

# UNIVERSIDAD PANAMERICANA

---

---



Maestría en Bioética  
Estudios Incorporados a la SEP RVOE 20100494  
Centro Interdisciplinario de Bioética Escuela de Medicina  
Facultad de Ciencias de la Salud

## La sexualidad desencarnada en el fenómeno transexual. Interrogantes bioéticas para la perspectiva de género

Tesis Profesional  
que presenta:

**María Fernanda Crespo Arriola**

Para obtener el título de:  
**Maestra en Bioética**

Director de tesis:  
Dr. Evandro Agazzi



© 2021 María Fernanda Crespo Arriola

Todos los derechos reservados



*A mis hijos,  
Santiago y Alejandra,  
muestra viva de la diferencia sexual*



# Agradecimientos

Escribir una tesis es un acto de pensamiento, de cuestionamiento, de reflexión... de flexión hacia dentro. Por eso, el mundo material suele ser un estorbo: el mensaje de whatsapp, la hora del café, el grito del bebé, la pregunta sobre qué quieres cenar... todo termina en constantes motivos para salir de ese ensimismamiento, tan importante para este trabajo de pensamiento.

En efecto, las largas horas de lectura y los silencios necesarios para la escritura nos hacen creer que se trata de un trabajo en solitario, y nos hacen pensar que la mejor tesis es la que se hace en condiciones óptimas: en una biblioteca, sin pendientes laborales, sin responsabilidades familiares... Corremos, entonces, el enorme riesgo de pensar que lo único que necesitamos para concluir un proyecto de esta envergadura es tiempo, espacio, recurso... y, por supuesto, a uno mismo. Nada más falso.

Este trabajo ha sido la anti-tesis de todo eso.

Durante meses, he tenido que habitar un mundo repleto de paradojas, no sólo teóricas, también vitales; y así, elaborada a destiempo, a mitad de una pandemia y bajo el ruido de una dinámica familiar con niños pequeños... este proyecto se ha convertido en uno de los aprendizajes más importantes de mi vida, pues me ha dado la oportunidad de comprender que nada valioso se construye en solitario; ni siquiera la soledad, tan necesaria para escribir una tesis.

En este sentido, he de decir que, aunque estas hojas llevan sólo mi nombre, no son sólo mías: son también de mi tutor, de mis padres y de mis suegros, de mis hijos y, por supuesto, de Leonardo.

Gracias Dr. Agazzi por su diligente guía, su infinita disposición al diálogo y por enseñarme el enorme valor que tiene pensar por fuera de las propias convicciones. Sin su comprensión y su calidez humana, nada de esto hubiera sido posible.

Gracias “abuelos” por ser partícipes de este proyecto. Su tiempo, entrega y su infinita disposición a ayudar, hicieron posible que encontrara momentos de sosiego que me permitieran pensar y plasmar mis ideas. Siempre estaré eternamente agradecida con Dios por la oportunidad que ha sido tenerlos cerca y poder asumirlos como unos aliados imprescindibles en esta difícil tarea que es integrar vida familiar y vida laboral.

Gracias Ale y Santiago por ser la voz y el grito que, lanzado al aire, me permitía volver a este mundo y recordar lo importante. Gracias por ser el terreno firme y el lugar al que siempre puedo volver; en donde cada sonrisa y cada llanto son un motivo suficiente para sentirse agradecido.

Gracias Leonardo por ser el eterno cómplice; el paño de lágrimas y la palabra de aliento, la mirada incisiva y la escucha atenta. Mi mejor interlocutor. Gracias por ser el paso firme cuando mis piernas flaqueaban y el horizonte cuando perdía el norte. Mi más importante propulsor. No te dedico esta tesis porque en parte es tuya; porque ya no concibo un sólo logro mío que no sea tuyo a la vez.

# Índice

<b>Agradecimientos</b> .....	vii
<b>Índice</b> .....	ix
<b>Prefacio</b> .....	xi
<b>Resumen</b> .....	xv
<b>Introducción</b> .....	1
<b>Capítulo I. La sexualidad en contexto</b> .....	7
1.1. Breve recorrido histórico-conceptual .....	7
1.2. Tensiones y contradicciones teóricas al interior del discurso psiquiátrico y psicológico .....	12
a. <i>Del sexo al género. O sobre el género sin sexo</i> .....	15
b. <i>Binarismo tradicional en el planteamiento trans</i> .....	21
<b>Capítulo II. Paradojas de la praxis</b> .....	25
2.1. Implicaciones teóricas de los tratamientos hormonales y la reasignación de sexo .....	25
2.2. Cuestionamientos antropológicos .....	32
2.3. Consideraciones bioéticas .....	40
<b>Conclusiones</b> .....	53
<b>Bibliografía</b> .....	59
<b>Glosario</b> .....	65



# Prefacio

En noviembre de 2020 aparecía, por primera vez en la historia de México, una mujer *trans* en la portada de la revista *Playboy*; demostrando, según afirmaba la propia revista, “que nuestra marca apuesta por la libertad sexual en toda su dimensión” (Gallardo, 2020).

Sin duda, resultaba extraño que una revista que durante décadas se había caracterizado por cosificar a la mujer y utilizar sus cuerpos para construir un emporio millonario (dirigido por hombres) hiciera gran alarde de la libertad e, incluso, pregonara su lucha por la igualdad mostrando, nuevamente, un cuerpo desnudo, típicamente femenino. Con todo, una forma de “igualdad” era clara: la de la mujer (*trans* o no) colocada como objeto de consumo. Nada nuevo, en efecto.

Lo verdaderamente interesante radicaba en que esta llamada “libertad sexual”, impregnada de toda una deconstrucción del género y pasada, incluso, por la destrucción del sexo, nos volviera a colocar en el mismo sitio de siempre; es decir, que la transexualidad reafirmara, libre y autónomamente, los estereotipos que los feminismos han luchado por derrocar durante décadas.

De pronto, las paradojas que yo venía trabajando, en torno a la transexualidad, y que quería mostrar en esta tesis, se hacían ridículamente visibles; se hacían portada.

Una ceguera, quizá provocada por la corrección política, nos desafía continuamente frente a estos temas y hay que atreverse, sin miedo, a cuestionar los discursos que de pronto parecen incuestionables. No a las personas, pues ellas merecen todo nuestro respeto, atención y cuidado, pero sí a lo que se suscribe cuando afirmamos que “esta portada celebra las diferentes formas de ser mujer” (Volkova, 2020), porque, ¿qué es, entonces, “ser mujer”? ¿es *construirse* un cuerpo que pueda ser cosificado y explotado? ¿es *asumir un rol* determinado y, por consiguiente, vestirse, maquillarse y hablar de cierta manera? ¿es la *experiencia subjetiva* de “sentirse mujer”? ¿es un tema de deseo, de construcción social o de biología?...

Muchas interrogantes científicas y filosóficas se abren frente a esta problemática; interrogantes que no deberían ser silenciadas por el discurso de género predominante, pues en ello, en su capacidad crítica, se juega el futuro de la ciencia y de la filosofía, pero, sobre todo, se juega el futuro y la felicidad de personas que sufren.

Como sostiene Lawrence Mayer (2016),

no debemos comprometernos de forma dogmática con ninguna versión en particular sobre la naturaleza de la sexualidad o la identidad de género, sino que tenemos que guiarnos, ante todo, por las necesidades de unos pacientes en dificultades y buscar, con una mirada abierta, formas de ayudarles a llevar una vida plena y digna (p. 3).

En un país donde la tasa de asesinatos de personas *trans* es de las más altas de todo el mundo<sup>1</sup>, y un mundo en el que la depresión, la marginación social y el suicidio, parecieran

---

<sup>1</sup> Según los datos presentados por el *Observatorio de Personas Trans Asesinadas*, en el periodo comprendido entre 2008 y 2020 se han reportado y registrado 3664 asesinatos a personas *trans*, en todo el mundo; de los cuales, 528 han tenido lugar en México. Esta cifra coloca a nuestro país

acompañar de manera trágica las vidas de estos grupos<sup>2</sup>, sobra decir que la reflexión en torno a estas temáticas no es menor. Los profesionales de la salud tenemos el deber de pensar seriamente estos asuntos y de encontrar caminos que permitan, en la medida de nuestras posibilidades, aminorar su sufrimiento. Sin embargo, cometemos un error de razonamiento, y una injusticia hacia estas personas, cuando pensamos que la crítica al discurso predominante enmascara discriminación, ideologización, conservadurismo o rechazo; cuando convertimos toda discrepancia en discurso de odio y cuando cancelamos el discurso científico en aras del contexto político<sup>3</sup>.

Es, en definitiva, un imperativo moral, y no sólo científico, mantener una mirada incesantemente crítica sobre estos temas.

