

**Trabajo final del Máster Oficial en Antropología y Etnografía
Departamento de Antropología Social y Cultural
Facultad de Geografía e Historia
Universidad de Barcelona**

IDENTIDADES GESTIONADAS

Un estudio sobre la patologización y la medicalización de la transexualidad

Jordi Mas Grau

Tutor: Joan Bestard Camps

Barcelona, septiembre de 2010

Índice

Agradecimientos, 4

Introducción, 5

1. Estado de la cuestión: hacia una genealogía de la transexualidad, 16

1.1. La sexualidad como objeto de conocimiento científico y como modo de subjetivación, 17

1.2. Los nuevos sujetos de la sexualidad: el homosexual, el eonista y el travestista, 23

1.3. La aparición del género: una base sólida para la demanda del transexual, 29

1.4. La transexualidad y la búsqueda del verdadero transexual, 31

1.5. Los estudios socioculturales y el activismo de género: crítica del paradigma biomédico y cuestionamiento del sistema de sexo/género, 36

1.6. El transgénero en contextos no occidentales: aproximaciones antropológicas, 44

2. La incesante búsqueda de una teoría etiológica de la transexualidad, 52

2.1. Teorías psicoanalíticas, 52

2.2. Teorías psicológicas, 56

2.3. Teorías biológicas, 58

2.4. Supuestos comunes y limitaciones de los paradigmas etiológicos, 61

3. La patologización de la transexualidad: «el trastorno de la identidad de género», 68

3.1. Breve introducción al DSM, 70

3.2. El papel de la cultura en el DSM, 73

3.3. El «trastorno de la identidad sexual» (o de género), 75

3.4. ¿Es la transexualidad un trastorno mental?, 80

4. El proceso de diagnóstico y tratamiento de la transexualidad en la UTIG del Hospital Clínic, 86

4.1. La evaluación diagnóstica, 88

4.2. El test de la vida real, 92

4.3. La terapia hormonal, 94

4.4. Las cirugías de reasignación sexual, 98

5. La construcción corporal e identitaria de las personas transexuales, 103

5.1. «Yo no soy como los demás», 103

5.2. Ocultando el estigma: estrategias para pasar inadvertido, 108

5.3. La sexualidad en la vida del/la transexual, 113

5.4. ¿Hombre, mujer o trans?, 115

6. La Ley 3/2007, de 15 de marzo: la legitimación del modelo biomédico, 118

Conclusiones: Hacia una lectura social del fenómeno trans, 123

Anexo: La Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, 128

Bibliografía, 132

Agradecimientos

Son numerosas las personas a las que debo la elaboración de la presente investigación. Valga mi reconocimiento a las profesionales que trabajan en la Unidad de Trastornos de la Identidad de Género del Hospital Clínic de Barcelona, pues permitieron de buena gana que su trabajo fuera conocido y analizado desde una óptica ajena, no médica, además de facilitarme los contactos para poder entrevistar a l@s pacientes de la Unidad. Agradezco sobremanera a tod@s l@s trans que han aceptado ser entrevistad@s. Es menester destacar tanto el valor mostrado por algun@s de ell@s a la hora de verbalizar ante un extraño episodios vitales y sentimientos dolorosos que tan sólo conocen sus más íntimos allegados, como la predisposición mostrada por aquell@s que se han situado, por enésima vez, ante la mirada antropológica. Asimismo, agradezco retrospectivamente a la asociación parisina PASTT, que allá por el año 2005 me abrió sus puertas para que corrigiera mi enciclopédica ignorancia sobre el universo transexual y aplacara mi insaciable curiosidad. Finalmente, tengo que hacer pública mi gratitud por la dedicación mostrada y las aportaciones efectuadas, muchas de las cuales iban destinadas a antropologizar mi sesgo sociológico, por el director de este trabajo, el doctor Joan Bestard. A tod@s ell@s, mi más sincero agradecimiento.

*(...)Tant cecs els teus ulls s'han tornat
que et fan creure que sóc un albat?
Mira'm bé d'una vegada
l'interior, no la posada,
que cada dia és més pesat
defensar la meva sexualitat.*

*Sé que mai no m'entendràs
doncs quan t'explico no em fas cas.
Sóc home però penso com a dona.
Ho sents bé? Tal i com sona!
Visc immers en un fracàs,
tant!, que em sento un escarràs.*

*Però, quan m'endinso en el meu rol
sento dolçor i consol,
la ment s'explana i s'obre
i mai res femení em sobra,
tant, que sento més passió
per la meva transició(...)*

(Marta Salvans, Del Ser i el Sentir)

Introducción

Objeto de estudio y principales objetivos

Año 1966. El médico endocrinólogo alemán Harry Benjamin publica *The Transsexual Phenomenon*, libro de importancia capital para la moderna *scientia sexualis*, pues supondrá el alumbramiento de un nuevo sujeto patológico digno de intervención médica: el transexual. Con esta obra, Benjamin difundirá con éxito el término «transexualidad» para referirse al sufrimiento causado por tener un cuerpo que no se ajusta a la propia identidad de género, y sentará los cimientos de un tratamiento destinado a ofrecerle al transexual el cuerpo que la naturaleza le negó. Definitivamente separados de la homosexualidad y del travestismo, en adelante los denominados «transexuales» serán gestionados casi exclusivamente por una biomedicina que les ofrecerá los medios técnicos para su reparación.

El estudio que se presenta a continuación versa precisamente sobre el proceso de medicalización de las personas «transexuales» en la sociedad occidental contemporánea. En lugar de tratarla como un fenómeno universal y ahistórico, analizaremos la transexualidad en su historicidad y contingencia, es decir, considerándola como una categoría que ha surgido en un contexto sociocultural determinado. En este sentido, trabajaremos con el supuesto de que lo que entendemos por «transexualidad» es tan sólo una de las múltiples formas de gestión de la variancia de género que han existido –y existen– en diferentes culturas, fenómenos que muestran que no siempre a un mismo cuerpo le tiene que corresponder un mismo género; que la medicalización es una práctica cultural característica de la modernidad occidental; y que la cirugía de reasignación sexual, ese último estadio de la terapia transexualizadora, no es sino otra más de las muchas técnicas de manipulación corporal que podemos hallar en todas las sociedades pretéritas y presentes.

Así pues, abordaremos la transexualidad a partir de los procesos que le dieron la forma actual y no otra, considerando que ha cobrado significado precisamente en una sociedad con unos esquemas dicotómicos y excluyentes de sexo/género. Y es que en una sociedad en donde el género es visto como la prolongación natural del binarismo sexual (según las ecuaciones: varón=masculino / hembra=femenino), la no concordancia entre el sexo biológico y el género es considerada como una desviación de la norma a la que se le concede el estatuto de patología. La transexualidad no puede ser pensada sin considerar el discurso médico-psiquiátrico, el cual, por un lado, se ha apropiado del fenómeno estableciendo una categoría diagnóstica («trastorno de la identidad de género») y, por el otro, ha ofrecido su posible curación mediante toda una serie de tecnologías e intervenciones rehabilitadoras (p.ej. la hormonación y las cirugías de reasignación sexual).

Analizar cómo la transexualidad ha podido ser construida y tratada desde el discurso biomédico y captar las reacciones de l@s transexuales ante la hegemonía de dicho discurso constituirá el primer objetivo de la presente investigación. Asimismo, estudiaremos el proceso de diagnóstico y tratamiento de la transexualidad, focalizando la atención en las herramientas y criterios diagnósticos, los presupuestos teóricos que

guían la terapéutica y las técnicas utilizadas durante la denominada «terapia triádica»¹. Finalmente, trataremos de determinar de qué modo la concepción biomédica de la transexualidad condiciona la construcción identitaria –y corporal– de l@s transexuales. Y es que debemos tener en cuenta que las múltiples formas existentes de vivir la transexualidad no sólo están determinadas por el sistema dicotómico de género imperante en nuestra sociedad. De acuerdo con Bernice Hausman (1998), si bien es cierto que los transexuales aparecen como víctimas del sistema de género, y por ello tratan de alterar su aspecto físico en consonancia a los códigos establecidos, no lo es menos el hecho de que su identidad frecuentemente se construye mediante la búsqueda de un cambio de sexo quirúrgico y hormonal, y dicha búsqueda depende de la existencia material de tecnologías y prácticas médicas específicas. Si la identidad se construye no sólo en el contexto de las relaciones interpersonales, sino también a través de las interacciones con las instituciones y las tecnologías, parece claro que el desarrollo de nuevas tecnologías determinará la construcción de identidades.

Siguiendo la estela trazada por diversos autores, como Garfinkel, Butler, Kessler & McKenna o Soley-Beltrán, destacamos que el abordaje del fenómeno transexual resulta revelador no sólo porque nos muestra el modo en que nuestra sociedad gestiona lo transfronterizo, aquello situado más allá de los límites, sino también, y sobre todo, porque es en lo socialmente considerado anómalo en donde más claramente podemos observar los mecanismos constitutivos de lo normal. En este sentido, la transexualidad es un caso paradigmático, y hasta paroxístico, que nos muestra con claridad que las personas (re)construyen sus cuerpos y vigilan sus comportamientos con el fin de ajustarse a los ideales normativos de la masculinidad y de la feminidad, tratan de controlar su apariencia cotidianamente con el objetivo de representar de forma adecuada y sin ambigüedades uno de los dos géneros socialmente legítimos.

¹ Como veremos detalladamente en el capítulo V, una vez diagnosticado el «trastorno de la identidad de género» se inicia la terapia triádica, compuesta por la experiencia de la vida real en el rol de género deseado, la hormonación para el género deseado y las cirugías de reasignación sexual. El discurso clínico actual destaca que no todas las personas diagnosticadas necesitan o desean las cirugías de reasignación sexual.

Marco conceptual

Transexual / transgenerista

Como acabamos de ver, la transexualidad es un concepto que surge en el ámbito médico y que está íntimamente asociado a una intervención terapéutica basada en la transformación corporal del sujeto. Para la biomedicina, el transexual es toda aquella persona cuya identidad de género no se corresponde con su sexo biológico y, en consecuencia, sufre un malestar «clínicamente significativo» que hará que se someta a un tratamiento para acomodar sus características físicas a las correspondientes al género deseado. Si bien durante casi tres décadas tan sólo se consideraba transexual a aquella persona que quería modificar sus caracteres sexuales primarios y secundarios, hoy el discurso médico ha aceptado la existencia de transexuales que no quieren operarse los genitales. Así pues, a lo largo del estudio utilizaremos el término «transexual» para referirnos tanto a aquellas personas que han seguido una terapia hormonal y se han sometido, o piensan someterse, a la cirugía de reasignación genital, como a aquellas personas que modifican sus caracteres sexuales secundarios sin desear la operación genital. Como veremos más adelante, algun@s transexuales que demandan la cirugía de reasignación genital tan sólo aceptan que se les denomine como tales mientras se encuentran inmers@s en el proceso de transformación corporal. Una vez concluido dicho proceso, consideran que serán un hombre o una mujer “normales”, por lo que rechazarán la etiqueta «transexual». Hablaremos de «transexuales femeninas» para referirnos a hombres biológicos que adoptan una apariencia socialmente considerada como femenina, y de «transexuales masculinos» cuando se trate de mujeres biológicas que modifican su cuerpo para obtener una morfología masculina.

Por su parte, «transgenerista» es un término más amplio que se crea desde una perspectiva *emic* para desmarcarse del término, genuinamente médico, «transexualidad». El transgenerismo engloba a una multiplicidad de personas que, no aceptando el género socialmente asignado en función de su morfología corporal, no piensan operarse los genitales al no considerarlos un impedimento para la libre construcción de su identidad. Como señala Mejía (2005), los transgeneristas viven con los rasgos físicos de ambos géneros. Pueden alterar su anatomía con hormonas o con alguna cirugía plástica, pero suelen conservar deliberadamente muchas de las

características del género al que estaban asignados originariamente, e incluso pueden llevar, a tiempo parcial, una vida en ambos géneros haciendo gala de una apariencia andrógina. Si bien el término «transgenerista» está hoy bastante extendido en numerosos países, en España su uso es menos común. Y es que una vez que el estamento médico ha aceptado la no obligatoriedad de la cirugía de reasignación genital, muchos de los que rechazan dicha cirugía se definen simplemente como transexuales. Teniendo en cuenta este solapamiento de significados –pues una de las acepciones de la palabra «transgenerismo» ya está contenida en la palabra «transexualidad»– durante el presente trabajo recurriremos al vocablo «transgenerista» para referirnos a aquellas personas que cuestionan abiertamente, generalmente a través de una actividad militante, nuestro sistema dual de género.

Finalmente, utilizaremos el prefijo «trans» cuando nos refiramos de forma conjunta a transexuales y transgeneristas.

Sexo/género

Existe actualmente un amplio consenso a la hora de afirmar que el sexo es a la biología lo que el género es a la cultura. Según este postulado, el sexo remite a la naturaleza del cuerpo del varón y de la hembra, los cuales constituyen una dicotomía excluyente y fundamentada en diferencias morfológicas, cromosómicas u hormonales. El sexo antecede a la cultura, es prediscursivo, y, por tanto, no está afectado por significados sociales. Del mismo modo, y a pesar de que el género es considerado la interpretación *en sociedad* del sexo, aquél queda también naturalizado al ser juzgado como la simple prolongación de la dualidad biológica; es decir, todo varón se sentirá y se comportará *naturalmente* como un hombre, mientras que toda hembra se sentirá y se comportará como una mujer. La sociedad tan sólo define qué significa ser y comportarse como un hombre o como una mujer.

Con todo, en esta investigación se trabajará a partir de la idea según la cual tanto el sexo como el género están determinados culturalmente. Sostenemos que los géneros no son universales, sino cambiantes; que el hecho de que el género sea puesto en correlación directa con el dimorfismo sexual es una postura intelectual, contingente, característica

de algunas sociedades, entre las que se encuentran las sociedades occidentales. Sostenemos asimismo que las diferencias sexuales que sirven como fundamento para establecer las diferencias de género, no son meros hechos anatómicos, pues la construcción e interpretación de la diferencia anatómica obedece a un proceso histórico y social; que el cuerpo no puede ser nunca «sexuado» ni aprehendido sin cultura. Sirva un ejemplo clarificador: mientras, por un lado, la biomedicina ofrece un modelo que naturaliza y esencializa el sexo, por el otro, en su aplicación práctica, lo desnaturaliza y desesencializa con mastectomías, implantes mamarios, faloplastias y vaginoplastias. Así, mediante todo tipo de operaciones quirúrgicas –características de una sociedad determinada– lo biológico se culturiza, el sexo es recreado «en cultura» (Nieto, 2008). No obstante, siguiendo a Judith Butler, admitimos que la «materialidad» de los cuerpos condiciona en cierta medida nuestros significados y nuestras prácticas sociales. En este sentido, la reproducción, gestación y alumbramiento son quizás el caso más claro de la existencia de restricciones biológicas a la construcción social de los cuerpos.

Identidad, rol de género y orientación sexual

La identidad de género podría definirse como la adscripción personal a uno, y experiencia personal de uno, de los géneros socialmente disponibles. En nuestra sociedad tan sólo existen dos géneros legítimos, a los cuales debemos adscribirnos en función de nuestro sexo biológico para luego representarlos adecuadamente. La mayoría de aproximaciones psicologistas –entre las que encontramos el psicoanálisis– consideran que la identidad de género se adquiere definitivamente durante la primera infancia y permanece inalterable el resto de la vida. Ante esta concepción naturalizada, estática y dual de la identidad de género, sostendremos a lo largo de este trabajo que las identidades no son un estado adquirido de una vez por todas, sino un proceso siempre inconcluso; que existen personas, los denominados transgeneristas, que rechazan adscribirse a uno –y sólo uno– de los géneros disponibles ya que prefieren fluctuar en un continuo de masculinidad/feminidad; que las identidades de género, más que poseerse, se ejercen siguiendo unas pautas normativas, por lo que podría decirse que son el resultado, dinámico, de una serie de acciones performativas que tienen lugar en la interacción social.

Por otra parte, a cada género se le atribuye socialmente un conjunto de conductas, actitudes y patrones estéticos: los roles de género. Desarrollar un rol implica comportarse según unas pautas determinadas por la sociedad, por lo que se generan unas expectativas normativas. No actuar en conformidad con los roles asociados al género asignado conllevará una serie de sanciones o descalificaciones.

Finalmente, la orientación sexual se refiere al objeto de los deseos eróticos o amorosos de un sujeto, por lo que no debemos confundirla con la identidad de género. La transexualidad es una cuestión que concierne a la identidad de género, no a la orientación sexual. Al igual que el resto de personas, l@s transexuales pueden sentir atracción hacia un hombre, una mujer o ambos.

Consideraciones metodológicas

Como en esta investigación no se pretende establecer la prevalencia de la transexualidad, sino analizar el discurso biomédico, conocer sus prácticas y recoger las experiencias de profesionales y transexuales, se han descartado los métodos cuantitativos para utilizar tres técnicas características del método cualitativo.

En primer lugar, se ha realizado un análisis del discurso médico en torno a la transexualidad. Para ello, se han revisado críticamente algunos de los principales referentes de la literatura médica en esta materia, de entre los que destacan *Psychopathia Sexualis* (1895) de Richard Von Krafft-Ebing, considerado el tratado inaugural de la sexología moderna, y el ya mencionado *The Transsexual Phenomenon* (1966) de Harry Benjamin, considerado por muchos como el libro fundacional de la transexualidad. Se ha analizado asimismo el principal manual diagnóstico de los trastornos mentales, el DSM-IV, de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, y también algunos protocolos asistenciales, en especial los *Estándares de Cuidado para Trastornos de Identidad de Género* de la Asociación Internacional Mundial para la Salud del Transgénero, cuyas directrices constituyen el principal referente para todo equipo médico dedicado al tratamiento de la transexualidad. Finalmente, hemos revisado la producción sociológica y antropológica, así como algunas monografías que han abordado el fenómeno transgénero en contextos culturales en los que éste no es

gestionado por la ciencia biomédica (es el caso, por ejemplo, de Serena Nanda y su estudio de los hijras de la India), con el fin de construir el marco teórico y dotarnos de las herramientas necesarias para efectuar el análisis crítico del discurso médico.

En segundo lugar, se han realizado entrevistas en profundidad semi-dirigidas tanto a profesionales de la salud como a transexuales/transgeneristas. Para llevarlas a cabo, hemos partido de una guía de entrevista específica para cada colectivo, previamente elaborada. No se trataba de un cuestionario con preguntas cerradas, sino de un guión que ha ido modificándose en función del desarrollo de la entrevista.

Para la realización de entrevistas al personal médico y auxiliar nos dirigimos al Hospital Clínic de Barcelona, que es el centro de referencia de la sanidad pública en Cataluña para el tratamiento de la transexualidad. En dicho hospital se trabaja con transexuales desde mediados de los años 80, época en que se les ofrecía principalmente asesoramiento para el tratamiento hormonal. Es por la decisión de la Generalitat de Cataluña de financiar las cirugías de reasignación genital, a finales de 2008, que se crea en el Hospital Clínic la Unidad de Trastornos de la Identidad de Género² (en adelante, UTIG). Dependiente del Centro de Salud Mental para Adultos, la UTIG cuenta actualmente con una psiquiatra, una psicóloga clínica y una enfermera, y está estrechamente vinculada con otros servicios del mismo centro, como el endocrinológico, el urológico o el de cirugía plástica. Todas las profesionales de la UTIG han accedido a ser entrevistadas: la doctora Esther Gómez (psiquiatra), la doctora Teresa Godàs (psicóloga clínica) y Eva (enfermera). También hemos entrevistado a Iria Grande, una residente de psiquiatría de tercer año que estuvo cuatro meses trabajando en la unidad. Tras contar con su beneplácito, se ha decidido mantener los nombres reales de todas las profesionales de la UTIG, a excepción de la enfermera (Eva), con la que se ha utilizado un nombre ficticio por deseo expreso de la interesada.

Conscientes de que el universo trans no es unívoco sino extremadamente heterogéneo —sin exagerar en exceso podríamos afirmar que cada transexual/transgenerista constituye una forma genuina de experimentar el hecho trans—, se ha tratado de ser lo más exhaustivo posible, esto es, entrevistando tanto a quell@s transexuales que han

² Para una información más detallada sobre dicha unidad hospitalaria, léase el capítulo V.

aceptado someterse a todas las fases del proceso medicalizador con el fin de obtener una apariencia estereotípica –y, por lo tanto, han recibido, o piensan recibir, la terapia hormonal y se han sometido, o piensan someterse, a las cirugías de reasignación sexual– como aquell@s que, no aceptando el género atribuido, rechazan someterse a la etapa final del proceso terapéutico (la cirugía de reasignación de sexo) o incluso lo rehúsan en su totalidad. Con todo, y considerando que la medicalización de la transexualidad es el objeto principal de la investigación, hemos centrado nuestro interés en l@s transexuales pacientes de la UTIG. En total, han sido entrevistad@s 8 transexuales/transgeneristas femeninas y 2 transexuales/transgeneristas masculinos. Se es consciente de esta desproporción entre trans masculinos y femeninos, por lo que resulta conveniente aportar una doble justificación: en un principio esta investigación estaba destinada exclusivamente a las trans femeninas, pero al tener acceso a dos trans masculinos se decidió no rehusar la oportunidad brindada; por otra parte, todo parece indicar que los trans masculinos son bastante menos numerosos y/o visibles que las trans femeninas. Aunque algun@s de l@s entrevistad@s no tenían ningún problema en que aparecieran sus nombres reales, se ha decidido utilizar nombres ficticios para tod@s con el fin de evitar confusiones.

En tercer lugar, a lo largo de los meses que ha durado la investigación hemos acudido a numerosos acontecimientos formales e informales (reuniones, actos reivindicativos, conferencias) organizados por los colectivos trans. En este sentido, hemos realizado de forma regular una observación participante de las reuniones semanales del Colectivo de Transexuales de Cataluña, de las que extraemos la conclusión de que sus cada vez menos asistentes son consecuencia de que la UTIG del Hospital Clínic ofrece actualmente toda la información y asesoramiento sobre la transexualidad que antes prestaban las asociaciones. Hemos asistido a varios actos organizados por la asociación transgénerica Trans-Block (antigua Guerrilla Travolaka), que tiene como puntas de lanza la despatologización de la transexualidad y la potenciación de identidades/corporalidades no normativas, durante los cuales tuvimos la oportunidad de intercambiar opiniones, a menudo coincidentes, con algunos de sus miembros. Y acudimos al Congreso Internacional sobre Identidad de Género y Derechos Humanos, celebrado en Barcelona el pasado mes de junio de 2010 y organizado por varias instituciones oficiales de ámbito nacional e internacional. A pesar de que dicho congreso se caracterizó más por la autocomplacencia institucional que por dar realmente

la voz a todas las opciones trans, supuso una excelente oportunidad para charlar distendidamente con activistas trans del mundo entero.

Finalmente, resulta imprescindible destacar que la presente investigación nunca hubiera tenido lugar sin el *stage* que realicé durante los primeros siete meses del año 2005 en la organización parisina *Groupe de Prévention et d'Action pour la Santé et le Travail des Transsexuel(le)s* (en adelante, PASTT). El PASTT es una organización sin ánimo de lucro creada por transexuales en 1993 y que tiene en marcha varios programas de asistencia a la población trans: un programa de prevención de las enfermedades de transmisión sexual destinado a las trabajadoras del sexo; un programa de acompañamiento hospitalario para las trans con problemas de salud; un programa destinado a la obtención de los permisos de trabajo y de residencia, pues debemos tener en cuenta que gran parte de las usuarias de la asociación son personas inmigradas “sin papeles”—principalmente de origen latinoamericano y africano—; un programa de ayuda a la obtención de una vivienda social, destinado a las trans en una situación de gran precariedad; y un programa de asistencia a las prisiones, que tiene como objetivo asistir y velar por los derechos de las trans en situación de reclusión. Asimismo, el PASTT tiene como objetivo situar en la escena pública reivindicaciones de naturaleza política, muy especialmente las relacionadas con los derechos de la población trans.

Lo cierto es que el trabajo a tiempo completo realizado durante siete meses en el PASTT me brindó, sin ser plenamente consciente de ello, altas dosis de información sobre el mundo trans que han sido capitales para la realización de esta investigación. Tuve la ocasión de realizar algunos acompañamientos administrativos y a centros hospitalarios, de preparar múltiples actos reivindicativos y de participar asiduamente en el programa de prevención móvil de enfermedades de transmisión sexual del *Bois de Boulogne*, en el que con una furgoneta recorríamos el centro neurálgico de la prostitución trans en París ofreciendo preservativos, bebidas calientes y conversación a toda aquella persona que lo requiriese, y del que conservo un más que rudimentario diario de campo. Pero, sobre todo, tuve la oportunidad de mantener innumerables conversaciones informales con las usuarias y las trabajadoras de la asociación. Algunas, sobre todo al inicio de mi trabajo, estuvieron caracterizadas por la desconfianza que causa la extrañeza, pero muchas otras fueron mantenidas desde la confidencialidad que permite el afecto. Aún hoy lamento sobremanera no haber utilizado una grabadora para

luchar contra el olvido. Con todo, gracias a todas esas conversaciones, en muchas de las cuales adoptaba la posición de un alumno ignorante ante una clase magistral, pude despojarme de prejuicios, conocer deseos, intenciones y frustraciones, y percatarme de que no es nada fácil la vida de estas personas que ponen en cuestión, muchas veces sin pretenderlo, nuestras más firmes seguridades.

«La ciencia moderna hace más eficaces tales dualismos (de sexo, de género, etc.), dado que el falso (y hegemónico) universalismo de su racionalidad cognitivo-instrumental se presta particularmente bien a transformar las experiencias dominantes (experiencias de una clase, sexo, raza, o etnia dominante) en experiencias universales (verdades objetivas)»

(Boaventura de Sousa Santos)

Capítulo I

Estado de la cuestión: hacia una genealogía de la transexualidad

En lugar de dar por hecho que ha sido el progresivo perfeccionamiento del saber biomédico lo que ha permitido descubrir fenómenos como la transexualidad, ocultos o tratados indebidamente a lo largo de la historia al disponer de un insuficiente armazón teórico-conceptual, se podría afirmar que la transexualidad es una conceptualización genuinamente contemporánea y, por ello, tiene que ser contextualizada. De este modo, el transexual no constituye una suerte de constante antropológica descubierta por las ciencias modernas, sino que es más bien un fenómeno históricamente determinado que ha cobrado significación a través de las prácticas y los discursos de unos saberes dentro del paradigma de la modernidad occidental.

Por consiguiente, en vez de rastrear a lo largo del tiempo y de las culturas esa supuesta esencia transexual, de buscar la transexualidad en sociedades que no han conocido la nosología biomédica ni las tecnologías de reasignación sexual, trazaremos la genealogía del discurso médico en torno a la transexualidad, determinando los principales factores que posibilitaron la formación de la transexualidad como categoría y del transexual como un nuevo tipo de subjetividad. Asimismo, revisaremos las principales aproximaciones socioculturales que, a partir de los años 70 del s.XX, empezaron a cuestionar la apropiación médica de la transexualidad y a efectuar un análisis crítico de nuestro sistema dual y naturalizado de sexo/género.

1.1. La sexualidad como objeto de conocimiento científico y como modo de subjetivación

La noción del dimorfismo sexual, a saber, que existen dos sexos esencialmente distintos cuya inconmensurabilidad viene fundamentada por evidencias biológicas, representa una de las verdades más fuertemente asentadas tanto en el ámbito científico como en la imaginación popular de nuestras sociedades. Diferencias genitales, gonadales y cromosómicas parecen indicar que la dicotomía sexual está sólidamente anclada en la naturaleza y, de paso, constituyen el fundamento que consolida y biologiza la actual división entre los géneros. Si en el s.XIX se citaba a la naturaleza para mostrar la incapacidad de las mujeres para desarrollar ciertas tareas complejas y así legitimar su subordinación, en el siglo s.XXI disciplinas como la endocrinología o la neurobiología, si bien rechazan la jerarquización sexual de antaño, se valen de hormonas y de regiones cerebrales para mostrar las bases biológicas de las diferencias conductuales entre mujeres y hombres.

Con todo, Thomas Laqueur (1992) se pregunta si nuestra concepción acerca del sexo es una consecuencia natural y necesaria de las diferencias corporales, si el desarrollo de la anatomía y de la fisiología ha sido el único eje sobre el que se ha podido consolidar la verdad incuestionable del dimorfismo sexual. Y es que, en opinión de este autor, el binarismo sexual es una noción que pudo asentarse en el Occidente Moderno no tanto por constataciones biológicas, sino más bien por una serie de factores de índole sociocultural:

«La noción, tan poderosa desde el siglo XVIII, de que debía haber algo exterior, interior o que comprendiera todo el cuerpo, que definiera al macho como opuesto a la hembra y que diera fundamento a la atracción de los opuestos, está por completo ausente de la medicina clásica o renacentista. En términos de la tradición milenaria de la medicina occidental, que los genitales se convirtieran en signos de la oposición sexual es cosa de la semana pasada. En efecto, casi todas las pruebas sugieren que la relación de un órgano como signo y el cuerpo que, como si dijéramos, le da crédito, es arbitraria, como también la relación entre signos» (Laqueur, 1992: 20).

Desde la Antigüedad Clásica hasta bien entrado el s.XVII predominó el «modelo de sexo único», según el cual existía un solo sexo, con un *ethos* masculino, que se manifestaba de forma diferente en mujeres y hombres. Este modelo seguía el supuesto galénico de que hombres y mujeres compartían los mismos genitales, y la diferente

ubicación corporal de los mismos (el hombre los tenía en el exterior del cuerpo mientras que la mujer, en el interior) era la muestra del mayor nivel de perfección de la anatomía masculina: la vagina era considerada un pene invertido, los labios vaginales eran el equivalente del prepucio, el útero del escroto y los ovarios de los testículos. Asimismo, los flujos corporales no estaban sexuados, por lo que la sangre menstrual y la leche materna, lejos de evidenciar la especificidad femenina, mostraban un cuerpo imperfecto que necesitaba a menudo regular su calor vital mediante la expulsión de fluidos. En una economía corporal de los fluidos lo esencial era mantener una temperatura adecuada, pues, como apunta Sennett (1997), el calor del cuerpo parecía regir la capacidad para ver, escuchar, actuar, reaccionar e incluso para hablar. No importaba el sexo del sujeto ni el orificio por donde se expulsaba el excedente.

La diferencia sexual era de grado, no de especie, por lo que «las diferencias orgánicas o genitales importaban infinitamente menos que las jerarquías metafísicas que ilustraban» (Laqueur, 1992: 54). Y es que, contrariamente a lo que sucede actualmente, en el mundo del sexo único existía una predominancia del género sobre el sexo, pues éste era visto como una metáfora del orden social:

«Ser un hombre o una mujer significaba tener un rango social, un lugar en la sociedad, asumir un rol cultural, no era ser orgánicamente uno de los dos sexos inconmensurables. Dicho de otro modo, antes del s.XVII, el sexo era aun una categoría sociológica, no ontológica» (Laqueur, 1992: 161).

A pesar de que el Renacimiento conoció el desarrollo de las prácticas de disección corporal, las observaciones empíricas no socavaron el modelo de sexo único porque éste se inscribía en una concepción del cuerpo que rebasaba la biología, una concepción tan general y compleja que ninguna observación podía directamente falsarla. El cuerpo unisexo era una representación a pequeña escala de un orden macrocósmico, podía representar tanto la fecundidad de la naturaleza como la fuerza de los dioses porque las fronteras entre el mundo natural y espiritual, entre la tierra y el cielo, el cuerpo y el resto de la creación, eran constantemente elididas. Era el contexto cultural, y no la exactitud de la observación, lo que determinaba la visión que se tenía del hombre y de la mujer y lo que establecía las diferencias a tener en cuenta.

Si bien es cierto que Laqueur se muestra reticente ante una concepción lineal y progresiva del devenir histórico, afirmando que dos concepciones del sexo coexistieron a lo largo de la historia occidental, lo cierto es que este modelo de sexo único empezó a perder su hegemonía a finales del s.XVII, cediendo su lugar a un nuevo modelo de dimorfismo radical, de divergencia biológica. Ese único eje vertical de perfección corporal fue sustituido por dos polos netamente diferenciados, dos cuerpos definitivamente separados que representaban la base biológica del orden moral. «Una anatomía y una fisiología de la inconmensurabilidad reemplazaron a una metafísica de la jerarquía en la representación de la mujer en relación al hombre» (Laqueur, 1992: 19). El cuerpo dejó de ser una metáfora para tornarse el fundamento de la sociedad.

A diferencia de lo que se podría pensar, la consolidación del modelo de los dos sexos no fue debida simplemente a la evolución de la biología o de la medicina, a la verdad arrojada por los datos empíricos, sino que fue posible, principalmente, por una serie mutaciones ajenas a la objetividad científica. «La biología de la reproducción, la medicina y las disciplinas vecinas dieron su lenguaje y su infraestructura al modelo de los dos sexos, pero no lo crearon» (Laqueur, 1992: IV). Y es que el modelo de dos sexos inconmensurables está tan íntimamente vinculado a la cultura como lo estuvo el modelo de sexo único. Tanto en el antiguo reinado del sexo único como en el del dimorfismo sexual había –y hay– voces y razones para afirmar que el otro modelo podía ser igualmente válido, pero ha sido el contexto cultural el que ha ensalzado a uno y ensombrecido al otro.

Para Laqueur, dos parecen ser los factores que posibilitaron el establecimiento de nuestra actual concepción del sexo. El primero de ellos es de índole epistemológica. A finales del s.XVII la Revolución Científica separa definitivamente la razón de la creencia, depura del lenguaje científico todo tipo de metáforas y corta el cordón umbilical que mantenía el cuerpo unido a un orden más vasto. El cuerpo deja de ser el espejo del cosmos y se convierte en una entidad aislada sujeta a las leyes de la biología, de la fisiología y de la medicina. Tomando prestada la terminología de Philippe Descola (2006), podríamos decir que en el s.XVII se produce en Occidente el paso de un «modo de identificación» (entendiendo por tal el modo en que una sociedad define las fronteras entre el propio ser y la otredad, entre humanos y no humanos) de tipo «analogista», caracterizado por un sistema de correspondencias estables que vinculan jerárquicamente

todos los elementos del mundo, a un modo de identificación «naturalista», esto es, una episteme dualista que rompe la «gran cadena del mundo» al separar definitivamente la sociedad de la naturaleza, el hombre de todas las fuerzas que lo rodean.

El segundo factor que posibilitó la consolidación del dimorfismo sexual lo encontramos en el contexto político de la época. Superados los absolutismos, las sociedades de los s.XVIII y XIX ofrecían una amplia esfera pública en la que defender intereses, siendo también un terreno fecundo para luchas de todo tipo. Debilitadas las tesis divinas o cosmológicas que justificaban la relación asimétrica entre hombre y mujer, fue la biología de los seres la nueva verdad a invocar a la hora de negociar la repartición de poder entre los géneros:

«En una época preocupada hasta la obsesión por justificar y distinguir los roles sociales de los hombres y de las mujeres, parece que la ciencia haya encontrado en la diferencia radical entre el pene y la vagina, no un simple signo de diferencia sexual, sino su fundamento mismo» (Laqueur, 1992: 271).

Paralelamente a este cambio de conceptualización del sexo o, más concretamente, en estrecha vinculación con dicha mutación, se va gestando en nuestras sociedades una nueva forma de ejercer el poder, quizá menos brutal pero mucho más efectiva y constante que la existente hasta entonces. El poder arbitrario y violento del soberano, concedido por voluntad divina y cuya máxima expresión es el derecho a decidir la muerte de sus súbditos, es desplazado paulatinamente por un poder que administra la vida y que tiene en el sexo a uno de sus principales puntos de aplicación. Dicha forma de poder, según la definió Foucault, se ejerce a través de dos ejes corpóreos interrelacionados: el cuerpo-individuo y el cuerpo-población.

Por un lado, a partir del s.XVII va tomando forma toda una «anatomía política del cuerpo humano», una tecnología «del cuerpo como máquina» que, mediante dispositivos disciplinarios, tiene como objetivo la educación del cuerpo, el aumento de sus aptitudes, la maximización de su utilidad y el mantenimiento de su docilidad. Se activa toda una «microfísica del poder» para «asegurar presas al nivel mismo de la mecánica: movimientos, gestos, actitudes, rapidez; todo un poder infinitesimal sobre el cuerpo activo» (Foucault, 1999 [1975]: 140). Por otro lado, a mediados del s.XVIII se activa una «biopolítica de la población» centrada en el «cuerpo-especie». No se trata

aquí de un «micropoder» sobre el cuerpo individualizado, sino de dispositivos destinados al conocimiento y al control de todo el cuerpo social o de grupos sociales específicos. Los nacimientos, la mortalidad, la salud pública o la esperanza de vida devienen nuevos campos del saber sobre los que recaen toda una serie de intervenciones y de controles reguladores.

Nace así una nueva forma de poder cuya función principal ya no es matar y reprimir, sino infiltrarse en todos los rincones de la vida social para gestionar esa doble vertiente del cuerpo hasta el más ínfimo detalle. Nace un «biopoder» destinado a la sujeción de los cuerpos y al control de las poblaciones a través de un mecanismo clave: el «dispositivo de sexualidad», que se encarga de desvelar toda la verdad sobre el sexo insertándose en los cuerpos y rigiéndose ya no tanto por la moral, sino por la racionalidad científica. Es a través del sexo que el hombre se constituye a la vez como objeto y sujeto de conocimiento. La sexualidad, la reproducción, los placeres, los deseos, las perversiones o las relaciones afectivas son objeto de un conocimiento exhaustivo por parte de unos saberes emergentes. Hay que hacer hablar al sexo para conocer a las personas. Pero no sólo eso. El sexo se convierte también en uno de los principales mecanismos de autointeligibilidad con los que el sujeto trata de conocer la verdad sobre sí mismo; el sexo se convierte en un «modo de subjetivación», un procedimiento por el que «el sujeto es inducido a observarse a sí mismo, analizarse, descifrarse, reconocerse como un dominio de saber posible» (Foucault, 1984: 365). Es en el sexo donde el individuo ha de buscar sus verdades más secretas y profundas.

