


Experiencias de personas trans en salud mental. Encuentros, moralidad y pugnas en el dispositivo terapéutico

Édel Granda Viñuelas

Universidad Complutense de Madrid, España ✉ 

<https://dx.doi.org/10.5209/poso.99192>

Envío 20 noviembre 2024 • Aceptación 26 mayo 2025

Resumen: A partir de la lucha internacional por la despatologización, en España las identidades trans se desmarcan del paradigma de la “enfermedad mental”, eliminando el requisito de ser evaluado por un psicólogo o psiquiatra para acceder a cambios corporales. Sin embargo, para garantizar una adecuada atención sanitaria, algunas psicólogas consideran necesario acompañar a la persona, especialmente cuando esta cuenta con antecedentes en salud mental. Partiendo de que el vínculo con la profesional se inserta dentro de lo que llamamos aquí el “dispositivo terapéutico”, se busca conocer las formas en que experimentan el encuentro terapéutico los propios sujetos considerados “pacientes/usuarios”. Este artículo recoge las experiencias de seis personas trans que han acudido a servicios de salud mental por algún motivo. Dentro de una investigación etnográfica en curso se han seleccionado 6 participantes (3 hombres, 2 mujeres y 1 persona no binaria transgénero), así como 1 entrevista a una psicóloga clínica, realizadas en las ciudades de Madrid y Barcelona en el periodo de enero a junio de 2024. Se destacan tres emplazamientos en la subjetividad de los actores: lugares de adhesión, lugares de acomodación y lugares de contestación con respecto a dichos servicios. Lo que se pone en juego son encuentros, desencuentros y pugnas de los sujetos en el “dispositivo terapéutico” dentro de un cambio de moralidad y legitimidad más amplio de parte de sus elementos y funciones.

Palabras clave: despatologización; dispositivo terapéutico; personas trans; salud mental; subjetividad.

^{EN} Experiences of trans people in mental health. Encounters, morality and conflicts in the therapeutic device

Abstract: Since the international struggle for depathologization, in Spain trans identities have been dissociated from the paradigm of “mental illness” eliminating the requirement to be evaluated by a psychologist or psychiatrist to access the bodily changes. However, to ensure adequate healthcare, some psychologists consider it necessary to accompany the person, especially when they have mental health background. Based on the assumption that the relationship with the professional is part of what we call here the ‘therapeutic device’, we seek to understand how the subjects themselves, considered ‘patients/users’, experience the therapeutic encounter. This article collects the experiences of six trans people who have sought mental health services for some reason. As part of ongoing ethnographic research, six participants (three men, two women and one non-binary transgender person) were selected, and one interview was conducted with a clinical psychologist in the cities of Madrid and Barcelona between January and June 2024. Three locations stand out in the subjectivity of the actors: places of adherence, places of accommodation and places of contestation with regard to this services. What is at stake are the encounters, disagreements and struggles of the subjects in the ‘therapeutic device’ within a broader change in morality and legitimacy on the part of its elements and functions.

Keywords: depathologization; mental health; subjectivity; therapeutic device; trans people.

Sumario: 1. Antecedentes conceptuales: el fenómeno de la despatologización. 2. Objetivo y metodología. 3. Resultados y discusión: el dispositivo terapéutico y su campo moral. 4. Conclusiones. 5. Bibliografía.

Como citar: Granda Viñuelas, E. (2026). Experiencias de personas trans en salud mental. Encuentros, moralidad y pugnas en el dispositivo terapéutico. *Polít. Soc. (Madr.)* 63(1), <https://dx.doi.org/10.5209/poso.99192>

1. Antecedentes conceptuales: el fenómeno de la despatologización

1.1. La coexistencia de dos modelos de atención sanitaria para personas trans

Actualmente, cabe destacar la *coexistencia de viejos y nuevos modelos de atención a personas trans* en el contexto español. Por un lado, el modelo Trànsit en Cataluña, que se basa en el acompañamiento psicoterapéutico y social, donde el profesional acompaña a la persona, si esta lo desea, en su “proceso de subjetivación”, ajustándose a sus necesidades y deseos corporales (Garaizabal *et al.*, 2016). Frente a este modelo, algunos psiquiatras y psicólogos clínicos recuperan una línea organicista señalando que la actual legislación aprobada para la autodeterminación de género “puede minar la calidad de la atención integral, especialmente en menores o personas con identidades complejas, dudosas o con «comorbilidades», lo que puede generar discrepancias entre el criterio del profesional y la opinión del usuario” (Gómez-Gil *et al.*, 2024).

Por otro lado, algunos médicos-endocrinólogos insisten en la importancia de una “evaluación inicial razonada de la demanda y de ajuste de expectativas”, cuyo fin es evitar casos de arrepentimiento o detransición (Pazos *et al.* 2021). En lo que respecta a la práctica cotidiana de las Unidades de Identidad de Género (desde ahora llamadas UIG), una demanda frecuente es la actuación basada en evidencias científicas disponibles y guías clínicas. Sus protocolos clínicos continúan ajustándose al principio de consentimiento informado que sustituye su tradicional evaluación diagnóstica, pero incluyendo un acompañamiento psicológico de carácter personalizado y obligatorio a menores y personas con antecedentes en salud mental. Su objetivo es asegurar la estabilidad mental y emocional de la persona que solicita iniciar el proceso. Un nuevo criterio que, aunque nace de la responsabilidad percibida del profesional para actuar con garantías, también puede servir de entrada para nuevos controles de acceso. Por ejemplo, donde cualquier usuario necesite pasar por una valoración de su salud mental para acceder al tratamiento deseado.

1.2. Salud trans: relaciones entre activistas, pacientes y profesionales

En 2012, la Red Internacional para la Despatologización de las Identidades Trans en España elaboró una guía alternativa de buenas prácticas para profesionales sanitarios (Banús *et al.*, 2008) en respuesta a las guías internacionales de cuidado (en inglés *Standards of Care*) propuestas por la World Professional Association of Transgender Health. Los colectivos activistas de personas trans reclamaban un modelo de atención basado en los derechos humanos frente al paradigma de la enfermedad mental. Buscaban desproblematizar sus identidades reconociéndolas como parte de la diversidad humana (Missé y Coll-Planas, 2010). Este proceso de despatologización también supuso una transformación en las lógicas de cuidado y elección que cuestionaba el estatus de autoridad médica existente basado en la evaluación diagnóstica (Ortega, Romero e Ibañez, 2014). En los últimos años, sus reivindicaciones se centran principalmente en mejorar el acceso a la salud y derechos sanitarios específicos, constituyendo nuevas biocidadanías trans (Farji, 2019). Siguiendo la idea de biocidadanía (Rose y Novas, 2003), implica que las personas trans participan activamente en la búsqueda de tratamientos y servicios médicos adaptados a sus deseos, necesidades y posibilidades corporales. Esto forma parte de un giro más amplio donde algunos movimientos sociales se dirigen hacia demandas relacionadas con lo bio y lo somático (Heller y Fèher, 1995). Si bien, entre las posibles respuestas a estas demandas pueden darse “nuevas formas de gobernanza de los cuerpos trans que probablemente coexistan con formas existentes de regulación biopolítica de sus cuerpos y vidas” (Farji, 2019: 17). Por ejemplo, cabe tener en cuenta la brecha existente entre modelos y demandas profesionales, haciendo que en la práctica cotidiana puedan obstaculizarse estas nuevas lógicas de elección y autonomía corporal.