Esta tesis, sin embargo, no pretenderá resolver las interrogantes planteadas en torno al fenómeno *trans*. Las cuestiones clínicas (sobre si nos encontramos o no frente a una patología) y la veracidad de los datos epidemiológicos (que refieren, o no, la reducción del malestar clínicamente significativo tras la transición) las dejaré en manos de los expertos. Únicamente procuraré mostrar las paradojas del discurso que, a mi juicio, despierta el arduo camino de la transexualidad.

---

en el segundo lugar del mundo, sólo después de Brasil, con el mayor número de asesinatos a personas *trans* (Transgender Europe, 2021).

<sup>2</sup> Según la American Psychological Association (2015): “Research has documented the extensive experiences of stigma and discrimination reported by TGNC people (Grant et al., 2011) and the mental health consequences of these experiences across the life span (Bockting, Miner, Swinburne Romine, Hamilton, & Coleman, 2013), including increased rates of depression (Fredriksen-Goldsen et al., 2014) and suicidality (Clements-Nolle, Marx, & Katz, 2006)”. (p. 832).

<sup>3</sup> En este mismo sentido, critica Debra Soh (2020): “Gender has transformed into a cult-like concept, and public knowledge has been overturned to reflect pleasantries that affirm the feelings and beliefs of particular groups. Scientific research is no longer about exploring new ground, but promoting ideas that make people happy” (p. 13).

Sirvan estas páginas para mostrar que los discursos de género que permean el fenómeno transexual carecen, en múltiples ocasiones, de congruencia argumentativa y de consistencia científica. Sirvan, pues, para mostrar que las decisiones bioéticas a este respecto aún se encuentran lejos de ser claras y, por consiguiente, que toda deliberación bioética sobre la transexualidad requiere, como mínimo, un previo camino de reconocimiento de este terreno paradójico.

# Resumen

Asesor de Tesis: Profesor Dr. Evandro Agazzi

María Fernanda Crespo Arriola

La sexualidad desencarnada del fenómeno transexual.

Interrogantes bioéticas para la perspectiva de género

La transexualidad, como fenómeno psicológico y psiquiátrico, ha pasado por múltiples transformaciones teóricas a lo largo de las últimas décadas. Las paradojas inundan el tema desde que vemos aparecer un fenómeno catalogado como “normal” dentro de un Manual de Diagnóstico Psiquiátrico, hasta la prescripción de un tratamiento centrado en la reasignación de sexo ahí donde el discurso pareciera afirmar la fluidez del género y la deconstrucción de los estereotipos de género. Sin duda, son muchos los cuestionamientos antropológicos que se tejen dentro de esta teoría de la sexualidad que se encuentra desencarnada (o despojada del cuerpo); y, por lo mismo, son muchas las interrogantes bioéticas que se desprenden de una praxis clínica que pareciera centrarse en el ejercicio de una autonomía a ultranza, sin pasar por la pregunta por la beneficencia del paciente.

*Palabras clave:* disforia de género, *DSM-5*, reasignación de sexo, psicología, bioética



# Introducción

Uno de los grandes temas que acechan y atraviesan de lleno el interés teórico, político y clínico de la posmodernidad es, sin duda alguno, el tema (o problema, según se le quiera ver) del género.

Tanto filósofos, antropólogos, feministas y psicólogos han dedicado las últimas décadas a construir lo que hoy en día conocemos como “perspectiva de género”, pero que, en muchos sentidos, ya constituye una especie de “teoría (a veces ideología) de género”: uniforme, dogmática y omnicomprensiva.

A decir verdad, la palabra *género*, aunque acuñada dentro del contexto clínico de los ochenta, tiene ya una larga e importante trayectoria dentro del conocido debate filosófico que pretende resolver (o disolver) el problema alma-cuerpo, naturaleza-cultura y lo que hoy en día constituye la diferenciación sexo-género. A grandes rasgos, podría decirse que lo que pretende sostener dicho término es una postura crítica frente a la mal entendida “naturalidad” de la sexualidad (y su énfasis en un biologicismo desmedido), a la vez que busca señalar la enorme injerencia de las dinámicas sociales y culturales sobre la misma. El concepto, en este sentido, aparece como una posible respuesta frente a la necesidad patente de encontrar una terminología capaz de complementar a la tradicional palabra sexo y de aportar variables culturales que permitieran el abordaje de la sexualidad y del cuerpo desde un enfoque mucho más complejo y, antropológicamente

hablando, también más completo. Así, al menos, lo manifestaba John Money<sup>4</sup> (1985) cuando, en 1985, afirmaba que era necesario un cambio de paradigma, pues, “a person’s sex must be specified not on the basis of a single criterion, but a multiple criteria” (p.73).

Ni siquiera la propuesta de Money pretendía anular la biología o reemplazar su importancia; su apuesta era eliminar la polarización entre naturaleza y cultura mediante un nuevo paradigma biosocial que integrara el aprendizaje social dentro de la estructura cerebral<sup>5</sup>; sin embargo, la afirmación de que no todo lo que está de manera permanente en el cerebro es innato (genético o biológico), sino que esto también puede ser “postnatal” (cultural o adquirido)<sup>6</sup>, aunada a la crítica feminista que denunciaba la diferencia sexual como el sustrato natural de la desigualdad<sup>7</sup>, dejó abierto un nuevo camino de polarización. Al punto que, como sostiene Marta Lamas (1994),

---

<sup>4</sup> Uno de los primeros artículos académicos que empleaba la palabra “género” fue escrito por el psiquiatra John Money, del Hospital Johns Hopkins, con motivo del tratamiento de niños intersexuales (también llamados hermafroditas). “Money defendía que la identidad de género, al menos en esos niños, era plástico y podía construirse. En su opinión, hacer que un niño o una niña se identificara con un género sólo requería construirle los genitales típicos de un sexo y crearle un entorno adecuado para ese sexo en particular” (Mayer, L. & McHugh, P., 2016, p. 87).

<sup>5</sup> Así lo expresa el autor: “to replace such simple polarization, what is needed is a theoretical earthquake that will bring into being a paradigm shift away from the two-term nature/nurture formulation, to the three-term, nature/crucial-period/nurture formulation. Nature and nurture interact during a crucial period of development. What they effectuate is serially added to by subsequent interactions, until the final product is permanently in place” (Money, 1985, pp. 74-75).

<sup>6</sup> La frase textual es contundente: “Social learning and memory are, let it never be forgotten, just as much biology in the brain as are genes, hormones, and neurotransmitters. All share in both long-term and short-term programming of the brain and mind. That is the basic principle of the unity of bodymind” (Money, 1985, p. 78).

<sup>7</sup> Como bien especifica Genevieve Fraisse (2003) en su texto “El concepto filosófico de género”, fue hacia finales del siglo XX cuando se planteó que la llamada “física de los sexos” no era más que el soporte de una identificación que no sólo era individual, sino también colectiva. Fue entonces cuando la crítica (sobre todo feminista) de las asignaciones sexuales se topó con la necesidad de acuñar una nueva terminología. Un siglo más tarde, el pensamiento feminista conceptualizará su crítica a la dualidad sexual (masculinidad/feminidad) y aparecerá el término *género* (p. 40).

## Introducción

Al conocer la variedad de formas de simbolización, interpretación y organización del género se llega a una postura antiesencialista: no existe el hombre "natural" o la mujer "natural"; no hay conjuntos de características o de conductas exclusivas de un sexo, ni siquiera en la vida psíquica. La inexistencia de una esencia femenina o masculina nos lleva a desechar la supuesta "superioridad" de un sexo sobre otro, y a cuestionar hasta dónde hay una forma "natural" de la sexualidad humana (p.11).

Nos encontramos, pues, en la era en la que la biología ha sido cancelada o, mejor dicho, disuelta en un mar de “dispositivos” (políticos, económicos, culturales, educativos...)<sup>8</sup>.

Dicha perspectiva ha sido fundamental para algunos movimientos dentro de la lucha feminista, que pretenden despojar a la mujer de los llamados “mandatos de género” que parecían estar arraigados al cuerpo (la maternidad, el cuidado, el servicio, etc.), pero también para la reivindicación de voces tan distintas como las de los y las homosexuales, bisexuales... y, más recientemente, también para los transexuales; pues, en efecto, sólo a través de la disolución de una “naturaleza sexual” es posible dar cabida a tal diversidad de constructos identitarios y de orientaciones sexuales sin apelar a la desviación o a la patología.