Hasta el s.XVIII, los dispositivos normativos existentes –derecho canónico, pastoral cristiana y ley civil– centraban su atención en las relaciones matrimoniales para trazar la línea divisoria entre el sexo lícito e ilícito. Las prohibiciones referidas al sexo eran de naturaleza fundamentalmente jurídica y tenían como principal objetivo el control de la sexualidad conyugal. El resto de perversiones eran tratadas de forma confusa e indistinta, quedando de algún modo subordinadas a la moral matrimonial:

«Lo que se tomaba en cuenta, tanto en el orden civil como religioso, era una ilegalidad de conjunto. Sin duda el “contra natura” estaba marcado por una abominación particular. Pero no era percibida sino como una forma extrema de lo que iba “contra la ley”; infringía, también ella, decretos tan sagrados como los del matrimonio y que habían sido establecidos para regir el orden de las cosas y el plano de los seres.» (Foucault, 2002 [1976]: 50).

Es a finales del s.XVIII, pero sobre todo durante el s.XIX, cuando la sexualidad conyugal deja de estar en el centro de atención institucional y cuando proliferan unos discursos que, desde la medicina, la psiquiatría, la psicología o la biología, otorgan una dimensión específica al «contra natura». Las perversiones del sexo empiezan a trascender el dominio jurídico-moral de lo permitido/condenado para situarse en el dominio científico de la normalidad/patología. El examen médico, la investigación psiquiátrica o la terapia psicológica son las nuevas tecnologías de la minuciosidad, productos de una «*scientia sexualis*» que tiene por fin arrojar toda la luz sobre el sexo.

De la mirada detallada de estos saberes van surgiendo paulatinamente nuevos tipos de sujetos patológicos, como el homosexual, para cuyo conocimiento es necesario desvelar tanto su funcionamiento corporal como su historia personal y sus actos:

«La sodomía –la de los antiguos derechos civil y canónico– era un tipo de actos prohibidos; el autor no era más que un sujeto jurídico. El homosexual del siglo XIX ha llegado a ser un personaje: un pasado, una historia, una infancia, un carácter, una forma de vida; asimismo una morfología, con una anatomía indiscreta y quizás misteriosa fisiología. Nada de lo que es *in toto* escapa a su sexualidad.» (Foucault, 2002 [1976]: 56).

Se trata de hacer emerger las sexualidades singulares, de nombrar y clasificar a todas las perversiones, no tanto para prohibirlas o reprimirlas, sino sobre todo para gestionarlas y convertirlas en objetos de conocimiento e intervención. Recordemos que lo normal necesita de su contrario para otorgarse la fuerza y la legitimidad necesarias; que lo normal y lo anormal/patológico se nutren y se refuerzan mutuamente.

Para Foucault, este «biopoder» fue determinante para asegurar el buen desarrollo del capitalismo, el cual no hubiera podido consolidarse sin la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y sin un control de las poblaciones de acuerdo a las necesidades del sistema económico. Hacían falta mecanismos para aumentar las fuerzas y las aptitudes de los individuos asegurando su docilidad:

«Si el desarrollo de los grandes aparatos de Estado, como instituciones de poder, aseguraron el mantenimiento de las relaciones de producción, los rudimentos anatómico y biopolítico, inventados en el s.XVIII como técnicas de poder presentes en todos los niveles del cuerpo social y utilizadas por instituciones muy diversas (...) actuaron en el terreno de los procesos económicos, de su desarrollo, de las fuerzas involucradas en ellos y que los sostienen;

operaron también como factores de segregación y jerarquización sociales, incidiendo en las fuerzas respectivas de unos y otros, garantizando relaciones de dominación y efectos de hegemonía» (Foucault, 2002 [1976]: 170-171).

1.2. Los nuevos sujetos de la sexualidad: el homosexual, el eonista y el travestista

La apropiación del sexo y de la sexualidad por parte de disciplinas científicas como la medicina, la psiquiatría o la sexología posibilita el surgimiento, a finales del siglo XIX, de nuevas categorías para nombrar las desviaciones sexuales. Como hemos visto, es durante este periodo cuando empieza a predominar la tendencia a clasificar y definir los diferentes comportamientos sexuales, configurándose la sexualidad como un elemento central para la comprensión del individuo y de la sociedad. A raíz de este énfasis clasificatorio y analítico, se publica en 1886 el libro *Psychopathia Sexualis* del psiquiatra alemán Richard von Krafft-Ebing, considerado como uno de los primeros y más exitosos esfuerzos para tratar la perversión sexual como un objeto médico³.

Escrito con la intención de convertirse en una referencia forense para médicos y jueces, *Psychopathia Sexualis* pretende «desentrañar los síntomas psicopatológicos de la vida sexual, determinar sus orígenes y deducir las leyes de su desarrollo» (Krafft-Ebing 1895: VI). Se instituye la importancia capital de la sexualidad, pues ésta todo lo recubre, impulsa y explica:

«La vida sexual es el factor más poderoso de la existencia individual y social, la pulsión más fuerte para el desarrollo de fuerzas, la adquisición de la propiedad, la fundación de un hogar, la inspiración de sentimientos altruistas (...) Toda ética y gran parte de la estética y de la religión son el resultante de la vida sexual» (Krafft-Ebing 1895: 2).

Si bien la literatura o la religión se han ocupado de la vida sexual y de los sentimientos amorosos a lo largo de los siglos, el autor considera que ha de ser la medicina la encargada de desentrañar los misterios de esas pulsiones, estudiando las cuestiones psicológicas, anatómicas y fisiológicas de la sexualidad. Y aunque las disposiciones patológicas pueden ofender el sentido moral y estético, el médico está predestinado a ver la debilidad y la miseria humanas para «salvar a la humanidad ante el juicio de la

³ En este sentido, el libro conoció varias ediciones y traducciones, y Krafft-Ebing es hoy considerado uno de los padres de la sexología.

moral», está obligado a «cercar la verdad, objetivo supremo de todas las ciencias humanas» (Krafft-Ebing 1895: VIII). Como vemos, las palabras del psiquiatra alemán reflejan el sentir de una época recubierta por ese dispositivo de sexualidad, por esas técnicas y discursos que sitúan la sexualidad en el núcleo mismo de la existencia y en el dominio exclusivo de un conocimiento científico pretendidamente objetivo y desapasionado.

Krafft-Ebing considera que la monogamia y el matrimonio instaurados por el cristianismo son la prueba de la superioridad moral e intelectual de nuestra civilización. El objetivo del deseo sexual ha de ser la procreación, puesto que la lujuria destruye las bases de la sociedad. Consecuentemente, cualquier forma de deseo o práctica sexual que no tenga por fin la reproducción de la especie constituye una perversión que ha de ser estudiada y tratada por especialistas. Así pues, el alemán presenta y analiza una multitud de perversiones sexuales (homosexualidad, fetichismo, onanismo, sadismo, masoquismo, pederastia, etc.), apoyándose en numerosos estudios de caso que son presentados en forma de relato en primera persona.

Según las tesis de este sexólogo alemán, con el desarrollo físico y psíquico de la pubertad, y con el influjo recibido a lo largo de las primeras etapas de la vida por factores externos como la educación, el adolescente toma conciencia de sus caracteres sexuales primarios y secundarios (pues el recién nacido es de «*generis neutrius*») y adquiere una «individualidad sexual», es decir, forma su carácter «conforme a la naturaleza de su sexo». Si no hay factores que entorpezcan el desarrollo físico y psicosexual, esa individualidad sexual –considerada como una de las partes más sólidas de la conciencia de uno mismo– dirigirá su deseo hacia las personas del otro sexo. De no ser así, si alguna fuerza entorpece ese normal desarrollo, el individuo puede experimentar un deseo sexual equivocado, el cual podrá dirigirse hacia un objeto (fetichismo) o hacia una persona del mismo sexo (inversión sexual u homosexualidad).

En opinión de Krafft-Ebing, la inversión sexual u homosexualidad es una neuropsicopatología cuyas causas pueden ser de dos tipos: congénitas o adquiridas. La homosexualidad congénita podría deberse a un desarrollo anormal del feto, el cual adquiriría los caracteres físicos de un sexo pero los caracteres psíquicos del sexo

contrario⁴. En lo referente a la homosexualidad adquirida, el alemán reconoce que las causas son todavía un misterio, pero se decanta por la práctica onanística y la abstinencia sexual como factores principales. En función de la gravedad e intensidad del fenómeno, establece cuatro tipos de homosexualidad congénita y tres de homosexualidad adquirida.

El grado menos pronunciado de homosexualidad adquirida es la denominada «inversión sexual simple». Con ella, una persona siente un deseo sexual hacia alguien de su mismo sexo, «pero el carácter y el tipo de sentimientos permanecen conformes al sexo del individuo» (Krafft-Ebing 1895: 251). Tener unos sentimientos «acordes al propio sexo» significa, para un hombre, desarrollar un rol activo durante la relación sexual homosexual. Si el «invertido» tiene «inclinaciones femeninas» en sus sentimientos hacia otros hombres y en las relaciones sexuales, es decir, ama «como lo hace una mujer» (Krafft-Ebing no nos aclara cómo aman las mujeres) y desarrolla un papel pasivo en el acto sexual, estaremos ante el segundo grado de homosexualidad, la «*eviratio*» o «afeminamiento». Con estas categorías podemos ver claramente que la noción que se tiene del sexo está totalmente impregnada de género. El postulado heredado de la Antigüedad Clásica, según el cual el hombre ha de representar siempre el elemento activo y la mujer el pasivo, por lo que todo hombre que desarrolle un papel pasivo es considerado como un no-hombre o un afeminado, es aquí utilizado como un síntoma que denota la gravedad de una patología (homosexualidad).

Finalmente, el grado más acentuado de «inversión sexual» es la «*metamorphosis sexualis paranoica*», en la que «toda la personalidad moral, e incluso las sensaciones físicas se transforman en el sentido de la perversión sexual (...) En los casos más graves, el *habitus* psíquico parece transformarse conforme a la perversión» (Krafft-Ebing 1895: 247). Es este último y más grave tipo de homosexualidad donde podemos detectar el embrión de lo que más tarde se denominará «transexualidad», pues aquí el hombre no sólo desea y mantiene relaciones sexuales pasivas con otros hombres, sino que además todo su yo experimenta una «*transmutatio sexus*», es decir, vive, siente y actúa como una persona del sexo opuesto. La autobiografía de un hombre publicada por Krafft-Ebing para ejemplificar este «síndrome paranoico» sería hoy considerada por un

⁴ Como veremos en el capítulo siguiente, esta hipótesis todavía sigue siendo utilizada por algunos científicos que tratan de esclarecer las causas de la transexualidad.

psiquiatra como un relato paradigmático de alguien que sufre un «trastorno de la identidad de género» o «transexualidad»:

«De pequeño me gustaba estar con las hermanas de mis amigos porque me trataban como si fuera una chica (...) sentía una predilección por los vestidos de mujer, que me ponía en secreto en cuanto se presentaba la ocasión (...) a la edad de doce o trece años tuve el sentimiento bien pronunciado de que prefería ser mujer (...) cuando, en la Universidad, pude tener una relación sexual con una chica, ella tuvo que tratarme como si yo fuera una chica y como si yo tuviera que desarrollar su rol (...) comprendía a las mujeres mejor que cualquier otro hombre (...) desde la noche de bodas sentí que funcionaba como una mujer dotada de un cuerpo masculino (...) soy paciente y nada agresivo; soy tenaz y testarudo como un gato y, al mismo tiempo, dulce y conciliador; en una palabra: me he convertido en una mujer (...) el pene me parece un clítoris y la uretra una vagina (...) el coito con mi mujer sólo es posible si ella se comporta de forma viril» (Krafft-Ebing 1895: 266-281)

Como se ha podido observar, a finales del s.XIX la categoría «homosexual» aglutina varios fenómenos, tales como el travestismo o la transexualidad, que hoy han sido identificados y tratados de forma individualizada. La homosexualidad era considerada como «una suerte de androginia interior, un hermafroditismo del alma» (Foucault, 2002 [1976]: 57), concepción ahora incorporada a la imagen que tenemos del transexual⁵. En opinión de Hekma (1993), eran los mismos homosexuales quienes se presentaban como si fueran sujetos situados en un estadio intermedio del binomio hombre-mujer, como si constituyeran un tercer sexo, y dicha visión fue adoptada por numerosos especialistas con la pretensión de eliminar la concepción amenazante que se tenía del homosexual, pues si se transformaba al sodomita en un hombre afeminado, en una «mujer atrapada en un cuerpo de hombre»⁶, no se ponía en peligro la virilidad del hombre normal.

Fueron Havelock Ellis y Magnus Hirschfeld los primeros que empezaron a tratar el travestismo y la transexualidad –todavía no denominada de este modo– como categorías diferenciadas de la homosexualidad. A finales del s.XIX y principios del s.XX, Ellis, médico y psicólogo sexual, difundió la idea de que era importante distinguir entre orientación e identidad sexual puesto que, según él, la preferencia por las relaciones

⁵ El mismo Krafft-Ebing denomina «hermafroditismo psíquico» a una de las variantes más graves de la homosexualidad congénita.

⁶ Fue el abogado homosexual alemán Heinrich Ulrichs quien formuló por vez primera esta metáfora, que actualmente es una de las expresiones más repetidas por muchos transexuales y médicos cuando tratan de definir la transexualidad. Gran defensor de la homosexualidad vista como un tercer sexo, Ulrichs es considerado como uno de los precursores del movimiento en favor de los derechos de los homosexuales.

sexuales con personas del mismo sexo no va necesariamente asociada a la adopción de la forma de vestir, la gestualidad y demás roles asociados al género contrario (Ellis; en King, 1981).

Para Ellis, existen tres tipos de «anomalías sexuales intermedias»: el «hermafroditismo físico» (persona que tiene caracteres sexuales de los dos sexos), el «eunucoidismo» (hombres emasculados con caracteres masculinos) y la «inversión sexoestética» o «eonismo»⁷, que afecta a quien «se siente como alguien del sexo contrario y adopta, en la medida de lo posible, los gustos, hábitos y formas de vestir del sexo contrario, mientras la dirección de su impulso sexual permanece normal» (Ellis, 1937: 2). Ellis distingue asimismo entre dos tipos de «eonistas»:

«Uno, el tipo más habitual, en el que la inversión se limita principalmente a la esfera del vestido y otro, menos común pero más completo que contempla el transvestirse con relativa indiferencia pero que se identifica de tal manera con los rasgos físicos y psíquicos que se asocian al sexo contrario que siente que realmente pertenece a ese sexo, aunque no se engaña en lo que respecta a su conformación anatómica» (Ellis, 1937: 36).

Esta distinción resulta bastante cercana a la que existe hoy en día entre travestismo y transexualidad, a pesar de que Ellis jerarquiza su tipología al considerar que es el tipo «menos común pero más completo» el que, de algún modo, aglutina la esencia del eonismo (Ellis; en King, 1981). En consecuencia, podemos intuir que, para él, el «eonismo» que se limita al travestismo es menos auténtico que el «eonismo» consistente en una identificación con el sexo contrario –lo que hoy denominaríamos «transexualidad». Ellis es también uno de los primeros en interesarse por la etiología del fenómeno, sospechando que «la razón física real del eonismo se debe a algún tipo de desequilibrio del sistema endocrino» (Ellis, 1937: 110). Con todo, nunca fue capaz de trascender las meras suposiciones.

Ellis secunda el parecer de Krafft-Ebing a la hora de ensalzar la importancia del sexo, ya que también lo considera un punto axial para el conocimiento de la persona: «el sexo es omnipresente y sus raíces son profundas y permanentes, es el último refugio de nuestra individualidad y nuestra humanidad» (Ellis; en Garaizábal, 1998: 41). La

⁷ Ellis acuña el término «eonismo» en referencia al caballero de Eon, un noble de la Francia del s.XVIII con tendencia a travestirse. Luis XV utilizó ese hábito travestista para enviarlo a Rusia vestido de mujer con el objetivo de que hablara con la zarina Elisabeth y así evitar la guerra entre Francia y Rusia.

ciencia nos conmina a conocer nuestro sexo, hacerlo hablar, buscar su verdad oculta para, de este modo, conocernos mejor a nosotros mismos. El sexo se va consolidando como uno de los grandes principios de inteligibilidad y como principal referente para el conocimiento de uno mismo:

«Es por el sexo, punto imaginario fijado por el dispositivo de sexualidad, por lo que cada cual debe pasar para acceder a su propia inteligibilidad (puesto que es a la vez el elemento encubierto y el principio productor de sentido), a la totalidad de su cuerpo (puesto que es una parte real y amenazada de ese cuerpo y constituye simbólicamente el todo), y a su identidad (puesto que une a la fuerza de una pulsión la singularidad de una historia).» (Foucault, 2002 [1976]: 189).

Por su parte, es el médico alemán Magnus Hirschfeld quien emplea por primera vez, en 1918, los términos «travestismo» y «travestido» para referirse a aquellas personas que sienten un impulso por utilizar las ropas características del otro sexo. Según King (1981), Hirschfeld –que consideraba la homosexualidad no una aberración, sino una variante sexual más– crea la categoría «travestido» para diferenciarla de la homosexualidad y así desmarcarse de las teorías de corte psicoanalítico, para las cuales la tendencia a utilizar ropas no acordes con el propio sexo denotaba una homosexualidad latente y reprimida.

Para Hirschfeld, el travestismo era una de las cuatro «formas intermedias de disposición sexual», junto con el «hermafroditismo» (mezcla de características sexuales primarias), la «androginia» (mezcla de características sexuales secundarias) y la homosexualidad. Siguiendo con King (1981), cuando Hirschfeld escribe sobre casos reales el travestismo parece algo más que la simple preferencia por las ropas del otro género, pues señala que hay entre los travestidos algunos hombres con una mentalidad completamente femenina pero sin ninguna característica física del mismo tipo, así como mujeres psicológicamente masculinas sin características físicas masculinas. Al igual que sucede con el paciente de Krafft-Ebing, el relato de un «travestista» recogido por Hirschfeld sería actualmente identificado como el sentir característico de un transexual: «hasta donde me alcanza la memoria siempre me he sentido niña o mujer y he considerado mi existencia masculina sólo como un disfraz» (Hirschfeld; en King, 1981: 133).

1.3. La aparición del género: una base sólida para la demanda del transexual

En los años 50, los estudiosos de la sexualidad y de las anomalías sexuales empiezan a considerar el sexo psicológico como categoría independiente del sexo biológico, que va perdiendo su consistencia y se muestra cada vez más maleable debido al avance de las cirugías destinadas a la reasignación genital de niños intersexuales⁸ (Hausman, 1992). Por un lado, el desdoblamiento del sexo en nuevas categorías, tales como el «género», la «identidad de género» o los «roles de género», trastocará los cimientos de la práctica médica y de las ciencias sociales al introducir en el debate sobre la sexualidad la cuestión de la reflexividad o de la conciencia del sujeto (Preciado, 2003) y, por el otro, permitirá que aquellas personas que se identifican con el otro sexo puedan formular, de forma legítima, una demanda de intervención quirúrgica.

El psicólogo John Money y sus colegas psiquiatras Joan Hampson y John Hampson, que trabajan en la universidad norteamericana Johns Hopkins⁹, publican a finales de los años cincuenta una serie de artículos sobre la intersexualidad que influirán de forma determinante en el estudio y tratamiento de la transexualidad. Para ellos, las gónadas, las hormonas y los cromosomas no determinan automáticamente el sexo psicológico de un niño: «a partir de la suma total de casos de hermafroditismo, la conclusión que se deriva es que la conducta y la orientación masculinas o femeninas no tienen una base instintiva innata» (Money et.al.; en Fausto-Sterling, 2006: 66). Desmarcándose de las tesis biologistas de la conducta humana, defienden que el comportamiento masculino o femenino de un sujeto (lo que ellos llaman «rol de género») depende de la diferenciación psicosocial que se hace de la anatomía corporal. Dicho de otro modo, los genitales externos y los caracteres sexuales secundarios de una persona son importantes porque señalizan visualmente todo lo concerniente al comportamiento propio de cada sexo (Fausto-Sterling, 2006; Nieto, 2008).

En este sentido, sostienen que el bebé cuando nace es neutro en términos psico-sexuales (al igual que pensaba Krafft-Ebing), pues el sexo psíquico se va desarrollando según el aspecto de los genitales externos que el niño encuentra a lo largo de su crecimiento. El

⁸ Se conoce actualmente como «intersexualidad» (antes denominada «hermafroditismo») a la condición de una persona que presenta simultáneamente caracteres sexuales masculinos y femeninos.

⁹ Es en el hospital de esta universidad en donde, por vez primera, se realizarán de forma continuada las intervenciones de reasignación genital.

«rol de género» queda fijado en algún momento comprendido entre la edad de 18 meses y 2 años a través del *imprinting*, a saber, aquellas conductas adquiridas a través de procesos de aprendizaje que no conllevan un conflicto y que se fijan de una vez por todas –como los instintos animales– en el sujeto (Hausman, 1992). De este modo, cualquier intento de cambiar el sexo psicológico después de la temprana infancia en que el niño o la niña han realizado su aprendizaje social, tendrá consecuencias traumáticas para la persona.

Aplicando esta tesis al tratamiento de la intersexualidad, Money defiende la necesidad de asignar un sexo determinado al niño recién nacido de genitales ambiguos, para posteriormente reconstruir quirúrgicamente sus genitales en función de la decisión tomada. Una vez salido del quirófano, el niño acomodará paulatinamente y sin problema alguno su «rol de género» en función del aspecto de sus genitales reconstruidos y de la educación recibida por parte de sus padres, pues si la coherencia entre los genitales y el sexo asignado es importante para el niño, más lo es para sus padres:

«Al trabajar con niños hermafroditas y sus padres, resulta claro que el establecimiento de la orientación psicosexual del niño comienza no tanto con éste como con sus padres» (Money et.al.; en Fausto-Sterling, 2006: 85).

Es partiendo de las investigaciones de Money que el médico y psicoanalista Robert Stoller puede formular el concepto todavía hoy predominante de «identidad de género» (él la denomina «identidad nuclear de género»), refiriéndose al sentido subjetivo que se da por el hecho de pertenecer a un sexo particular, en oposición al «rol de género», referido a una manera de comportarse masculina o femenina. Al igual que Money, Stoller considera que la «identidad de género» es inalterable y relativamente independiente del sexo biológico del sujeto (Soley-Beltran, 2001).

La aparición del concepto «identidad de género» será decisiva para las demandas de los transexuales puesto que, en adelante, podrán formular su protesta sobre la incongruencia existente entre, por un lado, su identidad de género y, por el otro, el sexo anatómico y el rol de género asociado a él. Asimismo, la idea de la supuesta inalterabilidad de la identidad de género modificará el abordaje del fenómeno de la transexualidad por parte del estamento científico. Si el *imprinting* conlleva interiorizar conductas de manera irrevocable a una edad temprana, parece que la única forma de curar un *imprinting*

anómalo es alterar algún otro aspecto del sujeto (Hausman, 1992). De esta forma, la tesis del *imprinting* refuerza la convicción de que cualquier tratamiento psicoterapéutico es ineficaz para aquellas personas cuya identidad de género no se ajusta a su configuración corporal, lo que se convierte en uno de los argumentos más sólidos a favor del modelo médico de la transexualidad, que pretende alterar la morfología del sujeto a través del tratamiento hormonal y las cirugías de reasignación sexual.

1.4. La transexualidad y la búsqueda del verdadero transexual

A pesar de que en 1949 el sexólogo David Cauldwell emplea el término «*psychopathia transsexualis*» (en una clara alusión al trabajo de Krafft-Ebing) al exponer un caso clínico de una chica que manifestaba el deseo de ser chico, su neologismo no causa un gran impacto inmediato en el ámbito científico, como lo demuestra el hecho de que a principios de la década de los 60 aún se usa el término «travestismo» para hablar del deseo de pertenecer al sexo opuesto (King, 1981).

Es el endocrinólogo Harry Benjamin quien difunde y fomenta el uso del término «transexual» en los años 60, hasta el extremo de que hoy es conocido como “el padre de la transexualidad”. Él es el autor del considerado libro fundacional de la transexualidad, *The Transsexual Phenomenon* (1966), con el que consolida el modelo médico de la transexualidad al defender el uso de la cirugía de reasignación genital como el tratamiento más adecuado y al sentar las bases protocolarias para la operación y el tratamiento hormonal. Y es que si bien a lo largo del siglo XX ya se habían realizado algunas operaciones de cambio de sexo con procedimientos más o menos rudimentarios como, por ejemplo, la cirugía genital realizada a Christine (antes George) Jorgensen en 1952 y que fue objeto de una atención mediática a nivel mundial, con anterioridad a Benjamin la cirugía de reasignación de sexo no era unánimemente aceptada por los profesionales de la medicina –que aún se decantaban mayoritariamente por la psicoterapia– ni existía un protocolo claro que rigiera todo el tratamiento. Recordemos la firme oposición que desde el ámbito psicoanalítico se hacía de la cirugía, con el argumento de que los médicos colaboraban con el deseo de castración de pacientes que no eran sino psicóticos extremos.

Benjamin desea que *The Transsexual Phenomenon* sirva a médicos y hombres de ley para que sepan tratar a los transexuales de forma «tolerante y racional», sin prejuicios de ninguna clase, a la vez que denuncia la «vida desafortunada» de muchos transexuales debida a la incomprensión e ignorancia social, legal y médica. En este sentido, adjunta un modelo de certificado de «transexualidad» para que los médicos lo dispensen a sus pacientes y así éstos eviten una detención por travestirse en la vía pública, un hecho punible en los Estados Unidos de la década de los 60. Asimismo, Benjamin defiende a lo largo de su vida que los transexuales, que para él nada tienen de psicóticos, puedan cambiar su sexo legal una vez sometidos a las operaciones de reasignación sexual.

A lo largo de *The Transsexual Phenomenon* Benjamin insiste en la necesidad de abordar la transexualidad de forma independiente, y así desvincularla definitivamente de la homosexualidad y del travestismo. Si el homosexual tiene un «problema de orientación sexual» y el travestista siente una atracción excitante «por vestirse con ropas del sexo opuesto», la transexualidad consiste en el «deseo irreversible de pertenecer al sexo contrario al genéticamente establecido y asumir el correspondiente rol, y de recurrir a un tratamiento hormonal y quirúrgico encaminado a corregir esta discordancia entre la mente y el cuerpo» (Benjamin, 1966: 30). Siguiendo la corriente de la época y apropiándose de los conceptos creados por Money y Stoller, Benjamin considera necesario distinguir entre «sexo» y «género», puesto que en el sexo está implicada «la sexualidad, la libido y la actividad sexual», mientras que el género es «la parte no sexual del sexo». Como expresa de forma gráfica, «el género está localizado arriba del cinturón, mientras que el sexo está por debajo» (Benjamin, 1966: 6). Si bien cree que el transexual tiene un problema de género, también considera que la identidad de género es algo fundamental e inmodificable, por lo que defiende vehementemente una intervención sobre el sexo del paciente: «si la mente del transexual no puede ajustarse al cuerpo, es lógico y justificable intentar lo opuesto, esto es, ajustar el cuerpo a la mente» (Benjamin, 1966: 53). La terapia psicológica ha de tener un papel secundario, pues tan sólo sirve para «aliviar las tensiones del paciente», nunca para modificar algo tan sustancial como la identidad de género.

Esta firme convicción del carácter no psicopático de la transexualidad llevará a Benjamin a ser uno de los primeros en tratar de esclarecer la etiología del fenómeno basándose en factores biológicos. Como señala Nieto (2008), antes de su obra magna no

se puede decir que hubiera habido investigación alguna sobre las causas que originaban la transexualidad más allá de las explicaciones de corte psicologista. Reconociendo que es ésta «una de las partes más controvertidas y oscuras del libro», pues el ámbito científico se encuentra «en una fase inicial» de las investigaciones que trascienden las tesis psicológicas, Benjamin sostiene que es «una predisposición innata, biológica, pero no necesariamente hereditaria» (Benjamin, 1966: 92), la que genera la transexualidad. Al explorar las causas de esta «predisposición innata», lanza hipótesis que medio siglo más tarde todavía guiarán las investigaciones etiológicas: un origen genético, una incorrecta hormonación del feto, o la morfología y fisiología del hipotálamo, una región cerebral que parece gobernar el comportamiento sexual¹⁰.

A partir de la influyente obra de Benjamin, la transexualidad cae en el dominio exclusivo de la biomedicina. Gracias a su labor, la psicoterapia cederá su lugar al que en adelante será el tratamiento privilegiado: la terapia hormonal, las intervenciones plásticas y estéticas y la cirugía de reasignación genital. Él es también quien otorga a expertos psiquiatras y psicólogos la facultad de tutelar todo el proceso de tratamiento, defendiendo que la cirugía genital ha de realizarse tras una evaluación psiquiátrica que determine la «estabilidad psicológica del paciente», y ha de complementarse con una asistencia psicológica posterior porque algunos pacientes, tras la operación, «se sienten turbados, inseguros y emocionalmente precarios» (Benjamin, 1966: 72).

Se puede afirmar que la categoría médica «transexualidad» nace cuando la voluntad de someterse a la cirugía de reasignación sexual deviene un requisito médicamente indispensable para que la persona sea considerada transexual (Nieto, 2008). Con Benjamin va cobrando fuerza el concepto de «transexual verdadero», un sujeto que aglutina la esencia de la transexualidad porque en él «el deseo de la operación de cambio de sexo es un impulso que todo lo consume» (Benjamin, 1966:15), y que necesita toda la atención médica al ser «un candidato para la automutilación, el suicidio o su intento» (Benjamin, 1966: 30). El caso paradigmático del «transexual verdadero» es aquel hombre biológico cuyo deseo más firme es someterse a la operación de cambio de sexo porque desde el mismo momento de su nacimiento se siente identificado con el

¹⁰ Las supuestas causas biológicas de la transexualidad serán tratadas con mayor profundidad en el siguiente capítulo.

sexo contrario y, por ello, rechaza sus genitales y adopta las formas y los roles asociados al género deseado:

«Los transexuales verdaderos sienten que pertenecen al otro sexo, quieren ser y funcionar como miembros del otro sexo, y no sólo parecerlo. Para ellos, sus órganos sexuales primarios (testículos) y secundarios (el pene) son repugnantes deformidades que deben ser extirpadas con el bisturí» (Benjamin, 1966: 6).

Robert Stoller, coetáneo de Benjamin, también contribuye enormemente a la definición del «transexual verdadero». Las teorías clínicas de Stoller para diagnosticar el «síndrome transexual» en hombres biológicos, publicadas en 1968, establecen como condiciones indispensables para la operación:

«Ser afeminado; no haber pasado por etapas de masculinidad, ni haberse considerado hombre; haber expresado su feminidad desde etapas tempranas; no dar valor al pene; no haber estado casado; no tener hijos; no tener delirios ni sentir ninguna excitación al travestirse» (Stoller; en Garaizábal, 1998: 46).

De este modo, durante los años 60 y 70 se distingue la transexualidad verdadera de homosexuales, travestidos y de aquellos varones que llegan al deseo de cambiar de sexo mediante una trayectoria básicamente masculina, siendo considerado el transexual que no se quiere operar, esa mujer con pene, como menos transexual y más patológico que un transexual operado (Nieto, 2008 y Mejía, 2005). La transexualidad es vista como una identidad esencial, como algo que ya se posee al nacer, que se va descubriendo progresivamente desde la más tierna infancia y que conlleva un rechazo frontal de los caracteres sexuales primarios y secundarios y de los roles de género asociados al sexo originario. Si bien hoy en día el término «transexual verdadero» ha sido abandonado por la medicina, más adelante veremos que en el imaginario médico todavía perduran algunos de los presupuestos asociados a él, y que podrían sintetizarse con la célebre frase que Ulrichs, abogado homosexual, formuló a finales del siglo XIX: «alma de mujer atrapada en un cuerpo de hombre».

Con todo, progresivamente se va disipando la aceptación del concepto «transexual verdadero» entre el estamento médico al constatarse que en el mundo real rara vez se encuentran tales pacientes estereotípicos y al descubrirse que algunos de ellos falsifican sus historias para adecuarlas a los estándares establecidos. Dado que la transexualidad en principio se autodiagnostica, pues no existen evidencias orgánicas y es el transexual

quien al narrar su biografía y al transmitir su deseo quirúrgico ofrece al médico los síntomas definitivos, los médicos dependen del relato de los pacientes para emitir el diagnóstico y para comprender la enfermedad. De este modo, muchos pacientes, que dominan a la perfección el proceso diagnóstico, alteran, racionalizan y niegan parte de sus biografías para ajustarse al ideal del «transexual verdadero» y obtener así el diagnóstico necesario para la operación (Billings y Urban, 1982; Garaizábal 1998; Mejía, 2005).

Para combatir los problemas asociados a esa búsqueda del «transexual verdadero», el médico inglés Robert Fisk propone, en 1973, la categoría «disforia de género» en lugar del término «transexualidad». Con la introducción de esta nueva denominación se pretende destacar, como elemento definidor del fenómeno, el sufrimiento, malestar o alteración del humor (disforia) provocados por el conflicto existente entre la identidad de género y el sexo biológico. Esta nueva categoría no sólo define la transexualidad, sino también otros trastornos relacionados con la identidad de género. Según la intensidad de la incongruencia entre la identidad de género y el sexo biológico, se producen diferentes grados de disforia o malestar, siendo la transexualidad su manifestación más extrema (Bustos, 2008; Nieto, 2008). La presuposición de que todo transexual experimenta un malestar o sufrimiento con su cuerpo y su identidad de género justifica la intervención biomédica, y allanará el camino para la inclusión de la transexualidad en los principales manuales diagnósticos de enfermedades mentales a principios de los años 80, en los que ese malestar aparecerá como uno de los principales criterios diagnósticos.

Si bien el término «disforia de género» goza hoy de un uso menos extendido entre el estamento médico que los términos «transexualidad» y «trastorno de la identidad de género», todavía es utilizado por algunas instituciones médicas y jurídicas. Sin ir más lejos, el artículo 4 de la nueva «Ley 3/2007, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas» establece como uno de los requisitos indispensables para acceder al cambio de sexo legal y administrativo la presentación de un informe médico que acredite el diagnóstico de «disforia de género»¹¹.

¹¹ Para un análisis detallado de dicha Ley, léase el capítulo VI.

1.5. Los estudios socioculturales y el activismo de género: crítica del paradigma biomédico y cuestionamiento del sistema de sexo/género

Las aproximaciones biólogas y psicólogas (con fuerte presencia del psicoanálisis) dominan completamente el panorama intelectual desde que la transexualidad se convierte en objeto de conocimiento científico. Esta tendencia empieza a cambiar a partir de los años 70 del s.XX con la aparición de las primeras interpretaciones socioculturales de la transexualidad, que enfatizan la necesidad de contextualizar el fenómeno, revisan críticamente el modelo biomédico y muestran la posibilidad de espacios identitarios alternativos al binomio hombre/mujer. Esta lectura en clave social de la transexualidad se ve enriquecida por la creciente voluntad, dentro del mundo intelectual y del activismo, de problematizar las categorías que rigen el imaginario sexual occidental, tales como el sexo, el género, la homosexualidad o la identidad de género. Los trabajos de Foucault y Laqueur, presentados anteriormente y que nos han servido para establecer los condicionantes históricos que dan lugar a la concepción biomédica de la transexualidad y para mostrarnos la contingencia histórica del cuerpo y de la sexualidad, obedecen a esa voluntad revisionista y crítica.

Con la intención de analizar lo que se considera una desviación social para llegar a entender el proceso de constitución de lo normal, el etnometodólogo Harold Garfinkel (2006 [1968]) realiza el primer estudio de la transexualidad desde una perspectiva sociológica. Para Garfinkel, el análisis de la transexualidad permite observar los mecanismos a través de los cuales las personas tratan de adquirir una identidad socialmente reconocida, presentándose como hombres o mujeres «normales», en la interacción social cotidiana. Para desarrollar su teoría, Garfinkel se apoya en las experiencias de Agnes, una paciente veinteañera de Robert Stoller que acude a él para solicitar una cirugía de reasignación genital (una vaginoplastia) por su condición de intersexual, es decir, presenta un pene y unos testículos «normalmente desarrollados» pero unos caracteres sexuales secundarios femeninos, supuestamente desarrollados de forma natural a partir de la pubertad¹².

¹² Años después se descubre que Agnes no es intersexual sino transexual, pues ella misma confiesa haber tomado hormonas femeninas (estrógenos) desde los doce años para desarrollar caracteres femeninos (pechos, ausencia de bello, etc).

Según Garfinkel, las prácticas de Agnes para «pasar» como una mujer normal en la interacción con los demás muestran «la importancia de los estatus sexuales para los asuntos de la vida diaria como trasfondo relevante pero no percibido de la textura que constituye las escenas concretas de la vida diaria» (Garfinkel 2006 [1968]: 137). Así, las experiencias de personas como Agnes –cuya interacción con los demás conlleva eso que Goffman denomina un «manejo de las impresiones», esto es, una tarea constante de vigilancia, planificación, ocultación y justificaciones a fin de presentarse como una mujer normal– permiten apreciar ese trasfondo relevante que frecuentemente se nos pasa por alto debido a su carácter rutinizado y que está formado por una serie de reglas socialmente compartidas.