Algunas autoras han investigado la práctica cotidiana en las clínicas de identidad de género. Van Eijk (2014), con su etnografía en una clínica estadounidense, describe cómo los terapeutas y demás implicados en la prestación sanitaria a personas trans construyen sus propias concepciones ideológicas sobre el sufrimiento y la salud mental. Por su parte, Shuster (2021) considera que, con los avances de despatologización, actualmente existe cierto desconocimiento profesional sobre cómo atender mejor a las personas trans. Sin embargo, al mismo tiempo que existen debates profesionales internos sobre el papel, por ejemplo, de los terapeutas, en la práctica clínica se da un progreso a considerar que “el doctor sabe más” (Shuster, 2021: 9). De esta manera, el criterio del profesional sigue prevaleciendo en la toma de decisiones médicas durante las consultas, pero se remodela de formas más encubiertas bajo “el disfraz del discurso basado en la evidencia” (Shuster, 2021: 100).

La “medicina trans” no puede divorciarse de las dinámicas de gestión médica y su administración más amplias. Esta nos lleva a poner atención a los dilemas centralizados en la autoridad de la medicina y la ciencia, y “cómo trabajar en áreas médicas definidas por la incertidumbre, como característica predominante de la medicina contemporánea” (Shuster, 2021: 168). En los encuentros médicos se valoran formas particulares de experticia y se evalúa y clasifica la evidencia según “jerarquías de conocimiento” (Heritage, 2005; Martínez Hernández y Correa Urquiza, 2017). En estos entornos oficiales, los roles de los participantes suelen ser relativamente fijos: el profesional médico tiene derecho a hacer preguntas y tomar decisiones, y se espera que el paciente o testigo coopere y proporcione información en consecuencia (Berry, 2021). Sin embargo, en los últimos años también se han producido cambios en las estructuras de poder tradicionales de los contextos institucionales. A nivel global, el orden biopolítico se está alterando a través de tres procesos: la erosión de la autoridad médica, la mercantilización de la atención y los avances científico-tecnológicos en el campo de la salud (Conrad, 2007). En las consultas médicas, se espera que los médicos brinden una atención centrada en el paciente. Así, las interacciones no son unidireccionales, sino que se caracterizan por negociaciones y tomas de decisión compartidas entre pacientes y profesionales de la salud (Brosnan y

Kirby, 2016). En lo que respecta al ámbito político y social, supone el reconocimiento de un deber profesional que tiene que ver con involucrar a las propias personas en las decisiones que les afectan (Charlton, 2000).

Todo ello nos permite describir el actual escenario de postdespatologización en la “medicina trans”, el cual se encuentra atravesado por cambios más amplios a nivel global, como son las nuevas lógicas de atención, la brecha entre modelos sanitarios, así como distintas concepciones sobre lo que implicaría un adecuado acompañamiento profesional. En este artículo, centrándonos en el ámbito “psi”, cuyas concepciones de la salud trans y su papel han ido variando en los últimos años, interesa conocer la forma en que personas transgénero que hacen uso de servicios de salud mental viven, negocian y contestan situaciones dentro de lo que aquí se denominará el “dispositivo terapéutico”.

2. Objetivo y metodología

Este trabajo forma parte de una investigación más amplia y actualmente en curso¹, que versa sobre los procesos de construcción sociosubjetiva de los tránsitos de género. Durante ella se captó la relevancia del campo “psi” (psicología, psiquiatría, psicoanálisis) (Rose, 1989) en algunas de las experiencias de los participantes. Se decidió entonces cambiar parcialmente el propósito inicial para dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿cuáles son las condiciones sociales de partida de personas transgénero que acuden a servicios de salud mental? Y teniendo en cuenta sus experiencias en estos servicios, ¿de qué manera afectan a sus propias vivencias de tránsito? Se ha intentado responder a estas preguntas mediante la etnografía, por una serie de características que la diferencian de otras investigaciones cualitativas. De manera resumida, podríamos decir que lo que caracteriza al método etnográfico no es tanto recurrir a un tipo de procedimiento como rescatar el carácter singular y creador de la mirada antropológica (que es siempre interpretativa) (Jociles, 1999: 6). Otra de las características de la etnografía es la triangulación o combinación de técnicas de producción y de tratamiento de los datos que nos permite reconstruir parte de la realidad con la mayor fidelidad posible (Jociles, 1999: 12). Se trata de una mirada analítica que obliga al investigador a realizar un trabajo de distanciamiento o de reflexividad (Bourdieu, Chamboredon y Passeron, 2005), interrogando constantemente a los datos y la manera en que se producen. A continuación, cito algunos trabajos que profundizan más en las características que conforman la denominada etnografía (Hammersley y Atkinson, 1994; Jociles, 1999; Guber, 2001).

Esta etnografía busca dar respuesta a las preguntas iniciales sobre las condiciones de partida y experiencias de personas transgénero en el ámbito psi o de “salud mental”. Un contexto institucional que, al igual que la medicina trans, se encuentra permanentemente mediado y transformado por distintos procesos globales (Giddens, 2000). Podemos ejemplificar el rol de la etnografía con la cita de Ogbu, pero sustituyendo su estudio en el contexto escolar por el contexto terapéutico: “aunque el aula sea el escenario de la batalla —nos dice—, la causa de la batalla puede estar en otro lugar” (Ogbu, 1993: 157, citado en Jociles, 1999). En nuestro caso, el aula se sustituye por la consulta terapéutica, donde están presentes fuerzas sociales, que suponen un cambio de valores, representaciones y praxis profesionales con respecto a las personas trans. Centrar la mirada en la relación que establecen personas transgénero con servicios de salud mental no es solo restituir las interacciones que allí acontecen, sino captar, desde una mirada multiescalar, cómo estas nos hablan de un fenómeno más amplio, sobre cambios producidos a escala global a partir del proceso de despatologización trans.

La investigación etnográfica ha partido de la triangulación de distintas técnicas cualitativas. En primer lugar, la observación participante en grupos de apoyo de personas trans (con y sin presencia de profesionales de la salud mental), así como acompañamientos a consultas. Las observaciones fueron realizadas sin guion, pero centrando la atención en las interacciones que se daban entre personas trans y profesionales. En segundo lugar, entrevistas semiestructuradas, de las cuales se derivan los datos que se presentan en este manuscrito. Finalmente, también se ha llevado a cabo un análisis de distintas fuentes documentales, entre ellas artículos científicos de profesionales, protocolos y legislaciones. Las entrevistas tuvieron lugar entre enero y junio de 2024 en las ciudades de Madrid y Barcelona. Se seleccionó a seis participantes (tres hombres, dos mujeres y una persona no binaria transgénero) cuyos criterios de inclusión fueron: 1) identificarse como *trans*, haber realizado o desear realizar algún tipo de transición médica o social; 2) ser mayor de edad; 3) haber hecho uso de algún servicio de salud mental (consulta y/o hospitalización), al menos una vez en la vida. El guion de las entrevistas fue dividido en cuatro ejes temáticos: “vivencias de tránsito”, “respuestas del entorno cercano, incluido el familiar”, “relaciones con psicólogos o psiquiatras” y “experiencias en salud mental”. Aunque la investigación se centra principalmente en las experiencias de personas trans, se ha complementado el análisis con una entrevista a una psicóloga clínica de una UIG de referencia. Una entrevista que contó con tres ejes temáticos relacionados con la atención a personas transgénero: “cómo es el día a día en su consulta”, “a quién se atiende” y “qué se piensa del acompañamiento que existe y que es diferente al de la unidad”.