---

<sup>8</sup> Hago alusión explícita a la idea de “dispositivo” propuesta por Michel Foucault, pues las tesis de este autor son clave para comprender el cambio de paradigma aquí mencionado (y, por su puesto, para comprender la postura de la autora más emblemática en este sentido, Judith Butler). Así, por ejemplo, afirma Foucault en su escrito sobre la *Historia de la sexualidad*: “el objetivo de la presente investigación es mostrar cómo los dispositivos de poder se articulan directamente en el cuerpo —en cuerpos, funciones, procesos fisiológicos, sensaciones, placeres; lejos de que el cuerpo haya sido borrado, se trata de hacerlo aparecer en un análisis donde lo biológico y lo histórico no se sucederían (como en el evolucionismo de los antiguos sociólogos), sino que se ligarían con arreglo a una complejidad creciente conformada al desarrollo de las tecnologías modernas de poder que toman como blanco suyo la vida. Nada, pues, de una “historia de las mentalidades” que sólo tendría en cuenta los cuerpos según el modo de percibirlos y de darles sentido y valor, si no, en cambio, una “historia de los cuerpos” y de la manera en que se invadió lo que tienen de más material y viviente”. (Foucault, 1998, p. 90).

Sin embargo, aún son múltiples los desafíos teóricos y clínicos a los que nos enfrenta esta perspectiva ya que, si bien logra dar cabida al discurso psicológico y a la importancia de la cultura en la conformación de sujetos sexuados, parece, al mismo tiempo, despojar a la sexualidad de su núcleo más primario: el cuerpo biológico. De ahí que, como apunta el título de esta tesis, hoy en día sea posible hablar de una especie de “sexualidad desencarnada”: despojada de la carne, de su “sustrato”, de la materia biológica de la que parecía surgir como una fuerza y en la que el yo parecía asentarse (asirse) con natural correspondencia.

En efecto, la noción de género reivindica la idea de que la diferencia sexual no es innata, incontrovertible y biológica, sino todo lo contrario: que ésta es simbólica, elaborada y construida por la cultura. El ejemplo más explícito de ello, aunque sin duda no el único<sup>9</sup>, recae en la población transgénero y transexual (en el fenómeno *trans*, en general<sup>10</sup>), pues es justamente en sus diversas manifestaciones en donde vemos aparecer nuevas y muy distintas formas de vivir la sexuación, que no necesariamente se corresponden con la variabilidad biológica, pues, como bien sostiene Marta Lamas (2009):

---

<sup>9</sup> Otro ejemplo claro y palpable de esta nueva concepción de la sexualidad es la ya común expresión acuñada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos: “sexo asignado al nacer”; según la cual, lo determinante no es el sexo con el que nazco, sino aquel que los médicos y padres me han asignado al percibir mis genitales. “Bajo esta teoría [entonces] la asignación del sexo no es un hecho biológico innato, más bien, a las personas se les asigna socialmente un sexo al nacer con base en la percepción que otras personas tienen sobre sus genitales” (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018, p. 5)

<sup>10</sup> El lector versado en estos temas no requerirá de mayores precisiones sobre la terminología empleada en esta tesis; específicamente en lo referente a conceptos como: transexual, transgénero, *trans*, etc. Sin embargo, para quien no esté acostumbrado al uso de estos términos, o aún tenga confusión respecto de los mismos, he puesto a su disposición un pequeño *Glosario*, al final del documento.

## Introducción

Al trastocar la concepción tradicional de hombre y mujer, las personas transgénero y transexuales ejemplifican una forma distinta de vivir la sexuación: no como una esencia inmutable, sino como una condición relativamente transformable, a partir de las variaciones psíquicas que se construyen sobre el dato del cuerpo (p.9).

Sin embargo, es también en este fenómeno en donde, de una manera no del todo evidente, se dejan ver algunas de las paradojas más importantes de esta teoría de la sexualidad humana.

A continuación, intentaré mostrar algunos de los problemas que, a mi juicio, se desprenden de una teoría de la sexualidad que se encuentra desencarnada (pues deja de lado la genitalidad, los cromosomas y la orientación sexual establecida por la corporalidad), y que difícilmente logra ser compatible con una perspectiva bioética y clínica que apunte hacia la reasignación de sexo: un tratamiento que no sólo presupone al cuerpo, sino que se centra, exclusivamente, en éste y en su modificación.

Específicamente, me avocaré a la tarea de analizar las principales tensiones y contradicciones (teóricas y prácticas) en las que se incurre cuando se pretende sustentar la no patologización de la transexualidad (es decir, de una identidad sexual que no se corresponde con el “sexo asignado al nacimiento”), sin renunciar a la idea de que es bioéticamente necesario facilitar un tratamiento (hormonal o quirúrgico) para el cese de la disforia.

No obstante, antes de arribar a ello, será necesario hacer un breve recuento teórico-histórico que permita colocar la problemática en su contexto; es decir, en su realidad fáctica, que, dicho sea de paso, no es sólo una realidad clínica, sino también política. Posteriormente, se harán explícitas las contradicciones teóricas que se

encuentran al interior de los planteamientos de la transexualidad y, finalmente, se analizarán algunas de las consecuencias antropológicas y de los cuestionamientos bioéticos que se derivan de esta sexualidad desencarnada.

# Capítulo I. La sexualidad en contexto

## 1.1. Breve recorrido histórico-conceptual

La transexualidad aparece tipificada en el DSM III, desde 1980; en buena medida, a causa de la presión ejercida por la *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), la cual buscaba abrir nuevas posibilidades legales y sociales para las personas transexuales. Desde entonces, el diagnóstico, facilitado por la American Psychiatric Association (APA), a través de su *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM), ha servido de fundamento para que el coste de la terapia de modificación corporal (hormonal o de reasignación) sea asumido total o parcialmente por las aseguradoras.

Sin embargo, desde el comienzo de este debate, surgieron voces críticas que señalaron que un diagnóstico psiquiátrico, más que beneficiar a la población *trans*, proporcionaba el terreno fecundo para la discriminación y el estigma social; y, por consiguiente, denunciaron que el DSM operaba como una herramienta más de control social y legitimización del sistema sexo/género (Mas Grau, 2017, p. 2). Como resultado de esta disputa, la transexualidad prácticamente se ha retirado del DSM. De hecho, la lucha actual (enarbolada por la red internacional *Stop Trans Pathologization*), solicita que en la próxima edición de la CIE “se reconozca la atención sanitaria a este colectivo como

un proceso de salud no basado en la enfermedad (de un modo similar a lo que sucede con el embarazo)” (Mas Grau, 2017, p. 2).

Podría decirse que la evolución de este fenómeno psíquico, dentro del Manual, presenta grandes paralelismos con el recorrido que en su momento tuvo también la homosexualidad, pues, como apunta Mas Grau (2017), en el *DSM-III* aún se patologizaba el deseo homoerótico y la identificación de género cruzada con el empleo de términos como “perturbación de la orientación sexual” y “trastorno de la identidad de género” (TIG, de ahora en adelante), que denotaban enfermedad (p.4).

En esta clasificación, de hecho, el TIG aparece como “Trastorno de la identidad *sexual*”. La palabra *género* no forma parte del vocabulario empleado dentro del Manual; mucho menos la distinción entre sexo y género que aparecerá tan explicitada en su última versión. El énfasis, por consiguiente, se coloca en un sentido muy diverso al actual, pues:

El rasgo esencial de las alteraciones incluidas en esta subclase es la incongruencia entre el *sexo anatómico* y la *identidad sexual*. La identidad sexual es la sensación de conocer a qué sexo se pertenece, es decir, la conciencia de “ser un hombre” o “ser una mujer”. La identidad sexual es la experiencia privada del papel sexual y éste es la expresión pública de la identidad sexual (American Psychiatric Association, 1983, p. 275, las cursivas son mías).

El “Transexualismo”, como puede verse, aparece ahí como un “sentimiento persistente de malestar y de inadecuación respecto al propio sexo anatómico y un deseo persistente de librarse de los propios genitales y de vivir como miembro del otro sexo” (American Psychiatric Association, 1983, p. 276).

Más adelante, en el *DSM-IV*, el término aparecerá incluido en el apartado de los “trastornos sexuales y de la identidad sexual”, en donde se encontraban también las

disfunciones sexuales, las parafilias y el trastorno sexual no especificado. Desde entonces, los criterios para su diagnóstico (entre los que estaban una identificación acusada y persistente con el otro sexo; además de malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol) (American Psychiatric Association, 1994, pp. 532-538.), dejaban ver una necesaria correspondencia entre el sexo biológico y la identidad; al punto que, como lo indicaba su criterio B, casi cualquier comportamiento que no se adecuara al establecido por los roles de género y por la norma, debería ser considerado patológico. Es este sentido, apunta Mas Grau (2017): “cualquier persona que rechaza el género que se le asigna al nacer y desea adoptar una apariencia socialmente vinculante con el otro género, es susceptible de padecer un trastorno” (p.5)<sup>11</sup>.