Este entramado de reglas implícitas que conforma el ámbito de las «personas normalmente sexuadas» está poblado por tan sólo dos sexos, hombre y mujer, ambos entendidos como hechos naturales. No obstante, esta dicotomía que constituye lo normal está moralizada, pues «para los miembros *bona fide*, “normal” significa “de acuerdo a las costumbres (*mores*)”» (Garfinkel 2006 [1968]: 143). Por tanto, la sexualidad no es tan sólo un hecho natural de la vida, sino también un hecho moral ya que «la cuestión de su existencia es decidida por parte de la población como un asunto de obediencia a un orden legítimo» (Garfinkel 2006 [1968]: 141). Un miembro adulto se incluirá a sí mismo dentro de una de las dos categorías disponibles (hombre o mujer) y esperará que los otros miembros sean también, de una vez por todas, u hombre o mujer. Los normales perciben los genitales como insignias esenciales para realizar una identificación que es de tipo cultural: «los genitales sirven a los miembros normales como insignias de membresía sexual normal, como penes-y-vaginas-de-personas-sexuadas-en-el-orden-moral» (Garfinkel 2006 [1968]: 146). Sin embargo, Garfinkel distingue entre «penes y vaginas biológicos» y «penes y vaginas culturales», siendo éstos últimos aquellos genitales que atribuimos a la persona cuando nos interrelacionamos con ella. Son estos «genitales atribuidos» los que proporcionan estabilidad a la interacción social porque permiten a las personas reconocerse unas a otras. En consecuencia, el hombre normal considerará a una mujer con pene o a un hombre con vagina como un ser extraño, un *freak*, que merece algún castigo o alguna intervención médica.

Para lograr el derecho a ser tratada como una mujer «normal y natural», Agnes tiene que mostrar constantemente su capacidad para sentir y vivir como una mujer «normal», evitando en todo momento, mediante el uso de estrategias evasivas y persuasivas, la posibilidad de que alguien detecte «su error» y pueda así arruinar su puesta en escena. En este sentido, no sólo expresa insistentemente ante los médicos que siempre se ha sentido como una mujer y ha rechazado sus genitales, sino que presenta «una biografía notablemente idealizada en la cual las evidencias de feminidad original eran exageradas mientras que las evidencias de una posible mezcla de características (...) eran rigurosamente suprimidas» (Garfinkel 2006 [1968]: 148). Ante la imposibilidad de mostrar sus genitales como signos esenciales de su feminidad, Agnes enfatiza sus pechos prominentes y su deseo de ser mujer desde su más tierna infancia, e insiste en que el médico ha de reparar un error de la naturaleza construyendo artificialmente una vagina «que debió haber estado allí siempre». Esta atención que ha de prestar constantemente a las apariencias permite a Agnes ser consciente de cómo los miembros de una sociedad se presentan a sí mismos como seres sexuales normales en las interacciones con los demás.

Por otra parte, para aquellos que tratan de realizar una lectura crítica de la gestión biomédica de la salud y del bienestar, Ivan Illich constituye uno de los autores de referencia. En su obra *Némesis Médica* (1978), Illich denomina «medicalización de la vida» al proceso a través del cual la medicina moderna se ha expandido de tal modo que ha llegado a abarcar fenómenos que antes eran de dominio exclusivo de la religión, la moral o la ley: la sexualidad, las fases del ciclo reproductivo de la mujer (menstruación, embarazo, parto, menopausia), la vejez, la soledad o la infelicidad. Para Illich, nuestras sociedades tan sólo aceptan la desviación como patología cuando merece y en última instancia justifica la interpretación e intervención médicas. Se ha transferido a los médicos el derecho exclusivo de determinar qué constituye la enfermedad, quien está enfermo y qué medidas profilácticas y/o reparadoras se tomarán respecto a estas personas. Al igual que el sacerdote tiene la potestad para decidir qué es pecado o quien ha quebrantado un tabú,

«el médico decide qué es un síntoma y quién se encuentra enfermo. Es un empresario moral investido con poderes para descubrir ciertos entuertos a enderezar. La medicina, como todas las cruzadas, crea un grupo de excluidos cada vez que logra hacer pasar un nuevo diagnóstico.

La moral se halla tan implícita en la enfermedad como en el crimen o el pecado» (Illich, 1978: 62).

La instauración de un «monopolio médico» sobre la asistencia a la salud ha producido una regulación heterónoma de las vidas humanas al limitar la libertad respecto al propio cuerpo, destruir el potencial de las personas para afrontar sus debilidades, crear una dependencia inhabilitante, generar nuevas y dolorosas necesidades y disminuir los niveles de tolerancia al malestar y al dolor. Con la gestión institucional de la denominada salud pública, el reinado de la eficiencia y la rentabilidad en los centros sanitarios y la capacidad de influencia de la industria farmacéutica, el cuidado de la salud se convierte en un «ítem estandarizado», en un «artículo de consumo» más con el que poder engrosar beneficios.

Siguiendo la senda trazada por Illich, Dwight Billings y Thomas Urban (1982) abordan de forma crítica la gestión médica de la transexualidad. Para estos autores, la transexualidad es una práctica socialmente construida que sólo existe en, y a través de, la práctica médica. La legitimación y el perfeccionamiento de las operaciones de reasignación sexual «han originado una nueva categoría de identidad –transexual– para un grupo diverso de desviados sexuales y víctimas de un desequilibrio grave en el rol de género» (Billings y Urban, 1982: 92). Contrariamente a lo que se afirma desde el estamento médico, los profesionales no curan ni el cuerpo ni la mente, sino que realizan una función moral que les ha sido atorgada por la sociedad al promover la transición de un estatus sexual a otro. La cirugía es vista como un ritual de tránsito entre identidades sexuales que «reafirma de manera implícita los roles tradicionales masculino y femenino» (Billings y Urban, 1982: 114), un ritual que cumple una función normalizadora al mantener la organización social del género.

En opinión de Billings y Urban, para poder instaurar la cirugía como el método más apropiado para el tratamiento de la transexualidad, los médicos tenían antes que combatir las objeciones hechas por los defensores de la psicoterapia. Para ello sostuvieron una teoría etiológica centrada en el carácter no psicopático de la enfermedad, racionalizaron las estrategias de diagnóstico y publicitaron la capacidad de la medicina para curar el sufrimiento del paciente, afirmando que sólo ellos podían resolver –quirúrgicamente– los más amargos conflictos producidos por la no

concordancia entre la mente y el cuerpo. Este triunfo de las tesis médicas, debido en gran medida al éxito de la obra de Benjamin, conllevó la mercantilización del fenómeno. Los médicos y sus clínicas ensombrecían los efectos nocivos de la cirugía y realizaban una lectura cada vez más laxa de los requisitos necesarios para la operación con el fin de ganar pacientes a toda costa y así poder obtener beneficios económicos y reputación profesional. La plenitud sexual y la identidad de género armónica se presentaban como artículos de consumo de los que se podía disponer por medio de la operación: «los médicos ofrecían a los hombres algo más que la oportunidad de deshacerse de su odiada insignia masculina, se les prometía la experiencia de la sexualidad femenina» (Billings y Urban, 1982: 103).

Esta crítica del modelo médico de la transexualidad no se produce exclusivamente en el ámbito académico. A partir de la década de los 70, son los mismos protagonistas, aquellos que rompen con la correlación directa establecida entre los genitales y el género, quienes empiezan a reclamar la posibilidad de construir sus cuerpos y sus identidades sin recurrir al estamento médico. En este sentido, Virginia (antes Charles) Prince efectúa una ruptura que aun persiste en la actualidad: poniendo el acento no en lo biológico sino en lo social, crea el término «transgénero» y se autodefine como «transgenerista» para mostrar su rechazo a la cirugía de reasignación sexual y así evitar ser identificada a través de una categoría médica (transexual). En adelante, se acogerán al término «transgenerista» aquellas personas que rechazan el género asignado desde el nacimiento pero que, pudiendo alterar su cuerpo con hormonas, no reclaman la cirugía de reasignación sexual al considerar que sus genitales no son un impedimento para la construcción de su identidad. Much@s transgeneristas reivindican el derecho a una identidad plural no medicalizada y manifiestan su disgusto con el sistema de bipolaridad y oposición de género social establecido, prefiriendo verse enmarcad@s en un continuo de masculinidad/feminidad (Nieto, 2008).

Esta actitud abiertamente contestataria de los transgeneristas ante el binarismo de género reinante en nuestras sociedades encontrará cobijo, a finales de los años 80, en esa multitud discursiva, corporal e identitaria que vendrá a denominarse «movimiento *queer*». Dicho movimiento aparece en Estados Unidos en los márgenes de la comunidad gay y lesbiana como una reacción a las políticas de identidad normalizadoras que pretenden integrar el mundo gay y lésbico en la cultura dominante blanca, heterosexual

y de clase media, lo que da lugar a la reivindicación de derechos como el matrimonio homosexual, la adopción o la transmisión de patrimonio. Frente a las políticas emprendidas por muchos movimientos gays, lésbicos y feministas basadas en una identidad esencial, estable y natural, a partir de la cual se organiza la resistencia y se exigen derechos civiles iguales al resto de personas, el movimiento *queer* reivindica la multiplicidad y la no rigidez de identidades y se declara totalmente «antiasimilacionista», pues se opone a una lucha cuyo único fin sea la reivindicación de derechos para obtener el estatus de «normalidad».

Defendiendo que las identidades sexuales y de género son productos históricos y sociales, en lugar de fenómenos naturales o intrapsíquicos, el movimiento *queer* centra sus esfuerzos en combatir las dicotomías existentes (heterosexual/homosexual, mujer/hombre, femenino/masculino) al considerarlas fuente de opresiones. Ante el cuerpo heterosexual normalizado (en inglés «*straight*»), el movimiento *queer* utiliza los cuerpos y las identidades de los anormales (lo «*queer*») como potencias políticas. Lo abyecto es visto como una fuerza liberadora y no simplemente como un efecto de los discursos sobre el sexo. Identificaciones estigmatizantes como «bolleras», «maricones» o «travelos» son reapropiadas y liberadas de su carga semántica despectiva para convertirse en lugares de producción de identidades (lo que en la teoría *queer* se denomina «giro performativo»), «identificaciones gueto» que tienen como sujetos de la enunciación no ya a los estamentos médico o político, sino a aquell@s que se escapan de la norma heterosexual (Preciado, 2003 y Xarxa Feminista del País Valencià, 2004).

Si, por un lado, se puede decir que el movimiento *queer* es «hiperidentitario», en cuanto a la utilización de estrategias de visibilización de identidades minoritarias de todo tipo (de sexo, de género, de raza), por el otro, existe una voluntad de desencializar dichas identidades al negarles todo fundamento natural y al mostrar su carácter construido. En este sentido, el activismo *queer* propone disolver las categorías de género y desdibujar las fronteras que las separan mediante la política del carnaval, la trasgresión y la parodia. El recurso al travestismo, a la *performance*, ese hombre disfrazado de mujer paroxística (*drag queen*) o esa mujer que ensalza el ideal de la virilidad (*drag king*), supone una teatralización de género que mediante una repetición paródica del modelo original desnaturaliza el binomio hombre/mujer y muestra su carácter construido.

Una de las pensadoras cuya obra sirve constantemente de inspiración al movimiento *queer* es la filósofa norteamericana Judith Butler. Si los análisis feministas ya se habían encargado de mostrar que el género es una construcción social, por lo que no existen ni identidades ni roles de género universales o biológicamente inscritos en la naturaleza humana, Butler da un paso más en la tarea «desencializadora» al afirmar que el sexo está tan culturalmente determinado como el género, e invierte la posición subalterna del género en relación al sexo (refutando la convención de que el sexo es el referente del género) al asegurar que la concepción del sexo como algo natural y prediscursivo surge como consecuencia de nuestra noción del dimorfismo de género:

«Si se refuta el carácter invariable del sexo, quizás esta construcción denominada “sexo” esté tan culturalmente construida como el género; de hecho, quizá siempre fue género, con el resultado de que la distinción entre sexo y género no existe como tal» (Butler, 2007 [1999]: 55).

Butler está de acuerdo con Foucault cuando éste afirma que el sexo no es una entidad causal sino el efecto del «dispositivo de sexualidad». Sin negar la materialidad de los cuerpos, Butler sostiene que la materia, ese cuerpo sexuado, no puede ser entendida como algo precultural pues «está completamente sedimentada con los discursos sobre el sexo y la sexualidad que prefiguran y restringen los usos que pueden dársele al término» (Butler, 2002: 56). Consideramos que la naturaleza es la ley que conforma las categorías hombre/mujer, y esa consideración previa hace que dichas categorías se nos revelen como preexistentes. Pero para que la naturaleza se nos aparezca como el principio organizador, como el fundamento del género, es estrictamente necesario que todo un conjunto de actos regulados y persistentes (eso que Butler denomina «actos performativos») acaben configurando esa misma realidad, ese sexo natural que presuponemos que los inspira.

Butler se desmarca de la concepción del género como algo esencial ideada por Stoller para formular una teoría performativa del género. De acuerdo con esta concepción, el género no debe entenderse como una esencia, como una posesión o algo estático, sino más bien como el resultado de un conjunto de acciones que, al repetirse fielmente de acuerdo a unas normas, acaban produciendo el fenómeno mismo que anticipan, esto es, crean el efecto de un núcleo interno o una identidad esencial. Los atributos de género no son expresivos, en el sentido de constituir la expresión de un sustrato identitario, sino

performativos, porque acaban fabricando la identidad que pretenden afirmar mediante signos corpóreos y otros medios discursivos: «no existe una identidad de género detrás de las expresiones de género; esa identidad se construye performativamente por las mismas expresiones que, al parecer, son resultado de ésta» (Butler 2007 [1999]:85). El género es pues el producto de una «repetición estilizada» de actos y discursos que se ejecutan a la manera de una obra de teatro, es decir, presentándose ante un público e interpretándose según unas normas preestablecidas. Todos aquellos que no representen su género adecuadamente, que muestren una discontinuidad entre su sexo, su género y su orientación sexual, que lleven a cabo «repeticiones infieles» (ese hombre homosexual vestido de mujer), serán sancionados porque tienen el potencial de subvertir las normas existentes.

Según la teoría de la performatividad butleriana, el género no se posee, más bien se ejerce; es siempre «un hacer», aunque no un hacer por parte de un sujeto que se pueda considerar preexistente a la acción. Al advertirnos de las «ficciones fundacionistas», Butler participa, al igual que Nietzsche o Foucault, de la tradición filosófica para la cual no existe un Sujeto constituyente, un Sujeto fundador o prediscursivo, sino un sujeto constituido que existe en, y a través de, la acción y el discurso. El sujeto se constituye mediante los actos que ejecuta, que interpreta. Parafraseando al Nietzsche de la *Genealogía de la moral*, Butler nos advierte de que «no hay ningún ser detrás del hacer, del actuar, del devenir» (Butler 2007 [1999]: 84). Por tanto, no podemos apelar a un «yo» preexistente a cualquier proceso de significación para subvertir las categorías existentes, pues son estas mismas categorías las que lo constituyen. Con todo, la imposibilidad de situarnos en una posición de exterioridad respecto a unas categorías que nos constituyen no imposibilita la acción subversiva, ya que son esas mismas categorías las que, al mismo tiempo, permiten espacios de subversión. Y es que la repetición pura y totalmente fiel de las categorías no es nunca posible, ya que siempre que repetimos actos producimos un desplazamiento de la categoría, al igual que sucede con el desplazamiento interpretativo de un actor teatral cuando representa noche tras noche el mismo personaje. Para Butler, es en ese desplazamiento inherente a todo acto performativo en donde se ubica la posibilidad de trasgresión: «la tarea no es saber si hay que repetir, sino cómo repetir para desplazar las reglas de género que permiten la repetición» (Butler 2007 [1999]: 287). En este sentido, las *performances* de las *drag queens* o la visión de una transexual femenina no operada, al ser consideradas como una

repetición paródica e infiel del ideal de feminidad (apariencia hiperfemenina en un cuerpo con genitales masculinos), sirven para desplazar la categoría «mujer» y manifestar «la estructura imitativa del género en sí, así como su contingencia» (Butler 2007 [1999]: 269).

1.6. El transgénero en contextos no occidentales: aproximaciones antropológicas

Antes de dar por concluido el presente capítulo debemos hacer referencia a algunos trabajos que, desde la antropología, han analizado el fenómeno transgénero en sociedades no occidentales. El estudio de la transversalidad –o variancia– de género en diferentes contextos culturales no tan sólo arroja la luz necesaria para llegar a entender el funcionamiento e imaginario de las sociedades en cuestión, sino también ayuda a desuniversalizar el modelo médico de la transexualidad y a problematizar la noción occidental de que tan sólo hay dos géneros socialmente posibles que representan la prolongación natural del dimorfismo sexual. En este sentido, la antropología nos muestra que hay sociedades en las que existen espacios genéricos ambivalentes que trascienden el binomio hombre-mujer, pueblos que acomodan espacios de expresión, identidad y trabajo para unos sujetos intersticiales con numerosas facultades socialmente valoradas. Los trabajos de Déssy (1980) y de Williams (1992) sobre los berdaches o «dos-espíritus» que formaban parte de varias sociedades amerindias del norte del continente, el de Serena Nanda (2003) sobre la comunidad hijra de la India o el estudio de Alberto Cardín (1985) sobre el travestismo en sociedades «exóticas», evidencian que el fenómeno de la diversidad de género es y ha estado muy presente en varias sociedades que han permanecido separadas temporal y espacialmente.

En prácticamente todos los pueblos de la parte central y occidental del norte del continente americano podíamos encontrar a los denominados «berdaches»¹³, un término empleado por los colonizadores, y posteriormente adoptado por los antropólogos, para denominar a todos aquellos hombres biológicos (y algunos intersexuales) que no encajaban dentro del estándar social masculino y adquirirían un estatus intermedio entre

¹³ Como apunta Déssy (1980), la palabra berdache proviene del vocablo francés *bardache*, término despectivo que nombra “le mignon” o le “giton” (el querido o el favorito) y con el que se pretendía destacar las prácticas homosexuales de esos individuos.

la masculinidad y la feminidad. A pesar de que esta figura podía diferir de un pueblo a otro (en lo referente a sus funciones, su estatus o su inscripción en la estructura religiosa), por lo que utilizar la palabra «berdache» para designarlos a todos por igual supone una simplificación de una realidad más compleja y heterogénea, todos estos pueblos contaban con individuos que sobrepasaban la división binaria de los géneros sin por ello transgredir ninguna convención social. Varios eran los términos que los nativos utilizaban para designar a esos «hombre-mujer»: *nadle* (entre los navajos), *kanyotsayotse* (tewa), *winkte* (sioux), *wi-kovat* (pima) o *mixuga* (winnebago y omaha).

Williams (1992) adopta la noción «*go-between*» cuando se refiere al género de estos seres limítrofes, pues podían moverse libremente entre los grupos de mujeres y de hombres. Los berdaches ocupaban una posición perfectamente codificada en el universo simbólico y social de estos pueblos: las cosmogonías destacaban su importante papel en favor de la armonía cósmica y social, desarrollaban funciones significativas en los ritos ceremoniales y en las tareas cotidianas, gozaban de un estatus social elevado y se les reconocían poderes y habilidades sobrenaturales por su condición de «dos-espíritus», es decir, seres que aglutinaban lo mejor de la masculinidad y de la feminidad. En opinión de Cardín (1985), era el carácter ambiguo del berdache, la imposibilidad de considerarlo simplemente como un hombre o como una mujer, lo que motivaba que su sociedad le situara en el ámbito de lo sagrado. Con frecuencia dirigían las danzas rituales y, aunque en general, no desarrollaban el papel de chamanes, éstos frecuentemente solicitaban su ayuda y asesoramiento. Asimismo, tenían la capacidad de dar buena suerte a los guerreros, a los cazadores y a los cónyuges, se los consideraba proclives a las visiones y a los sueños premonitorios y, en algunos pueblos (p.ej. los tewa o los winnebago), eran valorados por sus poderes terapéuticos.

En las ocupaciones más mundanas también podemos encontrar las huellas de su omnisciencia. En unas sociedades en las que la división sexual del trabajo y la simbología de los objetos eran las principales señas de una oposición sexual que, según parece, no estaba jerarquizada, los berdaches mostraban su posición ambivalente al adoptar una apariencia femenina y realizar muchas (pero no todas) de las tareas socialmente atribuidas a las mujeres, a la vez que desarrollaban algunos roles masculinos (pero de forma distinta a como lo hacían los hombres). Así, realizaban algunos trabajos en el hogar, pero no se encargaban del cuidado de los recién nacidos

pues no podían amamantarlos, reservando sus cuidados para los niños de más edad; podían participar en las contiendas bélicas, siendo conocidos por su bravura, aunque en general utilizaban el garrote y no el arco y las flechas porque era un arma reservada a los hombres; solían acompañar a las expediciones de caza, pero nunca como cazadores. Sea como fuere, tanto los informantes como los mismos nativos siempre destacaron su excepcional destreza y eficiencia a la hora de cumplir con sus obligaciones (Williams, 1992; Désy, 1980; Cardín, 1985).

Por su parte, Nanda (2003) nos cuenta que, al igual que sucede con los nativos norteamericanos, la variancia de género en la India hinduista se sitúa principalmente en un contexto religioso. Sin embargo, a diferencia de las comunidades amerindias, esta diversidad genérica tiene lugar en el seno de un sistema básicamente binario de sexo/género que es jerárquico y patriarcal antes que igualitario. La naturaleza biológica o esencial de las diferencias entre varón y hembra queda ampliamente reflejada en los textos médicos y rituales del hinduismo clásico, «en los que los fluidos corporales y los órganos sexuales se presentan como las mayores fuentes de la dicotomía sexo/género y como sus mayores símbolos» (O’Flaherty; en Nanda, 2003: 261). Pero, a diferencia de las culturas occidentales, que tratan de corregir, reprimir o ignorar las contradicciones o ambigüedades sexuales y de género, el hinduismo posee una gran capacidad para abrazar la diversidad y lo andrógino, lo que motiva que se confiera «un sentido positivo a la vida de muchos individuos con una variedad de identificaciones de género, condiciones físicas y preferencias eróticas alternativas» (Nanda, 2003: 262).

De entre estas múltiples variantes existentes en la India, el caso más visible y culturalmente institucionalizado es el de los hijras, una comunidad formada por aproximadamente medio millón de personas¹⁴ que habita principalmente en las ciudades del norte de la India y en el estado de Gujarat (si bien es cierto que los podemos encontrar en todo el territorio indio y también en Pakistán) y venera a la diosa Bahuchara Mata, asociada con el transgénero. A los hijras se los define culturalmente como «ni hombres ni mujeres»: han nacido con los genitales masculinos o con atributos de ambos sexos (es decir, pueden ser también intersexuales) y, tras una emasculación

¹⁴ Ante la ausencia de censos oficiales, no existe unanimidad en relación a su número y las cifras varían enormemente en función de la fuente consultada. Nanda (2003) habla de unas 50.000 personas, Nieto (2008) de medio millón y, en un artículo aparecido en el País el 14 de febrero de 2001, se habla de, al menos, un millón de personas.

ritual, adquieren un género alternativo. Los (o las) hijras son considerados como varones incompletos al ser impotentes sexualmente o incapaces de procrear, siendo el término «hijra» traducido habitualmente por «eunuco». La incapacidad para adoptar el rol de penetrador es la razón principal por la que no se los considera hombres. Como sus homólogos nativos norteamericanos, los hijras mantienen frecuentes relaciones sexuales con hombres, adoptando un papel pasivo. Con todo, a los hijras no se los define por sus prácticas sexuales sino principalmente por su impotencia sexual y su estatus de sexo/género intermedio (Nanda, 2003 y Nieto, 2008).

Mientras que un hijra es un hombre incompleto, podríamos decir que es, asimismo, una casi-mujer, al permitirle adoptar la vestimenta, el comportamiento y las ocupaciones de las mujeres sin ser completamente equiparados a ellas. Llevan ropas, peinados y accesorios de mujer, imitan su modo de andar, los gestos y la voz, y adoptan nombres femeninos. Pero no son completamente mujeres porque no tienen los órganos reproductores femeninos y, lógicamente, no pueden tener hijos. Esta casi-feminidad o incapacidad para ser mujeres “completas” es representada mediante una exageración de las formas de ser y de comportarse de las mujeres. Y es que las actuaciones de los hijras no pretenden ser imitaciones realistas de las mujeres, sino más bien una parodia: exageran la vestimenta y la gestualidad femeninas, muestran una agresividad sexual impropia de una mujer india y utilizan un lenguaje grosero, provocador e injurioso.

Siguiendo con Nanda, diríamos que a los hijras se los suele considerar socialmente con ambivalencia porque generan al mismo tiempo burlas, temor, respeto, desprecio e incluso compasión. El respeto que generan emana de su espiritualidad y el temor que suscitan radica principalmente en su poder reconocido para potenciar o debilitar la potencia sexual masculina, pudiendo bendecir pero también maldecir a un matrimonio con la pérdida de la fertilidad en caso de que no se les pague lo debido. Al hallarse fuera de los roles y de las relaciones sociales de las castas y del parentesco, principales fuentes del control social de los individuos, su comportamiento descarado y libre de rígidas ataduras supone una amenaza implícita contra el orden social de la recatada sociedad india. Los hijras utilizan ese «estar al margen» de las normas sociales que gobiernan a mujeres y hombres, ese vivir «sin vergüenza», para extorsionar económicamente a unas gentes que saben que si no ceden a sus pretensiones serán públicamente denigradas, humilladas y maldecidas.

Existe un amplio consenso al afirmar que la llegada de los europeos a los nuevos mundos, y el posterior establecimiento de regímenes coloniales, supuso el fin, o el deterioro, de la elevada consideración social del transgénero. Ignorando su significación cultural y portando como estandarte los dogmas del cristianismo, las potencias colonizadoras se escandalizaron al ver que en algunos pueblos había hombres que se vestían como las mujeres, se comportaban como ellas y, peor aún, cometían reiteradamente uno de los más terribles pecados: la sodomía. Y el hecho de que esos seres infames fueran aceptados por sus conciudadanos era considerado como una prueba más de que la barbarie, la ignorancia y la depravación estaban instaladas entre esos pueblos. De este modo, el transgénero fue perseguido y obligado a comportarse «como un hombre», portando desde entonces la marca de la deshonor por su condición pecaminosa y extravagante. Los berdaches fueron obligados a cortarse el pelo y a acatar la norma heterosexual tras la independencia de los Estados Unidos (Williams, 1992; Désy, 1980); los hijras, que gozaban del reconocimiento de los estados principescos (tenían derechos hereditarios sobre las tierras y el derecho a recolectar de las familias de agricultores alimentos y pequeñas cantidades de dinero) perdieron hasta el derecho a mendigar con la dominación británica al ser un grupo que «violaba las leyes de la decencia pública» (Nanda, 2003).

El hecho de sumergirse brevemente en la realidad hijra o berdache permite que extraigamos, al menos, dos lecciones. En primer lugar, que existe la posibilidad de replantear la lógica de nuestro sistema de sexo/género, entendido como una oposición binaria de categorías mutuamente excluyentes. Hijras y berdaches nos enseñan que son posibles espacios de identificación alternativos al binomio hombre-mujer, manifestaciones genéricas que escapan al determinismo genital y que no suscitan rechazo ni estupor al inscribirse en el sistema cultural de sus respectivas sociedades¹⁵. Son sujetos de género ambivalente cuyo aspecto externo y participación social prevalecen sobre la morfología de sus cuerpos. En opinión de Nieto (2008), fue esta preponderancia de lo social sobre lo biológico lo que inspiró al movimiento

¹⁵ Se podría objetar que actualmente la situación social de los hijras no se caracteriza precisamente por el respeto o la admiración que suscitan. No obstante, ya hemos visto que su pérdida de estatus se produjo con el establecimiento de la administración británica, y que actualmente su marginalidad proviene principalmente de su actitud abiertamente provocadora y no tanto por su condición transgenérica, condición que está además avalada por la mitología hindú.

transgenerista occidental. El berdache norteamericano, pero también el mahu polinesio o el fa'afafine samoano¹⁶, signos inequívocos de que existían o habían existido culturas en donde los genitales no tenían necesariamente que marcar el destino identitario, sirvieron de modelos para aquellas personas occidentales que no estaban dispuestas a aceptar la rigidez de géneros que socialmente les venía impuesta ni a utilizar las tecnologías médicas para reafirmar su identidad.

La segunda lección que se puede obtener tras aproximarse desde una perspectiva antropológica a esos sistemas no dicotómicos de género es de índole epistemológica. Se trata de la imposibilidad de exportar nuestro marco terminológico para dar cuenta de prácticas y de fenómenos sexuales y genéricos característicos de otros contextos culturales. Hijras y berdaches no pueden ser tipificados como travestis, transexuales u homosexuales, categorías todas ellas que han cobrado significado dentro de la episteme occidental. Al pretender tener un alcance universal, la ciencia a menudo ignora la significación social de estos fenómenos transgenéricos mediante el uso de sus propias categorías, las cuales, valga decirlo, están tan histórica y culturalmente determinadas como los fenómenos que pretenden definir.

«La transexualidad no es un fenómeno actual, existe desde muy antiguo y en diferentes culturas. El fenómeno de la disforia de género ha existido a lo largo de toda la historia registrada» (Díaz Morfa, 2007: 83). Estas palabras del Presidente de la Asociación Española de Sexología Clínica las podemos encontrar, literalmente reproducidas, en numerosas guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento de la transexualidad al reflejar la opinión generalizada del estamento médico. Sin ir más lejos, ante la pregunta de si creen que la transexualidad ha existido desde siempre, tanto la psicóloga como la psiquiatra de la UTIG del Hospital Clínic, que durante la entrevista hacen gala de un buen conocimiento de otras realidades transgenéricas (comentan algunos episodios de la mitología griega relacionados con la androginia y citan a los hijras, los berdaches y al kathoey tailandés) responden con un escueto pero rotundo «sí». La psiquiatra Esther Gómez considera que «existen diferencias en cuanto a la forma de expresión y la aceptación social» de estos fenómenos, pero tanto ella como Teresa Godàs, la psicóloga

¹⁶ El mahu es considerado en Tahití como un hombre-mujer. Se trata de hombres biológicos que visten como una mujer y son reconocidos por su habilidad a la hora de realizar tareas típicamente femeninas. Por su parte, los fa'afafine de Samoa, que literalmente significa «a modo de mujer», son hombres biológicos que visten, trabajan y viven como mujeres.

clínica, consideran que tanto el hijra como el berdache son diferentes formas de expresar un mismo fenómeno: la transexualidad. Para la ciencia biomédica el transexual constituye la verdadera esencia del transgénero. Y éste, a su vez, no es otra cosa que un transexual no diagnosticado por unas sociedades que carecen de las herramientas y los conocimientos necesarios para tratarlo en su justa medida.

Pero ya hemos visto que mientras que la transexualidad es un término acuñado por la medicina para diagnosticar una disfunción entre la mente y el cuerpo, y el transexual es alguien socialmente estigmatizado por dicha disfunción que acepta someterse a un tratamiento con el fin de ajustar su cuerpo de acuerdo a un perfil identitario que encaje en el sistema binario de género, el berdache y el hijra constituyen identificaciones de género alternativas que rompen con la estructura de género dicotómica y que tienen una significación social y religiosa que no puede ignorarse. Traducir los términos «hijra» y «berdache» por «transexual» supone vincular dos conceptos culturales (hijra y berdache), con un concepto médico (transexual) que, como hemos visto a lo largo del capítulo, está también culturalmente determinado a pesar de su pretendida universalidad:

«Recurrir –como sugerencia– a una terminología globalizadora, identificando a los *hijras* (o los berdaches)¹⁷ como transexuales, es hacer uso de un localismo globalizado con éxito (...) como es la transexualidad. Apropiarse, pues, de un vocablo, transexualidad, de pretensión universalizante y acuñado en Occidente, para borrar otro, hijra (o berdache), del mapa cultural; en suma, desprenderse de un vocablo localista que nunca se globalizó. Y en la relación que se establece, entre apropiación y desprendimiento, se alteran los significados que definen a los hijras (y berdaches) y a los transexuales» (Nieto, 2008: 105).

Las relaciones sexuales que hijras y berdaches mantienen con hombres no pueden ser definidas utilizando las categorías occidentales homosexualidad/heterosexualidad, tal como hicieron los administradores, misioneros y colonos (Cardín, 1984). Otra vez aquí nuestros conceptos chocan al tratar de describir realidades ajenas a la nuestra. Y es que existe la necesidad de contextualizar socialmente la conducta sexual en clave identitaria. En otras palabras, las relaciones sexuales de los transgéneros estudiados no deberían interpretarse en función de los cuerpos biológicos que las ejecutan, sino en función de su género. Ya hemos visto que los berdaches y los hijras no son ni exactamente

¹⁷ Los añadidos entre paréntesis son míos.

hombres ni completamente mujeres, sino que constituyen un género intermedio ante el cual los apelativos «homo» o «heterosexual» pierden su poder definidor.

Y en el mismo error etnocéntrico se incurre cuando se equipara el ritual de emasculación hijra con la cirugía de reasignación genital aplicada a los transexuales. Siguiendo a Nieto (2008), diríamos que la emasculación practicada por los hijras, a diferencia de la cirugía de reasignación genital transexual, no es la expresión máxima de la medicalización; antes al contrario, es la expresión máxima de su enculturación. El ritual emasculatorio hijra se diferencia de la operación biomédica porque ésta enfatiza la tecnologización quirúrgica y se desentiende o pretende desentenderse de los elementos culturales. Los hijras, por el contrario, aprenden de su comunidad actitudes y conductas, pautas y valores, códigos y plegarias, todo ello transmitido por otros hijras de más edad. La castración hijra, que se asocia a la emasculación mitológica de Arjuna¹⁸, es el gran ritual de iniciación a través del cual un hijra pasa a ser vehículo del poder de la diosa Bahuchara Mata, y la realiza un *hijra dai ma* (comadrona). Por su parte, la cirugía transexual está ligada a la secularización de las sociedades occidentales y la realiza un profesional que aplica sus conocimientos científicos para modificar un cuerpo. En consecuencia, la comunidad hijra constituye un culto, en tanto que el colectivo transexual no lo es. Además, no debemos olvidar que el hombre biológico que se somete a la cirugía de reasignación sexual pretende adquirir unos genitales de apariencia femenina (mediante la técnica de la vaginoplastia) para que estén en consonancia con su identidad de género femenina. Por su parte, al hijra que se somete a la emasculación no se le coloca una neovagina y no pretende equipararse a las mujeres, sino que pasa a ocupar un espacio intersticial que podríamos denominar de tercer género.

¹⁸ Arjuna es uno de los héroes del poema épico hindú *Mahabharata*. En uno de los episodios, Arjuna rechaza tener relaciones sexuales con la ninfa Urvashi, por lo que ésta se enoja y lo condena a ser un eunuco y a vivir como tal durante un año. De este modo, Arjuna se exilia y vive durante doce meses como un travestido-eunuco: lleva ropas femeninas, se trenza el pelo como las mujeres y enseña a cantar y a danzar a las mujeres de la corte del rey (Nanda, 2003).

Capítulo II

La incesante búsqueda de una teoría etiológica de la transexualidad

Desde el mismo momento en que la ciencia dirige sus esfuerzos en comprender y tratar a aquellas personas que muestran una identidad de género discordante con su morfología corporal, empiezan a aparecer conjeturas de todo tipo acerca de los factores generadores de este fenómeno de apariencia inusual. Presuponiendo un modelo de normalidad, esto es, que todo neonato será adscrito a uno de los dos géneros socialmente existentes en función de sus caracteres sexuales e interiorizará de forma aporoblemática una serie de patrones conductuales y actitudinales acordes con dicha adscripción, las teorías psicoanalíticas, psicológicas y biológicas han tratado, y tratan aún, de esclarecer las causas de lo que se considera una adquisición incorrecta de la identidad de género. En las páginas subsiguientes se expondrán los tres paradigmas etiológicos de la transexualidad, teniendo en cuenta de que no necesariamente han de ser vistos como mutuamente excluyentes –por ejemplo, el propio Harry Benjamin especulaba con una base biológica innata a la que se le podrían añadir factores psicoeducativos.

2.1. Teorías psicoanalíticas

Desde Freud, el psicoanálisis ha considerado la diferencia sexual como condición fundamental e incuestionable de la subjetividad humana. Si bien Freud nunca trató la transexualidad, sí que ofreció un modelo explicativo para la adquisición de la consciencia de ser hombre o mujer y del comportamiento adecuado a cada sexo, modelo que es preciso recordar porque, con alguna variación, servirá de referente para aquellos psicoanalistas que se han ocupado específicamente de la transexualidad.

Para el fundador del método psicoanalítico, la conciencia de tener –o no tener– un pene es el hecho que determina que el niño se identifique con el progenitor que presenta sus mismos genitales. Esta toma de conciencia de los genitales lleva implícita la adquisición de una identidad, y la posterior identificación con los genitales del padre o de la madre hará que el niño interiorice los comportamientos específicos de su propio sexo (lo que actualmente conocemos como «rol de género»). Como señalan Kessler y McKenna (1985), lo que hoy denominaríamos «identidad de género» es para Freud una «identidad genital», pues el hecho de pensar «soy un niño» o «soy una niña» sólo es posible si anteriormente se ha pensado «tengo pene» o «no tengo pene».

Con todo, el reconocimiento genital no es suficiente para ser consciente de la diferencia sexual (identidad de género) ni para conocer el modo de actuación adecuado para aquellos que tienen un pene y para los que no lo tienen (rol de género). Y es que, según Freud (1925), también son necesarias las fantasías inconscientes y semiinconscientes que tienen que ver con la castración: el denominado complejo de Edipo. Cuando el niño con pene se masturba (y la eneuresis nocturna es una prueba de ello) imagina que su padre rechaza esta práctica, principalmente la que tiene a la madre como objeto de deseo sexual, e interpreta esta desaprobación como una amenaza de castración. Este recelo se ve agravado al constatar que tanto su madre como su hermana han sido previamente castradas, puesto que no poseen un pene. Al imaginar la reacción de desaprobación de sus deseos hacia la madre y temer la castración, el niño empieza a percibir al padre como un rival perturbador a quien se debe eliminar. No obstante, el chico se va dando cuenta paulatinamente de que el único modo de superar la ansiedad producida por el miedo a la castración es reprimir todo deseo hacia la madre e identificarse con su padre o, dicho de otro modo, renunciar al objeto de deseo (la madre) e identificarse con el otro objeto (el padre). Una vez superado el complejo de Edipo mediante la identificación con la figura paterna, el niño irá asumiendo los roles paternos.