En primer lugar, se analizó de manera exhaustiva cada entrevista con el fin de detectar los temas principales. Después, se buscaron similitudes y diferencias entre las entrevistas realizadas a las seis personas participantes que se identificaban como trans o transgénero. A través del método comparativo y de análisis inductivo de la TF propuesta por Strauss y Corbin (1990), se fue codificando de manera abierta, línea por línea

¹ Este estudio forma parte de un proyecto de tesis doctoral con contrato FPU. El investigador a su vez se encuentra colaborando en el proyecto: “Cartografías, itinerarios y mecanismos de expulsión/exclusión en el sistema sanitario”, No. PID2022-138513OB-I00; Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, España.

de la entrevista transcrita, cada tema que surgía de los datos. Posteriormente, con la codificación axial, se buscaron relaciones entre categorías o códigos que emergieron del análisis. A partir de ello se subsumieron las categorías iniciales en un número menor de ellas (*necesidad, obligación y crítica*) según la manera en que tenían de vivenciar/percibir/afectarles el uso del servicio terapéutico. Estas poseían un carácter más general y abstracto, dando lugar así a la codificación selectiva. La realización de entrevistas se detuvo cuando las aportaciones de los nuevos participantes resultaban redundantes porque no aparecían nuevas propiedades o dimensiones sobre dichas categorías. Estas tres categorías dieron lugar a tres formas subjetivas de emplazamiento con respecto a los servicios de salud mental (lugares de adhesión, de acomodación y de contestación). Las categorías centrales están relacionadas con un marco teórico-conceptual basado en la teoría social crítica con aportes foucaultianos y gramscianos –trasladando herramientas teóricas como “dispositivo”, “dominación” o “resistencia” a prácticas relativas a una “cultura ordinaria” (De Certeau 1996: 3)–, capaz de dar cuenta de experiencias y relaciones presentes en la cotidianidad.

Las consideraciones éticas se acentuaron por el carácter restrictivo del contexto de algunas de las entrevistas. Las entrevistas, aunque mayoritariamente tuvieron lugar en el domicilio, una de ellas se realizó en una unidad de hospitalización de agudos debido a que la persona tenía que permanecer allí ingresada. Me atravesó una sensación de desigualdad tanto *in situ* como con respecto a la interpretación y devolución de los resultados sobre experiencias atravesadas por posiciones de vulnerabilidad (Poveda *et al.* 2013: 211). El investigador, que forma parte también de la comunidad trans, a pesar de querer mostrar con su trabajo determinadas realidades, se enfrentó a la disyuntiva de reproducir una “mentalidad extractivista” (Grosfoguel, 2016) sobre la narrativa del sufrimiento psíquico, frente a una praxis por la mejora de las condiciones materiales de existencia. Asimismo, las condiciones personales del investigador y las conexiones con las personas entrevistadas posiblemente impactaron en la generación de datos; por ejemplo, valorando ciertas afectividades con respecto a los servicios, como son las de denuncia frente a la búsqueda de protección, por el carácter opresivo que se le asocia de partida a estos. Los nombres de las personas entrevistadas han sido anonimizados en la exposición de los resultados. A continuación se presenta en una tabla las características de los participantes:

Tabla 1. Personas trans entrevistadas

Nombre	Género / edad	Servicio mencionado	Recurso	Tipo de relación
Pedro	Hombre trans / 32	Unidad de Agudos	ITA y hospital	Repetida
Liana	Mujer trans / 18	Unidad de Agudos	ITA	Repetida
Carlos	Hombre trans / 32	Unidad de Agudos	Hospital	Repetida
Unai	Hombre trans / 35	Unidad de Agudos	UCA	Repetida
Juan	Persona no binaria / 31	Consulta	Consulta	Repetida
Ana	Mujer trans / 19	Urgencias	Hospital	Ocasional

Fuente: Elaboración propia.

3. Resultados y discusión: el dispositivo terapéutico y su campo moral

Los expertos, lejos de ser simples portadores de un conocimiento técnico, son actores y actrices que forman parte del contexto “lego”. Agentes que intercambian y vehiculan una serie de conocimientos, pero también de representaciones sociales. A partir del proceso de despatologización, la imagen profesional con respecto a las personas trans se ha transformado. La Ley 4/2023 del 28 de febrero, también conocida como ley trans, elimina el requisito previo de un informe psicológico para cambiar el género en los documentos oficiales y establece que “la atención sanitaria a las personas trans se realizará conforme a los principios de no patologización, autonomía, decisión y consentimiento informados” (art. 56). Dentro del contexto sanitario, esto implica un cambio de valores, por ejemplo, poner en el centro la decisión de la persona sobre su proceso de transición. La psicóloga clínica de la UIG describe su experiencia en sesiones conjuntas con psiquiatría, donde le había tocado “pelearse” con psiquiatras de otra corriente, defendiendo lo que consideraba la integridad profesional al trabajar con personas trans:

Siempre me tocaba a mí antes pelearme mucho con psiquiatras de otra corriente. Por ejemplo, al principio teníamos sesiones conjuntas con psiquiatría. Yo llevaba casos clínicos de chicos y chicas que tenían alguna comorbilidad y lo exponíamos un poco para separar.

¿Y llevabais a la persona usuaria?

A ver, yo me he negado siempre a llevarla porque no me gusta ese modelo del siglo xix, pero sí que es verdad que alguna de las personas que yo presenté, como yo les tenía que pedir permiso para presentar su caso, quiso venir. Y digo: “Bueno, si tú quieres ir, solo te digo que yo intentaré defenderte lo mejor posible”, porque es verdad que era todo el rato cuestionamiento de “pero explícanos el periodo en el que lo pasaste mal” y ese chico: “Ninguno, porque yo empecé a contarle y mis padres me apoyaron. Vale, sí, tenía el diagnóstico de trastorno de personalidad, pues me estaban atendiendo en salud mental, tuve algunas crisis...”. Aquello parecía como un programa de Telecinco, a ver si me cuentas algo de salseo, ¿no? Y entonces, pues nada, al final tomaron la determinación de “ah, bueno, pero es que este

chico en el fondo sí es chico”. Digo, “¿cómo que en el fondo sí es un chico?” y dicen: “Es que este sí es uno de los casos claros” y yo, «pero ¿claro por qué? ¿Por qué no ha tenido un trauma? ¿Por qué no hay nada que cuestione o que interponga tu juicio clínico de «esto lo ha tenido por esto» o lo que sea?». Y entonces ya se quedaban callados (...) Yo creo que ahí no vamos bien. Entonces no volvimos. O sea, que en algunas cosas somos integrales. Pues mira, esto no es obligatorio, no le va a aportar nada ni a los nuevos residentes (psicóloga clínica de la UIG).

La psicóloga presenta un caso clínico a la comunidad médica para demostrar que es compatible que presente una comorbilidad e independientemente sea un chico trans. Para la psicóloga, la manera en que interpelan los psiquiatras al chico le resulta decimonónica. Es por ello que decide dejar de acudir a las sesiones conjuntas. Busca rebatir a sus compañeros psiquiatras, desafiar sus valores, rehuir de sus explicaciones y defender en este caso al usuario. Para ella, no consentir que la identidad del chico sea objeto de escrutinio profesional supone mantener su integridad como psicóloga y, por tanto, lo que se debe aportar a las nuevas generaciones de residentes.

Tanto el conocimiento como la relación profesional-usuario están abiertos a ser cuestionados y rebatidos dentro de la propia comunidad médico-científica. En este sentido, “las instituciones no son entidades monolíticas que operan y gobiernan la vida de la misma manera” (Van Eijk, 2014: 509). Un ejemplo es cuando la psicóloga considera intrusivas las preguntas de sus pares psiquiatras y afirma que el juicio clínico no puede sobreponerse a la decisión de la persona. Esto tiene que ver con un cambio de valores de algo que pasa a considerarse fuera de toda justificación científica. En este sentido ya no solo están presentes cuestiones técnicas, sino que la “moralidad del conocimiento” (Stivers *et al.*, 2011) se ve negociada y transformada hacia nuevos marcos de sentido. Si la ciencia se entendía como ese dominio alejado de toda creencia, esta situación narrada devuelve la biomedicina al terreno de lo disputable, donde, siguiendo a Frazer (1901), la creencia y la ciencia logran solaparse. No solo está en juego el manejo de creencias o valores, sino la propia legitimidad de la práctica profesional. Determinadas prácticas pasan a considerarse como ilegítimas o fuera de sí frente a lo percibido como “íntegro” que, en palabras de la psicóloga, se resume en la afirmación: «En algunas cosas somos integrales».