Esta clara asociación entre la transexualidad y el malestar, ocasionado por la no adecuación entre la biología y la psique, provocó un importante énfasis en la necesidad de proporcionar alguna intervención terapéutica. Curiosamente, aunque el trastorno fue tipificado como un “trastorno mental”, el tratamiento privilegiado se centró, casi exclusivamente, en la modificación corporal de los sujetos; es decir, en la intervención o tratamiento médico para el cambio/reasignación de sexo (ya sea por medio del tratamiento hormonal, o bien, por el quirúrgico)<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> En efecto, como era de esperarse de un Manual de Diagnóstico, basado en la estadística (que es siempre un medio de “normalización”) los criterios para el diagnóstico están permeados por estas connotaciones que Mas Grau denuncia. Así, por ejemplo: “in boys, preference for cross-dressing or simulating female attire; in girls, insistence on wearing only stereotypical masculine clothing [...] intense desire to participate in the stereotypical games and pastimes of the other sex; strong preference for playmates of the other sex” (American Psychiatric Association, 1994, p. 537).

<sup>12</sup> El asunto resulta contradictorio, pues, como bien apunta Mas Grau (2015): “se accede a los deseos de transformación corporal de unas personas que, supuestamente, padecen un trastorno mental” (p. 487). Sin embargo, es importante enfatizar que, desde el *DSM-III*, se sostiene que:

Sin embargo, las voces críticas comenzaron a hacerse más fuertes hacia el 2000; cuestionando, especialmente, que la mera divergencia entre el sexo asignado y la identidad de género fuera considerada como patológica<sup>13</sup>. En el 2010, por ejemplo, la Asociación Mundial para la Salud Transgénero (WPATH) (2012) emitió un comunicado “instando a la despatologización de la variabilidad de género en todo el mundo” y, en este sentido, señaló que:

la expresión de las características de género, incluidas las identidades, que no están asociadas de manera estereotipada con el sexo asignado al nacer, es un fenómeno humano común y culturalmente diverso que no debe ser juzgado como inherentemente patológico o negativo (pp. 4-5).

De modo que, ya para el 2011, serán múltiples las exigencias de despatologización y despsiquiatrización de la vivencia transexual<sup>14</sup>. Frente a este reclamo y, por consiguiente, frente a la necesidad de mostrarse sensible frente al tema, la Asociación Psiquiátrica Americana se vio en la necesidad de reformular su categoría diagnóstica<sup>15</sup>.

---

“Sin tratamiento, el curso de los tres tipos [asexual, homosexual y heterosexual] es crónico y sin remisiones. Puesto que la reasignación sexual quirúrgica es un avance reciente, todavía es desconocido el curso a largo plazo con este tratamiento” (American Psychiatric Association, 1983, p. 276).

<sup>13</sup> Entre otras cosas, también se ha criticado el modo en el que este tipo de “relatos biomédicos” han sido adoptados o apropiados por las mismas personas *trans*, quienes terminan por asumir su propia vivencia como anormal y patológica. Para profundizar más en esta problemática, revítese Mas Grau (2015).

<sup>14</sup> Según Mas Grau (2017), el Parlamento Europeo pedirá a la OMS que la undécima versión del CIE suprima los trastornos de identidad de género de la lista de trastornos mentales y los reclasifique como “trastornos no patológicos” (p.5).

<sup>15</sup> Algunos sospechan que este cambio “no obedece a razones científicas sino políticas, esto es, a los esfuerzos de la American Psychiatric Association por presentarse como un organismo “más progresista y abierto” ante las tesis de algunos científicos sociales y organizaciones”. (Mas Grau, 2017, p. 7).

En un primer momento, propusieron sustituir el llamado “Trastorno de la identidad de género” por “Incongruencia de género” (Mas Grau, 2017, p. 5). Con esto resolvía el problemático uso de la palabra “trastorno” como elemento estigmatizante; pero, al parecer, la idea de una “incongruencia” hacía redundar en el viejo problema de la relación cuerpo-mente y, por consiguiente, no lograba eliminar la connotación de “atípico” “desviado” o “patológico” que tan insistentemente se deseaba dejar atrás. Por ello, para la versión final del *DSM-5*, la APA se decantó por el uso de otro término que, en principio, resultaría menos controversial: “Disforia de género”.

*Disforia*, en tanto estado de ánimo, refiere a “una afección en la que una persona experimenta sentimientos intensos de depresión, el descontento y, en algunos casos, indiferencia ante el mundo que le rodea” (American Psychiatric Association, 2016, p. 821); de modo que, cuando se habla de *Disforia de género*, necesariamente se está haciendo alusión al “malestar que acompaña a la incongruencia”. Se trata, sin duda alguna, de un concepto que pretende provocar cambios sustantivos en la relación entre lo patológico y la transexualidad, pues, en efecto, lo que logra enfatizar es que la esencia del diagnóstico ya no es la *no conformidad (per se) entre género y sexo*, sino, más bien, “el malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por un sujeto y el género asignado” (American Psychiatric Association, 2016, p. 451)<sup>16</sup>. De modo que, explica Mas Grau: “Existen personas que no sienten angustia alguna por su

---

<sup>16</sup> La propia American Psychiatric Association (2016) declara que: “El término actual es más descriptivo que el anterior término del *DSM-IV*, de *trastorno de identidad de género*, y se centra en la disforia como problema clínico, y no en la identidad *per se*” (p. 451).

condición. Y si en realidad experimentan algún malestar, éste es generado por una sociedad transfoba que las estigmatiza” (Mas Grau, 2017, p. 6).

Ninguno de estos cambios es banal: la modificación en las definiciones y en los conceptos conlleva, necesariamente, un cambio de paradigma respecto de la comprensión que tenemos de la sexualidad y del papel que juega la biología en todo este constructo. Ahora bien, aunque la solución es creativa —pues, por una parte, aporta una categoría diagnóstica que resulta menos estigmatizante y que, al menos pretendidamente, logra dejar en un segundo plano el conflicto de fondo: la problemática vinculación entre la identidad de género y el sexo biológico—, una lectura atenta del Manual deja en claro que, ni la expresión “disforia de género” (incluido el uso de la palabra *género*, en lugar de *sexo*<sup>17</sup>), ni los criterios diagnósticos, logran ser tan disruptivos como se pretende.

## **1.2. Tensiones y contradicciones teóricas al interior del discurso psiquiátrico y psicológico**

La American Psychological Association (2012) ha tomado claro partido frente al debate contemporáneo del género y, entre sus posicionamientos, ha señalado que la

---

<sup>17</sup> Concuero con Mas Grau (2017) en que, antes de analizar los criterios diagnósticos ofrecidos por la American Psychiatric Association, hay que reparar en el uso del término “sexo” que se hace en la traducción al español. Así, apunta el autor: “Una de las principales novedades que introduce la edición original en inglés del *DSM-5* con respecto a su predecesora, es el empleo generalizado del término “género” (*gender*) cuando se habla del deseo o la experiencia del sujeto [...] Una hipótesis plausible que explicaría esta decisión sería que los traductores de la versión en español han decidido alinearse con aquellos que consideran que el grupo de trabajo encargado de los “trastornos de la identidad de género” para el *DSM-5* ha incurrido en un exceso de sociologismo” (p. 6).

homosexualidad no debe ser considerada como una enfermedad<sup>18</sup> y ha declarado que los psicólogos debemos reconocer que la identidad es “fluida”<sup>19</sup> y, por consiguiente, que la aproximación clínica a la transexualidad no debe ser patologizante o estigmatizante, sino todo lo contrario: “trans-afirmativa”<sup>20</sup>.

En efecto, el enorme sufrimiento de los pacientes *trans* (que, no está de más insistir, sufren de altas tasas de depresión y de suicidio<sup>21</sup>) amerita todos los medios y cuidados necesarios, entre los cuales está, por supuesto, el poder facilitarles un espacio de contención y apoyo que difícilmente encuentran en su entorno<sup>22</sup>. La guía, en este

---

<sup>18</sup> Así lo apunta la American Psychological Association (2012) en su guía práctica para tratar con pacientes lesbianas, gays y bisexuales: “Guideline 2. Psychologists understand that lesbian, gay, and bisexual orientations are not mental illnesses [...] No scientific basis for inferring a predisposition to psychopathology or other maladjustment as intrinsic to homosexuality or bisexuality has been established” (p. 13).

<sup>19</sup> En palabras de la American Psychological Association (2017): “Guideline 1. Psychologists seek to recognize and understand that identity and self-definition are fluid and complex and that the interaction between the two is dynamic. To this end, psychologists appreciate that intersectionality is shaped by the multiplicity of the individual’s social contexts” (p. 16).

<sup>20</sup> La Asociación deja en claro cuál es el propósito de la Guía práctica para trabajar con pacientes *trans*: “The purpose of the *Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People* (hereafter *Guidelines*) is to assist psychologists in the provision of culturally competent, developmentally appropriate, and trans-affirmative psychological practice with TGNC people”. (American Psychological Association, 2015, p. 832).