Este proceso de adquisición de la identidad difiere en el caso de las chicas. Cuando se dan cuenta de que no tienen pene y que, en cambio, los niños sí que lo tienen, se forma en ellas lo que Freud denomina la «envidia de pene», que tiene como consecuencias un menosprecio de sus órganos genitales (especialmente el clítoris), el deseo de tener un

pene y la formación de un sentimiento de inferioridad en relación al hombre. La toma de conciencia de la falta de pene conllevará también un debilitamiento de los vínculos con la madre pues, a parte de no tener tampoco un pene, es vista como la responsable de haber traído a la niña al mundo con tal vergonzosa deficiencia. Ante la imposibilidad de tener un pene, la niña resigna ese deseo para reemplazarlo por el deseo de tener un hijo, y con éste propósito toma al padre como objeto de deseo. Sin estar claro «el motivo para la demolición del complejo de Edipo en las niñas» (Freud, 1925: 7), se deduce que su superación obedece a una lógica similar a la del niño: necesidad de renunciar al objeto de deseo (el padre) e identificarse con su madre, lo que conllevará la interiorización de los roles de género femeninos (Kessler y McKenna, 1985).

Teniendo en cuenta esta teoría sobre la adquisición de la identidad de género (o genital), podríamos intuir que para Freud la transexualidad no sería sino una forma de psicosis –entendiendo ésta como una pérdida de contacto con la realidad genital– originada por una mala resolución del complejo de Edipo. Freud considera que, antes de que sobrevenga la toma de conciencia genital, tanto los niños como las niñas se sienten identificados con la figura de la madre, ya que es quien más intensamente los cuida durante su primera infancia. Esto hace que los chicos tiendan en un primer momento hacia la femineidad, tendencia que cambia de sentido con la identificación con el padre y la consiguiente resolución del complejo de Edipo. El hecho de que un hombre se sienta mujer y actúe como tal sería entonces visto como una identificación de género «incorrecta» motivada por la incapacidad de desvincularse de esa identificación originaria con la madre. El por qué y el cómo se lleva a cabo esa identificación incorrecta no se clarifica lo suficientemente en la teoría freudiana (Risman, 1998). Asimismo, dado que las niñas también se identifican primeramente con la madre, por lo que para adquirir una identidad de género femenina «normal» no han de modificar el objeto de su identificación, las tesis freudianas tampoco pueden explicar cómo se produce el supuesto cambio de identificación hacia el padre, que es lo que supuestamente les sucedería a los transexuales masculinos.

Apoyándose en el pensamiento de Jacques Lacan, el psicoanalista francés Henry Frignet (2000) también se adhiere a la corriente psicoanalítica mayoritaria, al considerar la transexualidad como una forma «bastante singular» de psicosis y criticar duramente al

estamento médico por permitir la amputación de órganos sin resolver con ello un problema cuya génesis y solución radica en la subjetividad del sujeto:

«Los males del transexualismo no desaparecen por un golpe de varita mágica hormono-quirúrgica, ya que su problema fundamental se deriva de la identidad sexual, y esta identidad es tributaria del lenguaje» (Frignet, 2000: 9).

Con el fin de sostener que la transexualidad es fruto de una falla en el proceso de adquisición de la identidad sexual, lo que impide al sujeto sentirse sin ambigüedad hombre o mujer, Frignet recurre a la teoría lacaniana sobre la constitución de la subjetividad. En un primer momento, el recién nacido mantiene una relación de fusión con el cuerpo materno, pues es incapaz de realizar diferencia alguna entre su cuerpo y el de su madre. Posteriormente, entre los 6 y los 18 meses, el niño empieza a reconocerse frente al espejo: «esta imagen, soy yo». En esta etapa, que le permite aprehender su propio cuerpo como una individualidad, es indispensable que, concomitantemente, el niño sea introducido en el orden simbólico, esto es, el orden del lenguaje, pues es a través de la palabra que el ser humano se convierte en un sujeto con una identidad sexual. Pero para la adquisición de la identidad sexual se requiere de una última operación: el reconocimiento por parte del sujeto del Falo, un significante indispensable para que el ser humano se reconozca como hombre o como mujer. A diferencia de Freud, que no distinguió entre el Falo como referente simbólico y el pene como órgano sexual, a Lacan no le interesa el pene como realidad anatómica, sino el papel que la representación de este órgano juega como significante que permite a hombres y mujeres inscribirse en el orden sexual.

En el caso del/la transexual, es la ausencia de reconocimiento del Falo lo que le impide establecer su identidad sexual y sentirse u hombre o mujer: «él está fuera del sexo, y su demanda de cambio de sexo quirúrgico refleja la voluntad de integración en la identidad sexual» (Frignet, 2000: 20). Frignet critica tanto a Money y Stoller como a las ciencias sociales por cuestionar la supremacía y el poder del sexo a la hora de establecer la identidad sexual con la introducción del término «género», convertido, según él, en un registro subjetivo que pertenece al dominio y a la libre voluntad del individuo. Pero por muchas intervenciones quirúrgicas que se realicen y por mucho que sea tomada en cuenta la voluntad personal del transexual,

«cambiar de sexo es una ilusión, y el ser humano –al contrario que ciertos animales– será, en lo concerniente al sexo, portador hasta su muerte de lo que lo real de su cuerpo ha puesto en marcha desde su concepción» (Frignet, 2000: 15).

Para Frignet, con el cambio conceptual producido por la valorización del género en detrimento del sexo, la transexualidad abandona equivocadamente el ámbito de lo patológico para convertirse en un fenómeno social «que permite considerar la voluntad de cambiar de sexo como un derecho del hombre más» (Frignet, 2000: 94). Hay que alejar al transexual del quirófano y sentarlo en el diván, pues es a través de la palabra que conviene tratarlo. A diferencia de la cirugía médica, el tratamiento del psicoanalista no va dirigido a satisfacer las demandas conscientes del paciente, sino que tiene como objetivo establecer un saber sobre lo que gobierna inconscientemente su demanda de cambio de sexo. No obstante, la psicoterapia, acompañada o no de una ayuda farmacológica, nunca permitirá al sujeto adquirir una identidad sexual que es para él algo «definitivamente inalcanzable», pero sí que le ayudará a amortiguar «los efectos imaginarios de su ausencia» y, de este modo, transformar una «miseria identitaria» en un «malestar banal».

2.2. Teorías psicológicas

La mayoría de teorías psicológicas sobre la transexualidad comparten una idea básica central: los procesos de adquisición de la identidad y del rol de género se dan durante la primera infancia, y esa identidad adquirida permanece relativamente inmutable a lo largo de la vida. Esta idea de la permanencia de la identidad es la causante de que muchos investigadores acepten sin cuestionárselo los relatos de los transexuales, que afirman «haber sabido siempre que habían nacido en un cuerpo equivocado» (Risman, 1998), y decidan intervenir sobre el cuerpo del paciente antes que tratar de reconducir su mente mediante la psicoterapia, tal y como se pretende desde el psicoanálisis. A modo de ejemplo, se presenta a continuación la explicación más representativa realizada desde el ámbito de la psicología de las causas que originan la transexualidad, y que se sustenta en la denominada «teoría del aprendizaje social».

De acuerdo con Kessler y McKenna (1985), la teoría del aprendizaje social es desarrollada en los años 40 y 50 del s.XX por parte de unos psicólogos que consideran que el psicoanálisis freudiano no ha sido capaz de explicar cómo funciona con exactitud el mecanismo de identificación con el progenitor —y que ya hemos visto que da lugar a la adquisición de la identidad y a la posterior adopción del rol de género. Según esta teoría psicológica, la adquisición de la identidad y del rol de género forma parte del mismo proceso que permite a los niños adquirir todo comportamiento y actitud: la observación, el aprendizaje y las reacciones de su entorno inmediato. Es a través de la observación del comportamiento de sus padres (pero también de lo que observan en otros niños o les transmiten en la escuela) que los niños van aprendiendo que las personas han de desarrollar roles diferenciados en función de su sexo biológico. Esta constatación se ve consolidada con el «refuerzo diferencial», es decir, el distinto tratamiento que reciben niños y niñas por parte de su entorno, que les premiará o les reprobará en función de si su acto es o no adecuado para su género (por ejemplo, al niño que se pone una falda se le advierte de su error, mientras que se refuerza a la niña con falda diciéndole «qué guapa estás»). Contrariamente a lo sostenido desde el psicoanálisis, la teoría del aprendizaje social considera que los niños interiorizan en primer lugar los roles de género (la niña aprende que ha de llevar falda) para posteriormente aprender qué etiqueta identitaria se asocia a cada tipo de comportamientos (las que llevan falda se denominan «mujeres»).

Robert Stoller es uno de los profesionales que recurren a la teoría del aprendizaje social para explicar la transexualidad. Centrándose principalmente en la situación familiar temprana del paciente, identifica un modelo familiar característico para la transexualidad femenina y otro para la masculina. En el caso de la transexualidad femenina, se trata de una familia en la que se produce una cantidad desmedida de contacto físico entre madre e hijo durante los dos primeros años de vida de éste; la misma madre muestra problemas de identidad de género (tendía a parecer un chico en la adolescencia y continúa siendo masculina en la edad adulta); y la madre adquiere demasiado poder debido a la poca personalidad o a la ausencia física del padre. De este modo, se supone que la madre refuerza la conducta «femenina» del niño, a la vez que desalienta la conducta «típicamente masculina». El resultado de todo ello es un hijo tan fuertemente identificado con su madre que no solamente desea ser como ella, sino que llega a pensar que es como ella a pesar de tener genitales distintos. En el caso de la

transexualidad masculina, Stoller considera que se produce en familias en las que los padres piensan que su hija no es guapa; la madre muestra su fragilidad psicológica y se exime de educar a su hija; el padre no ayuda a su mujer a afrontar sus problemas psicológicos y hasta puede llegar a maltratarla; existen estímulos dirigidos a la niña para que apoye a su madre «a modo de esposo»; se potencia la conducta masculina de la niña y se desalienta la femenina (Risman, 1998; King, 1981; Billings y Urban, 1982).

2.3. Teorías biológicas

En el capítulo anterior vimos que fue el endocrinólogo Harry Benjamin uno de los primeros en tratar de explicar la transexualidad en clave biológica, lo que suponía desmarcarse de la corriente mayoritaria de la época, que apostaba principalmente por las explicaciones psicoanalíticas o psicologistas. Para Benjamin, «una predisposición innata, biológica, aunque no necesariamente hereditaria» (Benjamin, 1966: 92) parecía la hipótesis más plausible, predisposición que quizá podría explicarse recurriendo a la genética o a la endocrinología. Aún reconociendo que la mayoría de transexuales estudiados eran normales a nivel cromosómico, Benjamin no cerraba las puertas a una explicación genética al considerar que era ésta «una disciplina aún joven con métodos rudimentarios». En lo referente a los factores endocrinológicos, admitía también las limitaciones científicas al afirmar que «más allá de unos hallazgos sospechosos, todavía no se ha encontrado una prueba definitiva» (Benjamin, 1966: 45). No obstante, trató de comprender la transexualidad femenina lanzando la hipótesis de que, en determinadas circunstancias, el estrógeno materno podía interferir en la masculinización normal del feto, dando lugar a «un niño afeminado o subdesarrollado». Con la transexualidad masculina, especuló con un mecanismo químico que actuaría durante el periodo fetal para convertir el estrógeno materno en testosterona. Recomendó asimismo dirigir los esfuerzos investigadores hacia el hipotálamo, una región cerebral que «parece aportar cada vez más información sobre el comportamiento sexual» (Benjamin, 1966: 92).

Benjamin también combatió los argumentos en contra de la cirugía que emanaban del ámbito psicoanalítico, afirmando que los transexuales no podían considerarse en modo alguno como psicóticos, pues eran personas cuya inestabilidad psicológica se derivaba únicamente del sufrimiento provocado por «haber nacido en un cuerpo equivocado» y

por la incompreensión social e institucional que este hecho generaba. Por otro lado, otorgaba alguna relevancia a teorías psicológicas como la del aprendizaje social, aunque consideraba que un entorno adverso durante la infancia no podía explicar por sí sólo el fenómeno:

«Nuestra estructura genética y endocrina es el suelo fértil en el que pueden crecer un mal condicionamiento (del entorno)¹⁹ o un trauma (psicológico) hasta convertirse en una desviación como la transexualidad» (Benjamin, 1966: 48).

Medio siglo después de las hipótesis benjaminianas, la ciencia sigue buscando una teoría etiológica concluyente: «sabemos qué pasa, pero no sabemos por qué» (Teresa Godàs, psicóloga de la UTIG). Con todo, las vías genéticas y endocrinológicas señaladas por Benjamin siguen siendo recorridas por innumerables científicos convencidos de que la biología es la principal causante de la transexualidad, quedando hoy relegadas a un segundo plano las explicaciones de corte psicoanalítico y psicológico. La demostración de que existe una correlación entre los niveles de andrógenos/estrógenos durante la diferenciación cerebral intrauterina –o durante el periodo neonatal– y el comportamiento sexual en la vida adulta de cobayas y ratas de laboratorio²⁰, ha alimentado las teorías destinadas a demostrar que un supuesto dimorfismo sexual del cerebro humano durante el periodo neonatal determina las diferencias psicoconductuales entre mujeres y hombres (Coleman, Gooren y Ross, 1989; Becú, 2007). Y dichas teorías impulsan, a su vez, los estudios que tratan de entender la transexualidad buscando un cerebro femenino en un cuerpo de hombre, y a la inversa. En este sentido, tanto la psicóloga como la psiquiatra de la UTIG del Hospital Clínic resumen la hipótesis actualmente predominante:

«Parece ser que es una anomalía que se produce durante el tercer mes de gestación, cuando el embrión empieza a desarrollar sus propias hormonas. Parece que se produce una anomalía: hay hormonas suficientes como para masculinizar el cuerpo, pero no para masculinizar el cerebro. Entonces, los órganos que forman el cerebro, su forma y distribución, se parecerán más a un cerebro femenino que a uno masculino. Y esto puede pasar a la inversa, con mujeres biológicas» (Teresa Godàs, psicóloga clínica)

«Creo que su cerebro está perfectamente desarrollado, pero es un cerebro de mujer en un cuerpo de hombre» (Esther Gómez, psiquiatra).

¹⁹ Los añadidos entre paréntesis son míos.

²⁰ Se ha demostrado que la exposición de cobayas hembra a testosterona *in utero* o en el periodo neonatal masculiniza su comportamiento sexual posterior (Becú, 2007).

Estas palabras parecen sintonizar con los resultados del estudio realizado por Zhou, Hofman, Gooren y Swaab (1998), publicado en la revista *Nature* y que tuvo una amplia repercusión en el ámbito científico. Tras recolectar datos sobre la parte central del núcleo basal de la estría terminal (uno de los núcleos que conforman el hipotálamo y que está relacionado con la producción de hormonas) de seis transexuales femeninos fallecidos por causas diversas, y considerando demostrado que este núcleo «juega un papel esencial en la conducta sexual de los roedores» y que, en humanos, el del hombre es un 44% más grande que el de la mujer, estos investigadores concluyen que su estudio:

«es el primero en mostrar una estructura del cerebro femenina en transexuales genéticamente masculinos y apoya la hipótesis de que la identidad de género se desarrolla como resultado de la interacción entre el cerebro que se está desarrollando y las hormonas sexuales» (Zhou *et. al.*, 1998: 2).

Una vez descartado que el tamaño de la parte central del núcleo basal de la estría terminal (BSTc) de hombres heterosexuales y homosexuales difiera de forma estadísticamente significativa, hecho para ellos importante porque buscaban «una estructura cerebral que fuera sexualmente dimórfica, pero no influenciada por la orientación sexual, pues los transexuales de hombre a mujer pueden estar orientados hacia cualesquiera de los sexos en lo que se refiere a la conducta sexual» (Zhou *et. al.*, 1998:2), los autores afirman que el tamaño del BSTc de los sujetos analizados es más parecido al de una mujer (incluso más pequeño que el de ellas) que al de un hombre biológico. Asimismo, niegan que el volumen del BSTc se vea afectado por la variación de hormonas sexuales en la edad adulta (motivada, por ejemplo, por un tratamiento hormonal o por la cirugía de reasignación sexual), por lo que sugieren que el dimorfismo de este núcleo hipotalámico se produce durante la fase de desarrollo intrauterino por la acción de las hormonas sexuales, no descartando el influjo de factores genéticos.

Al igual que pensaba Benjamin, los actuales defensores de las tesis biológicas sostienen que la terapia adecuada para el tratamiento de la transexualidad no ha de ser psicológica sino corporal, puesto que resulta imposible cambiar la mente del paciente:

«Pienso que lo que es biológico no lo podemos cambiar. Si las causas fueran más psicodinámicas, posiblemente se podría cambiar. Pero lo biológico, no. Es como si

quisiéramos cambiar el color de pelo con psicoterapia; pues es un poco lo mismo. Si biológicamente eres así, pues eres así. Las primeras terapias insistieron en la psicoterapia, pero todas fracasaron» (Esther Gómez, psiquiatra de la UTIG).

Hay que destacar que la hipótesis del influjo de las hormonas durante la fase uterina no tan sólo es defendida desde el ámbito científico. Y es que han sido vari@s l@s transexuales entrevistad@s para el presente trabajo de investigación que han recurrido a esta teoría cuando se les ha preguntado sobre las causas que originan la transexualidad. Esta aceptación de las explicaciones biológicas por parte de algunos transexuales podría ser interpretada como un intento de combatir la visión todavía existente de la transexualidad como una aberración moral y del transexual como un obseso o enfermo sexual. Defender una visión innata supone enfatizar los designios de la naturaleza por encima de la voluntad del sujeto y permite recubrir la transexualidad con un halo de cientificidad que imposibilita cualquier condena moral y valida el tratamiento médico.

2.4. Supuestos comunes y limitaciones de los paradigmas etiológicos

Una vez vistos los tres grandes paradigmas desde los que aproximarse a las causas generadoras de la transexualidad, debemos destacar que, más allá de sus más que evidentes diferencias, todos ellos parecen compartir una serie de supuestos subyacentes: una visión naturalizada del género, una concepción estática de la identidad de género, la transexualidad vista como un error identitario y la aplicabilidad universal de sus teorías.

2.4.1. Una visión naturalizada del género

Las teorías psicoanalíticas, psicológicas y biológicas sobre la transexualidad se inscriben en lo que Laqueur (1992) denomina el «modelo de los dos sexos», que ya hemos visto que se caracteriza por considerar la morfología corporal diferenciada de hombres y mujeres como el fundamento sobre el que se erige y se sostiene el binomio de género. Para el psicoanálisis –habitualmente criticado por su androcentrismo– es el pene o su representación simbólica, el Falo, lo que determina las subjetividades masculina y femenina, consideradas además como dos polos «radicalmente separados

que son inconmensurables el uno en relación al otro» (Frignet, 2000: 116). Ninguna correspondencia es posible, ningún puente con el que poder fluctuar entre la masculinidad y la feminidad como pretenden los transgeneristas. Es por ello que Frignet critica duramente a aquellos científicos sociales que cuestionan la dicotomía hombre-mujer o que incluso anuncian la posibilidad de un tercer género. Para él, el binomio pene-Falo no admite disidencias y tan sólo traza dos caminos que apenas se entrecruzan:

«Sólo una ética de la diferencia puede mantener esa ruptura esencial que es la bipartición sexual, que no solamente constituye el origen de lo humano, sino también de la evolución de los seres vivos» (Frignet, 2000: 154).

Por su parte, los simpatizantes de la teoría del aprendizaje social como Robert Stoller, si bien es cierto que rehúyen el determinismo genital del psicoanálisis, muestran una concepción del género tan naturalizada, tan fáctica, que parece tener el mismo estatuto de realidad que el dimorfismo genital. En sus teorías se asume que hombres y mujeres presentan características conductuales y psicológicas divergentes e incuestionables, rasgos que los progenitores deben transmitir de forma estrictamente diferenciada a hijos e hijas para su correcto desarrollo. Así, ante la ausencia de la figura paterna, el niño quedará bajo el influjo materno, interiorizará las conductas «típicamente femeninas» y se identificará hasta tal punto con su madre que acabará creyendo que es como ella. Bajo estas premisas, el género se nos aparece como una herencia a transmitir, teniendo especial cuidado en no “contagiar” a los niños con valores y conductas no acordes con sus genitales a fin de garantizar su estabilidad psicológica y de paso preservar el sistema de género.

Los defensores de las tesis biólogistas tienen como principal objetivo desentrañar el origen físico de las variaciones de género. Apoyándose en los logros obtenidos de los ensayos con roedores, estudios como el de Zhou, Hofman, Gooren y Swaab nos informan que un supuesto cerebro sexuado sería la fuente de donde emanan las diferencias entre los géneros. Se nos presenta un órgano aislado en un laboratorio, diseccionado, materializado, falto de vida; que se conserva, se observa, se mide y, tras todo ello, sirve de base para un conjunto de aseveraciones sobre la vida social de mujeres y hombres. No obstante, como señala Fausto-Sterling (2006), las diferencias en el cerebro humano son difíciles tanto de ver como de medir, por lo que sorprenden tan ambiciosas conclusiones partiendo de una muestra de tan sólo 6 transexuales fallecidos.

Asimismo, inferir los resultados obtenidos con roedores de laboratorio al conjunto de seres humanos puede acarrear problemas de interpretación. Los estudios sobre el comportamiento sexual de animales han aportado interesantes resultados, «pero es solamente la conducta motora la que podemos estudiar y las interpretaciones de tal conducta deben ser manejadas prudentemente para evitar la antropomorfización» (Coleman, Gooren y Ross, 1989: 254). Observar cómo un cobaya macho, al administrarle estrógenos *in utero* o durante el periodo neonatal, adopta una posición pasiva durante el acto sexual e interpretar esta conducta como algo femenino, puede ser válido para cobayas y ratas, pero no necesariamente es signo de feminidad en los seres humanos.

Resulta incuestionable el papel desarrollado por las hormonas en la diferenciación morfológica de los sexos, pero especular con un dimorfismo sexual del cerebro, a imagen y semejanza del dimorfismo genital, que además determina los sentimientos y conductas de los seres humanos, supone una valorización desmedida de los factores biológicos de la sexualidad. Con ello, se ningunean palabras, deseos, obligaciones, prohibiciones, aprendizajes, frustraciones, tentativas. Todo ese complejo magma social que constituye la expresión sexual humana se sacrifica en aras de un determinismo biológico que nos presenta el género como el simple resultado de los designios de la naturaleza. Ante la insistencia en antropomorfizar la conducta de animales y en buscar el *ethos* biológico del género, quizá deberíamos plantearnos que:

«los científicos no se limitan a interpretar la naturaleza para descubrir verdades aplicables al mundo social, sino que se valen de verdades extraídas de nuestras relaciones sociales para estructurar, leer e interpretar la naturaleza» (Fausto-Sterling, 2006:144).

2.4.2. Una concepción estática de la identidad de género

Otro supuesto compartido por los tres paradigmas es la consideración de la identidad de género como algo dado de una vez por todas desde el nacimiento o los primeros años de vida. La identidad de género se nos aparece así como algo estático que, una vez adquirida, no admite posibles reformulaciones. Para el psicoanálisis, la conciencia de poseer o no un pene, ese acto fundacional de la subjetividad, se adquiere alrededor de

los cinco años de edad. Frignet deja bien claro que la identidad no depende de la libre apreciación personal, como así lo pretenden los transexuales o algunos pensadores sociales, sino del Falo. Y es precisamente la ausencia de reconocimiento del Falo lo que impedirá que el transexual establezca su identidad, una identidad para él «definitivamente perdida» que ni el método psicoanalítico podrá recuperar. Por su parte, los psicólogos del aprendizaje social no establecen una edad concreta, pero se intuye que es durante la infancia que los niños interiorizan las conductas adecuadas a su sexo y adoptan la identidad que subyace a esos roles. Finalmente, aquellos que mantienen las tesis protobiológicas dan un paso atrás al pretender que la identidad es un hecho innato, al propugnar una identidad biologizada que nos viene dada desde el nacimiento por la acción de los centros productores de hormonas durante la gestación.

Es esta concepción estática de la identidad de género lo que motiva una visión esencial y homogeneizada de la transexualidad. Desde este punto de vista, sería transexual aquella persona que, desde su más tierna infancia, va tomando conciencia de que ha nacido en un cuerpo equivocado y por ello rechaza sus genitales y adopta las conductas socialmente atribuidas al otro sexo. Se fomenta de este modo lo que Nieto (2008) reconoce como «transnatalidad», que comporta desvincularse de una identidad biográfica, eminentemente social, para abrazar una identidad esencializada. Recurrir, por ejemplo, al hipotálamo a fin de mostrar el cerebro «femenino» de todos los transexuales nacidos varones conlleva una homogeneización del fenómeno transexual. Y nada más lejos de la realidad. A través de la experiencia adquirida en París y tras realizar el trabajo de campo para este estudio se constata que no se puede hablar de una identidad transexual unívoca, sino más bien de múltiples formas de construir y de expresar identidades trans. Lo trans engloba a personas con identidades varias, lábiles, cambiantes, siempre en construcción, una multitud identitaria que desborda el ideal homogeneizador de los paradigmas etiológicos. Quizá deberíamos trascender la concepción de la identidad como algo monolítico y estático, como algo que se llega a poseer definitivamente, para considerarla como un «logro precario» (Garaizábal, 1998) constantemente abierto a la reformulación por las propias experiencias y el influjo del entorno, las instituciones y el tejido normativo.

2.4.3 La transexualidad vista como un error identitario

Los tres paradigmas, aún no estando de acuerdo en los procesos de adquisición de la identidad, se apoyan en un mismo modelo de normalidad identitaria: alguien nacido con pene y testículos adquirirá una identidad masculina y desarrollará los roles asociados a su género, mientras que el neonato que presenta una vagina y ovarios asumirá una identidad femenina e interiorizará las conductas y actitudes socialmente asignadas a las mujeres. Una vez definida la norma y constatado que la mayoría de personas se ajustan a esos patrones, aquell@s que rechazan el género asignado en función de sus genitales son situados en el ámbito de lo anormal. Para el psicoanálisis, se trata de una forma de psicosis generada por una mala resolución del complejo de Edipo (freudianos) o por la incapacidad de reconocer al Falo (lacanianos). Para Stoller, de una socialización defectuosa motivada por una incorrecta transmisión de los roles de género. Para los defensores de la teoría hipotalámica, de una falla hormonal durante el proceso de sexuación del cerebro.

En ninguno de los tres modelos se pone en tela de juicio nuestro sistema de género. En ellos el género es visto como un proceso apromblemático de adquisición de determinadas conductas y actitudes, de unos roles que, se da por sentado, constituyen la expresión natural de los géneros. El Falo (Frignet), la familia patriarcal (Stoller) y las hormonas (Zhou *et.al.*) son los ejes que supuestamente garantizan que el macho sea hombre y la hembra, mujer, y de paso legitiman el binomio de género al constituir su sustento incuestionable. Por eso la transexualidad representa un desafío para estos paradigmas, que tratan de neutralizarlo entonando el discurso de lo anormal/patológico. Frente esta voluntad patologizante, deberíamos dejar de mirar a esa mujer fálica o a ese hombre con vagina como si fueran seres psicóticos, incorrectamente socializados o como el simple producto de una mala hormonación del feto. Sólo así podremos considerar la transexualidad sencillamente «como una forma más de vivir, de sentir, de comportarse, de relacionarse con los otros» (Eva, enfermera de la UTIG).

2.4.4. Aplicabilidad universal de las teorías

El último supuesto compartido por el psicoanálisis de Frignet, la psicología de Stoller y la biología de Zhou y colaboradores es el convencimiento de que sus teorías tienen validez universal. Los tres paradigmas teorizan sobre la transexualidad tomando como proposiciones universales: la existencia de dos géneros bien delimitados, la diferencia psicológica y conductual entre mujeres y hombres y que toda identificación se ha de producir siguiendo los dictados de la realidad genital. El Fallo (Frignet), la familia patriarcal (Stoller) y las hormonas (Zhou *et.al.*) son consideradas como las grandes variables explicativas del fenómeno transexual, mientras que el universo cultural característico de cada sociedad, un factor que de ser tomado en cuenta limitaría cualquier pretensión universalizante, es ninguneado o su relevancia reducida a la mínima expresión.

No obstante, ya hemos visto que la diversidad identitaria y corporal del universo trans impide cualquier lectura omnímoda y acultural de la transexualidad. La variancia de género existente en otras realidades culturales, y que tiene su máxima expresión en la figura del hijra, del berdache, del fa'afafine o del mahu, choca con el ideario de Frignet, para el que el transexual se ha de enfrentar a la «imposibilidad de no ser u hombre o mujer». La transmisión diferencial de los roles de género que, según Stoller, asegura la estabilidad identitaria de los individuos, pierde validez en aquellas culturas en las que hombres y mujeres adoptan roles de género similares o en las que algunos miembros desarrollan roles de género cruzados o ambivalentes. La teoría homogeneizadora del hipotálamo, hija de una biomedicina convencida de «aportar descripciones claras y objetivas del orden natural, un orden empírico de los universales biológicos, externos a la cultura» (Good, 2003: 56), se ve desbordada por las múltiples biografías de los transexuales.

No se trata de negar categóricamente el influjo de factores psicológicos o biológicos, sino de poner en cuestión toda visión unifactorial y universalista que olvide que los cuerpos e identidades no pueden ser aislados del contexto social en el que cobran significado. Parafraseando al Marcel Mauss del *Ensayo sobre el don* (1925), podríamos decir que la transexualidad constituye un «fenómeno total», caracterizado por una

compleja dialéctica que involucra lo biológico, lo psicológico y lo sociocultural, «todo dentro de un tejido de representaciones culturales sobre el cuerpo, la subjetividad, el género, la enfermedad, la experiencia y, en general, la realidad» (Uribe, 2000: 355). En este sentido, es de justicia destacar que desde el ámbito médico también aparezcan voces que propugnan una lectura plurifactorial de la transexualidad, aun insistiendo en una base biológica:

«Son múltiples causas que interaccionan las que dan lugar a la transexualidad. Puede ser que exista una predisposición genética, pero si no intervienen factores externos, factores sociales, la transexualidad no se expresará (...) En otras culturas hay más incidencia porque socialmente se acepta más» (Iria Grande, residente de psiquiatría en la UTIG).

«Una categoría diagnóstica no es percibida como una construcción social más o menos arbitraria, que se caracteriza por su inscripción en un contexto histórico y cultural determinado, que es el resultado de formas históricas de tratamiento. Desde la psiquiatría biomédica, las categorías son entendidas como unidades reales y universalmente válidas. Ellas son la simple consecuencia de la evolución del conocimiento médico, de las investigaciones experimentales y del análisis epidemiológico»

(Ángel Martínez Hernández)

Capítulo III

La patologización de la transexualidad: el «trastorno de la identidad de género»

El modelo médico de la transexualidad desarrollado por Harry Benjamin no sólo trazó el camino a seguir en la búsqueda de los factores etiológicos, sino también en lo referente al protocolo asistencial. Al destacar la infelicidad y el sufrimiento de sus pacientes transexuales, motivados por un rotundo rechazo de sus caracteres sexuales primarios y secundarios y por una marcada inadecuación al rol de género asignado, y al advertir de la necesidad de una «evaluación psiquiátrica antes de realizar cualquier tipo de operación para descartar no sólo la existencia de un trastorno psicótico, sino también para comprobar el nivel de inteligencia y la estabilidad emocional del paciente» (Benjamin, 1966: 60), Benjamin estaba atorgando la potestad a la psiquiatría, no para reconducir la mente del paciente, sino para validar el acceso al proceso terapéutico. Esta legitimación del quehacer psiquiátrico cristalizará en 1980 con la inclusión de la transexualidad en la tercera edición del DSM, el manual clasificador de los trastornos mentales más influyente a nivel mundial y que elabora la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (en adelante, APA). Es de destacar que, en esta misma edición, se excluye definitivamente la homosexualidad de la clasificación a causa de la presión ejercida por los movimientos en defensa de los derechos de los homosexuales.

El hecho de que la APA incluya la transexualidad en su tercer listado de trastornos mentales, y que dicha inclusión aún se mantenga en la última edición del manual (DSM-IV-TR)²¹, publicada en el año 2000, plantea algunas paradojas que no pueden pasarse por alto. La transexualidad es uno de los raros trastornos en los que es el paciente quien tiene que mostrar su «patología» al profesional, pues éste no dispone de otra herramienta diagnóstica que la biografía elaborada por el mismo paciente. La transexualidad es considerada como un trastorno mental, pero el tratamiento privilegiado es la modificación corporal y no la psicoterapia. Se considera que el transexual padece un «trastorno de la identidad sexual», y con ese diagnóstico se le conceden sus deseos de transformar su cuerpo con la cirugía.

En el presente capítulo nos ocuparemos de dichas paradojas, a la vez que repasaremos brevemente la historia del DSM²², analizaremos detalladamente los criterios diagnósticos para el denominado «trastorno de la identidad de género» y problematizaremos la consideración de la transexualidad como trastorno mental, prestando una especial atención tanto a la opinión de los profesionales de la UTIG del Hospital Clínic como al parecer de los propios afectados. Si tras la realización del trabajo de campo se ha de extraer un denominador común del sentir de tod@s l@s transexuales, este no es otro que la incomodidad, y en muchos casos la indignación, producida por ver a la transexualidad incluida en las taxonomías de enfermedades mentales. Por eso no es de extrañar que desde hace más de una década la eliminación de la transexualidad de los manuales diagnósticos de los trastornos mentales sea la punta de lanza de las reivindicaciones de un sinfín de organizaciones trans de todo el mundo.

²¹ Si en el DSM-III se utiliza el término «transexualidad», tanto en el DSM-IV como en su edición revisada (DSM-IV-TR) se produce un cambio de denominación: la «transexualidad» pasa a denominarse «trastorno de la identidad de género».

²² El otro gran manual de referencia es la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y Problemas de Salud (CIE), elaborado por la OMS. En su décima edición, de 1992, se incluye la transexualidad dentro de los trastornos mentales. Con todo, en el presente capítulo focalizaremos nuestra atención en el DSM porque es el manual de referencia en la UTIG del Hospital Clínic. Asimismo, como apunta Martínez Hernández (2000), la OMS tiende a elaborar su Clasificación teniendo en cuenta las modificaciones introducidas previamente por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría, por lo que al menos en lo referente al tratamiento de la transexualidad, los dos manuales no presentan diferencias significativas.

3.1. Breve introducción al DSM

En Estados Unidos, el impulso inicial para llevar a cabo una clasificación de los trastornos mentales fue la necesidad de recoger información de tipo estadístico. En 1917 el Comité de Estadística de la APA, junto con la Comisión Nacional de Higiene Mental, diseñó un plan para reunir datos estadísticos uniformes de diversos hospitales mentales. A pesar de que este sistema prestaba más atención al uso clínico que otros sistemas elaborados con anterioridad, fue elaborado principalmente con el espíritu de recoger información estadística. Más adelante, el Ejército de los Estados Unidos y la Administración de Veteranos confeccionaron una nomenclatura psiquiátrica con el fin de tipificar los trastornos mentales de los combatientes en la Segunda Guerra Mundial. Al mismo tiempo, la OMS incluía por vez primera un apartado dedicado a los trastornos mentales en su sexta edición de su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Siguiendo la tendencia marcada por la OMS, en 1952 la APA publicó la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I), consistente en un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas y que fue considerado como el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica (APA, 2002a).

En opinión de Martínez Hernández (2000), tanto el DSM-I como su sucesor, el DSM-II, son manuales diagnósticos con una orientación psicosocial y psicodinámica que dejan entrever la influencia de las escuelas psicoanalíticas. No sucede lo mismo con el DSM-III y el actual DSM-IV, con los que la APA efectúa una clara ruptura teórica respecto a las ediciones precedentes. Con la publicación, en 1980, del DSM-III, la APA se alinea con la orientación biomédica en psiquiatría, también conocida como neokraepelianismo, que ha sido definido como una «tendencia caracterizada por el énfasis en la clasificación, la descripción precisa de los cuadros clínicos, la oposición a la perspectiva psicoanalítica, el interés por la investigación clínica y epidemiológica, y el reduccionismo biológico o psicobiológico de los trastornos mentales» (Martínez Hernández, 2000: 251).

A pesar de que tanto el DSM-III como el DSM-IV afirman mantener un «enfoque descriptivo que pretende ser neutral respecto a las teorías etiológicas» (APA, 2002a: XXIV), neutralidad que supuestamente queda garantizada en el DSM-IV-TR (la edición

revisada del DSM-IV) por el «extenso trabajo empírico» realizado por 13 Grupos de Trabajo, cada uno de ellos asesorado por entre 50 y 100 consejeros «escogidos por representar experiencias clínicas y de investigación, disciplinas, formación y ámbitos de actuación muy diversos» (APA, 2002a: XXII), lo cierto es que si echamos un repaso a sus taxonomías podemos observar un marcado sesgo biologista. Como veremos a lo largo del capítulo, en estos manuales los trastornos mentales son aprehendidos como si fueran entidades biológicas, fenómenos descontextualizados, mientras que los factores psicosociales y socioculturales son vaciados de contenido, «convertidos en criterios diagnósticos y utilizados como realidades físicas que responden a un orden de realidad universal y reconocible» (Martínez Hernáez, 2000: 270).

En tanto que disciplina biomédica, la psiquiatría de los DSM se presenta como objetiva y universal, y su enfoque eminentemente descriptivo y clasificatorio parece obedecer a una voluntad científica, desapasionada, neutral, alejada de prejuicios. No obstante, esta asepsia intelectual no parece tal cuando nos adentramos en los criterios diagnósticos que definen algunos trastornos mentales. Constataremos esto en el caso de la transexualidad, pero antes merece la pena realizar un alto en el camino para detenernos en el denominado «trastorno antisocial de la personalidad», pues constituye un caso ejemplar para mostrar que lo moral y lo normativo tienen también cabida en los DSM.

