos positivos (con el fin de reducir el estigma).

En adición a los cambios señalados más arriba, y actuando bajo recomendaciones que surgieron del grupo de trabajo¹⁴, la APA emitió dos declaraciones. La primera se oponía a cualquier forma de discriminación contra niños individuos transgénero²¹. La segunda respaldaba el acceso a la salud y la cobertura por obras sociales para aquellos individuos buscando tratamiento médico necesario²².

En el caso del grupo de trabajo de la CIE, sus recomendaciones a la OMS aún no han sido decididas definitivamente, aunque una versión preliminar ha sido publicada por varios miembros del grupo de trabajo¹⁶. A diferencia del DSM, aquí hay una posibilidad de retener los diagnósticos de género pero moverlos fuera de la sección de trastornos mentales a alguna parte de la CIE que sea menos estigmatizante:

- Retención de los diagnósticos de identidad de género (para mantener el acceso a la salud), tanto en niños como en adolescentes y adultos;

- Cambio del nombre de Transexualismo y Trastorno de Identidad de Género en la infancia por el de Incongruencia de Género (GI) en la adolescencia y adultez e Incongruencia de Género en la infancia (para reducir el estigma; a su vez, “incongruencia” se enfoca menos en el estado mental de la “disforia”);

- Mover a la Incongruencia de Género de la sección “trastornos mentales y de comportamiento”; se propusieron tres alternativas, todas ellas con la intención de reducir el estigma mientras se mantiene el acceso a la salud:

1. un capítulo específico por fuera de la sección de trastornos mentales y de comportamiento (con el fin de tratar a la GI como una condición médica particular).

2. un nuevo capítulo propuesto sobre trastornos sexuales y salud sexual que contenga condiciones tanto patológicas como no-patológicas (los diagnósticos en este capítulo propuesto incluirían condiciones normales, enfermedades médicas y trastornos mentales, y la ubicación del diagnóstico de género dentro de estas tres categorías permanecería ambiguo).

3. un diagnóstico médico o quirúrgico (problemático en relación a que algun*s individuos en transición no tienen cirugía y a que no tod*s aquell*s que transicionan socialmente desean tratamiento médico).

En síntesis, ni el grupo de trabajo del DSM ni el de la CIE pudo reconciliar completamente una narrativa de normalidad (sin estigma asociado a un fenómeno) con una de patología (el fenómeno recibe un diagnóstico, un código de diagnóstico, y se le facilita acceso al sistema de salud). El contexto psicosocial para evaluar la variación de género cambia velozmente, con un incremento en la aceptación social tanto de l*s niñ*s como l*s adult*s trans. No obstante, como una preocupación práctica, ambos grupos de trabajo sintieron que actualmente sería difícil enunciar al mundo general que la transición de un género a otro, así como un embarazo sin complicaciones, es un fenómeno de la vida normal que requiere tratamiento médico.

Diagnosticar a niñ*s pre púberes

Tanto en los procesos de del DSM y de la CIE, las objeciones fueron realizadas en base a diagnosticar niñ*s con un trastorno mental estigmatizador, conocido en ambos manuales como “Trastorno de la Identidad de Género en la Infancia”. “Investigadores y clínicos desacuerdan en relación a si esta categoría deba siquiera existir, en si debiera aplicarse a niñ*s, y en relación a qué criterios de diagnóstico debería aplicarse”²³.

Al recomendar remover el diagnóstico GIDC (Trastorno de Identidad de Género en la Infancia) del DSM, Bartlett y otr*s colegas²⁴ argumentaron que “l*s niñ*s que padecen un sentido de no-pertenencia al rol de género culturalmente prescrito para su sexo pero no experimentan incomodidad con su sexo biológico, no deberían ser considerad*s con GID. Debido a fallas en la definición de trastorno mental por parte del DSM-IV y limitaciones en la base de investigación actual, existe evidencia insuficiente para hacer cualquier afirmación conclusiva al respecto de niñ*s que experimentan incomodidad con su sexo biológico” (p.753). Hill y colegas²⁵ hacen críticas similares. “En líneas generales, hay una creciente incomodidad con la patologización de niñ*s y jóvenes por variaciones extremas género. Dado que éste es un diagnóstico altamente polémico – de escasa validez y confiabilidad comprobables, y de problemáticas evaluaciones y abordajes de tratamiento-, l*s investigadores y clínic*s necesitan determinar que el GID (Trastorno de Identidad de Género) esté diagnosticado válidamente según evaluaciones no tendenciosas y tratado con efectividad de acuerdo a los estándares vigentes” (p.57).