<sup>21</sup> Como bien informan Mayer y McHugh (2016): “los estudios disponibles, aun siendo limitados [pues nos encontramos frente a un grupo muy reducido de la población] señalan con rotundidad que las personas transgénero presentan un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental. Al parecer, las frecuencias de trastornos concurrentes por abuso de sustancias, ansiedad, depresión y suicidio tienden a ser superiores en estas personas que en el colectivo LGB” (p. 65). Según un estudio de Sari Reisner y colegas, recuperado por los mismos autores, “los jóvenes transgénero presentaban un mayor riesgo de depresión (50,6% frente al 20,6%) y ansiedad (26,7% frente al 10,0%). Asimismo, también presentaban un mayor riesgo de ideaciones suicidas (31,1% frente al 11,1%), intentos de suicidio (17,2% frente al 6,1%) y autolesiones sin intención de morir (16,7% frente al 4,4%) en comparación con personas de los grupos control” (pp. 65-66).

<sup>22</sup> De acuerdo con datos del *Massachusetts Behavioral Risk Factor Surveillance Survey*, 0.5% de la población adulta (entre los 18 y los 64 años) se ha identificado como transgénero, entre 2009 y 2011. Sin embargo, según datos de la propia American Psychological Association (2015), menos del 30% de los psicólogos reportan tener familiaridad con los problemas o dificultades enfrentadas por esta población.

sentido, es completamente prescriptiva<sup>23</sup> del comportamiento que se esperaría encontrar de parte de los psicólogos y del personal de salud en general. Sin embargo, es importante señalar que la postura práctica a la que ahí se exhorta no carece de un presupuesto teórico (por no decir político) que, según parece, también se espera que el psicólogo asuma de una manera acrítica.

Así, por ejemplo, la propia guía nos indica que los psicólogos, entre muchas otras cosas:

1. Entienden que el género es un constructo no-binario que permite hablar de una gran variedad de identidades de género.
2. Reconocen que esta identidad de género de la persona puede no alinearse con el sexo otorgado al nacer.
3. Y comprenden que la “identidad de género” y la “orientación sexual” son constructos distintos, aunque interrelacionados

(American Psychological Association, 2015, pp. 833-835).

La guía, por consiguiente, no solamente prescribe una praxis clínica de respeto y comprensión que, en estricto sentido, apela a un principio de justicia y de no discriminación digno de ser enaltecido y promovido por la psicología, sino que también genera un discurso de verdad sobre la sexualidad que, dicho desde la postura de

---

<sup>23</sup> Es verdad que la propia American Psychological Association (2015) hace una clara distinción entre normas y guías: “Standards are mandates to which all psychologists must adhere, whereas guidelines are aspirational” (p. 833). Podría decirse, entonces, que las guías no son propiamente prescriptivas; sin embargo, la forma en la que están redactadas sus sugerencias: “Psychologist understand...”, “Psychologist seek...”, “Psychologist strive...”, etc. Hace evidente una cierta prescripción, aunque no normativa, de la conducta.

autoridad que tiene la American Psychological Association, pareciera proponerse con cierta obligatoriedad para todo psicólogo que se precie de ser competente, o quiera serlo.

Sin embargo, es interesante notar que la postura de Asociación se encuentra lejos de haber saldado el asunto realmente fundamental (que es el de la incongruencia entre el sexo y el género<sup>24</sup>) y, sobre todo, se encuentra lejos de tener una postura teórica que resulte consistente y convincente para el lector interesado en profundizar en estas temáticas.

A continuación, mencionaré algunas de las inconsistencias más evidentes, y que considero dignas de análisis:

*a. Del sexo al género. O sobre el género sin sexo*

La distinción entre sexo y género no es ajena al planteamiento del *DSM-5*. Por el contrario, el uso de ambos términos pareciera evidenciar una connotación terminológica desde la cual la vieja oposición entre naturaleza y cultura logra reinterpretarse. En este sentido, es habitual que se entienda que “el sexo corresponde al plano biológico, en tanto que el *género* es el producto de la construcción socio-cultural” (Tubert, 2013, p.8). Muchas feministas, entre ellas Butler, han criticado la polaridad y el binarismo que la misma distinción conlleva, pues, aunque el término *género* contenga una potencialidad

---

<sup>24</sup> Considero que la pregunta por la relación entre la biología, la psicología y la cultura (la injerencia y el límite de cada una de estas esferas en la sexualidad) es una tarea claramente pendiente, que no debería considerarse de importancia menor; mucho menos, si lo que se busca es la beneficencia del paciente.

analítica para deconstruir incluso lo “natural”, su constante oposición frente al sexo ha logrado convertir el término en un eufemismo que perpetúa el dualismo cuerpo-mente (Tubert, 2013, p.9); es decir, no hace más que sugerir una discontinuidad radical entre el cuerpo-organismo sexuado y los géneros-culturales construidos (Butler, 2007, p. 54).

Algunas de las posturas más radicales en torno al género, han pretendido sostener justamente lo contrario: que es imposible distinguir en el sujeto aquello que resulta de su condición biológica y aquello que ha sido generado en el seno de un universo humano, lingüístico y cultural. De modo que, llevado hasta su límite lógico, la postura no sólo afirma la construcción sociocultural del género, sino también de la naturaleza y de lo que comúnmente llamamos “sexo” (Tubert, 2013, pp.8-9)<sup>25</sup>.

Como consecuencia [dice Butler], el género no es a la cultura lo que el sexo es a la naturaleza; el género también es el medio discursivo/cultural a través del cual la «naturaleza sexuada» o «un sexo natural» se forma y establece como «prediscursivo», anterior a la cultura, una superficie políticamente neutral *sobre la cual* actúa la cultura (2007, pp. 55-56).

Ahora bien, bajo esta perspectiva teórica, adquiere absoluto sentido la despatologización de la conducta transexual y su correspondiente eliminación de todo Manual de Diagnóstico (más aún si es estadístico); pues, frente a lo absolutamente diverso y contingente<sup>26</sup>, carece de sentido hablar de la dicotomía mente-cuerpo y, por consiguiente,

---

<sup>25</sup> Butler ha conducido la discusión justamente en este sentido y, siguiendo una tesis mucho más radical, ha rechazado incluso la idea de que exista algo como “el sexo”; es decir, una entidad anatómica, cromosómica-biológica, hormonal o, en resumidas cuentas, natural. Al punto que, explica Tubert (2013), “el sexo *natural*, entendido como realidad prediscursiva, previa a la cultura, no es sino un producto de los discursos y prácticas sociales, aunque se lo construye como lo *no* construido” (p. 9).

<sup>26</sup> Como buena posmoderna, Butler rechaza la idea de algo “natural”, “esencial” o “permanente” (ni se diga “trascendental”) en el ser humano, y afirma, por el contrario, que no hay nada absolutamente necesario, salvo quizás el cambio mismo. En este sentido, lo único que se

pierde significado que exista algo tal como la “incongruencia de género”<sup>27</sup>. Sin embargo, la postura de la Asociación Psiquiátrica Americana dista mucho de ser ésta.

El *DSM-5* no se sustenta sobre posturas tan radicales y progresistas. Contrario a lo que podría esperarse, el Manual no sólo delimita claramente a qué se refiere cuando habla de sexo —“indicadores biológicos de varón y mujer (entendidos en el contexto de la capacidad reproductiva), como lo son los cromosomas sexuales, las gónadas, las hormonas sexuales y los genitales internos y externos—, también sostiene que:

Género se usa para denotar el rol público (y normalmente reconocido legalmente) que se vive como chico o chica, hombre o mujer; sin embargo, *a diferencia de algunas teorías constructivistas sociales, se considera que los factores biológicos son los que contribuyen*, en interacción con los factores sociales y psicológicos, *al desarrollo del género* (American Psychiatric Association, 2016, p. 451, las cursivas son mías).

Es claro, entonces, que la postura teórica de American Psychiatric Association no niega el correlato biológico de la sexualidad; pero también es claro cómo este principio

---

absolutiza es la “contingencia”, la “construcción social” (diversa y variable) y el discurso (capaz de construir verdades que, aunque contingentes, se toman como necesarias). El género y el sexo, por consiguiente, son considerados “actos performativos”: actos de lenguaje, ejercicios de poder, construcciones socio-culturales que hacen rígido y estático lo que, por principio, es divergente y contingente.

<sup>27</sup> Para comprender esta postura, sirve traer a cuento la distinción señalada por Mas Grau (2015) entre transexualidad y transgenerismo: “Si en el paradigma de la transexualidad lo *trans* es visto como un proceso para llegar a un fin -respetar la normalidad genérica-, para el transgenerismo es un fin en sí mismo, un espacio vagamente delimitado desde el que cuestionar la naturalización y genitalización del género. El transgenerismo abraza a una multiplicidad de subjetividades y cuerpos que se decantan por la mezcla de caracteres sexogenéricos”. Más adelante, incluso, añade: “Desde el paradigma de la transexualidad se concibe la identidad de género como algo ya establecido definitivamente en el momento de nacer. La persona cercana a este paradigma no cuestiona su identidad, sino su cuerpo, que es visto como el elemento erróneo que hay que reajustar -o reasignar- con tecnologías médicas. Por el contrario, desde el transgenerismo se considera que tanto el cuerpo como la identidad son constructos sociales, por lo que ambos son susceptibles de (re)constituirse constantemente. Desde este paradigma no se persigue una identidad estable ni un cuerpo estandarizado, sino la labilidad identitaria y corporal” (p. 493).

contradice la idea de que el único “problema” de la transexualidad es la disforia causada por la discriminación o falta de adecuación social<sup>28</sup>.