El «trastorno antisocial» es un tipo de trastorno de la personalidad que se presenta «desde la edad de 15 años» y que se caracteriza por un «desprecio y violación de los derechos de los demás» (APA, 2000b: 279). Dicho trastorno se debe diagnosticar si el paciente cumple con, al menos, tres de los siguientes criterios diagnósticos:

- (1) fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
- (2) deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
- (3) impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
- (4) irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
- (5) despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
- (6) irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas
- (7) falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros (APA, 2000b: 279-280).

Un fugaz vistazo a los criterios diagnósticos del «trastorno antisocial» permite constatar las serias dificultades –o la intensa confusión– con que se encuentran los profesionales que han elaborado el DSM-IV a la hora de aislar lo patológico de lo normativo. Sorprende la forma en que factores puramente sociales o morales son tratados como simples criterios diagnósticos, como si fueran síntomas físicos que, además, presentan un componente hereditario: «el trastorno antisocial de la personalidad es más frecuente en los familiares de primer grado de quienes tienen el trastorno que en la población en general» (APA, 2002a: 787). Sorprende igualmente la facilidad con que se atorga el diagnóstico, con tan sólo el cumplimiento de tres criterios. Pero esta sorpresa se convierte en estupor cuando en la introducción del DSM-IV-TR se afirma que «ni el comportamiento desviado (p.ej. político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o conflicto sean síntomas de una disfunción» (APA, 2002a: XXIX). ¿Qué es el «trastorno antisocial de la personalidad» sino una categoría normativa con la que se patologiza al desviado social paradigmático con el fin de salvaguardar el orden social?

Con este trastorno se psiquiatriza el comportamiento social disfuncional (recordemos, por ejemplo, el «fracaso para adaptarse a las normas sociales») y los principios amorales (fijémonos en los términos «deshonestidad», «despreocupación» o «falta de remordimientos») y, de paso, se ensalza su reverso al deducirse que el comportamiento ejemplar y la moral filantrópica deben de ser síntomas de buena salud mental. De esta forma, al presentar lo no normativo y lo amoral como si fueran disfunciones individualizadas, el DSM opera como una poderosa herramienta de legitimación del orden social, transformando una problemática social (cuya solución depende de la acción colectiva) en un trastorno individual (cuya solución depende de la terapia fármaco-psicológica). En el mismo DSM todo queda bien claro: todo trastorno, «cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica» (APA, 2002a: XXIX). Es el individuo, y no la sociedad, el principal generador de disfunciones.

3.2. El papel de la cultura en el DSM

Ante las críticas recibidas por la poca atención prestada a los factores culturales en el DSM-III, la APA organizó en 1991, con el patrocinio del Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos, un comité conformado por psiquiatras y científicos sociales con el fin de revisar el papel de la cultura en el diagnóstico de la enfermedad mental y evaluar toda la información transcultural disponible. Fruto de este trabajo, en el DSM-IV se añadieron en muchas categorías nosográficas consideraciones relativas a las particularidades culturales y algunas variables sociales (p.ej. edad, género) que podían hacer variar un diagnóstico específico (Uribe, 2000). Asimismo, se introdujo un apéndice sobre los denominados «síndromes relacionados con la cultura», en el que se presentan fenómenos que «denotan patrones de comportamiento aberrante y experiencias perturbadoras, recurrentes y específicas de un lugar determinado, que pueden estar relacionadas o no estarlo con una categoría diagnóstica del DSM-IV» (APA, 2002a: 1004). Con la introducción de estas consideraciones culturales, los redactores del DSM pretendían dotarse de nuevas herramientas con las que detectar «el modo en que estos trastornos mentales se manifiestan en las diferencias culturales», reduciendo de este modo «el posible sesgo ocasionado por la formación cultural del clínico» (APA, 2002a: XXXIII).

Dicho esto, veamos hasta qué punto esta nueva sensibilidad proclamada en el DSM-IV se traduce en una valorización de los factores culturales. Si efectuamos un análisis cuantitativo rudimentario, lo cierto es que el papel de la cultura en el DSM es poco más que residual: de las 1049 páginas que tiene la edición española del DSM-IV-TR, tan sólo 7 de ellas (de la 1003 a la 1009) forman el apéndice «Guía para la formulación cultural y glosario de los síndromes dependientes de la cultura». En dicho apéndice se incluyen 25 «síndromes dependientes de la cultura», y el síndrome que cuenta con un redactado más extenso consta de 19 líneas. Por cierto, entre esos síntomas no se encuentra ningún fenómeno transgenérico característico de contextos no occidentales: ni el hijra indio, el mahu polinesio, el fa'afafine samoano o el xanith omaní, por citar sólo algunos ejemplos, encuentran sitio en este apartado.

Por otra parte, si vamos más allá de las simples cifras, constatamos que este apéndice cultural desprende cierto aire etnocéntrico. Las categorías del DSM son fruto del

conocimiento científico, «el resultado de la participación de muchos *expertos* internacionales», lo que asegura que puedan «aplicarse y usarse en todo el mundo» (APA, 2002a: XXII). No sucede lo mismo con los «síndromes dependientes de la cultura», pues «se limitan a sociedades específicas o a áreas culturales y son categorías diagnósticas *populares* localizadas²³» (APA, 2002a: 1004). De ello se desprende que, mientras que el conocimiento occidental produce científicamente categorías universalmente válidas, el Otro alberga creencias culturales que pueden recogerse en un apéndice de patología folklórica. Y recordemos las diferencias de estatus que separan el término «conocimiento» del término «creencia» en nuestra sociedad: «el conocimiento requiere certeza y rectitud de juicio; creencia implica incertidumbre, error o ambas cosas» (Good, 2003: 47).

Sería bueno que en ediciones posteriores del DSM la cultura dejara de ser tratada como una cualidad –o más bien un sesgo– característica de otros pueblos para convertirse en un eje estructural del manual, pues no podemos olvidar que «todo proceso diagnóstico es una actividad determinada culturalmente, y la cultura es tanto un factor en moldear patrones particulares de sintomatología en la sociedad occidental como lo es en cualquier otra parte» (Uribe, 2000: 350). Si se destaca la especificidad cultural de ciertos fenómenos patológicos existentes en otras sociedades, también es necesario destacar el influjo de la cultura en los nuestros (por ejemplo, en el caso de la anorexia nerviosa, la bulimia o algunos trastornos de ansiedad) y no presentarlos como si fueran categorías universales.

Con la taxonomía de los trastornos mentales parece que la psiquiatría biomédica del DSM aporta descripciones fidedignas del orden natural, que posee la única llave para acceder sin interferencias de ningún tipo a una realidad ontológica, a la naturaleza en estado puro. Frente a esta tranquilizadora seguridad, rememoremos la clasificación sobre los animales que Jorge Luis Borges toma prestada de una enciclopedia china y que sirvió de inspiración a Foucault a la hora de escribir *Las palabras y las cosas*: «los animales se dividen en: a) pertenecientes al Emperador, b) embalsamados, c) amaestrados, d) lechones, e) sirenas, f) fabulosos, g) perros sueltos, h) incluidos en esta clasificación, i) que se agitan como locos, j) innumerables, k) dibujados con un pincel

²³ Los énfasis son míos.

finísimo de pelo de camello, l) etcétera, m) que acaban de romper el jarrón, n) que de lejos parecen moscas» (Borges, 2007: 164). Si abandonamos nuestra sonrisa de incredulidad, esbozada por la «imposibilidad de pensar esto» (Foucault, 2002 [1966]: 1), podemos extraer una lección que aquí resulta más que pertinente: que no existe una única y verdadera forma de ordenar el mundo (aunque bien es cierto que algunas formas de clasificación resultan más pertinentes que otras en un determinado contexto), y que toda clasificación implica cierta dosis de arbitrariedad y de ambigüedad. Con todo, esta «imposibilidad de penetrar el esquema divino del universo, no puede disuadirnos de planear esquemas humanos, aunque nos conste que estos son provisorios» (Borges, 2007: 165-166). Teniendo en cuenta esto, resulta necesario realizar un ejercicio de responsabilidad intelectual y epistemológica y reconocer sin ambages que toda nosología es elaborada y pensada en un universo cultural determinado.

3.3. El «trastorno de la identidad de sexual» (o de género)

Lo que comúnmente se conoce como «transexualidad», en la última edición publicada del DSM, el DSM-IV, pasa a denominarse «trastorno de la identidad sexual». Dicho trastorno está incluido en el apartado «trastornos sexuales y de la identidad sexual», en donde se distinguen cuatro subtipos: las «disfunciones sexuales» (p.ej. la eyaculación precoz o el deseo sexual hipoactivo), las «parafilias» (p.ej. el fetichismo o el exhibicionismo), los «trastornos de la identidad sexual» (que es donde se situaría lo que conocemos como «transexualidad») y el «trastorno sexual no especificado» (categoría que sirve para codificar trastornos de la actividad sexual que no son clasificables en una de las categorías específicas).

De entrada, sorprenden al menos dos cosas. La primera de ellas es la desaparición del término «transexualidad» en beneficio del «trastorno de la identidad sexual». Como hemos apuntado, este fenómeno aparece por primera vez en la tercera edición del DSM bajo la categoría «transexualidad», y este mismo término es el que se utiliza en la actual edición de la clasificación realizada por la OMS, la CIE-10. Este cambio de denominación es cuanto menos extraño porque implica dejar de utilizar un término, «transexualidad», que es de uso común tanto entre el personal médico como entre los propios trans, lo que nos lleva a formular dos hipótesis: o la APA cedió ante la presión

de algunos colectivos trans para que se eliminara de un manual de trastornos mentales un término que era para ellos signo de identidad individual y colectiva, o bien trató de legitimar su decisión de patologizar la transexualidad con el uso de un término, «trastorno», que justificara definitivamente su inclusión en el DSM. Que sea el lector el que decida cual de las dos es la más plausible. La segunda cosa que sorprende es que en la edición española del DSM-IV se haya traducido «*Gender identity disorder*» (tal y como aparece en su edición original escrita en inglés) por «trastorno de la identidad sexual» (Nieto, 2008). Sorprende que los traductores hayan preferido utilizar «identidad sexual» en vez de respetar el sentido original, «*gender identity*», y esto sorprende aún más si tenemos en cuenta que a partir de las obras de Money y Stoller existe un amplio consenso en utilizar el término «género» cuando se habla de cuestiones identitarias. Un ejemplo: el Hospital Clínic cuenta con una Unidad de Trastornos de la Identidad de Género (UTIG). La expresión «identidad sexual», bien ha caído en desuso, o bien se utiliza como sinónimo de «orientación sexual», por lo que este aparente desconocimiento por parte del equipo traductor puede inducir a confusión.

Para poder diagnosticar el «trastorno de la identidad sexual» (o de género), en el DSM-IV se identifican los siguientes criterios diagnósticos:

A. Identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales).

En los niños el trastorno se manifiesta por cuatro o más de los siguientes rasgos:

1. deseos repetidos de ser, o insistencia en que uno es, del otro sexo.
2. en los niños, preferencia por el transvestismo o por simular vestimenta femenina; en las niñas, insistencia en llevar puesta solamente ropa masculina.
3. preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo o fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
4. deseo intenso de participar en los juegos y en los pasatiempos propios del otro sexo.
5. preferencia marcada por compañeros del otro sexo.

En los adolescentes y adultos la alteración se manifiesta por síntomas tales como un deseo firme de pertenecer al otro sexo, ser considerado como del otro sexo, un deseo de vivir o ser tratado como del otro sexo o la convicción de experimentar las reacciones y las sensaciones típicas del otro sexo.

B. Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol.

En los niños la alteración se manifiesta por cualquiera de los siguientes rasgos: en los niños, sentimientos de que el pene o los testículos son horribles o van a desaparecer, de que sería mejor no tener pene o aversión hacia los juegos violentos y rechazo a los juguetes, juegos y actividades propios de los niños; en las niñas, rechazo a orinar en posición sentada, sentimientos de tener o de presentar en el futuro un pene, de no querer poseer pechos ni tener la regla o aversión acentuada hacia la ropa femenina.

En los adolescentes y en los adultos la alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (p. ej., pedir tratamiento hormonal, quirúrgico u otros procedimientos para modificar físicamente los rasgos sexuales y de esta manera parecerse al otro sexo) o creer que se ha nacido con el sexo equivocado.

C. La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (APA, 2002b: 245-246).

Una vez leídos los criterios diagnósticos, estamos en condiciones de exponer varias consideraciones. Primeramente, los criterios A y B tienen sentido tan sólo si se presupone que únicamente es normal una absoluta correspondencia entre el sexo biológico y la identidad/rol de género. En este sentido, cualquier persona que rechace el género asignado en función de su morfología corporal y prefiera adoptar los roles socialmente vinculados con el otro género es susceptible de padecer un trastorno. Al patologizar la identificación de género cruzada, la psiquiatría del DSM legitima nuestro sistema dicotómico de sexo/género así como el postulado según el cual existe una correlación directa entre los caracteres sexuales primarios y secundarios y la identificación de género (siguiendo las ecuaciones: varón = masculino; hembra = femenino). Pero, además, esta concepción dual ignora que existen transexuales que no se identifican simplemente «con el otro sexo», sino que pretenden desmarcarse de la dicotomía fluctuando en un continuo de masculinidad/feminidad. Las palabras de Luís dejan constancia de esa voluntad, existente entre algun@s trans, de trascender los dualismos:

«No se valora el tránsito. ¿Por qué se ignora a la gente que transita?, es decir, a aquellos que no se sienten ni hombre ni mujer. No hay que construir constantemente hombres y mujeres transexuales».

En segundo lugar, se identifican como criterios para diagnosticar el trastorno en niñ@s una serie de comportamientos derivados de una concepción del género de lo más tradicional: «en los niños (...) aversión hacia los juegos violentos y rechazo a los juguetes, juegos y actividades propios de los niños; en las niñas (...) aversión acentuada hacia la ropa femenina». Estas preferencias y actividades “impropias” se detallan con mayor precisión en la introducción al «trastorno de la identidad sexual»:

«A los niños (...) les gusta especialmente jugar a papá y a mamá, dibujar chicas y princesas bonitas, y mirar la televisión o los vídeos de sus ídolos femeninos favoritos. A menudo, sus juguetes son las muñecas (como Barbie) (...) Evitan los deportes competitivos y muestran escaso interés por los coches, camiones u otros juguetes no violentos, pero típicos de niños (...) Las niñas (...) sus héroes de fantasía son muy a menudo personajes masculinos fuertes, como Batman o Superman. Estas niñas prefieren tener a niños como compañeros, con los que practican deporte, juegos violentos y juegos propios para niños» (APA, 2002a: 645).

El influjo de las convenciones culturales en la elaboración de los criterios diagnósticos no sólo queda patente con curiosas referencias a personajes característicos del imaginario popular occidental (Barbie, Superman o Batman), sino también con la presentación de los estereotipos y roles de género más clásicos de la sociedad patriarcal occidental: los niños deben preferir el deporte competitivo y los juegos violentos (pues han de prepararse para desarrollar un papel dominante en la etapa adulta), mientras que las niñas han de decantarse por las muñecas o jugar a papá y a mamá (adecuado entrenamiento para futuras amas de casa). Y al acompañar estas actividades o juegos con adjetivos tales como «propio» y «característico» (p.ej. «juegos propios para niños»), se produce una naturalización de dichos roles que impide considerar su contingencia. Así pues, parece que en el DSM se ignora que el género y las conductas a él asociadas, además de no ser universales, son cambiantes, y se ofrece una lectura patologizante de conductas (por ejemplo, el niño que juega con muñecas) hoy consideradas como una manifestación de la progresiva laxitud de los roles de género y de la ruptura de las jerarquías de antaño.

En tercer lugar, se afirma que el trastorno causa un «malestar persistente con el propio sexo». Sin mencionarlo explícitamente, esto supone recuperar el concepto creado por Robert Fisk de «disforia de género», que hace referencia al malestar o ansiedad producidos por tener un cuerpo que no se ajusta a la identidad de género a él asociada. En opinión de Nieto (2008), la elección del término «malestar» no es casual. Se podrían haber utilizado otras palabras con menos connotaciones médicas y que resaltarán en cambio la voluntad del sujeto, como disconformidad o rechazo, pero se ha escogido precisamente este término «enfermizante» porque valida la patologización y la posterior intervención médica. Se presupone que todo transexual sufre por su condición y que este sufrimiento es «clínicamente significativo». Aquí, de nuevo, se simplifica la realidad plural de la transexualidad al obviar que existen trans que no sienten malestar o angustia alguna por su condición o su morfología corporal: «muchas vivimos nuestro cuerpo con total normalidad y disfrutamos de nuestros genitales como cualquier persona» (Mónica, transexual que rechaza la operación). Si en realidad sienten algún malestar éste es generado principalmente por una sociedad cuyos dualismos excluyentes permiten la estigmatización de todo aquel que rechaza el género y los roles que le vienen asignados desde el nacimiento.

Además, en el último criterio diagnóstico se nos dice que el trastorno provoca no sólo malestar, sino también «deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo». Como si fuera el trastorno en sí el que provocara el deterioro social del individuo y no la respuesta de la sociedad que lo acoge. Al igual que hemos podido observar con el «trastorno antisocial de la personalidad», se convierte aquí una problemática de orden social, una situación de exclusión o rechazo, en un criterio diagnóstico individualizado, hecho que impide cuestionar la severidad de nuestro sistema de sexo/género y realizar una lectura en clave social de la transexualidad, y permite en cambio presentarla como un fenómeno que tan sólo atañe a la estabilidad mental y social del individuo. Como apunta Useche (2005), este último criterio es el mismo que se empleó para justificar la calificación de la homosexualidad como trastorno mental, calificación que fue eliminada del DSM-III después de que se reconociera que el deterioro social, si está presente, es causado por una sociedad homofóbica y por el estigma social.

Finalmente, es interesante resaltar que, contrariamente a lo que sucede con otros trastornos del manual, el «trastorno de la identidad sexual» no contiene ningún apartado relativo a las variaciones culturales del fenómeno, por lo que podemos suponer que la transexualidad es un trastorno universal y culturalmente indiferenciado. Se ignora así la especificidad cultural de expresiones transgénéricas no medicalizadas como el berdache norteamericano o el hijra indio, cuya aparente similitud con el transexual occidental (pues son hombres biológicos que adoptan una apariencia y unas actitudes femeninas²⁴) permite al estamento médico obviar su singularidad –sus atributos sociales, simbólicos y religiosos– para tratarlos como si fueran personas con un «trastorno de la identidad sexual» no diagnosticado.

²⁴ No obstante, en el primer capítulo vimos que esta similitud es más aparente que real, puesto que difícilmente el berdache y el hijra cumplen con los criterios diagnósticos con los que se define al transexual occidental: no se identifican con el otro género sino que pretenden ocupar un espacio intersticial entre la masculinidad y la feminidad, y nada parece indicar que sientan malestar alguno con su propio cuerpo.

3.4. ¿Es la transexualidad un trastorno mental?

Tras la experiencia vivida en la asociación PASTT de París y después de realizar las entrevistas para la presente investigación, se ha podido constatar que la inclusión de la transexualidad en los principales manuales clasificatorios de los trastornos mentales es una de las cuestiones que generan más controversia. Como veremos a continuación, se perfilan netamente dos posicionamientos opuestos en relación a esta polémica: el del equipo médico de la UTIG del Hospital Clínic, que justifica la introducción de la transexualidad en dichos manuales, y el de los propios transexuales, que aportan varias razones para rechazar frontalmente lo que ellos consideran una patologización de su condición. Antes de entrar de lleno en el debate, resulta imprescindible establecer un punto de partida, esto es, clarificar qué se entiende por trastorno mental. En el DSM IV se admite la dificultad para establecer una definición precisa de trastorno mental, por lo que sus redactores se limitan a ofrecer algunas pistas:

«A pesar de que este manual proporciona una clasificación de los trastornos mentales, debe admitirse que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del trastorno mental (...) Los trastornos mentales han sido definidos también mediante una gran variedad de conceptos (p.ej. malestar, descontrol, limitación, deterioro, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística). Cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada caso requiere una definición distinta (APA, 2002a: XXIX).

Si nos atenemos a los criterios diagnósticos del «trastorno de la identidad sexual», parece que la inclusión de la transexualidad en el DSM queda justificada principalmente por el malestar persistente con el propio cuerpo y por el deterioro social o laboral. El término «malestar», o su sinónimo «sufrimiento», resulta clave en el debate, pues es también la razón principal esgrimida por las profesionales que trabajan en la UTIG del Hospital Clínic:

«Porque si la persona no hace el cambio corporal, sufre. Es decir, trastorno significa sufrimiento. Lo mismo que una persona que sufre de insomnio: también a eso llamamos trastorno, pero no podemos decir en estos casos que se trate de enfermos. Nosotros, para entendernos, ponemos a todo el nombre de “trastorno”, pero esto no es sinónimo de enfermedad (...) Mientras que la persona está sufriendo, tiene que tratarse en algún sitio porque si no hace el cambio no podrá vivir en función a su identidad y nunca estará bien» (Esther Gómez, psiquiatra de la UTIG)

«¿Por qué le llamamos trastorno? No porque sea una enfermedad mental, ni mucho menos, sino porque la transexualidad produce mucho dolor a las personas que nacen con esta...disfuncionalidad entre su cerebro y su cuerpo (...) produce mucho malestar hacia el propio cuerpo y en su interacción con el entorno social, laboral y familiar, pero eso no significa que sea una enfermedad ni un trastorno mental» (Teresa Godàs, psicóloga clínica de la UTIG).

Como vemos, el hecho de identificar la transexualidad con el malestar hacia el propio cuerpo y también con el producido por una problemática interacción con el entorno legitima tanto su inclusión en el DSM como la pertinencia del tratamiento médico-quirúrgico. Es importante destacar que tanto la psiquiatra como la psicóloga rechazan a lo largo de la entrevista utilizar el adjetivo «mental» tras el sustantivo «trastorno», negando que la transexualidad sea una enfermedad mental. Este posicionamiento obedece a la voluntad de presentar a los transexuales como «personas normales» (Esther Gómez), «no enfermas» (Teresa Godàs), con una mente sana, cuya única problemática se deriva del sufrimiento producido por un desajuste entre la mente y el cuerpo, y todo ello con el fin de evitar cualquier denominación patologizante, como por ejemplo sucede con los que padecen esquizofrenia o un trastorno bipolar. Por tanto, y al contrario de lo que nos sugiere la lógica, para las profesionales de la UTIG la introducción de la transexualidad en el DSM no ha de motivar que la veamos como una enfermedad o un trastorno mental, sino como una forma particular de sufrimiento que requiere un diagnóstico adecuado para poder iniciar un protocolo asistencial:

«La transexualidad está en el DSM sobre todo para poder realizar el diagnóstico y para que la persona pueda ser hormonada y pueda pasar por la intervención quirúrgica, porque si no hay un diagnóstico ningún cirujano o endocrino hará el tratamiento. Además, tenemos que hacer el diagnóstico porque hay algunas patologías mentales que presentan unos síntomas que se pueden confundir con el trastorno de la identidad de género» (Teresa Godàs, psicóloga de la UTIG).

A pesar de estas aclaraciones, lo cierto es que cuando se pregunta a los transexuales si están de acuerdo con la introducción de la transexualidad en el DSM les resulta extremadamente difícil no asociar el «trastorno de la identidad sexual» con un trastorno mental. Además, tienden a realizar la misma operación lógica de adjetivación que realizaríamos muchos de nosotros, según la cual todo individuo que padece un trastorno debe de ser un trastornado: «He tenido una vida organizada, soy madura, me he pagado mis estudios y mi piso con mi trabajo. No soy una persona con problemas mentales, no

estoy trastornada. Bueno, si me dan un subsidio por ello...» (Andrea). Asimismo, como apunta Nieto (2008), conviene recordar que un trastornado es, en lenguaje coloquial, un loco:

«No estoy de acuerdo que esté (la transexualidad) en un manual psiquiátrico porque no estamos locos. Y claro, el hecho de que esté dentro del ámbito de la psiquiatría socialmente queda como si fuéramos unos enfermos» (Dani).

Si bien la mayoría de transexuales entrevistados están de acuerdo con los profesionales médicos sobre la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial, pues «hace falta un experto que descarte que la persona no sufre otro tipo de trastorno que pueda inducir a una confusión» (Montse), para ellos este hecho en nada justifica la inclusión de la transexualidad en el DSM. Aunque en los protocolos asistenciales se enfatice que el diagnóstico «no debe ser utilizado para estigmatizar a los pacientes ni para privarles de derechos civiles» (Asociación Profesional Mundial para la Salud del Transgénero, 2001: 6) y aunque las profesionales de la UTIG insistan en que la transexualidad no es un trastorno mental, lo cierto es que no hay nada que provea más justificación social para la discriminación y el estigma que un diagnóstico de anormalidad psiquiátrica dada la autoridad conferida por nuestra sociedad al estamento médico. Y el hecho de insistir en el aspecto práctico del diagnóstico, esto es, presentarlo como un trámite procedimental que permite el acceso a un tratamiento costado por la sanidad pública o las compañías aseguradoras, hace que el diagnóstico «pierda su principal razón de ser como evaluación clínica para convertirse en un mecanismo indispensable en la mercantilización de la salud» (Useche, 2005: 88).

Por otra parte, justificar la introducción de la transexualidad en el DSM recurriendo a la tesis del malestar suscita algunos problemas que conviene aclarar. Como acabamos de ver, el malestar del transexual se presenta en una doble vertiente: un malestar corporal, producido por una anatomía no deseada, y un malestar derivado del deterioro de las relaciones sociales, laborales y/o familiares. Respecto a este último tipo de malestar, ya hemos apuntado el peligro que supone convertir una situación social de estigmatización en un criterio diagnóstico psiquiátrico. Lo que ahora nos interesa es centrarnos en ese supuesto malestar corporal, que parece presentarse como un malestar ontológico, independiente del contexto social:

«Sí, hay un malestar causado por la sociedad, pero también hay un malestar generado por uno mismo: uno tiene aversión a su cuerpo o a su imagen porque su cuerpo no corresponde con su

forma de ser. Y eso no es nada social, es personal, es individual, es un sufrimiento que no tiene nada que ver con el entorno» (Teresa Godàs, psicóloga de la UTIG).

De estas palabras podemos extraer una concepción acultural del binomio cuerpo/malestar, según la cual el transexual sufriría de forma innata por un cuerpo prediscursivo. Se olvida así que el cuerpo humano no es simplemente el reducto de lo biológico, sino un sistema complejo de elementos anatómicos, funciones fisiológicas, constricciones normativas, experiencias y «principios de visión y de división sexuales» (Bourdieu, 2003: 22), un significante embebido de significados sociales que no puede ser aprehendido, o rechazado, sin aplicar nuestros mecanismos de inteligibilidad. Y se olvida asimismo que el malestar o el sufrimiento requieren unos parámetros culturales que los doten de sentido:

«Unidades de significación como las de sufrimiento y/o padecimiento (...) no adquieren su pleno sentido más que en su incardinación a una experiencia individual que se desarrolla en un proceso de constitución, históricamente determinado y contextualmente edificado, de relaciones sociales que proporcionan a las personas que sufren el marco cognitivo para encarnar, afrontar y solucionar los problemas derivados del padecimiento» (Otegui, 2000: 228).

Y es precisamente el género el parámetro que dota de sentido al malestar del transexual. En el DSM se presupone que toda persona normal siente su género como algo apropiado, algo que permanece en perfecta armonía con uno mismo. No obstante, si seguimos a Butler y consideramos el género como un ideal normativo, un «principio normalizador» que vehicula las actitudes, comportamientos y percepciones de los individuos, esa perfecta armonía parece más utópica que real. Dado que nadie llega a cumplir completamente con el ideal social masculino o femenino, nadie puede encarnar la perfección del género en una sociedad plagada de imperativos estéticos, podemos sostener que ese malestar del que hablábamos, esa «disforia de género», no es un rasgo genuino de la transexualidad sino una constante que habita en mayor o menor medida en todos nosotros. Se podrá objetar que el malestar de los transexuales con el propio cuerpo o el sentimiento de inadecuación con los roles de género destaca por ser «clínicamente significativo». Sin embargo, y dejando a un lado la vaguedad de esta expresión, el miedo de algunos hombres a la desnudez por el tamaño de su pene o la voluntad de algunas mujeres de someterse a una cirugía de aumento de pecho o a una

liposucción podrían también considerarse síntomas inequívocos de un malestar de género «clínicamente significativo».

Además, ya hemos apuntado que hay transexuales que no experimentan ningún malestar con su cuerpo. En este caso, «no se podría decir que padecen un trastorno de la identidad de género, pues no sienten malestar ni necesitan hacer un cambio» (Esther Gómez, psiquiatra de la UTIG). Pero para poder acceder a un tratamiento hormonal financiado y supervisado por la sanidad pública española, y para cambiar la mención «sexo» de todos los documentos y registros oficiales²⁵, es necesario que tod@s l@s transexuales –tanto aquell@s que sufren y quieren que se les practique la cirugía de reasignación sexual como aquell@s que no quieren operarse porque no sienten malestar alguno con sus genitales– obtengan un diagnóstico de «trastorno de la identidad sexual» (o de género), lo que implica tener que someterse a la mirada psiquiátrica aunque no se experimente ningún malestar corporal ni deterioro de las relaciones sociales.

Ante la visión patologizante de la transexualidad que tiene la psiquiatría biomédica del DSM, numerosas organizaciones trans de todo el mundo trabajan para que el «trastorno de la identidad sexual» sea eliminado de los manuales clasificatorios de las enfermedades mentales. En este sentido, es necesario subrayar la tarea realizada por la Red Internacional por la Despatologización Trans, una plataforma de coordinación creada por un conjunto de activistas, pertenecientes en su mayoría a la organización catalana Trans-Block, que ha movilizó a más de 40 ciudades de todo el mundo con el objetivo de conseguir la eliminación de la transexualidad de la quinta edición del DSM, cuya publicación está prevista para el año 2013. Como señala su manifiesto fundacional, el colectivo Trans-Block es un colectivo fundado en la ciudad de Barcelona con la voluntad de «transformar el paradigma desde el que hablamos de lo trans, arrancarles la palabra a los médicos, a los curas, a los jueces, a los poderosos, y escuchar a las que están en la trinchera, luchando con y contra sus propios cuerpos, con sus sexualidades, con sus vidas». Al situar el cuestionamiento de nuestro sistema de género en el corazón de su lucha, Trans-Block es un colectivo no exclusivamente transexual:

«Utilizamos el término «trans» para todo aquello que transgrede el sistema binomial de género, como un paraguas en el que abarcar identidades muy diferentes. Procuramos que esa

²⁵ Nos estamos refiriendo al contenido de la Ley 3/2007, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, que analizaremos detenidamente en un capítulo posterior.

diversidad sea el motor de la lucha. Lo trans es algo para abrir la creatividad a nuevas formas corporales, nuevas subjetividades» (Nuria, activista de Trans-Block).

Si hace 30 años la APA cedió ante la presión del movimiento gay/lesbiana y decidió no incluir la transexualidad en el DSM-III, parece que tampoco ahora es inmune a la presión ejercida por los movimientos trans. En su página web²⁶ se presenta un texto provisional en el que aparecen las modificaciones para el futuro DSM-V, un documento «abierto a la opinión de profesionales y personas afectadas por un trastorno mental». En este borrador no se elimina el «trastorno de la identidad sexual», sino que se cambia su denominación por «incongruencia de género» (Gender Incongruence), pues la APA afirma que en una reciente investigación se ha constatado que las organizaciones trans «rechazan el término “trastorno de la identidad sexual” porque, según su opinión, contribuye a la estigmatización de su condición». La APA sostiene que este nuevo término «refleja mejor el núcleo del problema» porque permite focalizar la atención en la «incongruencia existente entre, por un lado, la identidad que uno experimenta o expresa y, por otro lado, el género asignado (generalmente en el nacimiento)». No obstante, todo parece indicar que, a pesar de este artificio terminológico, la APA sigue manteniendo los mismos presupuestos respecto a la identificación de género que legitiman la patologización de la transexualidad: la necesidad de que exista una correspondencia –ahora diremos «congruencia»– entre la identidad de género y el género asignado para que uno pueda ser considerado mentalmente sano o normal; y que la falta de correspondencia –o incongruencia– que genera un malestar «clínicamente significativo» es exclusiva de los transexuales. Por ello, no es de extrañar que para la mayoría de l@s transexuales entrevistad@s el cambio de denominación sea un paso insuficiente, ya que consideran innegociable la eliminación de los manuales de cualquier categoría que sirva para patologizar su condición:

«Este cambio de nombre es un engaño. Sirve para que los que escriben estos manuales se presenten como más progresistas, pero en realidad siguen viéndonos como a unos bichos raros y entonces la sociedad hace lo mismo. Si realmente creen que la transexualidad no es un trastorno, pues que la eliminen del manual» (Mónica).

²⁶ <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/SexualandGenderIdentityDisorders.aspx>

«La belleza es un estado de ánimo»

(Cita de Émile Zola que encabeza la página web de una clínica privada que realiza la cirugía de reasignación genital)

«Cada sociedad posee sus propias técnicas corporales»

(Marcel Mauss)

Capítulo IV

El proceso de diagnóstico y tratamiento de la transexualidad en la UTIG del Hospital Clínic

En 1979, un grupo de profesionales que trabajaban con transexuales fundó la Asociación Internacional Harry Benjamin de Disforia de Género, hoy denominada Asociación Internacional Mundial para la Salud del Transgénero (en adelante, AIMST), cuya sede se encuentra en Estados Unidos. Dicho grupo aprovechó la obra de Benjamin y la experiencia clínica lograda hasta ese momento para redactar el primer protocolo general de asistencia a transexuales: los Estándares de Cuidado para Trastornos de la Identidad de Género. El contenido de estos estándares ha sido revisado en varias ocasiones por un comité pluridisciplinar de la Asociación, y su versión más reciente, la sexta, apareció en febrero de 2001. Estos Estándares de Cuidado se han convertido en el principal referente para todo equipo médico dedicado al tratamiento de la transexualidad.

Los Estándares se complementan a la perfección con los manuales clasificatorios de las enfermedades mentales, pues hacen suyos los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-IV y la CIE-10, además de defender la consideración de la transexualidad como un trastorno mental en la medida en que genera «una desventaja adaptativa y sufrimiento mental» (AIMST, 2001: 6). Al mismo tiempo, sostienen que el diagnóstico

formal de «trastorno de la identidad de género»²⁷ en ningún caso ha de servir «para estigmatizar a los pacientes» e insisten en su función instrumental puesto que creen que «el diagnóstico es importante para recibir cobertura de seguro de enfermedad y guiar investigaciones para poder ofrecer en el futuro tratamientos más eficaces» (AIMST, 2001: 6). Con un marcado perfil biomédico, los Estándares mantienen una concepción del género esencializada y, al igual que observamos en el DSM, presuponen un modelo de normalidad caracterizado por una armónica correspondencia entre el sexo biológico y la identidad/roles de género: la «disforia de género, preocupación de género, angustia de género» del transexual «impide que se establezca una identidad de género *sin conflictos*», por lo que la meta del tratamiento no ha de ser otra que conseguir «un equilibrio perdurable y una comodidad personal con el *género real*²⁸ del propio ser» (AIMST, 2001: 2).

La asistencia a la transexualidad en la UTIG del Hospital Clínic se organiza en función de los Estándares elaborados por la AIMST. En ellos, tras la evaluación diagnóstica del paciente, se recomienda una terapéutica dividida en tres fases, también denominada terapia triádica: el test de la vida real, el tratamiento hormonal y las cirugías de reasignación sexual²⁹. Si bien en el pasado la clínica establecía que todo transexual, para ser considerado como tal, tenía que mostrar su firme deseo de pasar por cada una de las tres fases (siendo la voluntad de someterse a la cirugía de reasignación genital la prueba definitiva de su transexualidad), hoy en día tanto los Estándares como los profesionales de la UTIG reconocen que no todos los transexuales necesitan, ni desean, las cirugías de reasignación sexual.

²⁷ Nótese que el equipo traductor de los Estándares sí que traduce «gender identity disorder» por «trastorno de la identidad de género», evitando así hablar de «identidad sexual» tal y como hacen los traductores del DSM.

²⁸ Los énfasis son míos.

²⁹ Las cirugías de reasignación sexual incluyen diversos tipos de cirugías, todas ellas destinadas a modificar los caracteres sexuales primarios y secundarios del paciente. Hablamos de cirugías de reasignación genital cuando hacemos referencia únicamente a aquellas cirugías que modifican los caracteres sexuales primarios, principalmente mediante las técnicas de la vaginoplastia y la faloplastia.

4.1. La evaluación diagnóstica

Cualquier persona que se dirija a la UTIG del Hospital Clínic deberá someterse, tras la consulta de acogida realizada por la enfermera (que recoge sus datos personales y le proporciona información general de la Unidad), a una evaluación diagnóstica por parte de la psicóloga clínica y la psiquiatra. La diagnosis tiene una finalidad múltiple, ya que sirve para diagnosticar con exactitud el «trastorno de la identidad de género», descartando cualquier otro trastorno que pueda inducir a un diagnóstico erróneo, para detectar posibles trastornos psiquiátricos comórbidos y para acceder al tratamiento hormonal y quirúrgico. Aunque los Estándares de Cuidado no lo exigen, en el Hospital Clínic el diagnóstico lo emiten dos especialistas de forma consensuada: la psiquiatra y la psicóloga clínica. Además de la evaluación diagnóstica, la tarea de las profesionales de salud mental consiste en aconsejar al paciente respecto a la gama de tratamientos disponibles y sus consecuencias, sensibilizar a su entorno más cercano sobre la realidad de la transexualidad, supervisar el test de la vida real, realizar un tratamiento en caso de comorbilidad psiquiátrica y efectuar un seguimiento del paciente a lo largo de todo el tratamiento transexualizador.