En segundo lugar, cabe tener en cuenta cómo se describe al chico trans. Al chico le toca ser defendido por la profesional, como una parte de la población con la que se trabaja en la unidad. Es el ejemplo de un caso clínico que suele manejar la psicóloga en sus sesiones. La forma en que la psicóloga le presenta a la comunidad de psiquiatras supone entrar en el juego de una relación entre expertos donde se expone, defiende y discute su experiencia vivida como usuario. Es desde ese momento que el sujeto es construido como paciente/usuario (y no antes), dentro de una red que conforma lo que aquí se denomina el “dispositivo terapéutico”.

Con dispositivo terapéutico nos remitimos a la biopolítica de Michael Foucault con su concepto de “dispositivo disciplinario”, que define como: “Un conjunto decididamente heterogéneo que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas” (Foucault, 1984: 127). Para el autor, un dispositivo se trataría de la red que se establece entre diferentes elementos que en un principio resultan dispares. El objetivo del dispositivo disciplinario inscribe en el cuerpo del individuo un conjunto de prácticas, saberes e instituciones con el fin de gestionar, administrar, gobernar, orientar y controlar su conducta (Foucault, 1984; Fanlo, 2011). Otra característica del dispositivo es la “naturaleza del vínculo que puede existir entre estos elementos heterogéneos”, donde lo que existen son diferentes “cambios de posición” (Fanlo, 2011: 1). Así, ese discurso puede existir como un “programa de la institución” o bien, por el contrario “como un elemento que permite justificar y ocultar una práctica, dando acceso a un campo nuevo de racionalidad” (Fanlo, 2011: 1).

Esto quiere decir que no existe un juego marcado de cambios de posición entre los elementos que componen la red, pudiendo algunos desaparecer dada la particularidad histórica, modificar sus funciones o verse sustituidos por otros nuevos elementos. En el caso de la situación que narraba la psicóloga clínica ante la comunidad médica, puede observarse el cambio de imagen hacia las personas trans y que tiene que ver con un cambio en la moralidad experta (juicios, creencias y valores) del propio dispositivo. El actual contexto de despatologización de las identidades trans movilizado por asociaciones y colectivos activistas ha transformado la moralidad profesional. Ya sea porque su antiguo desempeño se ve contrarrestado con el amparo legislativo que protege al colectivo o porque las nuevas generaciones han integrado parte de las demandas de estos grupos.

Es entonces que en el dispositivo determinados elementos pasan a suprimirse o sustituirse, como es la necesidad de presentar un diagnóstico clínico. Esto supone priorizar la decisión de la persona con respecto a su proceso de transición, frente al juicio clínico que lo evaluaba exhaustivamente a través de distintas entrevistas, pruebas y exámenes escritos. Ahora bien, que exista un cambio de posición moral en el dispositivo no implica que este deje de funcionar, sino que simplemente se ve modificado en contextos particulares y con respecto a determinadas funciones de sus elementos. Un nuevo elemento que aparece es la inclusión del acompañamiento individualizado para los casos considerados complejos. La psicóloga clínica comentaba la manera en que trabajan con personas trans con antecedentes en salud mental:

Hoy he tenido un chico menor en pleno brote y le he tenido que derivar. Vamos, he hablado con sus padres para que puedan reactivar un poco el tema de salud mental, porque es verdad que estaba medicado, pero se había empezado a dejar de tomar la medicación. Ahí en la intersección, yo creo que es fundamental la coordinación con salud mental, con otros profesionales de otros dispositivos, incluso

hospitales, media estancia donde caiga esa persona. No es que se le quite en ningún momento desde nadie el tratamiento, ni se le quite la opción y que este chico ya no se pueda operar (como cosas que he oído yo por ahí, que no es así). O sea, se ve el caso complejo y se decide qué momento es el idóneo. Es verdad que igual la persona que está en pleno brote no puede decidir que sea el momento de operarse. Porque primero, ni el preoperatorio lo va a pasar porque va a estar fatal y entonces igual se cierra puertas definitivas si se le deriva en ese momento. Se hace aquí lo que se llama la “espera atenta o la escucha atenta” de la persona acompañada y se dice, pues esta persona ahora mismo ha tenido un intento autolítico, está ingresada, pero dentro de 3 meses vamos a revisar, a ver cómo está y a ver si está en vías y dentro de 6 meses, igual, se programa la cirugía o hormonas, cualquier evento importante dentro de su proceso. Los casos de intersección siempre se tratan así (psicóloga clínica de la UIG).

En este fragmento, la psicóloga toma distancia de los comentarios que se manejan fuera de la unidad. Contrarresta que se diga que a las personas trans en estos casos se les prohíba o elimine la posibilidad de llevar a cabo una transición. Me comenta que esto es siempre una decisión de la propia persona, apelando, en ocasiones, al marco legislativo vigente. Sin embargo, lo que opera en este fragmento es otra cuestión que tiene que ver con un cambio en el funcionamiento del dispositivo. La idea de “escucha o espera atenta” supone activar un proceso de acompañamiento individualizado a la persona que cuenta con antecedentes en salud mental. El acompañamiento profesional marca el momento más idóneo para iniciar la transición (médica en este caso), teniendo en cuenta que además se trata de un menor y su capacidad de decisión está restringida al rol parental. La reactivación del tema de salud mental apela a la urgencia del dispositivo, compuesto tanto de “prácticas discursivas como no discursivas” (Fanlo, 2011: 4). Aquí se incluyen las prácticas cotidianas en consulta, los tratamientos tales como la pauta de medicación, las decisiones de programar las intervenciones médicas, las revisiones de caso, el acompañamiento individualizado, la coordinación con profesionales de otros servicios de salud mental, el manejo de enunciados tales como la “escucha atenta”, la existencia de casos complejos o con intersección o los momentos de idoneidad para que el usuario no se cierre puertas. En este fragmento, lo que se activa es el entramado de elementos heterogéneos que componen la nueva red del dispositivo terapéutico que se pone en marcha. Una red que tiene que ver con un conjunto de decisiones, prácticas y enunciados científicos que sitúan como urgencia, en este caso, la mejoría y estabilidad mental de la persona usuaria.

Toda esta red construida a partir de la reactivación del tema de salud mental es donde algunas personas trans se insertan por diferentes motivos. A continuación, interesa mostrar las experiencias de personas trans que en algún momento de sus vidas se han visto insertas dentro de esta red, las causas de sus procesos de entrada y los sentidos que ellas mismas dotan al encuentro. Estas experiencias y posiciones discursivas que adoptan los sujetos con respecto a los servicios tienen que ver con la puesta en juego de legitimaciones/deslegitimaciones del encuentro terapéutico. Podría adelantarse qué aspectos de las fuerzas que ejercen los dominantes sobre los dominados son claramente manifiestos y denunciados, como es el rol acusatorio de los antiguos psiquiatras. Sin embargo, otros aspectos se vuelven difíciles de explicitar y plasmar. Siguiendo a Godelier (1989), esto tiene que ver con el hecho de que no es la violencia lo que caracteriza únicamente esta relación, sino el consentimiento que prestan los dominados a su dominación. En los siguientes apartados analizamos aquellos elementos que se aceptan o dejan de ser consentidos moralmente, siendo necesario para ello una articulación (Laclau y Mouffe, 2004) o correlación de fuerzas mayor, por ejemplo, la que se encuentra presente en la interiorización de discursos asociados a la militancia y la colectividad.