En realidad, la llamada *disforia de género* coloca a la postura del DSM en una disyuntiva difícil de salvar pues, o se acepta que hay un cuerpo biológico y una identidad psíquica que no se corresponden (que pueden ser incongruentes) y cuya no correspondencia genera malestar<sup>29</sup>; o bien, se niega lo anterior y se acepta que la congruencia entre el género experimentado y el sexo asignado es también una construcción variable, que no juega ningún papel en el malestar, pero que puede estar inserto en dinámicas sociales de discriminación y de maltrato, que lo provoquen.

De la primera opción se desprende el argumento más consistente para sostener que la inadecuación es patológica y, por consiguiente, para defender la necesidad de algún tipo de tratamiento (corporal o psicológico) que permita reducir el malestar derivado de ésta<sup>30</sup>. La segunda opción, por su parte, contraviene el hecho de que la intervención

---

<sup>28</sup> Bajo esta línea de pensamiento, podría argumentarse que la transexualidad es el resultado casi absoluto de una biología determinada. Hay quien sostiene, por ejemplo, que la transexualidad: “es fruto de una alteración, producida durante el desarrollo intrauterino, que provoca que el cerebro se desarrolle en sentido inverso al sexo cromosómico, gonadal y genital” (Mas Grau, 2015, p. 487). Si esto fuera así, habría que asumir que estamos frente a la postura opuesta a la de la perspectiva de género y, más aún, habría que tomarse con mayor seriedad la idea de que nos encontramos frente a un trastorno mental o del desarrollo que es necesario atender.

<sup>29</sup> Como se señalará más adelante, habría que investigar con mayor profundidad cuál es la causa del malestar en este tipo de pacientes y si es esta no-correlación la que los conduce a solicitar la reasignación o cambio de sexo.

<sup>30</sup> En efecto, la base de la explicación es dicotómica, pero su causalidad puede variar, dependiendo del “lugar” en el que se coloque la “verdad”: ya sea en el cuerpo o en la mente. Es decir, puede considerarse que la esencia de la sexualidad viene dada por la naturaleza biológica y, en este sentido, que es la mente la que debe acoplarse a ella; pero también puede pensarse que es la mente la que lleva a cabo el ordenamiento de la realidad biológica y, por consiguiente, que es necesario intervenir el cuerpo para que la mente obtenga el cuerpo que requiere (Soley-Beltrán, 2014, p. 25). También podrían haber posturas intermedias o complementarias, que consideren una intervención en ambos escenarios.

tenga que hacerse sobre los sujetos, pues el foco del problema se encuentra en la sociedad heteronormada (o en la transfobia social) y no en sus cuerpos ni sus mentes.

Paradójicamente, este último argumento (justamente el que aleja el problema de la biología y de la psicología) es el más utilizado por el discurso de la psiquiatría contemporánea; pues, como ya se ha señalado, tanto la American Psychiatric Association (2016, p. 451), como la WPATH (2012, p.7), sostienen que las personas *trans* y con variabilidad de género “no están inherentemente enfermas”, de modo que es, más bien, la disforia de género la que podría ser diagnosticable. Sin embargo, la contradicción es evidente en el caso de la APA pues, a la vez que declara lo anterior, sostiene que la “discrepancia es el componente central del diagnóstico” y que *puede* (o no) existir malestar debido a la incongruencia<sup>31</sup>.

Lo cierto es que no existe evidencia científica para respaldar con suficiente solidez las causas que empujan a la identificación cruzada de género, mucho menos para comprender cuál es la causa real de dicho malestar o si la hipótesis del estrés social es suficiente para comprender las disparidades en los indicadores de salud mental<sup>32</sup>. Aún

---

<sup>31</sup> La frase completa de la APA es: “Los sujetos con disforia de género tienen una incongruencia marcada entre el sexo que les ha sido asignado (normalmente en el nacimiento, lo que se refiere como sexo natal) y el sexo que sienten o expresan. *Esta discrepancia es el componente central del diagnóstico. Puede existir malestar debido a la incongruencia*” (APA, 2016, p. 453). Por su parte, la WPATH (2012) sostiene que: “*La disforia de género se refiere a la incomodidad o malestar causado por la discrepancia entre la identidad de género y el sexo asignado a la persona al nacer (y el papel de género asociado y/o las características sexuales primarias y secundarias)* (Fisk, 1974; Knudson, De Cuypere, y Bockting, 2010b). Sólo *algunas* personas con variabilidad de género experimentan disforia de género en *algún* momento de sus vidas”. (p. 5). Lo cual es también problemático, pues no se entiende si el malestar es resultado de la discrepancia *per se* o si éste aparece como resultado de otras variables.

<sup>32</sup> Vale la pena hacer alusión al análisis que hacen Mayer y McHugh (2016) respecto de este modelo de estrés social: “Una de las implicaciones del modelo de estrés social es que la reducción de la discriminación, los prejuicios y la estigmatización de las minorías sexuales debería contribuir a reducir los problemas de salud mental en esas poblaciones. Algunas legislaciones han intentado

se desconoce si existe alguna relación entre la estructura cerebral y la identidad de género, si existe alguna condición biológica, psicológica o social que explique el fenómeno, o si es posible señalar alguna relación causal entre la experiencia subjetiva de no-congruencia y el malestar clínicamente significativo. Como bien apuntan Mayer y McHugh (2016), los estudios actuales todavía son “limitados desde un punto de vista metodológico, no concluyentes y, en ocasiones, contradictorios”, y, por lo mismo, deberían “mantenerse abiertos a la posibilidad de que existan causas psicológicas y sociales, además de biológicas” (p. 97).

Sin embargo, a pesar de dicha ambigüedad y falta de conocimientos científicos al respecto, la American Psychiatric Association sigue sosteniendo la clasificación de este paradójico “no-trastorno” dentro del *DSM-5* (lo cual, necesariamente, lo tipifica como un trastorno mental) sin el sustento teórico necesario y, quizá, por los motivos equivocados (muchos de ellos políticos<sup>33</sup>): como el mantenimiento del diagnóstico “por malestar”<sup>34</sup> para posibilitar la consideración de la reasignación de sexo como un tratamiento necesario frente a este tipo de no-padecimientos.

---

reducir esos factores de estrés social mediante la aprobación de leyes antidiscriminatorias y de delitos de odio. Si esas políticas efectivamente tienen éxito y alivian los factores de estrés, entonces cabría esperar una reducción de los problemas de salud mental en las poblaciones LGB en la proporción en que el modelo los responsabiliza específicamente de esos problemas” (p. 72).

<sup>33</sup> Es bien sabido que mucha de la disputa en torno a incluir o no a la transexualidad en el *DSM-5* tiene que ver con que la reasignación de sexo pueda cubrirse mediante las aseguradoras.

<sup>34</sup> De hecho, si consideramos que la disforia aparece como uno de los criterios diagnósticos de prácticamente todos los trastornos mentales (aunque, en ningún otro caso, como criterio suficiente para el diagnóstico), la tipificación se vuelve todavía más extraña.

*b. Binarismo tradicional en el planteamiento trans*

La realidad es que, si bien existen frases dentro del *DSM-5* que permiten comprender algunos de los postulados que la propia Asociación Psicológica Americana sostiene en sus Guías Prácticas —como que el género es un “constructo no-binario”<sup>35</sup> o que la identidad puede ser fluida<sup>36</sup>—, estos postulados resultan disonantes en medio de un contexto teórico en el que, por más paradójico que resulte, en realidad impera la postura que pretende anularse: es decir, la heteronormatividad y una cierta permanencia de la identidad de género, a través del tiempo.

A lo primero (la heteronormatividad) —por cierto, tan criticada por las posturas más radicales del género por sostener que sólo hay dos géneros, como sólo hay dos sexos<sup>37</sup>— responde todo el marco teórico que delimita el capítulo en torno a la disforia de género y, más aún, a prácticamente todas las características de su Criterio A. De esta manera, contrario a lo que comúnmente suscribe la perspectiva de género, encontramos en el *DSM-5* que salirse de la heteronormatividad es, de hecho, parte importante del criterio diagnóstico para la *Disforia de género en niños*:

---

<sup>35</sup> Por ejemplo: “La identidad de género es una categoría de identidad social y se refiere a la identificación del sujeto como varón, mujer *u, ocasionalmente, con alguna otra categoría distinta de la de varón o mujer*” (American Psychiatric Association, 2016, p. 451). Las cursivas son mías.