Para realizar la evaluación diagnóstica, las profesionales de la UTIG se basan en los criterios diagnósticos del DSM y, sobre todo, en la experiencia clínica adquirida en el tratamiento con transexuales, pues debemos tener en cuenta que «los pacientes saben mucho más de la transexualidad que los propios profesionales porque tienen una vivencia mucho más amplia (...) los síntomas los identifican mucho mejor que cualquier psiquiatra» (Eva, enfermera de la UTIG). Durante las entrevistas, la psiquiatra y la psicóloga tratan de que el paciente elabore su «psicobiografía», empezando por su infancia (con quién jugaba, cómo se sentía, cuáles eran sus intereses, etc.) y haciendo especial hincapié «en sus sentimientos y sensaciones respecto a aquellos rasgos de su cuerpo asociados al dimorfismo sexual, como sus genitales, el pecho, la barba, la estructura ósea» (Esther Gómez, psiquiatra). Asimismo, se realizan test psicométricos con el fin de evaluar la personalidad del paciente, de entre los que destaca, por polémico, el test de masculinidad/feminidad. Como sugiere Garaizábal (1998), esta prueba, con la que supuestamente se determina la prevalencia de rasgos masculinos y femeninos en la personalidad de un sujeto, refleja las ideas más clásicas de la división

de géneros. Las mismas profesionales de la UTIG admiten que están revisando este test y limitan su importancia a la hora de realizar el diagnóstico:

«Si yo te leyera las características masculinas y las femeninas te reírías un poco, porque las masculinas son: valiente, tenaz, obstinado, fuerte...Y las femeninas: cariñoso, amable, tierno, comprensivo, cuidador. Claro, eso en otra época era más característico. Pero en la época actual quizá los roles de género no están tan definidos por esas características. Entonces esta escala no sirve para mucho» (Esther Gómez, psiquiatra).

Ya vimos que en la época del «transexual verdadero» tan sólo se diagnosticaba la transexualidad a aquellas personas que desde su infancia habían mostrado una clara preferencia por los roles asociados al otro género, habían rechazado sus genitales, se habían identificado con el género opuesto y deseaban la cirugía genital: «si no jurabas y rejurabas que durante tu infancia sólo te gustaba jugar con muñecas y que nunca te han atraído ni lo más mínimo las mujeres (...) ni siquiera tomaban en consideración que pudieras ser transexual» (Mejía, 2005: 54). Actualmente, si bien los profesionales de salud mental no exigen tener ante ellos al «transexual verdadero» para emitir el diagnóstico, reconocen que encontrarse ante ese paradigma de la transexualidad les facilita las cosas. Tanto la psiquiatra como la psicóloga clínica admiten que una persona que desde pequeña se ha identificado con el otro género, que desea la operación y que ya ha adoptado los roles del género opuesto antes de la entrevista, constituye un «diagnóstico fácil» (Iria Grande, residente de psiquiatría), lo que permite que la evaluación diagnóstica finalice con las dos visitas protocolarias (con la psiquiatra y la psicóloga), aunque bien es cierto que posteriormente se realiza un seguimiento diagnóstico. En cambio, son considerados como casos menos claros y que, por tanto, requieren una evaluación más prolongada, aquellas personas cuya identificación con el otro género no se ha producido hasta la adultez. Se podría entonces concluir que también en la UTIG del Clínic se privilegia lo que Nieto (2008) denomina «transnatalidad», concepto que vimos anteriormente y que hace referencia a una transexualidad sentida y vivida desde la infancia, a una transexualidad vista como una identidad esencial, estática, no contextual, no biográfica.

De todas las personas que acuden a la UTIG del Hospital Clínic, entre un 11 y un 13% no cumplen con los criterios diagnósticos de transexualidad, siendo diagnosticadas con otro tipo de trastorno. Se trata generalmente de personas a las que se les diagnostica el

«fetichismo transvestista»³⁰ o algún «trastorno de la identidad sexual no especificado», encontrándose también casos de trastornos obsesivos, de la personalidad y, en menor medida, de trastornos psicóticos. Con todo, el hecho de identificarse algún trastorno psiquiátrico dificulta el diagnóstico de transexualidad, pero no necesariamente lo invalida ya que puede existir comorbilidad psiquiátrica. En este sentido, desde la UTIG se afirma que los transexuales suelen presentar «trastornos de ansiedad», «trastornos por consumo de sustancias» y «trastornos del estado del ánimo». Como señala la psiquiatra de la UTIG, «la comorbilidad psiquiátrica en pacientes transexuales probablemente es resultado de las importantes dificultades que padecen en diferentes aspectos de su vida». Esta puesta en valor de los factores sociales muy bien podría extenderse a los criterios diagnósticos del DSM pues, como vimos en el capítulo anterior, el malestar del transexual y su desventaja adaptativa, lejos pertenecer al ámbito exclusivo del individuo, son generados por una sociedad que cuenta con un sistema de género rígido y bipolar.

Por su parte, l@s usuari@s de la UTIG se muestran reticentes ante la necesidad de obtener un diagnóstico médico que confirme su transexualidad, pues afirman ser plenamente conscientes de lo que les pasa y de lo que buscan: «no me gusta ir a un sitio a demostrar lo que soy porque lo tengo clarísimo, y en realidad tú no vas a ningún sitio a demostrar que eres un hombre, ¿verdad?» (Andrea). Además, algun@s de ell@s se sienten incómod@s por tener que dirigirse a un centro de salud mental³¹: «¡joder, es que me he de sentar al lado de esquizofrénicos!» (Andrea); e intentan desvincularse de la imagen degradante asociada a los pacientes psiquiátricos: «cuando voy a la psiquiatra, siempre digo a mis amigos: pero yo no estoy mal, ¿eh?» (Dani). Con todo, la totalidad de los usuarios entrevistados valoran muy positivamente el trato recibido por parte del personal de la UTIG porque consideran que han mostrado empatía hacia su situación, comparten la opinión del personal sanitario en cuanto a la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial con el fin de descartar alguna patología que pudiera confundirse con la transexualidad y destacan la utilidad de la UTIG a la hora de obtener

³⁰ El «fetichismo transvestista» se caracteriza por «fantasías recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el acto de transvestirse» (APA, 2002b: 243), pero sin producirse una identificación con el otro género.

³¹ Recordemos que la UTIG pertenece al Centro de Salud Mental para Adultos (CSMA) del Hospital Clínic.

información, pues «son los que cortan el bacalao» (Dani), y de realizar un acompañamiento del proceso transexualizador:

«Estoy totalmente de acuerdo en que exista la figura de un psicólogo que te haga un acompañamiento porque nadie nace enseñado, y te ayude a pasar los primeros tiempos en el supuesto de que no tengas a nadie a tu lado que conozca el tema» (Montse).

La opinión favorable que los usuarios tienen de la UTIG se ve reforzada por las experiencias desagradables que algunos de ellos han vivido al entrar en contacto con un estamento médico que a menudo ignora por completo en qué consiste la transexualidad o, en el peor de los casos, la juzga como una aberración a eliminar. Jennifer, de nacionalidad cubana, cuenta que a la edad de 12 años el psiquiatra que la atendía por su «marcado afeminamiento» le administró durante seis meses testosterona para masculinizarla. Pero no hay que ir muy lejos para observar prácticas cuando menos dudosas: a Jessica (hombre biológico), el médico de cabecera de un CAP de Barcelona, tras conocer su deseo de someterse a una cirugía genital, la derivó al ginecólogo, que evidentemente no supo qué hacer con su caso; Montse, que forma parte de la Asociación de Transexuales de Cataluña, nos explica que hay transexuales que han acudido a la asociación después de que el psiquiatra de la sanidad pública les pusiera en tratamiento farmacológico afirmando que sus deseos de cambiar de sexo eran síntoma de una depresión o de otro trastorno mental.

Quienes se muestran más críticos con la existencia y el funcionamiento de las Unidades de Trastornos de la Identidad de Género son, obviamente, l@s trans que rechazan de pleno la apropiación médica de la transexualidad. Luís, miembro del colectivo Trans-Block y antiguo paciente de la UTIG del Hospital Clínic, critica que el estamento médico monopolice toda la información existente en torno a la transexualidad, lo que a su juicio desemboca en una uniformización del fenómeno transexual e impide que l@s trans valoren otras posibilidades más allá de las que ofrece el estamento médico: «hay mil opciones, no sólo la opción que te dan en la consulta es la válida: te hormonas, te operas, te cambias el nombre y rechazas toda tu vida anterior». En un sentido similar se expresa Mónica, que pertenece al Colectivo de Transexuales de Cataluña: «nuestro grupo pidió que se asistiera a los transexuales en el Clínic, que se trataran las cosas propias de la transexualidad, pero han acabado fabricando transexuales según sus

«criterios». Mónica incluso va más allá al posicionarse a favor de la eliminación de las Unidades de Género:

«Me parecen una cosa sectaria. Unidad de Raza le podrían decir también cuando se asiste a los negros. ¡Es racista! Creo que las unidades de género deberían desaparecer y limitar la asistencia a transexuales a los servicios endocrinológicos».

4.2. El test de la vida real

La primera de las fases de la terapia triádica es el denominado «test de la vida real» o «experiencia de la vida real». Los Estándares de Cuidado lo definen como «el acto de adoptar completamente un nuevo rol de género» (AIMST, 2001:17), con lo que se prueba «la determinación de la persona, la capacidad de funcionar en el género preferido y la suficiencia del apoyo social, económico y psicológico» (AIMST, 2001: 18). Muchos transexuales que acuden a la UTIG «ya vienen con el test de la vida real hecho» (Esther Gómez), lo que significa que ya han adoptado una apariencia acorde con el género con el que se identifican. En caso de no haber efectuado ninguna transformación estética, la voluntad del paciente de iniciar el test y la posterior adopción de los roles de género deseados supondrán la plena confirmación del diagnóstico, que se ha efectuado con anterioridad. Y es que si bien actualmente el deseo de someterse a una cirugía genital ya no es un requisito necesario para obtener el diagnóstico, sí que se demanda que el paciente muestre su determinación para someterse a un «proceso transexualizador», esto es, realizar una transformación corporal utilizando técnicas no necesariamente quirúrgicas, como la hormonación, la vestimenta, los cosméticos o la depilación. La doctora Esther Gómez nos explica con más detalle en qué consiste el «test de la vida real»:

«Simplemente consiste en que la persona viva de acuerdo al rol de género deseado. “¿Tú te sientes mujer? Pues venga, da algún pasito para que los demás empiecen a verte como una mujer”. Habrá gente que marque más su feminidad en la ropa o en la cara, y habrá gente que menos, porque es más discreta. Pero algún paso se tiene que dar porque...imaginemos a un hombre que se siente mujer y que sigue viviendo como un hombre, con barba. Eso no se concibe. Tiene que hacer que la gente de alguna forma le vea como una mujer. Eso es el test de la vida real. En los casos en los que la persona está muy masculinizada, igual le da vergüenza. Entonces, tienes que empujarle y decirle: “mira, esto es una fobia, vete soltando poco a poco”. Marcamos unas pautas, como con las fobias: “¿a ti te da vergüenza salir porque todavía ves que tu cara es muy masculina? Pues un día cambias un poquito; otro día, otro

poquito más; el tercer día, pues te vistes de mujer sólo por la noche con tu familia; otro día, vas a un sitio público vestida de mujer».

No obstante, adoptar una vestimenta asociada con el otro sexo sin contar aún con el cuerpo adecuado (puesto que no se ha iniciado el tratamiento hormonal) y esperar que el entorno te incluya de forma implícita en el género que tratas de expresar, puede representar una empresa quimérica cuyo fracaso minará la autoestima. Montse, que ha pasado por el test de la vida real en el Hospital Clínic, nos cuenta las dificultades a las que se tuvo que enfrentar cuando empezó a vestirse de mujer sin haber tomado hormonas:

«Cuando empiezas la transición y sales a la calle vestido de mujer no eres más que un hombre vestido de mujer y todo el mundo te mira. El fenotipo no te acompaña, tienes barba, y vas con mucha inseguridad. Hasta que no aprendes a estar segura de ti misma se pasa muy mal. Por eso creo que el test de la vida real no se ha de imponer nunca. Como mucho, se ha de hacer cuando la persona ya ha adquirido algunas características del sexo opuesto gracias a las hormonas. A un chico transexual, si se pone pantalones, nadie le dirá nada. Pero si una chica se pone una falda y un vestido sin tener pechos y con la barba marcada todo el mundo la mirará (...) Yo tenía carácter y era fuerte, pero hay personas que no lo tienen y lo pasan muy mal, se sienten como un payaso».

Otras transexuales consideran que desde el estamento médico tratan de imponer unos roles de género fundamentados en los clásicos estereotipos de la masculinidad y la feminidad, cuyo correlato con la realidad cada vez es más débil: «quieren que seas un tipo de mujer que ya ni las mismas mujeres lo son» (Mónica). Además, exigen plena autonomía a la hora de decidir qué actitudes y comportamientos adoptar:

«¿Qué es lo que tengo que hacer? ¿Ponerme tacones hasta en la ducha? (...) ¿Y qué pasa si mi comportamiento es masculino? ¿Cuántas mujeres son masculinas? ¿Qué pasa, que tengo que estar el día entero pintándome las uñas? (...) Lo que un médico no puede determinar es cómo soy yo. Puede determinar un trastorno, pero no mis características. Un médico no puede determinar mi grado de feminidad» (Jennifer).

Si, de acuerdo con Soley-Beltran (2009), consideramos el cuerpo como una superficie en la que supuestamente se muestra la identidad del sujeto, concebida como interior, podemos entender el «test de la vida real» como un compromiso adquirido por el sujeto con el objetivo de confirmar de forma fáctica, y no ya con palabras, la identificación con el género que socialmente no se corresponde con su morfología corporal. No

obstante, el hecho de que la confirmación diagnóstica dependa en buena medida del éxito del «test de la vida real», es decir, de la buena aceptación brindada por el entorno al individuo que ha efectuado la transformación, supone otra forma más de individualizar responsabilidades. El temor o la negativa a someterse al «test de la vida real», o el hecho de desistir en el intento una vez vistas las reacciones negativas del entorno, no pueden ser leídos exclusivamente en clave individual, no pueden ser vistos simplemente como «una fobia», tal y como señalaba Esther Gómez. Como me recordó una compañera de la asociación PASTT con la que coincidí en el Congreso Internacional sobre la Identidad de Género:

«Si alguien ha de ser visto como un enfermo o tiene que someterse a una prueba para saber si es normal, es la sociedad, no yo».

4.3. La terapia hormonal

Una vez emitido el diagnóstico de «trastorno de la identidad de género», el paciente es derivado al servicio de endocrinología del Hospital Clínic, en donde se le realizará una analítica exhaustiva con el fin de poder iniciar la terapia hormonal. En el caso de las transexuales femeninas (hombres biológicos), se realiza una terapia estrogénica (p.ej. Valerato de Estradiol) y antiandrogénica (p.ej. Androcur), pudiendo también administrarse progesterona (otro tipo de hormona femenina). Por su parte, los transexuales masculinos efectúan una terapia androgénica a base de testosterona. El tipo de hormonas y la dosis variarán en función de la valoración global del paciente realizada por el equipo endocrinológico. Los Estándares de Cuidado establecen como requisitos indispensables para emprender la administración de hormonas (estándares que han sido suscritos por la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición): «ser mayor de 18 años, tener un conocimiento demostrable de lo que pueden y no pueden lograr las hormonas y de los riesgos y beneficios sociales, y haber realizado una experiencia de la vida real de al menos tres meses» (AIMST, 2001: 13).

Cabe subrayar que no son pocas las transexuales femeninas que ya han iniciado por su cuenta un tratamiento hormonal antes de acudir al Hospital Clínic³², habiendo recabado

³² Gómez (2006) apunta que de las 117 transexuales femeninas atendidas en el Hospital Clínic durante el periodo 1996-2004, un 64.1% ya se autohormonaba antes de acudir al centro.

información de internet³³ o seguido las recomendaciones de alguna transexual más experimentada. El acceso a los estrógenos sin receta médica es relativamente sencillo, puesto que las transexuales pueden utilizar los mismos fármacos estrogénicos que utilizan algunas mujeres para la menopausia o con fines anticonceptivos. Además, durante el tiempo que traté con las transexuales femeninas de la asociación PASTT de París pude constatar la existencia de circuitos informales de información, compra-venta y administración de hormonas (sobre todo en caso de tratamientos inyectables). Son sobre todo las transexuales más veteranas (que durante su juventud iniciaron el proceso transexualizador sin contar con Unidades de Género hospitalarias) y aquellas que no quieren operarse los genitales (y que, por tanto, no acuden a un centro hospitalario) las que tienden a hormonarse sin supervisión médica. Carla, transexual de 64 años, cuenta que cuando llegó a Barcelona a mediados de los años 60 procedente de un pequeño pueblo del norte de España empezó a conocer a transexuales en el barrio del Raval que «ponían hormonas sin control alguno». Con todo, las transexuales más experimentadas, como Carla, y las asociaciones de asistencia a la transexualidad, como el PASTT, recomiendan al transexual acudir al endocrinólogo para que supervise el tratamiento debido a los múltiples efectos adversos de la medicación³⁴.

Con o sin supervisión médica, el tratamiento hormonal permite a l@s transexuales dejar atrás un cuerpo considerado como «algo extraño» (Andrea), «ajeno» (Jessica), para obtener un cuerpo sin ambigüedades y acorde con su «verdadera identidad» (Jennifer): «poco a poco me estoy quitando el disfraz y estoy empezando a ver lo que realmente soy (...) Antes tenía más cara de mujer y por la calle me confundían, había más ambigüedad. Con las hormonas, todo el mundo me trata como a un hombre» (Dani). Los estrógenos facilitan la aparición paulatina de los caracteres sexuales secundarios asociados con la femineidad, como el crecimiento de los pechos, la acumulación de grasa en la cadera, la disminución del bello corporal y la obtención de un cutis más fino. Por otra parte, los cambios obtenidos con la testosterona son aún mayores: el clítoris se alarga (permitiendo en algunos casos la penetración), el bello corporal aparece por todo el cuerpo, la voz se agrava, se gana masa muscular y la grasa corporal se reestructura,

³³ Durante la presente investigación se han detectado numerosos foros y sitios web en donde se intercambia y ofrece información relativa a tratamientos hormonales para transexuales.

³⁴ La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (2002) señala como posibles efectos adversos de la terapia estrogénica: alteración de las enzimas hepáticas, aumento del colesterol, embolismo pulmonar, trombosis cerebral, infarto de miocardio, metaplasma de próstata y cáncer de mama. En el caso de los transexuales tratados con andrógenos, el efecto adverso más relevante es el infarto de miocardio.

abandonando las caderas para acumularse en la zona abdominal. Las transexuales femeninas que utilizan su pene en las relaciones sexuales evitan algunos fármacos o reducen la dosis para evitar que su pene se torne flácido y tener así problemas de erección. En este sentido, Carla, transexual operada pero que durante mucho tiempo obtuvo placer usando su pene, lamenta que actualmente los endocrinos receten un antiandrógeno llamado «Androcur»:

«Esas pastillas son como una especie de castración. Antiguamente no queríamos tomarlas porque se decía que no podríamos mantener relaciones sexuales, que no sentiríamos nada».

Pero a parte de estos cambios físicos, esa obtención del cuerpo deseado, parece que las hormonas desencadenan una serie de cambios emocionales que son interpretados por l@s transexuales como un indicio de que se está obteniendo una forma de ser y de sentir que sintoniza con su identidad de género. Sin negar la posibilidad de cambios de humor y del estado emocional producidos por el tratamiento hormonal, lo cierto es que si prestamos atención a las narraciones de los transexuales podemos intuir que la percepción de esos cambios emocionales obtenidos con las hormonas está condicionada por una visión estereotipada de la masculinidad y la feminidad que es preexistente al tratamiento hormonal. Jennifer afirma que «antes era muy agresiva y ahora soy muy mimosa, más femenina». Andrea sostiene que «antes era una persona muy positiva; ahora, desde que tomo hormonas, tengo otro tipo de sentimientos, soy mucho más sensible». Dani, en cambio, comenta que el tratamiento hormonal no ha cambiado su forma de ser «porque antes ya era bastante masculino». En fin, el relato de Montse quizá sea el que más claramente refleja el influjo de los convencionalismos de género en la lectura que realizan los transexuales de los cambios psíquicos obtenidos con las hormonas:

La terapia hormonal modifica tu forma de pensar. La percepción de las cosas cambia y también la conducta de la persona a la hora de resolver determinados conflictos. Por ejemplo, si ves dos hombres que se pelean en la calle, antes hubiera intercedido en la pelea y les hubiera dicho que si no paraban las hostias se las metía yo. Ahora, desde una perspectiva femenina, lo vería como un acto lamentable pero no intervendría, sino que buscaría otros mecanismos para parar la pelea como, por ejemplo, avisar a la policía (...) Buscaría la vía del diálogo y no la vía de la agresividad.

Esta especie de determinismo hormonal de la personalidad que emana de las palabras que acabamos de leer no solamente forma parte del parecer de los transexuales. Y es

que a pesar de que hoy sabemos que no hay hormonas específicas de cada sexo, sino que todos los cuerpos producen tanto estrógenos como testosterona, estando la diferencia en la cantidad variable de esa producción, desde que Ernest Henry Starling acuñó en 1905 el término «hormona» (que en griego significa «excitante») la investigación endocrinológica ha estado estrechamente vinculada a la política de género. Tomando como un hecho incuestionable la existencia de diferencias psicológicas y comportamentales entre los sexos, desde el principio los estudios endocrinológicos parecían reflejar y a la vez contribuían a las definiciones de la masculinidad y la feminidad, consolidando numerosos estereotipos culturales de género: desde la alegación de que la agresividad la causan los andrógenos (masculinos) hasta el periódico cambio de estado de ánimo que se atribuye a las mujeres (Fausto-Sterling, 2006; Hausman, 1992).

Actualmente, los fármacos hormonales representan una fuente ingente de beneficios económicos para la industria farmacéutica, y esto es debido en buena medida a que pueden ser utilizados para corregir las deficiencias de todo cuerpo que sea incapaz de encarnar adecuadamente la identidad de género subyacente. Acabamos de ver que los transexuales utilizan las hormonas para obtener un cuerpo acorde con su identidad. Pero no son los únicos. Y es que no son pocos los hombres y mujeres que recurren también a lo que podríamos denominar la «química de género» para garantizarse un lugar dentro de la normalidad corporal. Algunas mujeres toman antiandrógenos para paliar los efectos masculinizantes ocasionados por una segregación desmesurada de hormonas masculinas: exceso de vello corporal y caída marcada del cabello. Los hombres aquejados de hipogonadismo (que provoca bajos niveles de testosterona) utilizan la terapia androgénica para sortear los mayores estigmas de la virilidad: pérdida de deseo sexual y de energía e infertilidad. Si a este consumo extendido de hormonas con fines normalizantes le añadimos la proliferación de vacunas y antibióticos, el reinado de los antidepresivos o el auge de la cirugía estética, y observamos todo ello bajo un prisma foucaultiano, podríamos afirmar que si en la sociedad disciplinaria la arquitectura y la ortopedia servían como modelos para entender la relación cuerpo-poder, en la sociedad actual:

«el modelo de acción sobre el cuerpo es la microprotésica: el poder actúa a través de una molécula que viene a formar parte de nuestro sistema inmunitario, de la silicona que toma la forma de senos, de un neurotransmisor que modifica nuestra forma de percibir y actuar, de una

hormona y su acción sistémica sobre el hambre, el sueño, la excitación sexual, la agresividad o la descodificación social de nuestra feminidad y masculinidad» (Preciado, 2008: 67).

4.4. Las cirugías de reasignación sexual

Tras 12 meses de terapia hormonal y de haber vivido ininterrumpidamente en el rol de género deseado, el paciente ya puede someterse a la última fase del tratamiento transexualizador: la cirugía de reasignación genital. En el caso de las transexuales femeninas, los procedimientos quirúrgicos genitales suelen incluir la orquidectomía (extirpación de testículos), la penectomía (extirpación del pene), la vaginoplastia (construcción de una neovagina)³⁵, la clitoroplastia (construcción de un clítoris) y la labioplastia vaginal (construcción de labios vaginales). Los transexuales masculinos pueden someterse a la histerectomía (extirpación de la matriz y los ovarios), la metoidioplastia (se da la forma de un micropene de unos 3-6 cm. al clítoris que ha crecido gracias a la terapia hormonal), la faloplastia (construcción de un neopene)³⁶ o la implantación de prótesis testiculares. Resulta paradójico constatar cómo algunas de estas técnicas quirúrgicas, como la vaginoplastia, nos traen a la memoria los postulados galénicos presentados en el primer capítulo, hasta qué punto la ciencia médica nos retrotrae al «modelo de sexo único», a esa vagina vista como a un pene invertido.

Es necesario precisar que cuando hablamos de cirugías de reasignación sexual no tan sólo nos estamos refiriendo a esas técnicas de reconstrucción genital (modificación de los caracteres sexuales primarios), sino también a toda una serie de cirugías plásticas destinadas a modificar los caracteres sexuales secundarios. Entre los transexuales masculinos, la cirugía de este tipo más utilizada es la mastectomía (extirpación de los pechos). Por su parte, las transexuales femeninas disponen de una oferta más amplia de cirugías feminizadoras: liposucción, rinoplastia, reducción de los huesos faciales, mamoplastia de aumento, operación de las cuerdas vocales o reducción de la nuez de

³⁵ Para la vaginoplastia, la técnica más utilizada, aunque no la única, es la de la inversión peneana, que consiste en construir una neovagina mediante la piel invertida del pene y del escroto.

³⁶ La faloplastia implica la construcción de un pene usando piel proveniente de otras áreas del cuerpo. Dependiendo del tipo de faloplastia, la piel es tomada del abdomen, la ingle/pierna y/o el antebrazo. La faloplastia requiere usualmente una extensión uretral para que el paciente pueda orinar a través del neopene. Asimismo, puede ser insertado un injerto flexible o un dispositivo de bombeo para garantizar la erección.

Adán. A excepción de la mastectomía, este tipo de cirugías se pueden realizar sin necesidad de aportar un informe que acredite el «trastorno de la identidad de género».

Desde finales de 2008, la Generalitat de Cataluña financia las cirugías de reasignación genital así como las mastectomías que se realizan en la UTIG del Hospital Clínic. Sin embargo, la demanda supera con creces a la oferta, por lo que actualmente la lista de espera para operarse es de aproximadamente unos 3 años. Este hecho motiva que algunos transexuales decidan operarse en alguna de las clínicas privadas existentes en nuestro país, aunque para ello sea necesario disponer de recursos económicos suficientes: una vaginoplastia puede costar entre 12.000 y 18.000 euros, mientras que la faloplastia puede ascender hasta los 35.000 euros. Si no se tiene el dinero necesario, siempre queda la opción de operarse en el extranjero, siendo los países del sudeste asiático especialmente valorados por la relación calidad/precio: una vaginoplastia en Tailandia cuesta la mitad que en España.

La totalidad de las transexuales femeninas entrevistadas que son, o han sido, pacientes de la UTIG del Hospital Clínic piensan someterse, o ya se han sometido, a la cirugía de reasignación genital. Todas ellas consideran que la cirugía constituirá el paso definitivo para corregir la disonancia producida por tener un cuerpo que no se ajustaba a su mente: «la operación va hacer que todo mi cuerpo esté en armonía conmigo misma» (Jennifer); «la operación hará que mi cuerpo encaje con mi forma de ser» (Jessica). Parece que la cirugía no sólo les permitirá tener unos genitales femeninos, sino también experimentar eso que denominamos «feminidad», consiguiendo con ello una posición de normalidad dentro de nuestro sistema de género: «queremos un coño porque queremos sentirnos mujer al 100%, ser una mujer más, tener lo que tienen ellas y hacer una vida normal» (Jessica). Además, en algunos casos, el deseo de someterse a la cirugía genital prevalece sobre el temor a las posibles complicaciones post-operatorias. Montse, que adquirió notoriedad en marzo de 2008 por iniciar una huelga de hambre con el objetivo de presionar a la Generalitat de Cataluña para que financiara las cirugías genitales, deja bien claro cual era su posicionamiento antes de someterse a la cirugía genital, que para ella entrañaba un elevado riesgo debido a su precario estado de salud:

«Cuando entré en el quirófano ya había aceptado que podía morir si la cosa salía mal, o que quizá no obtendría nunca más placer sexual, pero todo eso me daba igual. Mientras me quitaran el pene...»³⁷.

Entre los transexuales masculinos que acuden a la UTIG son pocos los que deciden someterse a la faloplastia o a la metoidioplastia, pues saben que las técnicas de reasignación genital masculinas están bastante menos desarrolladas que las femeninas. Los problemas y riesgos post-operatorios son mayores con la faloplastia que con la vaginoplastia, y la pérdida del placer sexual es casi segura con la implantación de un neopene, mientras que con una neovagina no es inusual llegar al orgasmo. Es por esto que la mayoría opta por la mastectomía, que elimina uno de los signos más visibles de la feminidad (los pechos), y por la histerectomía, que reduce la producción de estrógenos y detiene el principal flujo asociado con la feminidad (la sangre menstrual). Las mismas profesionales de salud mental de la UTIG advierten a sus pacientes de los peligros que conlleva la construcción quirúrgica de neopenes:

«¿Qué ocurre con la faloplastia? Todos te dicen: “si por arte de magia tuviera un pene, pues lo tendría”. Pero con la de complicaciones que conlleva la operación, la de problemas que da, pues no se la hacen. Y eso es un porcentaje elevado, porque son muy sensatos. Hoy por hoy, desde el departamento de psiquiatría y psicología no la recomendamos porque sabemos que hay pacientes que se han operado y tienen muchos problemas: de fístulas, etc. Y yo no se si compensa» (Esther Gómez, psiquiatra).

El hecho de que la mayoría de transexuales masculinos construyen su masculinidad sin recurrir a la faloplastia por temor a los efectos post-operatorios, mientras que cada vez son más las transexuales femeninas que se someten a la vaginoplastia impulsadas por la existencia de técnicas quirúrgicas avanzadas, muestra que la construcción corporal e identitaria de l@s transexuales está estrechamente vinculada con el avance y la disponibilidad de las tecnologías médicas. Las entrevistas y charlas informales con las transexuales más veteranas, tanto en París como en Barcelona, corroboran la tesis de que la oferta crea la demanda. Carla cuenta que muchas transexuales mayores de 40 años no se han operado los genitales porque cuando iniciaron el proceso transexualizador, durante su juventud, casi no existían clínicas dedicadas a la reasignación genital, no contaban con recursos económicos suficientes y los resultados

³⁷ Montse comenta que, tras la operación, sufrió una necrosis parcial del tejido peneano/vaginal. Sin embargo, afirma que actualmente puede llegar al orgasmo.

de la operación dejaban mucho que desear; y ahora que el contexto es más propicio, no se operan porque «han aprendido a vivir y a conformarse con su pene». Así pues, con la consolidación del modelo biomédico de la transexualidad, la financiación de la cirugía genital por parte de la sanidad pública y el previsible perfeccionamiento de las técnicas de reasignación genital³⁸, no es descabellado suponer que el futuro de la transexualidad estará cada vez más ligado al quirófano. Si a ello le añadimos el mantenimiento del sistema dual y excluyente de género, parece que la mujer fálica y el hombre sin pene cederán definitivamente su lugar al transexual quirúrgicamente normalizado.

A pesar de lo dicho, lo cierto es que actualmente sigue habiendo transexuales que rechazan operarse, no por miedo a las complicaciones quirúrgicas ni por la falta de recursos económicos, sino porque consideran que sus genitales pueden ser un componente más en la construcción de su identidad. No creen que sus genitales sean fuente de malestar, sino de placer sexual. Si bien la práctica totalidad de las transexuales que trabajaban en el PASTT y las que eran usuarias de la asociación se hormonaban y/o se habían sometido a cirugías plásticas para feminizar sus caracteres sexuales secundarios (sobre todo la mamoplastia de aumento), lo cierto es que eran minoría las que se habían operado –o querían operarse– los genitales. Y entre las transexuales que se dedicaban al trabajo sexual en el *Bois de Boulogne* parisino, el porcentaje de operadas era prácticamente nulo, pues se afirmaba que los clientes prefieren –y pagan más por ello– a las transexuales con pene.

Es entre l@s transexuales que rehúsan la cirugía genital de donde surgen las voces más vehementes en contra de la operación. Luís sostiene que es nuestro sistema de género dual y excluyente el que no deja otra alternativa que el quirófano a much@s transexuales, que tratan así de evitar la estigmatización y el malestar causados por tener un cuerpo no normativo: «no estamos juzgando a la gente que se opera, sino en qué sociedad de mierda vivimos para que alguien para ser feliz necesite operarse. O sea, prefieres adaptarte tú a la sociedad, en vez de que la sociedad se adapte a ti. Lo entiendo, pero me da muchísimo que pensar». Por su parte, Mónica centra sus críticas contra el estamento médico por presentar la operación como el billete de entrada al reino de la normalidad femenina, a la vez que insta a las transexuales a «romper tabúes»

³⁸ Por ejemplo, la psicóloga Teresa Godás comenta que ya se está gestando el primer trasplante de pene a un hombre mutilado.

para tratar de descubrir «lo bueno de su cuerpo» y de gozar sexualmente con sus genitales masculinos:

«La ciencia nos ha vendido la operación como algo idílico, cuando no lo es. Siguen diciendo que seremos mujeres, que estaremos bien aceptadas. Eso de que la sociedad te va aceptar con una castración es una milonga, una tontería. Yo no estoy en contra de la operación, pero lo que recomiendo es un rodaje antes, un rodaje sexual. Hay que practicar sexo antes para darse cuenta de que la operación no es necesaria».

Finalmente, es menester recordar que no sólo l@s transexuales recurren hoy en día a la cirugía plástica (como antes vimos con las hormonas) para tratar de cumplir con los cánones estéticos imperantes en nuestra sociedad, de ajustarse a ese ideal de género normativo. El recurso, cada vez más extendido, a las cirugías estéticas, a las terapias hormonales y a otras muchas técnicas cosméticas puede ser interpretado, apoyándonos en Butler, como una serie de actos performativos que, a fuerza de repetirse siguiendo unas pautas preestablecidas, acaban consolidando los mismos ideales estéticos de la masculinidad y de la feminidad que previamente habían fundamentado dichos actos. Pero mientras que a una mujer se le permite adquirir una apariencia femenina hiperbólica (con una talla 140 de pecho, labios hipsiliconados, rostro repleto de botox, algunas costillas eliminadas y posaderas y vientre liposucionados) sin necesidad de evaluar su salud mental, a los transexuales se les exige contar con un certificado psiquiátrico para poder someterse a la cirugía de reasignación genital. Este contrasentido parece resolverse si nos atenemos a las palabras de Preciado (2009), para la que existe un estatus diferencial entre las diversas partes corporales: mientras que, por ejemplo, la nariz o los labios pertenecen al dominio exclusivo del individuo, los genitales pertenecen al Estado y a sus instituciones, por lo que para poderlos modificar hay que contar antes con su beneplácito.

*«From childhood's hour I have not been
As others were - I have not seen
As others saw - I could not bring
My passions from a common spring»³⁹
(Edgar Allan Poe)*

Capítulo V

La construcción corporal e identitaria de las personas transexuales

Tras repasar los condicionantes históricos que allanaron el camino para el nacimiento de la categoría médica «transexualidad», revisar las principales teorías etiológicas, cuestionar los fundamentos argumentales sobre los que se asienta la patologización del fenómeno y exponer las fases constitutivas del proceso asistencial, estamos en condiciones de ocuparnos del proceso de construcción identitaria de las personas transexuales. En este apartado volveremos a constatar que la identidad de género –la de los transexuales pero también la del resto de personas– no es sino un proceso –siempre inconcluso a pesar de que intentamos dotarlo de cierta consistencia– a lo largo del cual vamos interpretando, negociando, rechazando, acatando e incorporando los discursos y (re)acciones de nuestro entorno más inmediato, de nuestra sociedad y sus instituciones. Asimismo, dada la importancia de la apariencia corporal en nuestra sociedad, pues suponemos que el cuerpo es el fiel reflejo de una identidad subyacente, seguiremos observando que la construcción identitaria está estrechamente vinculada con las estrategias destinadas a reconstruir, ocultar, exacerbar y/o resignificar diferentes partes corporales.

5.1. «Yo no soy como los demás»

La inmensa mayoría de l@s transexuales entrevistad@s relatan que durante su infancia ya se habían percatado de que había algo que les pasaba: «desde que tienes consciencia sientes que no eres igual que el resto de la gente, que eres diferente y que te pasan cosas

³⁹ Desde el tiempo de mi infancia no he sido/ como otros eran, no he visto/ como otros veían, no pude traer/ mis pasiones de una primavera común.

distintas» (Andrea). Este sentimiento de «ser diferente» parece producirse por la preferencia por los juegos y pasatiempos asociados al género opuesto: «desde siempre me han gustado las muñecas» (Jessica); y por la tendencia a travestirse cuando los adultos están ausentes: «cuando no había nadie en mi casa, yo me ponía los tacones de mi madre, los vestidos de mis hermanas, trataba de maquillarme y, como tenía el pelo corto, me ponía una toalla en la cabeza para sentir que tenía el pelo largo» (Jessica). Asimismo, algun@s afirman haberse cuestionado durante su niñez acerca de por qué no tenían los genitales del otro sexo: «recuerdo que, una vez, debería tener 5 o 6 años, le pregunté a mi madre por qué yo tenía un pito como mi hermano y en cambio no tenía los genitales de mi hermana» (Montse). No obstante, ni esta preferencia por los roles del género opuesto, que a menudo conllevaba una reprimenda de los padres, ni el cuestionamiento de los propios genitales, no parecen en modo alguno haber convertido la infancia de l@s entrevistados en algo especialmente traumático. Dani y Andrea nos ofrecen muy acertadamente las claves para entender por qué esta etapa vital no es recordada con dolor:

«Yo era el marimacho de todo, pero de pequeño no tenía que enfrentarme a la sociedad por tener que encasillarme en cuanto a hombre o mujer, y por eso iba pasando bastante bien» (Dani).