3.1. Pedir ayuda profesional: expresar la urgencia

En el dispositivo de salud mental se integra un nuevo elemento como es el acompañamiento individualizado, cuyo objetivo es buscar la estabilidad y mejoría de la persona usuaria. Para que este sea efectivo, es necesario que la persona que lo realiza interiorice de algún modo sus fines. Por ejemplo, el hecho de sentirse protegido por el terapeuta:

Le dije al psiquiatra que, por favor, no me sacara, que no podía controlar mi vida porque quería hacerlo. Y me dijo que no, que no me veía capaz y me dio el alta. Me dijo: “Si tienes ganas de hacerlo, respira”. Y dije que no, que no podía controlarme (Pedro).

Pedro me relataba algunas situaciones que tuvo que soportar de adolescente, como el rechazo, la discriminación y la falta de aceptación de su familia. Después me explicaba cómo finalmente consiguió luchar por quién era. Remarcaba las condiciones sociales (y en cierta medida estructurales) que le rodean en su entorno por ser un hombre trans. Después me mencionó la principal causa de sus ingresos en diferentes ciudades, el hecho de padecer una anorexia nerviosa desde pequeño. Pedro comenta que es algo que ahora tiene más controlado, pero que en uno de sus últimos ingresos no se sentía capaz de gestionar por sí mismo. Para él, su última hospitalización estuvo motivada por el hecho de padecer una anorexia, que le deriva en depresión y por la cual, en ocasiones, necesita ayuda profesional para controlar sus intentos autolíticos.

El sentido que dota Pedro a sus ingresos en los servicios de salud mental está relacionado con cierta pérdida de control y sufrimiento psíquico. Un malestar que parece nacer de su interioridad. Esto puede relacionarse con el “proceso de individuación” (Beck, 1998) que caracteriza el vínculo terapéutico, donde las condiciones de vida personales se vuelven autorreflejas. De esta manera, lo dado socialmente se traduce en diagnóstico, a la vez que cobra la forma de biografía de uno mismo. El individuo es el que busca en el

encuentro terapéutico una forma de comprenderse, mejorar o protegerse ante sí mismo, afrontando el padecimiento que carga.

En el caso de Pedro, podríamos decir que existe una adhesión del sujeto en su discurso a los fines del ingreso. Un lugar de adhesión que se caracteriza porque el sujeto pase a identificarse tanto instrumental como expresivamente con el discurso de los agentes expertos. En otras palabras, de desarrollar y mantener una actitud de empatía, de ponerse en el lugar del profesional (Poveda *et al.* 2013: 212). Esto supone identificarse con la razón a la que apelan para activar el dispositivo, manteniendo una continuidad o arreglo con sus fines y medios. Por un lado, entre las demandas puestas en la hospitalización (mejora y protección de sí) y, por otro lado, con las exigencias que pueden emanar de la misma. Pedro menciona la manera en que se intenta tomar de forma positiva el hecho de estar ingresado en una unidad de agudos a pesar de la pequeña encerrona que siente que le han hecho los psiquiatras:

Tú ingresaste voluntariamente aquí, ¿no?

Sí, porque si no, involuntariamente te ingresan judicialmente y judicial es mucho peor. Entonces yo dije: "Mira, pues ya está". Me hicieron una pequeña encerrona, como digo yo. Me dijeron: "Sí o sí tienes que ir ahí, ya te he hecho el informe para que te ingresen". Entonces después dije: vale, si es lo mejor para recuperarme, para no tener otro intento autolítico, pues quiero agarrarme para poder salir de esta depresión (Pedro).

La entrevista a Pedro la realicé en el mismo hospital, dentro de la unidad hospitalaria. Fue durante el horario de visitas que comprendía dos horas al día en régimen de tarde, de 16:00 hasta las 18:00. Antes de eso, esperé junto al resto de las visitas a que nos abriesen y facilitasen la entrada. Minutos después de pulsar el timbre, uno de los pacientes salió vestido de calle, a lo que el enfermero le contestó que debía volver a la hora estipulada. Al entrar, observé que los pacientes estaban vestidos de blanco y los enfermeros vestían de verde azulado, además de dos guardias de seguridad privada que paseaban dentro del recinto. En ese momento, Pedro estaba ingresado en la unidad y posteriormente iba a ser derivado a otro centro. Pedro me comenta que los médicos le habían hecho un informe para ser ingresado de nuevo, una situación que recuerda como «una pequeña encerrona».

En este caso el informe actúa como un elemento dentro del conjunto heterogéneo que compone el dispositivo terapéutico. Siguiendo a Agamben (2011), el informe que realizan los médicos a Pedro puede incluirse dentro de dicho dispositivo en tanto el autor lo define como "todo aquello que tiene, de manera u otra, la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar o asegurar los gestos, las conductas, opiniones y los discursos de los seres vivientes" (Agamben, 2011: 257). Pedro menciona que los profesionales le hicieron un informe, el cual le obligaba a ingresar en el nuevo centro ("sí o sí tienes que ir ahí"), pues consideraban que sería más beneficioso para su mejora. El informe actúa como la —cosa— que media entre el discurso experto y el sujeto y que vehicula los fines y medios terapéuticos. El informe clínico incluye parte de la historia del paciente, no sabiendo en muchos casos la información que circula sobre él entre los profesionales. Sirve en este sentido como elemento dotado de capacidad para determinar, modelar y controlar la conducta del sujeto. Como menciona Goffman (2019) con respecto a las instituciones totales:

Cada vez que el personal desbarata sus ficciones, el sentido de lo que debe ser una persona y las normas que rigen el intercambio social entre iguales fuerzan al paciente a reconstruir sus historias; y cada vez que las reconstruye, el personal puede volver a desacreditarlas, movido por sus intereses psiquiátricos o de custodia (Goffman, 2019: 167).

El informe clínico sirve como vehículo personalizado para integrar la exigencia del experto de lo que considera más beneficioso para Pedro, en este caso para su mejora. El sujeto puede empatizar con dicha obligación o simplemente aceptar. En el caso de Pedro, las exigencias que emanar de cada ingreso son en cierta forma interiorizadas, pues él mismo expresa como una forma de potenciar su mejora ("si es lo mejor para recuperarme..."). Así se inscribe en el cuerpo del individuo determinado relato sobre su historia con el fin de darle sentido y gestionarlo como sujeto-paciente, a la vez que se le inserta en un proceso de institucionalización. En un momento de su discurso, Pedro menciona las posibles consecuencias que puede tener el hecho de no cumplir con esta exigencia, como es el ingreso involuntario por vía judicial, que considera "mucho peor". Sin embargo, destaca la parte en que intenta tomárselo de forma positiva "para distraerse de su cabeza y agarrarse para salir de su depresión".

Apelar a la mejora de sí y la búsqueda de estabilidad en su discurso supone en cierta forma interiorizar la urgencia del ingreso. En este caso, el sujeto hace suyas las exigencias del experto, en tanto le permitirán mejorar y estabilizarse. En ocasiones, las relaciones de poder se presentan como difíciles de explicitar o plasmar, pues suponen el consenso de los dominados de parte del discurso de los dominantes. Para comprender la manera en que se vive el poder en un momento dado, nos remitimos al concepto de "hegemonía" (Gramsci, 2013). Según el autor, la dominación no tiene que ver tanto con un ejercicio de imposición como con aquello que enmarca los marcos discursivos dentro de los cuales el sujeto se puede mover. De esta manera, los sujetos aceptan como propias las posiciones ideológicas de determinado grupo social. Para que se reconozcan las relaciones de poder, es necesario que en cierto sentido se exterioricen en su discurso. A continuación aparecen otras condiciones de partida, así como de emplazamientos, además del de adhesión, como son los lugares de acomodación y contestación hacia los servicios. Estos expresan de manera más explícita y, según la situación, las relaciones de poder que emanar de ellos.