<sup>36</sup> Por ejemplo, que: “Transgénero se refiere al amplio espectro de sujetos que *de forma transitoria o permanente* se identifica con un género diferente de su género natal” (American Psychiatric Association, 2016, p. 451, las cursivas son mías).

<sup>37</sup> Según Butler (2007): “La hipótesis de un sistema binario de géneros sostiene de manera implícita la idea de una relación mimética entre género y sexo, en la cual el género refleja al sexo o, de lo contrario, está limitado por él” (p. 54).

en los chicos (sexo asignado) una fuerte preferencia por el travestismo o por simular el *atuendo femenino*; en las chicas (sexo asignado) una fuerte preferencia por vestir solamente *ropas típicamente masculinas*

una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades *habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto*

[e, incluso,] en los chicos (sexo asignado), un fuerte rechazo a los *juguetes, juegos y actividades típicamente masculinos*, así como una marcada evitación de los juegos bruscos; en las chicas (sexo asignado), un fuerte rechazo a los *juguetes, juegos y actividades típicamente femeninas* (American Psychiatric Association, 2016, p. 452, las cursivas son mías).

Llena de perplejidad descubrir que un Manual tan progresista<sup>38</sup> y que, en principio, se encuentra tan permeado por la deconstrucción del género (sin la cual, dicho sea de paso, no se entiende ni se justifica que la transexualidad no sea considerada como una patología), mencione como características diagnósticas los típicos clichés del binarismo tradicional: el hecho de que los niños jueguen a las muñecas o a las “madres” y el que las niñas jueguen a los coches o prefieran deportes de contacto<sup>39</sup>.

Es verdad que la tipificación de la disforia de género en la adolescencia y en la adultez no deja ver de un modo tan claro el lenguaje binario que en el caso de los niños

---

<sup>38</sup> La crítica que retoma Mas Grau (2017) de Lawrence es, en este sentido, de lo más interesante; pues, como sostiene: “que se haya abandonado la definición clásica de la transexualidad (an incongruence between assigned sex and gender identity) por una versión (an incongruence between assigned gender and experienced/expressed gender) en la que el sexo biológico pierde su protagonismo en beneficio del género”, no parece obedecer a razones científicas, sino políticas; es decir, al esfuerzo de la APA por presentarse más progresista y abierto (p. 7).

<sup>39</sup> Revisar “Características diagnósticas” del *DSM-5* (American Psychiatric Association, 2016, p. 453). En este mismo sentido, apuntan Mayer y McHugh (2016): “¿Qué pasa con las niñas “marimacho” o los niños que no se decantan por la violencia y las pistolas y prefieren juegos más tranquilos? ¿Acaso los padres deben preocuparse de que su hija marimacho sea, en realidad, un niño atrapado en un cuerpo de niña? No hay base científica para creer que jugar con juguetes típicos de niño defina a un niño como tal, no que hacerlo con juguetes típicos de niña defina a una niña como tal” (p. 91).

se hace tan evidente; sin embargo, es claro que la postura presentada no responde, en múltiples sentidos, a la crítica que conllevaría un diagnóstico realizado con perspectiva de género<sup>40</sup>.

Quizá, entonces, la paradoja esté inserta en el núcleo mismo de la discusión, pues, aunque el diagnóstico diferencial exhorta a distinguir la disforia de género del “simple inconformismo hacia la conducta sexual estereotipada por el gran deseo de ser de un sexo distinto al asignado” (American Psychiatric Association, 2016, p. 458), el Manual (por su propia condición “estadística”) es incapaz de poner a consideración otros elementos que no sean meramente culturales.

Dado esto, la circularidad de las paradojas se vuelve infinita y nos topamos con que no sólo el diagnóstico pareciera estar fundado en lo que critica (el binarismo imperante en las sociedades occidentales), sino que, además, el propio tratamiento sugerido parece reafirmarlo sin mayores miramientos. Así, explica Soley-Beltrán (2014),

aquellas personas que no se sienten cómodas dentro del género normativo se les puede ayudar a encajar mejor socialmente tratando a su cuerpo como un artefacto, es decir como un ente maleable que debe alinearse con el género. Así pues, la

---

<sup>40</sup> Algunos otros opositores (muy de la vertiente *queer*), como Gerard Coll-Planas (2010) denuncian que la apuesta por la transformación corporal de los transexuales es, en el fondo, el reflejo de un conservadurismo frente a las nociones de género, pues, según afirma este autor, tiene por fundamento un discurso que perpetúa el binarismo y reafirma la idea de que la identidad sexual es fija e inmodificable; lo cual, sin duda, tiene consecuencias prácticas. Así lo expresa: “El discurso de fondo de la psiquiatría en relación con la transexualidad contribuye a presentar las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres como elementos fijos e inmodificables, enraizados en causas puramente biológicas. Desde esta base, se considera que el deseo del paciente de pertenecer al género contrario es inmodificable, por lo cual ninguna terapia que intente cambiarlo será efectiva y se sostiene que la mejor solución para acabar con su sufrimiento es facilitar la transformación corporal. No se indaga en por qué se vive con incomodidad una determinada identidad de género, y no se aborda el debate del coste que implica, al conjunto de la población, encarnar el género, de la violencia que genera y del sufrimiento que produce a las personas que no pueden ser clasificadas según su estructura binaria” (pp. 8-9).

distinción sexo/género reifica una definición particular de género inextricablemente ligada a una forma corporal prescrita (p. 34).

La paradoja, colocada en el centro mismo de la argumentación, termina por descolocar todo para después, subrepticamente, volver a acomodar todo en el mismo sitio.

¿Cómo construir, entonces, una práctica psiquiátrica y psicológica que atienda el malestar de las personas sin caer en la contradicción? ¿Cómo despojar la convicción política de la opinión científica y construir, verdaderamente, un abordaje bioético frente a la transexualidad? Las interrogantes se sostienen.

# Capítulo II. Paradojas de la praxis

## 2.1. Implicaciones teóricas de los tratamientos hormonales y la reasignación de sexo

Mucha de la literatura bioética relacionada con los pacientes transexuales se centra en el aspecto práctico, es decir, en la licitud o ilicitud de la intervención terapéutica: ya sea como tratamiento psicológico, o como cambio de sexo. En términos generales, esta licitud o ilicitud suele medirse en función de la *beneficencia* que el procedimiento trae a la vida de los pacientes; sin embargo, es cada vez más patente el papel que juega la *autonomía* en este tipo de decisiones.

Los argumentos de la defensa suelen enfatizar el hecho de que tanto la mutilación como la reconstrucción del sexo anatómico parecieran ser el único modo de liberar al sujeto de su estado permanente de angustia (y el cual, muchas de las veces, suele conducir al suicidio)<sup>41</sup>. Al punto que, afirma Perico (1992):

---

<sup>41</sup> Pero no sólo eso. Según la WPATH (2012) “Las personas que se presentan con disforia de género pueden enfrentar una serie de problemas de salud mental (Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godas, y Valdés, 2009; Murad et al., 2010), sean relacionados o no con lo que suele ser un largo historial de disforia de género y/o estrés de minorías crónico. Entre estos problemas se encuentran ansiedad, depresión, autolesiones, un historial de abuso y negligencia, compulsividad, abuso de sustancias, problemas sexuales, trastornos de personalidad, trastornos alimenticios, trastornos psicóticos y trastornos del espectro autista (Bockting et al., 2006; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, 2009). Los y las profesionales de la salud mental deben investigar estos y otros problemas de salud mental e incorporar las preocupaciones identificadas en el plan de tratamiento general” (p. 27-28).

Si los especialistas, en clara conciencia y prudencia, son del parecer que el único modo de liberar al sujeto de su estado permanente de angustia total que amenaza la misma supervivencia, es la intervención mutiladora del sexo anatómico, no entendemos cómo se puede decir que dicha intervención no es absolutamente posible [en términos bioéticos] (p.383).

La oposición, por su parte, suele cuestionar la efectiva beneficencia de dichas intervenciones pues, según se argumenta, la operación inaugura una nueva distonía en lo físico (entre elementos cromosómico-gonádicos y órganos exteriores) y aumenta los disturbios psíquicos (en la medida en que la adecuación física puede no sentirse como satisfactoria o, incluso, puede rechazarse) sin disminuir la posibilidad del suicidio (Mazuelos, s.f., p. 8).