«Tú de niño no sientes un rechazo de tu cuerpo, excepto de tus partes, porque realmente es un cuerpo de niño. Y realmente un cuerpo de niño y un cuerpo de niña básicamente no varían excepto por sus partes genitales» (Andrea).

Y es que el malestar de los transexuales adquiere forma y relevancia a partir de la adolescencia, una etapa en la que se van experimentando los cambios físicos y fisiológicos que acentúan los caracteres sexuales secundarios, en la que va floreciendo la sexualidad y, muy especialmente, en la que la dicotomía de género, si bien ya se ha podido intuir durante la infancia a través del vestido y del juego, empieza a adquirir una importancia capital en la vida de las personas. Resulta interesante observar que es principalmente el desarrollo de los denominados caracteres sexuales secundarios, y no tanto la toma de conciencia genital, lo que motiva que la existencia de algun@s trans se torne insostenible: «cuando empiezas a crecer como mujer biológica que has nacido, y se empieza a desarrollar tu cuerpo, tus pechos, aquí sí que dices: “no puede ser”» (Dani). La aparición de los caracteres sexuales secundarios es para algun@s transexuales un hecho traumático en la medida en que esos signos visibles que son la

barba o los pechos marcan definitivamente su adscripción social a un género que rechazan: «sufres más en el sentido de que piensas que ya no te puedes ocultar, porque antes pasabas más desapercibido» (Dani). De ahí que la afirmación «haber sabido desde siempre que se ha nacido en un cuerpo equivocado» sea puesta en entredicho por Mónica, para la que esa desazón producida por tener un cuerpo socialmente asociado con un género que no se reconoce como propio no puede aparecer hasta que el sistema dual de género, esa constelación de normas y de significados, empieza a regir fuertemente la vida del adolescente:

«Mira, cuando eres niño el género no importa (...) Un niño de 6 años no le interesa el género, no sabe lo que es. Puedes tener la sensación de que hay cosas de las chicas que te gustan y puedes notar que hay algo que no funciona. Pero un niño no puede tener esa sensación de estar atrapado en un cuerpo equivocado, imposible. Esto sólo puede suceder cuando el género y la sexualidad entran en tu vida. Entonces sí que eres consciente de que hay algo. La infancia no es una edad especialmente traumática en el tema del género. La adolescencia es una época clave. Es una época turbulenta para todo el mundo, pues imagínate para una trans. Es cuando se bipolarizan los géneros».

Uno de los momentos cruciales en el proceso de configuración identitaria de l@s transexuales entrevistad@s es cuando descubren que su caso no es el único, que existen personas como ell@s y también medios para conseguir aquello que ell@s anhelan. En este sentido, algun@s entrevistad@s admiten que el hecho de haberse podido identificar con algún referente público de la transexualidad, como la actriz Bibi Andersen, les ayudó a no sentirse sol@s y constituyó un estímulo para iniciar la transformación corporal, mientras que l@s más jóvenes afirman haber utilizado internet para informarse sobre lo que les pasaba y para conocer las técnicas transexualizadoras. Nadie mejor que Carla para mostrarnos la importancia del descubrimiento del hecho transexual para empezar a dotar de sentido lo que hasta ese momento tan sólo había sido una nebulosa de deseos y sensaciones:

«Lo que pasa es que vivía en un pueblo muy pequeño de Navarra y no sabía nada. Tenía 3000 habitantes y yo no sabía que existía la transexualidad, ni sabía que existía la homosexualidad, ni sabía nada de nada. Pero yo me notaba extraña y sabía que tenía que haber algo fuera de allí, era un presentimiento. (...) Entonces me pasó una cosa: nosotros teníamos un comercio en el pueblo, y una vez mi padre me llevó a Zaragoza a comprar género en unos almacenes de venta al por mayor. Entonces vi unos letreros que anunciaban un espectáculo de una transexual y que ponían: “¿es un hombre o es una mujer?”. Y yo entonces ya dije: “tate, esto es lo que me pasa”. Fue como mi despertar, mi revelación: “ya hay alguien como yo, ya no estoy sola, ya no

soy un bicho raro”. Y ya nada volvió a ser como antes. A partir de entonces me sentía muy incómoda en casa, no quería estudiar, la cabeza se me volvió de otra manera».

Una vez reinterpretada la situación personal bajo el prisma de la transexualidad y sabido de la existencia de medios para la transformación corporal, l@s entrevistad@s se enfrentan a la encrucijada de querer actuar sin saber exactamente cómo hacerlo, pues son conscientes de lo “anormal” de su condición e intuyen que si hacen públicos sus deseos se exponen muy probablemente a la desaprobación y al rechazo de su entorno. Si el contexto no es nada favorable, pues se sabe con seguridad que el círculo afectivo se mostrará hostil y/o se vive en un lugar que no ofrece los medios técnicos para el proceso de transexualización, se puede optar por abandonar el lugar de residencia e iniciar la transformación de forma anónima en un entorno más propicio. Dos ejemplos: Carla, procedente de una familia «más bien burguesa» para la que hubiera sido «un *shock* tremendo» descubrir su condición, decide marcharse con 14 años de su pequeño pueblo navarro y, tras una estancia en Zaragoza, llega a mediados de los años 60 a Barcelona, «una ciudad muy libre y abierta donde empecé a conocer a transexuales que me decían dónde ponían hormonas». Jennifer, cubana de 19 años, tras ser obligada a someterse a una terapia androgénica en un centro psiquiátrico con el fin de “curar” su afeminamiento, logra salir de la isla obteniendo una beca del Ballet Nacional de Cuba para aprender el oficio en Moscú, aprovechando que también tiene la nacionalidad rusa. Tras dos años en Moscú, abandona la escuela de ballet y llega a Madrid vía Túnez con el objetivo de someterse al tratamiento hormonal en una clínica madrileña donde trabaja un endocrinólogo español que había conocido en Cuba años atrás durante una conferencia sobre sexualidad y VIH.

En otros casos, el hecho de ser consciente de no ajustarse a las normas de género puede motivar una reacción de negación de los propios sentimientos que demorará durante un tiempo el inicio de la transformación corporal y complicará el proceso de construcción identitaria, caracterizado por una constante dialéctica entre la obligación de interiorizar el género normativo (el que supuestamente ha de encarnar el individuo en función de su morfología corporal) y los propios deseos del/la transexual:

Te haces como una barrera y dices: “no puede ser, lo que me está pasando no puede ser” (...) Y hubo un momento en que decía: “no, no, no, yo tengo que ser como una mujer, me tienen que gustar los hombres, pero lo que me está pasando es que no soy una mujer” (...) Yo creo que te lo niegas tanto que al final acabas creyendo que eres lo que tu cuerpo es» (Dani).

A esta fase de negación o confusión también se le pueden añadir algunos intereses u obligaciones personales, que retrasarán aún más el inicio del proceso transexualizador. Esto sucede en el caso de Montse (51 años), cuyo relato quizá sea el que muestra con mayor claridad el carácter procesual, contextual y relacional de la identidad de género. Montse afirma que a la edad de 12 o 13 años tenía bastante claro que quería ser mujer, pero admite seguidamente que dudaba de su voluntad porque como mujer incumplía la norma heterosexual, que para ella era algo incuestionable: «¿cómo puede ser que quieras ser una mujer y que te gusten las mujeres? (...) ¡Si eres una mujer te han de gustar los hombres!». Un tiempo después, todavía embargada de dudas, conoce a Ana⁴⁰, con la que empieza una relación afectiva que la llena de temor, pues si bien la «quería mucho», Montse tiene miedo de convertirla en una «desgraciada» a causa de su incertidumbre identitaria: «aunque ella quería, no podíamos casarnos porque yo no me entendía». Sin embargo, accederá a casarse a la edad de 25 años por amor, presiones familiares y, sobre todo, porque Ana muestra sensibilidad hacía su situación: «me trataba en femenino, me hacía sentir mujer y no le molestaba que utilizara ropa femenina» en la intimidad del hogar. Poco tiempo después de la boda (1 o 2 años), Montse empieza a «saber bastante del tema transexual» –gracias, entre otras cosas, a las películas de Almodóvar y a la charla que mantiene con una transexual que viene a hacer un espectáculo musical en el bar de su propiedad–, enterándose además de que en Barcelona se podían conseguir hormonas. Siendo consciente de la posibilidad de una transformación corporal, comunica a su mujer su voluntad de «iniciar el cambio», pero ha de desistir en su empeño porque su pareja desea un hijo y su hermano le ofrece un buen puesto de trabajo en su empresa, en el sector de la construcción. Tras varios intentos frustrados para dejar embarazada a Ana, Montse se somete a una terapia fertilizadora que aumenta su fuerza y su vigor (años más tarde descubrirá que era a base de testosterona), lo que le hace sentirse bien «en un entorno tan masculino como el de la construcción». Es éste un periodo caracterizado por «una doble vida»: «fuera seguía viviendo como el hombre que todos reclamaban, y en casa vivía como la mujer que yo me sentía». Una vez abandonado el negocio de la construcción, obtenida una plaza en la administración pública, con una hija y contando con el beneplácito de su esposa, se dirige a la UTIG del Hospital Clínic para realizar el tratamiento hormonal y someterse,

⁴⁰ El nombre es ficticio.

en 2008, a la cirugía de reasignación genital, 37 años después del momento en que tuvo claro que quería ser mujer.

5.2. Ocultando el estigma: estrategias para pasar inadvertido

Butler nos muestra a lo largo de su obra que el sistema de género es un entramado de normas, categorías y significados que «establecen el campo ontológico en el que se puede atribuir a los cuerpos expresión legítima» (Butler, 2007 [1999]: 29). En nuestra sociedad, los individuos se «humanizan», devienen «inteligibles», al ajustarse a una de las dos categorías de género socialmente disponibles, pudiéndose mantener dentro del ámbito de lo normal si presentan una relación de continuidad entre su sexo, su género y su sexualidad. Como todo sistema normativo, el sistema de género tiene consecuencias punitivas para todo aquel que no se ajusta a lo establecido, esto es, aquel que introduce la discontinuidad y la incoherencia en la tríada: morfología corporal – identidad de género – heterosexualidad. Tomando prestada la terminología de Mary Douglas (2007 [1966]), podríamos decir que la transexualidad representa la suciedad dentro del sistema de género en la medida en que atenta contra el orden establecido; un orden que, dicho sea de paso, tan sólo puede persistir si es capaz de clarificar sus fronteras y de definir y de gestionar lo transfronterizo, lo anómalo:

«Las ideas acerca de la separación, la purificación, la demarcación y el castigo de las transgresiones tienen por principal función la de imponer un sistema a la experiencia, desordenada por naturaleza. Sólo exagerando la diferencia entre adentro y afuera, encima y debajo, macho y hembra, a favor y en contra se crea la apariencia de un orden» (Mary Douglas 2007 [1966]: 22).

Al fracturar la correspondencia establecida entre el sexo biológico y el género, el transexual deviene un ser ambiguo, ininteligible (imaginemos de nuevo a la mujer fálica), un ser sobre el que se debe actuar porque su mera existencia supone un cuestionamiento de nuestro sistema de género. De este modo, la patologización del transexual puede ser interpretada como una forma de exorcizar científicamente su potencial contestatario, mientras que el proceso terapéutico puede ser visto como un intento de restablecer la armonía entre la mente y el cuerpo, salvaguardando de este modo la validez de las normas de género. Además, el hecho de no haber interiorizado el

género que se le asignó en función de su morfología corporal, de haber pretendido un género que no le correspondía, hará que el transexual tenga que hacer frente, para siempre, a la marca del estigma.

En su estudio sobre el estigma, Goffman (2006[1963]) distingue entre sujetos «desacreditados» y sujetos «desacreditables». Los primeros han de enfrentarse al oprobio, al rechazo o a la burla derivados de presentar un atributo negativo que es conocido por los demás, mientras que los segundos han de manejar cuidadosamente la información que transmiten en la interacción social si quieren seguir ocultando un estigma que, de hacerse visible, los convertiría inmediatamente en sujetos «desacreditados». Siguiendo a Goffman, afirmamos que los transexuales serán de por vida sujetos «desacreditables», pues aunque el tratamiento hormonal y las cirugías de reasignación sexual permiten hoy modificar el fenotipo de acuerdo a los estándares normativos, nunca podrán borrar totalmente las huellas que delatan que están representando un género distinto de aquel que se les atribuyó en el momento de nacer: siempre existirán pruebas deladoras de carácter biográfico (como una fotografía de la infancia) o biológico (las gónadas, los cromosomas o la incapacidad de procrear de acuerdo al género con el que se identifican).

Con todo, la aproximación etnometodológica a la transexualidad efectuada por Kessler y McKenna (1985) nos enseña que en la interacción social las atribuciones de género no se realizan teniendo en cuenta estos aspectos biológicos o biográficos, pues obviamente no tenemos acceso inmediato a ellos, sino que se efectúan siguiendo unos estereotipos de género que las autoras denominan «genitales culturales». La apariencia, el lenguaje corporal o la vestimenta son esos «genitales» que importan en la interacción social, son aquello que nos permite situar a nuestro interlocutor dentro de las categorías «hombre» o «mujer». Conscientes de su condición de individuos «desacreditables», muchos transexuales tratan de evitar por todos los medios ser «desacreditados», intentan presentar unos «genitales culturales» exentos de ambigüedad que impidan a los demás descubrir su condición. La persecución de este objetivo les supone, según Garfinkel (2006 [1968]), una incansable gestión de sí mismo y una especial vigilancia y planificación, acompañada de improvisación y agudeza, para poder manejar las situaciones sociales en que su crédito como individuo normal puede ser puesto en entredicho. Si bien los hombres y mujeres “biológicos” también se ven obligados a

manejar su apariencia cotidianamente, en el caso de l@s transexuales este manejo adquiere una dimensión mayor porque para preservar su integridad como individuos normales no disponen de una biografía ni de una biología favorables. Y no hace falta insistir demasiado en los muchos problemas que l@s transexuales experimentarán si se descubre su estigma:

«Da igual que seas ingeniera, médico, o lo que sea. En el momento en que saben que eres transexual ya te puedes olvidar de un futuro en común con alguien o de encontrar un buen trabajo» (Jennifer).

Si tenemos en cuenta la importancia de la apariencia para el reconocimiento social de las personas, entenderemos fácilmente que para l@s transexuales sea tan importante el hecho de «sentirse» hombre o mujer como el hecho de «pasar por» un hombre o una mujer: «de poco sirve cómo te sientes si los demás no te ven de la misma manera» (Jessica). Por ello, l@s transexuales utilizan múltiples técnicas con el fin de «pasar por» un hombre o una mujer, técnicas cuyo éxito o fracaso dependerá en gran medida de las cirugías de reasignación sexual y de los efectos del tratamiento hormonal, ya que ayudan ostensiblemente a obtener la apariencia deseada. Cuando hablábamos del «test de la vida real» ya vimos que, por mucho que la transexual recurra a una vestimenta femenina o a los productos cosméticos, si no toma hormonas difícilmente logrará «pasar por» una mujer normal.

La apariencia es, obviamente, uno de los principales géneros culturales que l@s transexuales tratan de dominar con el fin de pasar “inadvertid@s”. Dani, que en el momento de la entrevista llevaba un año con el tratamiento hormonal, nos explica de qué modo utiliza la vestimenta para mostrarse como un hombre “normal” y ocultar sus rasgos femeninos: «escondes los pechos con camisetas más holgadas, con colores más oscuros; ahora llevo los pantalones anchos porque antes era más delgado, hacía más deporte, pero luego empecé a engordar y se nota un montón dónde se va la grasa en una mujer: las cartucheras». Por su parte, el testimonio de Andrea nos revela hasta qué punto nuestra sociedad se muestra reacia a la apariencia ambigua. Ella trabajaba en un salón de belleza cuando contó a su entorno que se sentía mujer y que pensaba iniciar un proceso transexualizador. Al comunicar su decisión a su superior, éste le advirtió de que tan sólo podría ser tratada como una mujer en su entorno laboral y presentarse como tal ante sus clientes si utilizaba una peluca, se maquillaba el rostro y se ponía un sujetador,

aunque sus pechos aún no habían crecido por efecto de las hormonas: «ellos querían que fuera chica o chico, no querían nada intermedio». Por eso no es de extrañar que algunas transexuales femeninas admitan que, al inicio del proceso transexualizador, exageraron su forma de vestir y abusaron de los cosméticos con el fin de combatir su inseguridad, ganar en autoestima y evitar la ambigüedad:

«Yo tuve una etapa en que me maquillé como una puerta porque los inicios son difíciles. Yo tuve esa etapa pero la fui superando, y en eso me ayudaron las hormonas. Porque tú al principio necesitas más reafirmaciones, necesitas el apoyo de mucha gente, que todos los demás vean lo que tú quieres que vean» (Jennifer).

El lenguaje corporal y la expresividad son otros aspectos a gestionar adecuadamente para ajustarse a los estereotipos de género. Dani nos cuenta que al principio trataba de no llorar en público y que cuidaba sobremanera sus posturas corporales, a la hora de sentarse o de posar para una foto, porque «quería lo menos posible parecerme a una mujer». Esta vigilancia para representar el género “adecuadamente” también la pueden efectuar personas del entorno íntimo del/la transexual. Andrea, por ejemplo, se queja de que su hermana le esté dando constantemente consejos sobre las posturas adecuadas para una mujer y le repruebe algunos gestos que, en su opinión, son característicos de los hombres, como «espachurrarse en el sofá». Podemos observar que l@s transexuales, sobre todo al inicio del proceso transexualizador, experimentan con especial intensidad las normas de género, tratan de combatir su condición de individuos «desacreditables» acercándose lo máximo posible al ideal de la masculinidad o de la feminidad, lo que les lleva a menudo a exagerar los rasgos y comportamientos asociados al género que desean representar y a ocultar o rechazar todo aquello que les pueda vincular con su pasado:

«Creo que algunos hombres o mujeres (transexuales) tendemos a exagerar y a evitar según que cosas porque queremos parecernos al máximo al tipo de hombre o mujer que la sociedad quiere» (Dani).

«Yo siempre he pensado como una mujer, jamás he pensado como un chico» (Jessica).

Pero como apunta Soley-Beltran (2009), l@s transexuales no sólo son víctimas del sistema de género; ell@s también vigilan los límites de la normalidad y reprenden a todo aquel que no se ajusta a los convencionalismos de género. Algunas de las transexuales entrevistadas parecen sostener el concepto del «transexual verdadero» creado por la medicina, afirmando que para poder sentirse y presentarse como una

mujer es necesario, a modo de prueba de autenticidad, someterse a la terapia hormonal y a la cirugía de reasignación genital. Las palabras de Andrea reflejan el recelo que provoca, entre algunas transexuales, la ambigüedad de aquellas trans que disminuyen la dosis de hormonas porque utilizan su pene de forma activa durante sus relaciones sexuales:

«A ver, tú para ser femenina tienes que seguir una terapia hormonal. Yo lo que no puedo hacer es hormonarme durante un tiempo, ponerme un par de tetas y dejar la terapia hormonal. ¿Qué pasa? Que con la terapia hormonal tus genitales masculinos no son funcionales. La terapia hormonal te feminiza mucho, te ayuda a que el óvalo del rostro sea más femenino, la distribución de la grasa, muchas cosas que son muy importantes (...) Pero realmente no entiendo a una mujer que se sienta mujer y quiera conservar su pene. No sería el caso más ejemplar de transexual Y luego también es que está ligado a las hormonas: si tú no te operas el pene sigues segregando testosterona y tus rasgos siguen siendo masculinos (...) y acabas siendo un hombre con tetas».

Si bien l@s transexuales rompen con la correlación directa que nuestra sociedad establece entre el sexo anatómico y el género al renegar del género que se les asignó al nacer, ello no impide que algun@s de ell@s defiendan abiertamente el actual sistema de género dual y genitalizado, y desconfíen de la labilidad identitaria que propugna el movimiento transgenerista:

«Porque no considero que una mujer pueda ser una mujer si tiene un pito y eyacula, no es normal. Yo lo siento por los que dicen que puede haber un tercer género o más. No. Hay hombres y hay mujeres» (Jennifer).

Asimismo, algunas de las entrevistadas lamentan que sean precisamente las transexuales no operadas, vinculadas a menudo al mundo de la prostitución o del espectáculo, las que degradan la imagen que la sociedad tiene de la transexualidad al recurrir a los medios de comunicación sensacionalistas: «salen cuatro “petardas” en televisión diciendo “tengo polla y estoy genial”, y eso crea que las demás personas sientan un rechazo porque nadie quiere para sus hijos algo así» (Jennifer). Personajes trans del mundo folklórico español, como La Veneno o Carmen de Mairena, o las prostitutas que trabajan en los alrededores del campo del Barça, son acusadas de banalizar el hecho trans y de reforzar la imagen peyorativa que se tiene de la transexualidad:

«Cuando le dije que quería ser mujer, mi padre me dijo que iba a acabar como la Carmen de Mairena o haciendo de puta en el Camp Nou» (Andrea).

5.3. La sexualidad en la vida del/la transexual

En el modelo médico clásico de gestión de la transexualidad, basado en buena medida en el trabajo de Benjamin y Stoller, se supone que el «verdadero transexual», antes de someterse a la cirugía genital, debe tener una vida sexual inexistente puesto que sus genitales son fuente de malestar, no de placer. Si bien Benjamin admitía que las transexuales (hombres biológicos) que habían estado casadas podían haber mantenido relaciones sexuales con sus esposas, «con la ayuda de fantasías, adoptando una posición pasiva durante el acto o usando ciertas prendas femeninas» (Benjamin, 1966: 32), consideraba que el rechazo genital era la causa de que el sexo no tuviera cabida en la vida de la transexual. Además de la incapacidad para mantener relaciones sexuales, el «verdadero transexual» había de caracterizarse por una orientación del deseo de tipo heterosexual, esto es, tenía que sentirse atraído por personas de su mismo sexo de nacimiento.

Si nos atenemos a los relatos de l@s transexuales que son usuari@s de la UTIG, l@s cuales sienten un rechazo más o menos acentuado hacia sus genitales, lo cierto es que prácticamente tod@s han mantenido relaciones sexuales antes de la cirugía genital. No obstante, tan sólo una de las transexuales entrevistadas afirma haber utilizado su pene en las relaciones sexuales con su mujer, aunque aclara seguidamente que su rol poco tenía que ver con el del macho penetrador, sino que se caracterizaba por una sensualidad socialmente reconocida como femenina:

«Yo he podido mantener una relación sexual con mi mujer porque ella siempre me ha tratado en femenino y ha hecho que me sienta mujer. Los juegos sexuales no consistían únicamente en la penetración, eran más que eso: un momento romántico, con música, poca luz, tocándonos, acariciándonos. No era: “aquí te pillo y aquí te la meto”. Esto hubiera sido incapaz de hacerlo» (Montse).

Dani, el único transexual masculino entrevistado que es paciente de la UTIG, se expresa en un sentido similar al afirmar que, a pesar de sentir un rechazo hacia sus genitales, ha podido llegar a disfrutar del sexo tras un largo trabajo de «autoaceptación» y gracias a que su mujer le permite desarrollar un rol sexual típicamente masculino:

«Con mi pareja sí que tengo placer sexual, pero siempre lo hacemos como si yo fuera un hombre, no como una mujer. A ver si me entiendes, siempre tratamos de hacerlo como si yo

fuera un hombre porque si no yo no obtendría placer. Pero sí, sí que obtengo placer sexual. Me he tenido que acostumbrar, pero gracias a ella (su mujer) me he ido acostumbrando»

Por su parte, tanto Andrea como Jessica manifiestan mantener relaciones sexuales con hombres, pero siempre adoptando un rol pasivo ya que rehúsan utilizar el pene. Aunque podemos ver que l@s transexuales tienen una vida sexual activa antes de someterse a la cirugía de reasignación sexual, insisten a lo largo de la entrevista en que lo importante durante el acto sexual no es el cuerpo que lo ejecuta, sino el género con el que se identifican y que deviene la fuente del placer sexual. La única que no piensa lo mismo es Jennifer, que sostiene que solamente podrá tener una vida sexual satisfactoria tras la operación. Considerándose heterosexual y manifestándose atraída solamente por hombres heterosexuales, Jennifer es incapaz de mantener actualmente una relación sexual con un hombre al que no le importen sus genitales masculinos, puesto que ello pone en entredicho la heterosexualidad de dicho hombre:

«Yo tengo que tener la seguridad de que si yo estoy con alguien ha de ser un hombre, no puede ser bisexual ni homosexual (...) Yo no entiendo que a un hombre le guste lo que yo tengo entre las piernas (...) Según mis criterios heterosexistas, si es un hombre le ha de gustar una mujer con vagina, no con pito».

Esta voluntad de distanciarse de la homosexualidad es compartida por vari@s pacientes de la UTIG. Como afirma Soley-Beltrán (2009), aunque la mayoría de transexuales se declaran heterosexuales, lo que supone una atracción por personas de su mismo sexo de nacimiento, explican sentir esta atracción desde la posición de un miembro del otro sexo: «yo no sentía que era lesbiana, con lo cual no hubiera podido estar con una mujer que me viera como una mujer lesbiana. Yo he de estar con una mujer que me vea como un hombre» (Dani). Asimismo, y como acabamos de ver en el caso de Jennifer, algunas transexuales femeninas que se autodefinen como heterosexuales se desmarcan de la homosexualidad sosteniendo a su vez una concepción de la virilidad característica de nuestra sociedad patriarcal:

A mí siempre me han gustado los hombres, pero los heteros, no los gays (...) Cuando he estado con un hombre y a veces el hombre me ha metido la mano delante, después nunca más he estado con ese hombre porque para mí pierde toda la hombría. Para mí el hombre es hombre, a mí los medio hombre tampoco me van» (Jessica).

5.4. ¿Hombre, mujer o trans?

Anteriormente vimos que, para la totalidad de l@s transexuales que son o han sido pacientes de la UTIG del Hospital Clínic, la terapia hormonal y las cirugías de reasignación sexual son medios para obtener un cuerpo que esté acorde con su identidad de género; son instrumentos para llegar a un fin, que no es otro que el de lograr la aceptabilidad social representando la normalidad de género: «mi meta es llegar a ser una mujer normal y que la sociedad me acepte» (Andrea). Si nos atenemos a las palabras de l@s pacientes de la UTIG, podemos interpretar el proceso de transexualización como si fuera un rito de paso, tras cual el/la transexual tendrá un cuerpo con el que poder encarnar definitivamente y sin ambigüedad alguna el género que considera como propio.

En tanto que sujeto inmerso en un rito de paso, el transexual se encontraría en lo que Victor Turner (2008 [1980]), siguiendo el trabajo de Van Gennep, denominó una situación de «liminaridad», a saber, una situación interestructural, ambigua y paradójica que conlleva una confusión de todas las categorías habituales –en este caso, las categorías de género. Mary Douglas (2007 [1966]) ya nos advirtió que, en tanto que inclasificables, pues no son ni una cosa ni la otra, o tal vez ambas al mismo tiempo, los seres transicionales son considerados como particularmente contaminantes, por lo que suelen ser objeto de una atención especial –de ahí la medicalización de la transexualidad. Quizá no haya mejores conceptos que los de «liminaridad» y «contaminación» para entender la zozobra causada por el aspecto andrógino del/la transexual que se encuentra en el inicio del tratamiento hormonal y que adopta una apariencia para «pasar por» el otro género con un cuerpo que a menudo no le acompaña en su empeño. Fijémonos en las palabras de Andrea, recogidas tan sólo unos meses después de que empezara el tratamiento hormonal:

«Hoy en día me defino como una mujer, porque yo me siento mujer. Pero realmente yo sé que mi aspecto no es de mujer, es intermedio, es de un chico femenino vestido de mujer. Yo no me siento así, pero la gente realmente me ve así, y eso lo notas cuando te miran de forma rara» (Andrea).

El/la transexual sometido al proceso asistencial de la UTIG es un sujeto liminar en la medida en que se encuentra entre dos estados, ha empezado a transformar su cuerpo

primigenio con hormonas, lo que fuerza la aparición de los caracteres sexuales secundarios característicos del género con el que se identifica, pero no se considera plenamente como perteneciente al otro género porque todavía tiene sus genitales de nacimiento. Para él/ella, la transexualidad no es un estado, sino un proceso transicional que finalizará con la cirugía de reasignación genital. Es por esto que la totalidad de l@s pacientes de la UTIG tan sólo aceptan que se les denomine «transexuales» mientras se encuentran inmers@s en el proceso de transformación corporal. Tras la operación, habrán alcanzado un nuevo estado:

«No me molesta que me llamen transexual porque actualmente soy una transexual, estoy cambiando mi cuerpo. Pero después de operarme sí que me molestará porque seré una mujer y tendré un coño y unos pechos como cualquier mujer (...) Yo no diré más: “soy una transexual”» (Jessica).

Para Turner, el conocimiento arcano obtenido durante el proceso liminar se considera que cambia la más íntima naturaleza del neófito, pues «no se trata de una mera adquisición de conocimientos, sino de un cambio ontológico» (Turner, 2008 [1980]: 113). Si prestamos atención a las palabras de algunas pacientes de la UTIG, parece que el proceso transexualizador también conlleva esa mutación esencial, ya que no sólo permite obtener el cuerpo deseado, sino también algo más profundo: la experiencia de la feminidad. En el capítulo anterior pudimos observar que las hormonas, a parte de modificar la morfología de la transexual, parecían también «feminizar» su mente. Escuchando las palabras de Montse, que ha mantenido relaciones sexuales antes y después de la cirugía genital, podemos pensar que tras pasar por el quirófano se abren también las puertas de la sexualidad femenina:

«Es ese orgasmo que siempre había deseado. Antes de la operación, cuando había penetración, tenías que hacer servir mucho la imaginación, retardar al máximo “el momento” para disfrutarlo. Y ahora, no. Es un orgasmo más natural y *prolongado*⁴¹» (Montse).

Con todo, existe una gran diferencia entre el parecer de l@s transexuales que acuden a la UTIG y el de aquell@s trans que se sienten incómodos tanto ante la medicalización de la transexualidad como ante nuestro sistema bipolar de género. Y es que para ést@s últimos el prefijo «trans» no denota un proceso para lograr la normalización o para colmar el ideal de género. Entienden lo trans como un fin en sí mismo, como una forma de traspasar, de transgredir las fronteras que mantienen la dicotomía:

⁴¹ El énfasis es mío.

«Un transexual no debería aspirar a normalizarse. Un transexual debería aspirar a normalizar su condición de transexual, no renegar de su condición. Muchas de esas trans operadas quieren ser normales en el sentido que la sociedad propone. Y eso no es integrar la transexualidad, sino renegar de ella. O ser hombre o ser mujer. Un transexual no puede ser u hombre o mujer, su naturaleza no está en eso. Si ni siquiera lo son los hombres ni las mujeres biológicos, porque el hombre y la mujer son constructos sociales, ¿cómo lo va a ser un transexual, que es una mezcla de sexo-género? (Mónica).

Tanto Luís como Mónica –que pertenecen a dos organizaciones trans de Barcelona– lanzan una advertencia a aquell@s transexuales que, una vez reassignad@s quirúrgicamente, obvian su pasado –renegando de su condición trans– y creen haber obtenido un estatuto de normalidad: «hay gente que se hormona, se opera y un día les dicen: “tienes manos de chica”. Y se derrumban y caen en una depresión porque lo han querido borrar todo, pero todo es imposible (Luís). Para est@s militantes lo importante es llegar a aceptarse tal como uno es, sin renegar de nada: «tenemos que aprender a querer nuestro cuerpo» (Mónica); y también desmitificar la trascendencia que socialmente se atorga a la cuestión identitaria:

«Yo nunca voy a ser un hombre por muchas operaciones que me haga. Probablemente tampoco seré exactamente una mujer. Bueno, soy otra cosa, sin más (Luís).

«No me interesa tanto la cuestión identitaria como lo venden algunos transexuales. Ese discurso introspectivo, “me siento o no me siento”, me aburre (...) No me gusta para nada definirme, pero si me lo preguntas te diré que me defino como una mujer entre comillas (...) E íntimamente, sexualmente, me considero un híbrido. Tengo una identidad femenina y un cuerpo que mezcla las dos cosas: híbrido, mujer con pene, llámalo como quieras. La transexualidad la tengo totalmente integrada, por eso tengo ese discurso (Mónica).

«La mutación sexual no puede aceptarse como hecho voluntario, libérrimo, de una persona que haya decidido cambiar su pauta de comportamiento»

(Sentencia del Tribunal Supremo, RJ 2007\4968)

Capítulo VI

La Ley 3/2007⁴², de 15 de marzo: la legitimación del modelo biomédico

En marzo de 2007 se aprueba en nuestro país la «Ley reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas», una normativa dirigida mayormente a la población transexual. Dicha ley supone el reconocimiento de una de las principales reivindicaciones de los colectivos trans: excluir expresamente el requisito de la cirugía de reasignación sexual (art.4.2) para poder solicitar el cambio de sexo y de nombre en el Registro Civil. En adelante, aquell@s transexuales que deseen conservar sus genitales podrán acceder a la modificación de su sexo administrativo, evitando así posibles discriminaciones por tratar de obtener, por ejemplo, un trabajo o un piso en alquiler teniendo una apariencia que no se corresponde con lo que refleja el DNI. Con la no obligatoriedad de la cirugía genital, la legislación española pretende converger con las tesis actuales del modelo biomédico de gestión de la transexualidad, en el sentido en que la cirugía ya no es considerada como el fin inexorable del proceso transexualizador.

Hasta la aprobación de la ley, las rectificaciones registrales en casos de transexualidad debían seguir la vía judicial, en cuya sede, el Tribunal Supremo había mantenido una posición firme de exigir –condición *sine qua non*– tratamientos hormonales y quirúrgicos precisos para la reasignación de los caracteres sexuales primarios y secundarios en consonancia al género deseado. No obstante, como señala Bustos (2008), el criterio seguido por las Audiencias y los Juzgados de Primera Instancia distaba de ser unánime con relación al grado de transformación física. Así, mientras que a las transexuales femeninas se les exigía generalmente la vaginoplastia, en el caso de

⁴² Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. BOE n.65 de 16/3/2007. Se puede consultar íntegramente la Ley en un anexo adjunto.

los transexuales masculinos no existía una posición común, por lo que podemos encontrar resoluciones judiciales que accedían al cambio registral si el solicitante se había sometido a la mastectomía y a la histerectomía, y otras en las que el juez exigía, además, la implantación de un neopene.

Con la obligatoriedad de las cirugías de reasignación sexual se pretendía preservar al máximo la irreversibilidad del proceso de transexualización, queriendo evitar que la variabilidad del sexo estuviera a total disposición del sujeto. De un modo indirecto se estaba sosteniendo el concepto, predominante en el ámbito médico durante casi tres décadas, de «transexual verdadero», que como hemos visto en varias ocasiones está íntimamente vinculado a la idea de que sin cirugía genital no se puede hablar realmente de transexualidad. Esta línea defendida por el aparato judicial suponía un claro factor de discriminación y de agresión institucional hacia el colectivo trans, pues los jueces parecían ignorar las múltiples dificultades que entrañan para el sujeto las cirugías de reasignación genital en términos económicos y en lo relativo a su salud física y psicológica⁴³.

Si bien la aprobación de la Ley 3/2007 conlleva indudablemente una mejora de la situación de las personas transexuales, numerosas asociaciones trans y algun@s de l@s transexuales entrevistad@s para la presente investigación han mostrado su disconformidad con varios aspectos de la nueva normativa. Y es que la Ley fue redactada siguiendo las tesis del modelo biomédico, el cual, como se ha podido observar a lo largo del presente trabajo, tiene como principales ejes vertebradores la patologización (mediante diagnóstico) y la medicalización (mediante tratamiento) de la transexualidad. De este modo, para poder obtener la rectificación registral es necesario presentar un informe que acredite que «al solicitante le ha sido diagnosticada disforia de género» (art.4.1.a), trastorno que ha de haber sido, además, «tratado médicamente durante al menos dos años para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado» (art.4.1.b).

⁴³ Tan sólo recordar que la gran mayoría de CCAA españolas no financian este tipo de cirugías, cuyo coste en el sector privado es muy elevado. Asimismo, las complicaciones postoperatorias son múltiples y aparecen con frecuencia, especialmente tras realizar la técnica de la faloplastia, con la que además se obtienen unos resultados nada satisfactorios.

Tras una lectura detenida del artículo cuarto salen a la luz varias imprecisiones que conviene destacar. Primeramente, causa extrañeza que el legislador haya decidido requerir un diagnóstico de «disforia de género», ya que en los dos principales manuales diagnósticos de las enfermedades mentales, el DSM-IV y el CIE-10, se habla de «trastorno de la identidad sexual» y de «transexualidad», respectivamente. Aunque se sobreentiende que emplean «disforia de género» a modo de sinónimo, cuesta entender por qué han optado por un término que actualmente no es considerado como un diagnóstico formal, sino más bien como un síntoma. Además, la Ley no exige plazo alguno para apreciar la existencia de esta «disforia de género», en contraste con lo establecido en el DSM-IV y el CIE-10, en donde se exige que el malestar se haya sentido durante al menos dos años para poder diagnosticar el trastorno. Tampoco se especifica qué especialidad médica ha de poseer el profesional que emite el diagnóstico: se habla de «informe de médico o de psicólogo clínico» (art.4.1.a), pero en ningún momento sabemos si ha de redactarlo un médico especializado en psiquiatría, endocrinología, cirugía plástica u otra especialidad.