Puerta de entrada a la unidad de hospitalización del área de psiquiatría. Fuente: elaboración propia.

3.2. Acomodación instrumental: “Es solo un papel”

Cuando hablamos de lugar o emplazamiento, es importante entender que esto tiene que ver con posiciones discursivas del sujeto y que reflejan su experiencia en los servicios de salud mental. Son situaciones que acontecen dentro de determinado espacio y tiempo, pero que puede cambiar según, por ejemplo, los elementos en juego. A un mismo sujeto no se le inscribe en una única posición discursiva, sino que este presenta distintas “disposiciones” (Lahire, 2004). Puede adoptar un lugar de adhesión hacia un elemento y en otras ocasiones, de acomodación hacia otro. Cuando hablamos de que un sujeto se acomoda al encuentro terapéutico, supone que lo acepta, pero no necesariamente se identifica expresivamente con sus fines. Esto puede tener diversas causas, entre ellas, el hecho de querer sacar una utilidad instrumental que le es beneficiosa del propio encuentro. De nuevo, en el caso de Pedro, la psicóloga que le trataba le comentó lo siguiente:

La psicóloga que me llevaba el TCA me hizo un psicoanálisis y todo, y vieron que mi anorexia vino de una disforia de género. [...] Bueno, lo que tenían que poner en el informe para acceder a las hormonas. Tuve que ir dos veces porque pesaba poco. Cuando gané el peso, me dieron las hormonas (Pedro).

En este caso, la psicóloga, después de realizarle una evaluación a Pedro, ve que la anorexia que padece y que fue la causa de su primer ingreso viene derivada en realidad de una disforia de género. La disforia de género es una categoría diagnóstica presente en la última versión del DSM V que se ha visto rebatida dentro de algunos colectivos activistas de personas trans. Así se considera este diagnóstico psiquiátrico como una forma de patologizar el malestar que emana de un sistema coercitivo de género y las experiencias negativas de ser persona transgénero en el mundo (Missé y Coll Planas, 2010). Pedro, en su relato, aunque comprende la hospitalización como una suerte de mejora, el diagnóstico de disforia de género es algo que simplemente le tenían que poner en el informe para acceder a las hormonas. Por su parte, no destaca tanto la expresividad de un malestar propio, sino acceder a un tratamiento específico. Esto no es algo que únicamente se refleje en este fragmento, sino que también aparecía en los relatos de otras personas que entrevisté. En esas ocasiones, el diagnóstico resultaba un mero trámite o «solo un papel”. Así el sujeto se coloca en un lugar de acomodación que supone la identificación “instrumental pero no expresiva con los representantes del *statu quo*” (Poveda *et al.* 2013: 214).

En cualquier caso, se trata de un juego de posiciones subjetivas en las que se disputa la aceptabilidad o no de determinadas cuestiones que se dan en terapia. Un dispositivo no se entiende como algo esencial o fijo, sino que, en tanto está conformado por lo social, su composición puede variar o dislocarse. Así pasan a verse determinados elementos como anticuados, inadecuados o en desuso, tanto por parte de los expertos como por los usuarios-pacientes. Para que se produzca este cambio no suele bastar con la posición de un único sujeto, sino que se hace necesario que exista un mayor soporte discursivo que lo contrarreste, como es el del activismo-militancia. En este sentido destaca la idea de articulación del discurso de Laclau y Mouffe (2004). La articulación se define como una práctica discursiva consistente en la construcción de puntos nodales que fijan parcialmente de nuevo sentido la realidad (Laclau y Mouffe, 2004: 193). Esto es, un significante que sea lo suficientemente amplio para abarcar a un amplio número de sujetos, pero lo suficientemente específico para estimular la acción hacia una dirección particular. La articulación establece relaciones entre

elementos aislados a partir de puntos nodales que permiten condensar, por ejemplo, una denuncia política. A continuación veremos el papel que ocupa el discurso militante en cómo se externalizan las relaciones de poder que emanan de los servicios de salud mental. Esto no solamente supone que el sujeto se deje de identificar con los fines y medios terapéuticos, sino que perciba el servicio o al profesional desde un sentimiento de miedo, desconfianza u obligación, lo cual tiene una serie de efectos en su legitimidad.

3.3. El sentimiento de obligación: “Tendría que haber puesto ciertos límites”

Solicitar ayuda es una de las formas en que se materializa la entrada de los sujetos a los servicios de salud mental, como son los ingresos hospitalarios. Una ayuda que se relaciona en este caso con la necesidad de dar respuesta a determinados malestares o bien, sentirse protegido ante la falta de control sobre los propios impulsos. Cuando el sujeto se identifica expresivamente con la necesidad de una mejoría de sí o estabilidad, supone adherirse en cierta forma a los fines y medios que vertebran los servicios. Sin embargo, en otras ocasiones, esta forma de adhesión puede ser contrarrestada por un sentimiento de obligación. Liana, una mujer trans de 18 años, acude a urgencias porque está atravesando un cuadro de depresión. En el fragmento narra el encuentro que tuvo con el psiquiatra durante su hospitalización:

Salí de alta la semana pasada y me tocó el psiquiatra de la otra vez que hacía preguntas incoherentes a la razón por la cual estaba. Esas de que si usaba lo que tenía entre las piernas, que si disfrutaba al hacerlo, que si pensaba operarme, que de qué me iba a operar, que en las relaciones sexuales qué hacía... Un señor con barba de 60 años; yo no entiendo por qué tiene que venir a mí a preguntarme cosas que no van de la mano o que no casan con lo que me había pasado a mí en ese momento para ingresar ahí. Cuando me lo preguntaba, me quedaba como en *shock*. Creo que no le tendría que haber contestado y haberle puesto ciertos límites, mira (Liana).

Durante el encuentro con el psiquiatra, Liana relata que se siente intimidada por las preguntas que le hace ese “señor con barba”. Preguntas que considera que no casan con la razón de su ingreso, la depresión que atraviesa. El terapeuta le hace preguntas invasivas sobre su cuerpo, sobre sus relaciones sexuales o decisiones de llevar a cabo una operación. Al recordarlo, Liana siente que en ese momento, aunque en estado de *shock*, tendría que haberle puesto ciertos límites. En este sentido, lo que describe Liana es un sentimiento de obligación con respecto al encuentro con el terapeuta, que en el caso de Juan le activaba una sensación de miedo:

Yo ni siquiera he metido el autismo en nada de este trámite precisamente por todo esto, pero claro, esos papeles ponen ya que tengo trastorno de identidad disociativo y también que soy transexual, ¿no? Entonces, bueno, me da miedo porque vuelve a tener que evaluarme un equipo de personas que determinen si yo estoy confuso o volver a exponerme a que me digan cosas en relación con mi transexualidad (Juan).

El sujeto asocia el futuro encuentro como una nueva posible exposición de sí (“volver a exponerme a que me digan cosas en relación a mi transexualidad”). Exteriorizar de este modo el vínculo terapéutico implica construir una discontinuidad entre, por un lado, las demandas depositadas en el profesional y, por otro, las exigencias (que adelanta) emanan de él.