A pesar de que, por si solo, el comportamiento de género atípico nunca implicó un diagnóstico GIDC (Trastorno de Identidad de Género en la Infancia), Isay²⁶ sostiene que “éste rotula implícitamente a los varones homosexuales como mentalmente trastornados” (p.9), dado que la investigación indica que un cierto de grado de comportamiento de género atípico era común en muchos varones gay adultos tratados por él. En una corriente similar, Richardson²⁷, advierte de la pendiente resbaladiza entre la patologización del comportamiento atípico de género “extremo” del GIDC (Trastorno de la Identidad de Género en la Infancia) y el comportamiento atípico de género “normal” de much*s hombres y mujeres “proto-gay” que no encajan en parámetros de diagnóstico GIDC, y jamás llegaron a la atención clínica.

Los argumentos para la retención de diagnóstico incluyen^{20,28-30}: (1) la necesidad de que l*s niñ*s con Disforia de Género tengan acceso a la salud, lo cual es a menudo complejo, e involucra tratamiento tanto para la familia como para el entorno social; (2) los esfuerzos crecientes de ajustar los criterios clínicos para excluir los comportamientos atípicos de género del diagnóstico de Disforia de Género; y (3) la necesidad de dejar en claro a profesionales clínic*s que de los diagnósticos de género en la infancia no se desprenden directamente diagnósticos de género para la adolescencia y adultez. De hecho, la mayoría de niñ*s que se ajustan al criterio de diagnóstico de género crecen orientad*s a ser gay más que transgénero.

Debería enfatizarse que profesionales clínic*s que trabajan desde una variedad de perspectivas (ver abajo) son incapaces de diferenciar entre aquell*s niñ*s cuya disforia de género persistirá en su

adolescencia y adultez, y aquellos en los que la disforia desistirá. Dada la heterogeneidad de esta población clínica y dado que la disforia de género no persiste en la mayoría de l*s niñ*s, tanto el grupo de trabajo del DSM como la mayoría de la CIE, sienten que sería irresponsable eliminar los diagnósticos sobre la infancia y crear la impresión errónea de que la mayoría de l*s niñ*s trans se convertirán en adolescentes o adult*s trans. En cambio, una abordaje más conservador debería utilizar un diagnóstico infantil para facilitar una evaluación y tratamiento continuado en la infancia, al tiempo que se acepta la incertidumbre del futuro^{7,31}.

Tratamiento de niñ*s pre púberes

Poco se sabe, de hecho, sobre los orígenes de la identidad de género, sea cisgénero o transgénero, o de los resultados a largo plazo de varios de los tratamientos ofrecidos a l*s niñ*s en la actualidad. L*s expert*s a menudo se retractan en sus opiniones en los lugares de la base de datos empíricas donde existen huecos. Tal como se apunta en un reciente informe del Grupo de Trabajo de la APA, “las opiniones difieren ampliamente entre expert*s y están influenciadas por orientaciones teóricas, así como por supuestos y creencias (incluso religiosas) acerca de los orígenes, significados o la percepción del estatismo o maleabilidad en la identidad de género. L*s tutor*s primari*s pueden, por lo tanto, buscar prestador*s para sus niñ*s que reflejen sus propias concepciones del mundo, creyendo que los objetivos consistentes con sus concepciones procuran el interés superior del niño.” (pp 762-763)³². El equipo de trabajo de la APA señaló además que “el objetivo general del tratamiento psicoterapéutico para el GID (Trastorno de la Identidad de Género) en la infancia es optimizar el ajuste psicológico y bienestar del niño. Sin embargo, difiere aquello que se considera esencial para promover el bienestar del niñ*, así como la selección y prioridad de los objetivos del tratamiento. En particular, las opiniones difieren en torno a la cuestión de si la minimización de los comportamientos atípicos de género y la prevención del transexualismo adulto constituyen objetivos terapéuticos aceptables” (p 763). El equipo de trabajo esbozó tres abordajes generales para los tratamientos de niñ*s en la literatura profesional:

1. Trabajar con niñ*s y tutor*s para disminuir la disforia de género y reducir conductas e identificación entre-géneros (cross-gender en el original). Se presume que este abordaje disminuye la probabilidad de que el GID (Trastorno de Identidad de Género) persista en la adolescencia y culmine en el transexualismo adulto. Por varias razones (por ejemplo, el estigma social, la posibilidad de procedimientos de hormonación y quirúrgicos con sus consecuentes riesgos y costos), la persistencia es considerada como un resultado indeseable por algun*s pero no tod*s l*s clínic*s que trabajan en esta área de práctica. L*s crític*s de esta abordaje la han comparado con la “terapia reparativa”, un término comúnmente usado para describir los esfuerzos de cambiar la homosexualidad en adult*s gay o niñ*s “pre-homosexuales”³³.