Por otra parte, para poder acceder a la modificación registral es necesario que el trastorno haya sido «tratado médicamente durante al menos dos años para acomodar las características físicas a las correspondientes al sexo reclamado» (art.4.1.b). No obstante, en ningún momento se explicita en qué debe consistir dicho tratamiento. Si posteriormente se afirma que «no será necesario para la concesión de la rectificación registral de la mención del sexo de una persona que el tratamiento médico haya incluido cirugía de reasignación sexual» (art.4.2), todo parece indicar que se está exigiendo, de forma implícita, un tratamiento hormonal. Suposición que ha sido corroborada tras entrevistar a las profesionales de la UTIG.

Con los requisitos establecidos en la nueva Ley, el legislador pretende preservar, al igual que hacía antes el Alto Tribunal, el principio de irreversibilidad. Una irreversibilidad que hay que asegurar en una doble vertiente: psicológica (con el informe diagnóstico que constata la verdadera e inamovible identidad de género del sujeto) y morfológica (con los dos años de tratamiento hormonal). Por consiguiente, se da cobertura jurídica a la transexualidad siempre y cuando quede garantizado que constituye un camino de no retorno, tratando de asegurar por todos los medios que, una

vez modificada la mención «sexo», el cuerpo y la mente del solicitante no podrán traspasar la frontera que separa los géneros.

Es este período mínimo de dos años de terapia transexualizadora el requisito más cuestionado por l@s transexuales y las profesionales de la UTIG. Tod@s ell@s consideran excesivo dicho periodo, argumentando que los cambios corporales inducidos por las hormonas se producen mucho antes de los 24 meses. L@s transexuales subrayan que el hecho de tener que esperar tanto tiempo para acceder al cambio registral no hace más que aumentar sus posibilidades de experimentar el rechazo social. Dos ejemplos: Dani y Jennifer se quejan de no poder pagar con tarjeta de crédito por miedo a tener que mostrar su DNI y que así se descubra su condición, mientras que Jessica afirma no haber sido aceptada para un puesto de trabajo en el sector servicios en el momento en que tuvo que aportar sus datos personales. Además, Teresa Godàs, psicóloga clínica de la UTIG, cuestiona que con 24 meses de terapia hormonal quede totalmente garantizado el principio de irreversibilidad:

«Los dos años de terapia hormonal me parecen ridículos. Piensan que con dos años de hormonación un transexual masculino, por ejemplo, no podrá nunca más tener hijos. Porque no se quieren encontrar socialmente ni administrativamente con un hombre que pueda parir (...) Pero esto no es así, depende del paciente: hay veces que se produce una atrofia de los genitales, pero luego, si se deja la hormonación, se puede reactivar la capacidad de procrear».

Foucault nos advirtió que una de las principales características de esta nueva forma de ejercer el poder que empieza a gestarse en nuestras sociedades a partir del s.XVII es su capacidad normalizadora:

«Otra consecuencia del desarrollo del biopoder es la creciente importancia adquirida por el juego de la norma a expensas del sistema jurídico de la ley (...) No quiero decir que la ley se borre ni que las instituciones de justicia tiendan a desaparecer; sino que la ley funciona siempre más como una norma, y que la institución judicial se integra cada vez más en un *continuum* de aparatos (médicos, administrativos, etc.) cuyas funciones son sobre todo reguladoras» (Foucault, 2002 [1976]: 174).

Este nuevo poder funciona no ya tanto por la fuerza de la Ley, sino por la normalización; no ya tanto por el castigo, sino por el control. Y se ejerce desde ámbitos que rebasan el Estado y sus aparatos. Actualmente, es la disciplina médica una de las máximas instancias con facultad para trazar los límites de la normalidad y para tratar lo anormal/patológico. Y ha sido precisamente la fuerza normalizadora de la biomedicina

la que ha sido legitimada por la Ley. Con la actual normativa, tod@ trans que desee recurrir a la rectificación registral ha de ser previamente diagnosticad@ y tratad@, por lo que no puede tomar otro camino que no sea el de la medicalización. De este modo, los legisladores avalan el modelo biomédico, dejan la transexualidad en manos exclusivas de la biomedicina y excluyen la libre construcción corporal e identitaria de los transgeneristas. Se ignora así jurídicamente a quienes rehúsan el proceso medicalizador y no tratan de obtener una apariencia estereotípica, las múltiples identidades trans que no pretenden ajustarse a la dicotomía de género.

Como apunta Nieto (2008), actualmente a los transgeneristas que deseen cambiar su sexo administrativo no les queda legalmente otra opción que someterse a la mirada médica y acatar lo que impone el sistema de género, asignándose una identidad reducida y estática porque sus opciones se limitan a constar administrativamente como hombre o como mujer. Y los que no aceptan esta imposición sufren las lagunas legales de un sistema que los deja en el limbo social. En este sentido, las palabras de Mónica son representativas del malestar existente entre algun@s trans al constatar que la legislación prioriza la intervención biomédica a la vez que trata de preservar el sistema de género:

«No deberían haber integrado el discurso clínico. Y lo de los dos años de proceso transexualizador es una chorrada porque si tú ya has decidido hacer un cambio, por lo que sea, esto debería ser una prueba suficiente. Ellos tenían miedo de la reversibilidad de los géneros. Pero esto es una tontería. El género es reversible, admítelo. Si algo demuestra la transexualidad es que el género es reversible (...) Para mí la Ley ideal hubiera sido un trámite puramente burocrático, como el cambio de domicilio o el cambio de nombre. ¿Tú cuando te casas te hacen un test psicológico? ¿Por qué tanta paranoia con el género? Si a quien menos le interesa cagarla es a ti. ¿Por qué vas a mentir diciendo que te sientes mujer? Hay una necesidad tuya que es real».

*«El género no debe entenderse como un sustantivo, una cosa sustancial o una marca cultural estática, sino más bien como algún tipo de acción constante y repetida»
(Judith Butler)*

Conclusiones

Hacia una lectura social del fenómeno trans

A lo largo de las páginas precedentes hemos podido observar que la variancia de género en nuestras sociedades occidentales pertenece al dominio casi exclusivo de la biomedicina. Y no sólo eso. La disciplina biomédica, portando el estandarte de la neutralidad científica y de la asepsia cultural, supuesto garante de su universalidad, ha trascendido todo sistema de significaciones aplicando sus principios epistemológicos en la interpretación de fenómenos de variancia de género existentes en otras sociedades. De este modo, el berdache norteamericano, el hijra indio o el mahu polinesio constituyen una prueba inequívoca de que la transexualidad ha existido desde tiempos remotos y en diferentes culturas.

Pero la influencia de la ciencia occidental no sólo se deja sentir tras aplicar su racionalidad de forma retrospectiva y transversal. Actualmente, también sus métodos y sus técnicas de gestión de la transexualidad traspasan fronteras e irrumpen en contextos culturales en los que el transgénero, desde tiempos antiguos, ha encontrado cobijo en la estructura simbólica y social sin recurrir a las prácticas biomédicas. Si al principio del estudio vimos que el berdache o el mahu servían de inspiración al movimiento transgenerista occidental, en tanto que mostraban la posibilidad de encontrar espacios identitarios y de reconocimiento social sin necesidad de someterse a las tecnologías reasignadoras, lo cierto es que, a su vez, esos mismos transgéneros no occidentales están recibiendo el poderoso influjo de la ciencia biomédica, que exporta sus diagnósticos, tratamientos hormonales y técnicas de reasignación sexual. Resulta

revelador que entre algunos sectores de la comunidad hijra de la India se haya establecido un mercado informal de compra-venta de hormonas, o que cada vez sean más los mahus de Tahití –¿o quizás deberíamos llamarles «transexuales»?– que emigran a la Francia metropolitana para iniciar un proceso transexualizador.

En este sentido, el impacto del modelo médico de gestión de la transexualidad en contextos no occidentales puede suponer una sugerente vía de investigación futura. Para ello, tendríamos que adoptar un enfoque que se aleje de una conceptualización de la cultura como un entramado autónomo, homogéneo y ahistórico, en beneficio de «una visión de las situaciones culturales que las considere siempre fluctuantes, en un estado constante e históricamente sensible de resistencia y adaptación a procesos más vastos de influencia que están tanto dentro como fuera del contexto local» (Marcus & Fischer, 2000 [1986]: 125). Sólo así estaremos en condiciones de observar de qué modo las tecnologías y las prácticas médicas están transformando el proceso de construcción corporal e identitario del transgénero no occidental, de qué modo sus roles tradicionales y su estatus social cambiaron tras la colonización y están cambiando con el actual proceso de mundialización, de qué modo está afectando a su consideración de seres extraordinarios la secular etiología biomédica.

Hemos visto asimismo que a partir de los años 60 del pasado siglo la ciencia biomédica crea la categoría patológica «transexualidad» con el fin de proteger al transgénero de toda condena moral, pues recordemos que el enfermo está libre de toda culpa, y empieza a desarrollar todo un proceso asistencial, que transforma el cuerpo del paciente en consonancia con la categoría de género con la que se identifica, para que pueda así aspirar a la normalidad identitaria y a la plena integración en todas las esferas de la vida. Pero a pesar de esta noble intención, pues no dudamos en ningún momento que el proceso de transexualización se realiza para salvaguardar el bienestar del paciente, la solución médica actúa como un «tranquilizante social» (Raymond; en Nieto, 2008: 144) al reforzar nuestro sistema dual y excluyente de género y cortocircuitar cualquier posible cuestionamiento de dicho sistema.

Se trata de transformar un sujeto problemático, un sujeto ininteligible puesto que su morfología corporal no concuerda con su identificación de género, en un sujeto normalizado. Se trata de diagnosticar, depilar, maquillar, hormonar y, en última

instancia, operar a la mujer peluda, fálica y sin pechos para que, de este modo, pueda ser fácilmente encasillada en una de las dos categorías de género socialmente disponibles. Y si bien hoy en día la medicina ha aceptado al transexual que no desea someterse a la cirugía de reasignación genital, a esa mujer fálica o a ese hombre sin pene, anula su potencial contestatario aceptándolo tan sólo como una patología, como una desviación de la norma que ha de ser controlada a través de un proceso asistencial.

Para el estamento médico, y también para algun@s transexuales, la transexualidad es algo innato, esencial, precultural, algo para lo que existe una solución corporal: los tratamientos de reasignación sexual. Desde este punto de vista, la transexualidad no es contemplada como un destino, como un fin último en el que poder encontrar cobijo identitario, sino más bien como un proceso a menudo ingrato que hay que recorrer para adquirir un estatuto de normalidad. Y es en esta búsqueda de la normalidad y de la aceptación social –objetivo que, valga decirlo, no es ajeno a ninguno de nosotros– que l@s transexuales tienden a aferrarse a los convencionalismos de género –al igual que hacemos todos en mayor o menor medida a lo largo de nuestras vidas. Si nos atenemos al pensamiento de Butler (2007 [1999]), el estudio de la transexualidad resulta revelador porque muestra con gran claridad que el género es más un «hacer» que un «poseer», pues su “realidad” es debida a un conjunto de actos y de gestos que, a fuerza de repetirse, crean una ilusión de sustancia. En otras palabras, es mediante la apropiación y el refuerzo de atributos socialmente atribuidos al género que nos toca representar y el rechazo y la ocultación de atributos disonantes o inapropiados que se crea el efecto de un núcleo interno o identidad de género. De este modo, el transexual masculino evitará llorar en público y pulirá su musculatura en un gimnasio, mientras que la transexual femenina ensalzará su sensibilidad y empatía a la vez que eliminará su bello corporal y cuidará su dieta.

Y en esta cadena repetitiva de actos y gestos que conforman el género, el cuerpo desarrolla una función esencial. Es especialmente el cuerpo lo que se pretende modificar con la terapia transexual y es a través del cuerpo reasignado que los transexuales tratarán de obtener el reconocimiento social. Por su parte, l@s transgeneristas expresan su disconformidad con el sistema de género mediante sus cuerpos ambiguos y rechazan que esos mismos cuerpos sean gestionados por la biomedicina. Sea un vehículo para la normalización o para la subversión, lo cierto es que el cuerpo siempre está ahí.

Por otra parte, si bien es cierto que el transexual medicalizado parece consolidar el sistema de género, transformando su cuerpo en función del ideal de la masculinidad o de la feminidad, su mera existencia también supone un cuestionamiento de dicho sistema. De ahí el efecto ambivalente del transexual. Por un lado, su voluntad de normalización, renegando de su condición de transexual y ajustándose al binomio hombre-mujer una vez ha transformado su cuerpo quirúrgicamente. Por el otro, su rechazo del género que se le atribuyó al nacer y, sobre todo, el hecho de que su cuerpo «reassignado» resquebraja la supuesta coherencia del sexo. Observemos, si no, el cuerpo de una transexual femenina después de finalizar la terapia transexualizadora: neovagina, pechos, ausencia de bello corporal, predominancia de los estrógenos; pero también, cromosomas XY, ausencia de gónadas femeninas e incapacidad de engendrar. ¿Estamos ante un macho, o una hembra?

Y aquellos que sí cuestionan abiertamente las dicotomías son ignorados por nuestras instituciones. El término «transgenerista» denota principalmente un rechazo a la cirugía de reasignación genital, pero bajo el paraguas del transgenerismo encuentran cobijo desde sujetos que hacen gala de una androginia militante y que rehúsan toda intervención quirúrgica y farmacológica sobre sus cuerpos, hasta personas que no quieren operarse los genitales pero que pueden recurrir a la toma de hormonas o a la cirugía plástica y también desear el cambio registral de la mención sexo, y a las que no les queda otra opción que someterse a la mirada patologizante de las instituciones.

Con la realización del presente trabajo no se persigue el fin de la gestión biomédica de la transexualidad. Es un hecho innegable que el avance de las tecnologías médicas ha supuesto una mejora del bienestar de algunas personas cuyo rechazo del propio cuerpo puede llegar a cotas insostenibles. Es destacable que algunas CCAA españolas hayan decidido financiar el elevado coste del proceso transexualizador. Y resulta igualmente encomiable la empatía mostrada por las profesionales de la UTIG del Hospital Clínic hacia sus pacientes transexuales, facultad aún no muy extendida entre el estamento médico. Mucho menos aún pretendemos culpabilizar a l@s transexuales que se someten al proceso transexualizador del mantenimiento de nuestro sistema de género. Se es plenamente consciente de que somos cada un@ de nosotr@s, l@s normales, quienes, a través de nuestra presencia, nuestros gestos y nuestras acciones, reforzamos de forma decisiva dicho sistema día tras día, por lo que sería de una injusticia cruel señalar

únicamente a aquell@s que más severamente han padecido la rigidez de las normas de género.

Realizadas estas aclaraciones, debemos mostrar nuestra desaprobación ante el creciente monopolio de la medicina en torno al tratamiento y a la gestión transexualidad. Resulta criticable que para acceder a los derechos obtenidos, tras décadas de movilizaciones y reivindicaciones, l@s trans se vean obligados a obtener un informe que acredite su «trastorno». Resulta criticable que no se reconozcan legalmente las múltiples subjetividades trans que no quieren ser medicalizadas. Resulta criticable que la información sobre la transexualidad devenga progresivamente un bien exclusivo del estamento médico, mientras que las organizaciones trans pierden la capacidad de difundir alternativas al tratamiento canónico y de mostrar que también son posibles otras perspectivas que no se rijan por patologías y disforias.

Analizar el influjo de este creciente predominio de las técnicas y de las fuentes de información biomédicas en el proceso de construcción corporal de las nuevas generaciones de transexuales residentes en los países más industrializados, y efectuar una comparación con el proceso de construcción corporal de l@s trans más veteran@s o el de aquell@s que residen en países menos favorecidos, que no reciben o no han recibido tan fuertemente el impacto seductor de la biomedicina y que están mucho más acostumbrad@s a los circuitos informales de información, constituiría otra interesante línea de investigación a recorrer.

Estamos de acuerdo con Nieto (2008) cuando afirma que el paradigma biomédico reinante, al encerrar al transexual en una malla terapéutica, impide que la transexualidad sea tratada desde la sociedad. Ante a esta captura institucional, es preciso que no sólo los científicos de la rama biomédica, sino también tod@s nosotr@s nos sintamos interpelados por lo que la transexualidad representa, lo que supondría una buena oportunidad para establecer un saludable debate sobre nuestro sistema dual de género, una inmejorable ocasión para problematizar nuestras más profundas certezas. Quizás así much@s de nosotr@s podremos dejar de padecer esa «disforia» provocada por acatar sin cuestionarnos las normas que nos constituyen en tanto sujetos generizados.

Anexo

La Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La presente Ley tiene por objeto regular los requisitos necesarios para acceder al cambio de la inscripción relativa al sexo de una persona en el Registro Civil, cuando dicha inscripción no se corresponde con su verdadera identidad de género. Contempla también el cambio del nombre propio para que no resulte discordante con el sexo reclamado.

La transexualidad, considerada como un cambio de la identidad de género, ha sido ampliamente estudiada ya por la medicina y por la psicología. Se trata de una realidad social que requiere una respuesta del legislador, para que la inicial asignación registral del sexo y del nombre propio puedan ser modificadas, con la finalidad de garantizar el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad de las personas cuya identidad de género no se corresponde con el sexo con el que inicialmente fueron inscritas.

De acuerdo con la regulación que se establece en esta Ley, la rectificación registral del sexo y el cambio del nombre se dirigen a constatar como un hecho cierto el cambio ya producido de la identidad de género, de manera que queden garantizadas la seguridad jurídica y las exigencias del interés general. Para ello, dicho cambio de identidad habrá de acreditarse debidamente, y la rectificación registral se llevará a cabo de acuerdo con la regulación de los expedientes gubernativos del Registro Civil.

Mediante esta Ley España se suma a aquellos países de nuestro entorno que cuentan con una legislación específica que da cobertura y seguridad jurídica a la necesidad de la persona transexual, adecuadamente diagnosticada, de ver corregida la inicial asignación registral de su sexo, asignación contradictoria con su identidad de género, así como a ostentar un nombre que no resulte discordante con su identidad.

Por último, se reforma mediante esta Ley el artículo 54 de la Ley del Registro Civil de 8 de junio de 1957. Para garantizar el derecho de las personas a la libre elección del nombre propio, se deroga la prohibición de inscribir como nombre propio los diminutivos o variantes familiares y coloquiales que no hayan alcanzado sustantividad.

Artículo 1. Legitimación.

1. Toda persona de nacionalidad española, mayor de edad y con capacidad suficiente para ello, podrá solicitar la rectificación de la mención registral del sexo.

La rectificación del sexo conllevará el cambio del nombre propio de la persona, a efectos de que no resulte discordante con su sexo registral.

2. Asimismo, la persona interesada podrá incluir en la solicitud la petición del traslado total del folio registral.

Artículo 2. Procedimiento.

1. La rectificación de la mención registral del sexo se tramitará y acordará con sujeción a las disposiciones de esta Ley, de acuerdo con las normas establecidas en la Ley del Registro Civil, de 8 de junio de 1957, para los expedientes gubernativos.

En la solicitud de rectificación registral se deberá incluir la elección de un nuevo nombre propio, salvo cuando la persona quiera conservar el que ostente y éste no sea contrario a los requisitos establecidos en la Ley del Registro Civil.

2. No son de aplicación en el expediente para la rectificación de la mención registral del sexo:

- a. La regla primera del artículo 97 de la Ley del Registro Civil.
- b. El párrafo segundo del artículo 218 del Reglamento del Registro Civil.
- c. Los párrafos tercero y cuarto del artículo 349 del Reglamento del Registro Civil.

Artículo 3. Autoridad competente.

La competencia para conocer de las solicitudes de rectificación registral de la mención del sexo corresponderá al Encargado del Registro Civil del domicilio del solicitante.

Artículo 4. Requisitos para acordar la rectificación.

1. La rectificación registral de la mención del sexo se acordará una vez que la persona solicitante acredite:

- a. Que le ha sido diagnosticada disforia de género.

La acreditación del cumplimiento de este requisito se realizará mediante informe de médico o psicólogo clínico, colegiados en España o cuyos títulos hayan sido reconocidos u homologados en España, y que deberá hacer referencia:

1. A la existencia de disonancia entre el sexo morfológico o género fisiológico inicialmente inscrito y la identidad de género sentida por el solicitante o sexo psicosocial, así como la estabilidad y persistencia de esta disonancia.
 2. A la ausencia de trastornos de personalidad que pudieran influir, de forma determinante, en la existencia de la disonancia reseñada en el punto anterior.
- b. Que ha sido tratada médicamente durante al menos dos años para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado. La acreditación del cumplimiento de este requisito se efectuará mediante informe del médico colegiado bajo cuya dirección se haya realizado el tratamiento o, en su defecto, mediante informe de un médico forense especializado.

2. No será necesario para la concesión de la rectificación registral de la mención del sexo de una persona que el tratamiento médico haya incluido cirugía de reasignación sexual. Los tratamientos médicos a los que se refiere la letra b del apartado anterior no serán un requisito necesario para la concesión de la rectificación registral cuando concurran razones de salud o edad que imposibiliten su seguimiento y se aporte certificación médica de tal circunstancia.

Artículo 5. Efectos.

1. La resolución que acuerde la rectificación de la mención registral del sexo tendrá efectos constitutivos a partir de su inscripción en el Registro Civil.

2. La rectificación registral permitirá a la persona ejercer todos los derechos inherentes a su nueva condición.

3. El cambio de sexo y nombre acordado no alterará la titularidad de los derechos y obligaciones jurídicas que pudieran corresponder a la persona con anterioridad a la inscripción del cambio registral.

Artículo 6. Notificación del cambio registral de sexo.

1. El Encargado del Registro Civil notificará de oficio el cambio de sexo y de nombre producido a las autoridades y organismos que reglamentariamente se determine.

2. El cambio de sexo y nombre obligará a quien lo hubiere obtenido a solicitar la emisión de un nuevo documento nacional de identidad ajustado a la inscripción registral rectificada. En todo caso se conservará el mismo número del documento nacional de identidad.

3. La nueva expedición de documentos con fecha anterior a la rectificación registral se realizará a petición del interesado, su representante legal o persona autorizada por aquel, debiendo garantizarse en todo caso por las autoridades, organismos e instituciones que los expidieron en su momento la adecuada identificación de la persona a cuyo favor se expidan los referidos documentos, mediante la oportuna impresión en el duplicado del documento del mismo número de documento nacional de identidad o la misma clave registral que figurare en el original.

Artículo 7. Publicidad.

No se dará publicidad sin autorización especial de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de la persona.

DISPOSICIÓN ADICIONAL PRIMERA. Adición de un apartado 3 al artículo 7 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.

Se modifica el artículo 7 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre Técnicas de reproducción humana asistida, que queda redactado como sigue:

Artículo 7. Filiación de los hijos nacidos mediante técnicas de reproducción asistida.

1. La filiación de los nacidos con las técnicas de reproducción asistida se regulará por las leyes civiles, a salvo de las especificaciones establecidas en los tres siguientes artículos.

2. En ningún caso, la inscripción en el Registro Civil reflejará datos de los que se pueda inferir el carácter de la generación.

3. Cuando la mujer estuviere casada, y no separada legalmente o de hecho, con otra mujer, esta última podrá manifestar ante el Encargado del Registro Civil del domicilio conyugal, que consiente en que cuando nazca el hijo de su cónyuge, se determine a su favor la filiación respecto del nacido.

DISPOSICIÓN ADICIONAL SEGUNDA. Reexpedición de títulos o documentos.

A efectos de abono de tasas por reexpedición de los títulos o documentos, la rectificación de la mención del sexo en el Registro Civil no se considera causa atribuible a la persona interesada.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA ÚNICA. Exoneración de la acreditación de requisitos para la rectificación de la mención registral del sexo.

La persona que, mediante informe de médico colegiado o certificado del médico del Registro Civil, acredite haber sido sometida a cirugía de reasignación sexual con anterioridad a la entrada en vigor de esta Ley, quedará exonerada de acreditar los requisitos previstos por el artículo 4.1.

DISPOSICIÓN FINAL PRIMERA. Título competencial.

Esta Ley se dicta en ejercicio de las competencias exclusivas del Estado recogidas en el artículo 149.1.8 de la Constitución.

DISPOSICIÓN FINAL SEGUNDA. Modificación de la Ley del Registro Civil, de 8 de junio de 1957.

La Ley del Registro Civil, de 8 de junio de 1957, queda modificada como sigue:

- Uno. El primer párrafo del artículo 6 quedará redactado de la siguiente forma:

El Registro es público para quienes tengan interés en conocer los asientos, con las excepciones que prevean ésta u otras leyes.

- Dos. El segundo párrafo del artículo 15 quedará redactado de la siguiente forma:

En todo caso se inscribirán los hechos ocurridos fuera de España, cuando las correspondientes inscripciones deban servir de base a inscripciones exigidas por el derecho español.

- Tres. El segundo párrafo del artículo 54 queda redactado como sigue:

Quedan prohibidos los nombres que objetivamente perjudiquen a la persona, los que hagan confusa la identificación y los que induzcan a error en cuanto al sexo.

- Cuatro. El artículo 93.2 queda redactado como sigue:

2. La indicación equivocada del sexo cuando igualmente no haya duda sobre la identidad del nacido por las demás circunstancias, así como la mención registral relativa al sexo de las personas en los casos de disforia de género.

DISPOSICIÓN FINAL TERCERA. Desarrollo reglamentario.

El Gobierno, a propuesta del Ministro de Justicia, dictará las disposiciones necesarias para el desarrollo y ejecución de esta Ley.

DISPOSICIÓN FINAL CUARTA. Modificación de la Ley 84/1978, de 28 de diciembre, por la que se regula la tasa por expedición del Documento Nacional de Identidad.

El número 2 del artículo 4 de la Ley 84/1978, de 28 de diciembre, queda redactado como sigue:

Quienes hubieran de renovar preceptivamente su documento durante el plazo de vigencia del mismo, por cambio de domicilio o de datos filiatorios, o por cualquier circunstancia no imputable al interesado.

DISPOSICIÓN FINAL QUINTA. Entrada en vigor. La presente Ley entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el *Boletín Oficial del Estado*.

Bibliografía

- **Asociación Internacional Mundial para la Salud del Transgénero** (2001): *Estándares de cuidado para trastornos de identidad de género*, Sexta edición. Disponible en: <http://www.wpath.org>.
- **Asociación Norteamericana de Psiquiatría** (2005): *DSM-IV-TR. Guía de uso*, Masson, Barcelona.
- (2002a): *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Masson, Barcelona.
- (2002b): *DSM-IV-TR. Breviario*, Masson, Barcelona.
- (1989): *DSM-III-R. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Masson, Barcelona.
- **Basaglia, F. y Basaglia, F.** (1973): *La mayoría marginada*. Laia, Barcelona.
- **Becerra, Antonio** (comp.) (2003). *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*, Ed. Díaz de Santos, Madrid.
- **Becú, Damasia** (2007): «Diferenciación sexual del cerebro. Genética vs. epigenética», *Revista Medicina*, vol.67, Buenos Aires, pp. 397-402.
- **Benjamin, Harry** (1966): *The Transsexual Phenomenon*, Warner Books, Nueva York. Disponible en: <http://www.mut23.de/texte/Harry%20Benjamin%20%20The%20Transsexual%20Phenomenon.pdf>
- **Billings, Dwight y Urban, Thomas** (1982): «La construcción socio-médica de la transexualidad: interpretación y crítica», en: Nieto, José Antonio (Comp) (1998), *Transexualidad, transgenerismo y cultura*, Talasa, Madrid, pp. 91- 116.
- **Bolin, Anne** (2003): «La transversalidad de género. Contexto cultural y prácticas de género», en: Nieto, José Antonio (ed), *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*, Talasa, Madrid, pp.231-259.
- **Borges, Jorge Luis** (2007): «El idioma analítico de John Wilkins», en: *Otras inquisiciones*, Ediciones Destino, Madrid, pp.160-166.
- **Bourdieu, Pierre** (2003): *La dominación masculina*, Anagrama, Barcelona.
- **Bustos, Yolanda** (2008): *La transexualidad (De acuerdo a la ley 3/2007, de 15 de marzo)*, Dickinson, Madrid.
- **Butler, Judith** (2006): *Deshacer el género*, Paidós, Barcelona.

- (2002): *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*, Paidós, Buenos Aires.
- (2007) [1999]: *El género en disputa*, Paidós, Barcelona.
- **Cardín, Alberto** (1984): *Guerreros, chamanes y travestis*, Tusquets, Barcelona.
- **Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas** (2001): *Protocolo de intervención psicológica en la transexualidad*, Las Palmas.
- **Coleman, Eli, Gooren, Louis y Ross, Michael** (1989): «Teorías sobre la trasposición de género: crítica y sugerencias para ahondar en la investigación», en: Nieto, José Antonio (Comp) (1998), *Transexualidad, transgenerismo y cultura*, Talasa, Madrid, pp. 249- 265.
- **Descola, Philippe** (2006): «La fabrique des images», *Anthropologie et Sociétés*, vol. 30, n° 3, p. 167-182.
- (2001) : «Construyendo naturalezas. Ecología simbólica y práctica social», en: Descola, Philippe y Pálsson, Gísli (eds), *Naturaleza y sociedad. Perspectivas antropológicas*, Siglo XXI, México DF, pp. 101-123.
- **Désy, Pierrette** (1980): «L’homme-femme. Les berdaches en Amérique du Nord», *Revue Libre-politique, anthropologie, philosophie*, n°78, Paris, pp.6-38.
- **Díaz Morfa, José** (2007): «Disforia de género», *Sexología Integral*, pp.83-88.
- **Douglas, Mary** (2007) [1966]: *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- **Ellis, Havelock** (1937): *Studies in the psychology of sex. Eonism and other supplementary studies*, vol.VII, Random House.
Disponible en: <http://www.archive.org/details/studiesintheapsyc007990mbp>
- **Fausto-Sterling, Anne** (2006): *Cuerpos sexuados*, Melusina, Barcelona.
- **Foucault, Michel** (1984): «Foucault», en: Foucault, Michel, (1999), *Estética, ética y hermenéutica*, Obras esenciales, vol.III, Paidós, Barcelona, pp. 363-368.
- (1980): «Le vrai sexe», en: Foucault, Michel (2001), *Dits et écrits II, 1976-1988*, Gallimard, Paris, pp.934-942.
- (1978a): «Sexualidad y poder», en: Foucault, Michel (1999), *Estética, ética y hermenéutica*, Obras esenciales, vol.III, Paidós, Barcelona, pp. 129- 147
- (1978b): «Le mystérieux hermaphrodite», en: Foucault, Michel (2001), *Dits et écrits II, 1976-1988*, Gallimard, Paris, pp. 624-625.

- (1977) : «Le jeu de Michel Foucault», en: Foucault, Michel (2001), *Dits et écrits II, 1976-1988*, Gallimard, Paris, pp. 298-329.
- (2002) [1976]: *La historia de la sexualidad. La voluntad de saber*, Siglo XXI, Buenos Aires.
- (1999) [1975]: *Vigilar y castigar*, Siglo XXI, México DF.
- (1975): «Entrevista sobre la prisión», en: Foucault, Michel (1999), *Estrategias de poder, Obras esenciales*, vol.II, Paidós, Barcelona, pp. 297-312.
- (2002) [1966]: «Prefacio», en: *Las palabras y las cosas*, Siglo XXI, Argentina, pp.1-13.
- **Freud, Sigmund (1925)**: «Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos». Disponible en:
<http://musica.unq.edu.ar/personales/ebonnier/Freud/Textos/Amorrortu/07.rtf>
- **Frignet, Henry (2000)**: *Le transsexualisme*, Desclée de Brouwer, Paris.
- **Garaizábal, Cristina (1998)**: «La trasgresión del género. Transexualidades, un reto apasionante», en: Nieto, José Antonio (Comp) (1998), *Transexualidad, transgenerismo y cultura*, Talasa, Madrid, pp. 39-62.
- **Garfinkel, Harold (2006) [1968]**: «El tránsito y la gestión del logro de estatus sexual en una persona intersexuada», en: *Estudios en Etnometodología*, Anthropos, Barcelona, pp. 135-210.
- **Goffman, Erving (2006) [1963]**: *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu, Madrid.
- **Gómez, Esther (2006)**: «La atención a la transexualidad por la unidad de salud mental del Hospital Clínic de Barcelona en los últimos años», *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, nº78, Barcelona.
- **et.al.** (2005): «Perfil del Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota-2 (mmpi-2) en transexuales», *Revista Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 32 (1), pp. 8-13.
- **Good, Byron (2003)**: *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*, Edicions Bellaterra, Barcelona.
- **Hausman, Bernice (1992)**: «En busca de la subjetividad: transexualidad, medicina y tecnologías de género», en: Nieto, José Antonio (Comp) (1998), *Transexualidad, transgenerismo y cultura*, Talasa, Madrid, pp. 193-227.
- **Hekma, Gert (1993)**: «A female soul in a male body. Sexual inversion as gender inversion in nineteenth-century sexology», en: Herdt, Gilbert (Comp), *Third sex, third gender. Beyond sexual dimorphism in culture and history*, Zone Books, Nueva York, pp.213-239.

- **Illich, Ivan** (1978): *Némesis médica*, ed. Joaquín Mortiz, México D.F.
- **Kessler, Suzanne & McKenna, Wendy** (1985): *Gender. An ethnomethodological approach*, The University of Chicago Press, Chicago.
- **King, Dave** (1981): «Confusiones de género: concepciones psiquiátricas y psicológicas sobre el travestismo y la transexualidad», en: Nieto, José Antonio (Comp) (1998), *Transexualidad, transgenerismo y cultura*, Talasa, Madrid, pp. 123-156.
- **Krafft-Ebing, Richard von** (1895): *Psychopathia Sexualis : avec recherches spéciales sur l'inversion sexuelle*, Georges Carré, Paris.
Disponibile en : <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76843b.r=krafft-ebing.langES>
- **Laqueur, Thomas** (1992): *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, Gallimard, Paris.
- **Marcus, George & Fisher, Michael** (eds) (2000) [1986]: «La consideración de la economía política histórico-mundial: comunidades cognoscibles en sistemas más vastos», en: *Antropología como crítica cultural. Un momento experimental en las Ciencias Humanas*, Amorrortu, Buenos Aires, pp.123-168
- **Martínez Hernáez, Ángel** (2000): «Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura», en: Perdiguero, Enrique y Comelles, JosepM^a. (Comps), *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*, Edicions Bellaterra, Barcelona, pp. 248-275.
- **Mauss, Marcel** (1971) [1950]: «Técnicas y movimientos corporales», en: *Sociología y Antropología*, Tecnos, Madrid, pp. 337- 343.
- **Mejía, Norma** (2005): *Transgenerismos : ensayo de etnografía extrema*, Tesis doctoral en antropología y etnografía, Universidad de Barcelona.
- **Nanda, Serena** (2003): «Hijra y Sahin. Ni hombre ni mujer en la India», en: J.A. Nieto (ed), *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*, Talasa, Madrid, pp. 261-274.
- **Nieto, José Antonio** (2008): *Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género*, Edicions Bellaterra, Barcelona.
- (1998): «Transgénero/transexualidad: de la crisis a la reafirmación del deseo», en: Nieto, José Antonio (Comp), *Transexualidad, transgenerismo y cultura*, Talasa, Madrid, pp.11-36.
- **Organización Mundial de la Salud** (2000): *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud*, Décima revisión.
- **Osborne, Raquel** (2009): «Transgenerismos, una aproximación etnográfica extrema: entrevista a Norma Mejía», *Política y sociedad*, vol.46-núm.1-2, pp.129-142.

- **Otegui, Rosario** (2000): «Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento», en: Perdiguero, Enrique y Comelles, Josep M^a. (Comps), *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*, Edicions Bellaterra, Barcelona, pp.227-248.
- **Preciado, Beatriz** (2009): *Testo yonki*, Espasa, Madrid.
- (2003): «Multitudes queer. Notas para una política de los “anormales”», *Revue Multitudes*, nº12, Paris.
Disponible en: <http://multitudes.samizdat.net/Multitudes-queer,1465>
- **Risman, Barbara** (1998): «La (errónea) adquisición de la identidad de género en los transexuales», en: Nieto, José Antonio (Comp) (1998), *Transexualidad, transgenerismo y cultura*, Talasa, Madrid, pp. 233-248.
- **Salvans, Marta** (2008): *Del ser i el sentir*, Edició privada, Vic.
- **Sennet, Richard** (1997): *Carne y piedra. El cuerpo y la ciudad en la civilización occidental*, Alianza Editorial, Madrid.
- **Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición** (2002): *Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de identidad de género*, <http://www.colegaweb.org/medias/File/malaga/tig.pdf>
- **Soley-Beltrán, Patricia** (2009): *Transexualidad y la matriz heterosexual. Un estudio crítico de Judith Butler*, Edicions Bellaterra, Barcelona.
- (2001): «¿Citaciones perversas? De la distinción sexo-género y sus apropiaciones», en: Maffia, Diana (comp.), *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*, Feminaria Editora, Buenos Aires, pp.59-85.
- **Turner, Victor** (2008) [1980]: «Entre lo uno y lo otro: el periodo liminar en los “rites de passage”», en: *La selva de los símbolos*, Siglo XXI, Madrid, pp.103- 123.
- **Uribe, Carlos Alberto** (2000): «La controversia por la cultura en el DSM-IV», *Revista Colombiana de Psiquiatría*, núm.4, pp.345-366.
- **Useche, Bernardo** (2005): «Medicalización, erotismo y diversidad sexual: una crítica sexológica al DSM-IV-TR», *Sexología Integral*, 2(2), pp.87-95.
- **Williams, Walter** (1992): *The Spirit and the Flesh. Sexual Diversity in American Indian Culture*, Beacon Press, Boston.
- **Xarxa Feminista del País Valencià** (2004): «Cómo ser mujer y queer y no morir en el intento», *Revista Mujeres Preocupando*.
Disponible en: http://www.nodo50.org/xarxafeministapv/article.php3?id_article=224
- **Zhou et al.** (1999): «Una diferencia en el cerebro humano y su relación con la transexualidad», *BSTc*, nº1, pp.2-6.