3.4. El rechazo, la denuncia, el trapeo: deslegitimando el rol del terapeuta

Es a partir de vivirlo desde un sentimiento de obligación que se da un tercer tipo de emplazamiento discursivo en personas trans que acuden a servicios de salud mental. En este caso nos referimos no a que el sujeto se acomode, sino que directamente se enfrente a las exigencias profesionales. Esto supone el ejercicio de un rechazo sostenido donde, en algunos casos, el vínculo terapéutico pasa a percibirse como violento, haciendo que el sujeto decida ponerle fin:

Vale, si quieres hablamos de “lo trans”, pero desde que soy trans. Esa señora estaba empeñada en que no y en preguntarme que cómo eran los pechos de las mujeres de mi familia para ver qué asociaciones había y por qué yo me quería quitar las tetas. Era violentísimo para mí, o sea, normal que no quisiese hablar con ella. Me decía “es que te cierras en banda” y yo “pues normal, cariño ¿sabes?”. Y se lo dije: “Es que siento como que estás posicionada y no lo siento un espacio seguro”. Me dijo que era yo quien estaba asumiendo que ella tenía una posición, que ella no se había posicionado en ningún momento, que ella solo me había hecho preguntas y yo “sí” y me fui de allí (Juan).

La lucha por la legitimidad opera en sentido contingente, como “intento por dominar el campo de la discursividad” (Laclau y Mouffe, 2004: 191). Juan en este caso decide irse de la consulta y poner fin a la terapia en el momento en que la psicóloga cuestiona su identidad. Para que el sujeto pueda expresar este rechazo sostenido, es necesario que existan discursos militantes que se opongan al criterio profesional. Los discursos del colectivo trans o del colectivo “loco” funcionan como la articulación de nuevos sentidos que hacen frente a la lógica de escrutinio y evaluación clínica. De esta manera se logra que los sujetos, haciendo uso de un nuevo significante privilegiado, cuestionen o confronten directamente el rol del experto. El hecho de vivir el encuentro como violento supone una discontinuidad entre las expectativas puestas en el servicio de salud mental y las exigencias que emanan del mismo:

Me dijeron: “Te vamos a derivar a psicología”. ¿Sabes a dónde me derivaron? A la Unidad de Género del Hospital Clínico. Como las personas trans solo nos queremos suicidar porque somos trans, pues oye, qué bombilla se le iluminó al de urgencias ese día para no entender lo que le estaba diciendo. Que tengan luego estas negligencias médicas y que sean profesionales y digo, joder, no eres profesional si dejas que tu sesgo te haga hacer esas mierdas horripilantes (Ana).

Al igual que Juan, Ana, que acudía a los servicios por razones que no tenían que ver con el hecho de ser trans, percibe el encuentro como algo que considera una *negligencia médica*. Su percepción es la de que existe un sesgo profesional (algo que también Juan percibe como un posicionamiento de la psicoanalista) por considerar que la causa de sus malestares está directamente relacionada con su identidad trans. Determinados elementos del encuentro pasan a considerarse entonces valores, ideas o creencias que poseen los profesionales y que no pertenecen al terreno de lo experto. En el caso de Carlos, su experiencia de ingreso en la Unidad de Crisis Adolescente (UCA) es descrita de la siguiente manera:

A los 13-14 años sufrí un *bullying* en la escuela por vestirme como un chico. Empecé a meterme en problemas, a ser rebelde y a ir con gente conflictiva y a mis padres no se les ocurrió otra cosa que llevarme al psiquiatra. Me visitó una psiquiatra que me diagnosticó una esquizofrenia y me recetó una medicación antipsicótica que, ese mismo día que me la tomé, me dejó muerto. Vino la ambulancia, me tuvo que llevar a urgencias y allí fue mi primer ingreso en psiquiatría [...]. Bueno, al final logré salir de ese infierno, porque fue un infierno para mí; era una cárcel de menores (Carlos).

La manera en que Carlos describe su experiencia de hospitalización durante su adolescencia resuena como una denuncia pública. En aquellos casos donde las personas habían sido ingresadas en centros hospitalarios de régimen cerrado, describían, con mayor o menor insistencia, algunas prácticas que vivieron o presenciaron, como las contenciones físicas, los abusos sexuales entre pacientes, la videovigilancia en las habitaciones, la falta de comunicación con las terapeutas, la sobremedicación psiquiátrica, la falta de intimidad o las privaciones sensoriales, de movimiento y afectivas. En este caso, Carlos lo expone como una expresión manifiesta de rechazo sostenido a toda la institución. Un rechazo que le hace pedir los informes y denunciar públicamente las *violencias psiquiátricas* que vivió por el hecho de ser un hombre trans. La patologización de las adolescencias trans puede conllevar un sobrediagnóstico en salud emocional, como en este caso de TLP o esquizofrenia. También, un proceso de psiquiatrización que oculta el verdadero malestar derivado de la discriminación, incompreensión o rechazo social del entorno. Esto supone que o bien somaticen su malestar como algo propio (como es el caso de Pedro), o a raíz del maltrato institucional recibido dejen de confiar en el sistema médico (como en el caso de Carlos). Aunque Carlos acudió de manera voluntaria a los ingresos, menciona que finalmente logró salir de la UCA, experiencia que vivió como “un infierno, una cárcel de menores”, dejándole secuelas.

En otros relatos como el de Unai, quien contaba con un diagnóstico de TLP, su rechazo se evidenciaba más a partir de tácticas discursivas donde conseguía trampear al profesional (“yo les soltaba una pedrada y bailando”, “el psicólogo era marica y yo intentaba hacerle un guiño con mis padres delante, en plan: soy maricón, cari”). Tanto la psiquiatrización que vivió Carlos como la de Unai estuvo relacionada con problemas en su comportamiento por una falta de aceptación de su entorno cercano. Su identidad como hombres trans fue negada e invalidada tanto dentro como fuera de los servicios de salud mental, algo de lo que no lograron darse cuenta hasta conocer algunos colectivos activistas que le hicieron reconocer que su única enfermedad era, según Unai, ser indómito o, como relataba Carlos, “no encajar en esta sociedad”.

5. Conclusiones

En las sociedades modernas, globales y democráticas se ponen cada vez más límites a las intervenciones coercitivas. Lo cual no implica que el poder desaparezca, sino que se transforma hacia nuevas modalidades. Según Rose (1989), nos encontramos ante un nuevo tipo de gobierno en el que las autoridades médicas ya no actúan desde un rol acusatorio, sino desde la comprensión humana profunda y personalizada de las necesidades de la persona atendida. La obligación de pasar por una evaluación diagnóstica, así como someterse al juicio clínico, como son distintos exámenes y pruebas para iniciar un proceso de transición médica, pasa a percibirse como un acto represivo por algunas profesionales, como es el caso de la psicóloga clínica de la UIG. Este criterio de obligación se sustituye por un nuevo tipo de acompañamiento individualizado, no con el fin de prohibir, sino de garantizar que la persona que desea comenzar la transición se encuentre sana y mentalmente estable.

Siguiendo a Gramsci, cualquier proceso hegemónico debe comprenderse como una batalla o “guerra de posiciones” que opera en la realidad cotidiana (Gramsci, 2013: 262); en este caso, donde ciertas prácticas terapéuticas pasan a considerarse anticuadas, frente a lo que implicaría un ejercicio íntegro de la profesión. Como se ha mencionado al comienzo, el dispositivo terapéutico no debe considerarse como algo estático ni homogéneo, sino que está constantemente abierto a cambios en su entramado. Esta pérdida de aceptación y renovación de determinados elementos que componen la atención profesional se convierte así en una pugna entre dos tipos de “moralidad experta” (la tradicional y la nueva) que parece enfrentar a profesionales. En futuros estudios interesa profundizar en los distintos roles que establecen en la práctica, así como en la búsqueda de certezas como posible responsabilidad percibida por algunos profesionales.