2. Ningún esfuerzo directo en disminuir la disforia de género o comportamientos atípicos de género. Este abordaje se basa en la evidencia que el diagnóstico GID en la niñez usualmente no persiste en la adolescencia y mas adelante, y en la falta de indicadores confiables para predecir aquell*s que persistirán o no. Una variación de este abordaje es no tener ningún objetivo terapéutico con respecto al resultado de la identidad de género. El propósito es el de permitir que la trayectoria del desarrollo de la identidad genero se desarrolle naturalmente, sin perseguir ni fomentar un resultado específico. Esta metodología implica intervenciones combinadas del niñ*-l*s padres y la comunidad, para respaldar al niñ* al navegar los riesgos sociales potenciales.

3. La afirmación de la identificación hacia el otro género del niñ*, por parte de profesionales de la salud mental y miembros de la familia. El niñ* es respaldado en transicionar hacia un rol del género opuesto, con la opción de tratamiento endocrinológico para suspender la pubertad a fines de suprimir el desarrollo de características secundarias no deseadas si es que la identificación hacia el otro género persiste en la pubertad. El fundamento para respaldar la transición antes de la pubertad es la creencia de un resultado transgénero en algunos niñ*s, y que est*s niñ*s puedan ser identificad*s de manera tal que tutor*s primari*s y clínic*s puedan optar para respaldar una transición social temprana. Un argumento de respaldo es el que los niñ*s que transicionan de este manera, pueden revertir hacia su género originalmente asignado de ser necesario, que la transición es efectuada únicamente a un nivel social y sin intervención médica³⁴.

El tratamiento de niñ*s con variación de género extrema continuará siendo controversial, dado que algunas asunciones subyacentes de l*s clínic*s son más bien una cuestión de opinión que de información empírica y estudios empíricos (por ejemplo, ensayos clínicos con tratamiento de asignación arbitrario) que no son ni viables ni éticos, Me gustaría concluir destacando algunos puntos para la consideración de l*s clínic*s que tratan a estos niñ*s:

1- No existe evidencia empírica (es decir, estudios controlados) que demuestre que desalentar el interés del cruce de género en la infancia, reduzca la persistencia en la adolescencia o adultez.

2- Debido a que ningún* clínic* puede predecir con precisión la identidad de género futura de un* niño* en particular, los esfuerzos por desalentar la identificación hacia el otro género, pueden ser experimentados como dañinos y posiblemente, ser incluso traumáticos para l*s niños*s que persisten en la adolescencia y la adultez.

3- No hay evidencia empírica que demuestre que un* niño* pre-púber al que se le permite transicionar el rol de género y luego desiste, puede retornar simplemente y sin problemas a su género natal.

4- Dado que ningún* clínic* puede predecir con precisión la identidad de género futura de un* niño* en particular, los esfuerzos para alentar públicamente cruces de roles de género en la infancia un temprano, pueden ser experimentados como dañinos y posiblemente, ser incluso traumáticos para l*s niños*s que no persisten en la adolescencia y la adultez.

Declaración Financiera del Autor

No existe conflicto de intereses financieros.

ⁱ La existencia de un diagnóstico de GID (Trastorno de Identidad de Género) ha sido también una herramienta legal potente para hacer disponible el tratamiento médico necesario para aquell*s individuos transgénero que se encuentran bajo tutelaje estatal, tales como presidiari*s (por ejemplo, Fields vs Smith – detalles disponibles online en www.lambdalegal.org/in-court/cases/fields-v-smith) y adolescentes mayores en casas de asistencia (disponible online en www.lambdalegal.org/publications/youth-in-the-margins).

ⁱⁱ Sin embargo, hay quienes sugieren que el malestar se encuentra implícito en el deseo de reasignación de género médicamente asistida (Cohen-Kettenis PT, Pfäffin F: The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. Archives of Sexual Behavior 2010; 39-499-513).

ⁱⁱⁱ En el DSM-5, la sección sobre Disforia de Género se encuentra en una sección aparte y ya no se encuentra incluida en la sección de capítulos sobre Parafilias y Disfunción Sexual.

^{iv} Geoffrey Reed (comunicación personal) siguiendo la presentación de los criterios propuestos para la CIE-11 en un encuentro de WPATH en Marzo del 2011.

^v Gracias a Susan Coates, PhD, por proveerme este término hace tantos años atrás.

^{vi} Dos excepciones son el embarazo normal y la menopausia normal, las cuales han sido “medicalizadas” en cierta medida.