En este artículo me he centrado sobre todo en el plano vivencial y en las formas en que el paciente-usuario experimenta los servicios de salud mental. Se ha buscado conocer las distintas formas que tienen de experimentar el encuentro terapéutico aquellas personas definidas bajo la etiqueta clínica de “caso

complejo” o con antecedentes en servicios de salud mental que, según los profesionales de las unidades, deben ser más atendidos. En los discursos de los participantes se perciben posiciones que pasan de la adhesión a la acomodación y contestación sobre estas nuevas y viejas formas de «dominio de la conducta» (Foucault, 1984). Así, por ejemplo, la autonomía de elección y el hecho de ser una persona trans, apoyada por un discurso militante, pasa a considerarse algo no negociable en consulta (Newton *et al.*, 2024: 94) que llega a deslegitimar el rol del terapeuta. En cambio, otras nuevas situaciones de control que se dan dentro de los servicios resultan más difíciles de explicitar a primera vista, pues se camuflan bajo una narrativa de voluntad de mejora. En cualquier caso, todo ello nos remite a formas de poder que se mantienen, renuevan, negocian y resisten dentro de un contexto global, pero materializadas en la experiencia de sus protagonistas.

6. Bibliografía

- Agamben, G. (2011): “¿Qué es un dispositivo?”, *Sociológica*, 26 (73), pp. 249-264.
- Banús, M., E. J. González-Polledoy M. Missé (2008). “Movimientos colectivos de resistencia a la psiquiatrización de l@s trans”, en *International Sociology Association Forum (ISA FORUM)*, Barcelona.
- Beck, U. (1998): *La sociedad del riesgo*, Barcelona, Paidós.
- Berry, M. (2021): “Inequalities in status: how do they show in discourse and what can be done about them?”, *Lingua*, 261 (1), pp. 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.lingua.2020.102924>.
- Bourdieu, P., J. C. Chamboredon y J. C. Passeron (2005): *El oficio de sociólogo*, Madrid, Siglo XXI.
- Brosnan, C. y E. Kirby (2016): “Sociological perspectives on the politics of knowledge in health care: introduction to themed issue”, *Health Sociology Review*, 25 (2), pp. 139-141. <https://doi.org/10.1080/14461242.2016.1174055>.
- Charlton, J. I. (2000): *Nothing About Us without Us: Disability Oppression and Empowerment*, California, University of California Press.
- Conrad, P. (2007): *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- De Certeau, M. (1996): *La Invención de lo Cotidiano. 1 Artes de Hacer*. Universidad Iberoamericana, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, México, D. F, Centro Francés de Estudios Mexicanos y Centroamericanos.
- Fanlo, L. G. (2011): “¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben”, *A parte Rei, Revista de Filosofía*, 74, pp. 1-8.
- Farji Neer, A. (2019): “Biocidadanías trans: demandas e iniciativas frente al sistema de salud argentino (2012-2015)”, *Athenea Digital. Revista De Pensamiento e investigación Social*, 19(1), pp. 1-20. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2204>.
- Foucault, M. (1984): “El juego de Michel Foucault”, en *Saber y verdad*, Madrid, La Piqueta, pp. 127-172.
- Frazier, J. G. (1901): *The Golden Bough. A Study in Magic and Religion*, 2da edición, Londres, Macmill.
- Garaizabal, C., J. Mas, R. Almirall y S. Vega (2016): *Informe de modelo de acompañamiento y asistencia a personas trans en la ciudad de Barcelona*, Barcelona, Área de Derechos de Ciudadanía, Participación y Transparencia, Dirección de Feminismos y LGTBI.
- Giddens, A. (2000): *Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas*, Madrid, Taurus.
- Godelier, M. (1989): *Lo ideal y lo material. Pensamiento, economías y sociedades*, Madrid, Taurus Humanidades.
- Goffman, E. (2019): *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, 2ª edición, Buenos Aires, Amorrortu.
- Gómez Gil, E. *et al.* (2024): “Reflexiones sobre la aplicación de la Ley Trans en la atención sanitaria», *Revista Española de Salud Pública*, 28 (1), pp. 90-104.
- Gramsci, A. (2013): *Antología*, Selección, traducción y notas de Manuel Sacristán, Madrid, Akal.
- Grosfoguel, R. (2016): “Del ‘extractivismo económico’ al ‘extractivismo epistémico’ y ‘extractivismo ontológico’: una forma destructiva de conocer, ser y estar en el mundo”, *Tabula Rasa*, 24, Bogotá, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, pp. 123-143.
- Guber, R. (2001): *La etnografía, método, campo y reflexividad*, Bogotá, Grupo Editorial Norma.
- Hammersley, M. y P. Atkinson (1994): *Etnografía. Métodos de investigación*, Barcelona, Paidós.
- Heller, A. y F. Fehér (1995): *Biopolítica: La modernidad y la liberación del cuerpo*, Barcelona, Península Ideas.
- Heritage, J. (2005): “Revisiting authority in physician-patient interaction”, en J. F. Duchan y D. Kovarsky, eds., *Diagnosis as cultural practice*, New York, NY, Mouton de Gruyter, pp. 83-102.
- Jociles, M. (1999): “Las técnicas de investigación en antropología. Mirada antropológica y proceso etnográfico”, *Gazeta de Antropología*, 15, pp. 1-26.
- Laclau, E. y C. Mouffe (2004): *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Lahire, B. (2004): *El hombre plural: los resortes de la acción*, (M. J. Devillard, Trad.), Barcelona, Edicions Bellaterra.
- Martínez Hernández, A. y M. Correa Urquiza (2017): “Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva”, *Salud Colectiva*, 13 (2), pp. 267-278.
- Missé, M. y G. Coll Planas (2010): *El género desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*, Barcelona, Egales.
- Newton, G., M. Zappavigna, K. Drysdale y C. E. Newman (2024): “From lived experience to lived expertise: How donor-conceived witnesses claim and sustain epistemic authority”, *Journal of Pragmatics*, 221 (1), pp. 89-104.

- Ortega Arjonilla, E., C. Romero Bachiller y R. Ibañez Martín (2014): "Discurso activista y estatus médico de lo trans: hacia una reconfiguración de cuidados y diagnósticos", en E. Pérez Sedeño y E. Ortega Arjonilla, eds., *Cartografías del cuerpo. Biopolíticas de la ciencia y la tecnología*, Madrid, Cátedra, pp. 521-572.
- Pazos *et al.* (2021): "Respuesta a: «Destransición de género en España: concepto y perspectivas»" (carta al editor), *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 69 (1), pp. 76-80.
- Poveda, D. *et al.* (2013). "El proceso de adopción internacional como colonización de subjetividades", en M. Jociles y R. Medina, eds., *La monoparentalidad por elección: el proceso de construcción de un modelo de familia*, Tirant lo Blanc, pp. 187-219.
- Rose, N. (1989): *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*, London, Routledge.
- Rose, N. y C. Novas (2003): "Biological citizenship", en A. Ong y S. Collier, eds., *Global assemblages: technology, politics and ethics as anthropological problems*, Oxford, Blackwell, pp. 439-463.
- Shuster, S. M. (2021): *Trans medicine: The emergence and practice of treating gender*, New York University Press.
- Stivers, T., L. Mondada y J. Steensig (2011): "Knowledge, morality and affiliation in social interaction", en T. Stivers, L. Mondada y J. Steensig, eds., *The Morality of Knowledge in Conversation*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 3-24.
- Strauss, A. L. y J. Corbin (1990): *Basics of qualitative research: Grounded Theory procedures and techniques*, London, Sage.
- Van Eijk, M. (2014): "Ideologies of Self, Suffering, and Gender Nonconformity at Work in a US Gender Identity Clinic", *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, 33(6), pp. 497-512. <https://doi.org/10.1080/01459740.2014.896909>.