La realidad es que aún se carece de evidencia científica suficiente para sustentar una u otra postura<sup>42</sup>. Los resultados de las investigaciones siguen siendo tan variables que es posible encontrar datos contradictorios y que sustenten ambas posturas a la vez. Según Sarason & Sarason (2006), un estudio “de seguimiento sueco que duró cinco años encontró que hasta 40% de las personas que se realizaron la cirugía no mostraban un efecto beneficioso significativo (Bodlund y Kullgren, 1996)” (p. 287), y otro más reciente mostró que, “aunque una minoría de individuos que se realizaron un cambio de sexo informaron sentirse ayudados, la mayoría se percibían a sí mismos como dañados y sentían depresión y pérdida de autoestima (Shidlo y Schroeder, 2002)” (p. 287). De

---

<sup>42</sup> Tanto en términos de causalidad como de intervención, la realidad es que aún nos encontramos en territorio incierto; esto, en buena medida, porque “no se han realizado estudios de serie, longitudinales o prospectivos, que analicen el cerebro de niños con identificación cruzada de género que al llegar a adultos pasen a ser transgénero. La ausencia de estudios de esas características limita seriamente nuestra capacidad para comprender las relaciones causales entre morfología cerebral o actividad funcional, y desarrollo posterior de una identidad de género distinta al sexo biológico” (Mayer & McHugh, 2016, p. 96).

hecho, uno de los estudios más significativos (por el tamaño de su muestra) muestra que la salud mental post-cirugía es bastante precaria, pues:

Los transexuales postcirugía tenían tres veces más riesgo de hospitalización psiquiátrica que los grupos control<sup>43</sup>, incluso tras ajustar por tratamientos psiquiátricos previos [...]. Los individuos con reasignación de sexo tenían cerca de tres veces más riesgo de mortalidad por cualquier causa tras ajustar las covariables [...]. Los que se sometieron a cirugía en esa época también presentaban un riesgo superior de reclusión por delitos. Lo más alarmante de todo era que los individuos con reasignación de sexo tenían 4,9 más probabilidades de intentar suicidarse y 19,1 más de morir por suicidio que los del grupo control (Mayer & McHugh, 2016, p. 102).

Otro estudio de seguimiento, en cambio, ha mostrado que el tratamiento quirúrgico funciona bien, tanto psicológica como socialmente, y que ninguno de los participantes se arrepiente de la decisión de realizar la reasignación de sexo (Sarason & Sarason, 2006, p. 287).

Evidentemente, la WPATH sostiene resultados similares a los anteriores y, por consiguiente, afirma que las tasas de satisfacción cuando el tratamiento es quirúrgico oscilan entre el 87% (en usuarias transfemeninas) y el 97% (en usuarios transmasculinos); al punto que, según declaran, los casos de arrepentimiento son extremadamente raros<sup>44</sup>. Y, aunque la evidencia científica sugiere que seamos

---

<sup>43</sup> Es importante mencionar que en este estudio no se realizó una comparación entre el estado previo a la cirugía y el posterior, sino entre el estado post-cirugía y dos grupos control no-transexuales, emparejados por edad: uno de personas con el mismo sexo de nacimiento del transexual, y otro de personas del sexo al que éstos fueron reasignados. En este sentido, el estudio no es determinante sobre si la cirugía mejora o no la calidad de vida de los transexuales, sino únicamente sobre si ésta los coloca en condiciones de salud mental similares a las de personas no transexuales. Dado que esto no es así, y las personas transexuales mantienen altos índices de malestar, el estudio sí demuestra que la intervención es claramente insuficiente y que el objetivo clínico y bioético de la misma carece de sustento (Mayer & McHugh, 2016, p. 102).

<sup>44</sup> En el estudio de Mohammad Hassan Murad y sus colegas de la Clínica Mayo, realizado en 2010, se habla de que “3 de 17 individuos se arrepintieron de padecer el procedimiento con 2 de

reservados en cuanto a la afirmación de que la reasignación de sexo proporciona beneficios o soluciones a los problemas de salud mental de la población transexual, la Asociación mantiene, entre sus principales premisas, ~~la afirmación de~~ que “la terapia hormonal y las cirugías han demostrado ser *médicamente necesarias [y eficaces]* para aliviar la disforia de género en muchas personas” (WPATH, 2012, p. 9, las cursivas son mías)<sup>45</sup>; mientras que las terapias psicológicas quedan absolutamente rechazadas por haber dado resultado ineficaces.

Con todo, la propia postura de la WPATH merece análisis pues, si bien declara que este tipo de tratamientos hormonales y quirúrgicos son exitosos y necesarios en algunos casos (afirmación con implicaciones políticas, pues de ello se desprende la necesidad de que las aseguradoras cubran los gastos del tratamiento), también sostiene la posibilidad de que en algunos otros ninguno de estos procedimientos resulte necesario.

---

estos deseando revertirlo y 4 de los estudios revisados refirieron un empeoramiento de la calidad de vida, incluyendo seguir con aislamiento social, falta de mejora en las relaciones sociales y dependencia de los programas de asistencia social del gobierno”. (Mayer & McHugh, 2016, p.103).

<sup>45</sup> La eficacia de estos procedimientos también es mencionada en las *Normas de atención para la salud de las personas trans*. (WPATH, 2012, p. 62); sin embargo, en el caso de los niños sucede lo contrario: “Un estudio longitudinal comparó niños con intereses y conductas extremadamente femeninas en la niñez con niños de un grupo control (R. Green, 1987). Once años más tarde, 75% de los niños que presentaban conductas femeninas eran homosexuales o bisexuales en fantasías y/o en conducta. Todos los niños, menos uno, del grupo de control, eran heterosexuales” (Sarason & Sarason, 2006, p. 288). En este mismo sentido, la WPATH sostiene: “La disforia de género en la infancia no necesariamente continúa en la edad adulta. Por el contrario, en los estudios de seguimiento de niños/as prepúberes (principalmente niños) que fueron remitidos/as a las clínicas para evaluación de disforia de género, la disforia persistió hasta la edad adulta en sólo 6-23% de los/as niños/as (Cohen-Kettenis, 2001; Zucker y Bradley, 1995). Los niños (biológicamente), en estos estudios, eran más propensos a identificarse como gay en la edad adulta que como *trans* (Green, 1987; Dinero y Russo, 1979; Zucker y Bradley, 1995; Zuger, 1984). Los estudios más recientes, incluyendo también las niñas (biológicamente), mostró una tasa de 12-27% de persistencia de la disforia de género en la edad adulta (Drummond, Bradley Peterson-Badali, y Zucker, 2008; Wallien y Cohen-Kettenis, 2008)”. (WPATH, 2012, p.12).

Así, declaran,

si bien muchas personas necesitan tanto la terapia hormonal y las cirugías para aliviar la disforia de género, otras necesitan sólo una de estas opciones de tratamiento, y algunas no necesitan ninguna de las dos (Bockting y Goldberg, 2006; Bockting, 2008; Lev, 2004). A menudo con la ayuda de psicoterapia, algunos individuos logran integrar sus sentimientos *trans* en el rol de género que se les asignó al nacer y no sienten la necesidad de feminizar o masculinizar su cuerpo. Para otras personas, los cambios en el rol y la expresión de género son suficientes para aliviar la disforia de género. Algunas personas pueden necesitar hormonas, un posible cambio en el rol de género, pero no de cirugías, mientras que otras pueden necesitar un cambio en el rol de género junto con cirugías, pero no de hormonas. En otras palabras, el tratamiento de disforia de género se ha hecho más individualizado (WPATH, 2012, pp. 9-10).

Llama la atención la asumida variabilidad del tratamiento pues, de pronto, lo que era absolutamente necesario para la salud de los pacientes, se vuelve contingente y variable. La prescripción clínica se vuelve subjetiva y sus criterios científicos se tornan opacos y caprichosos.

La psicoterapia, por el contrario, se plantea únicamente como una *opción* de tratamiento (siempre que ésta, claro está, se concentre en la reducción de la angustia relacionada con la disforia de género, o en disminuir cualquier otra dificultad psicosocial, y no en atender la incongruencia) o, mejor dicho, como una opción que acompaña al tratamiento. Lo cual no deja de ser paradójico, sobre todo si consideramos que la terapia psicológica sería la intervención más consistente con la idea de que la sexualidad es un constructo psicosocial y no biológico<sup>46</sup>, y si tomamos en cuenta algunos estudios en los que se ha visto que tanto el temperamento, como el refuerzo parental, la dinámica familiar

---

<sup>46</sup> En este mismo sentido, el psiquiatra Az Hakeem, apunta su crítica: "It seems strange that as psychiatrists we attempt to adress an internal psychological conflict with an exterior surgical solution" (Jeffreys, 2014, p.60).

y las relaciones interpersonales pueden ser factores de riesgo (en el sentido de que pueden perpetuar la sensación de incongruencia), o bien, factores protectores<sup>47</sup>. Sin embargo, en las indicaciones de tratamiento, la psicoterapia se mantiene como meramente *recomendable*, nunca como necesaria.

Como puede verse, el foco de la discusión es colocado, contradictoriamente, en aspectos biológicos y en cuestiones principalmente prácticas o pragmáticas; en términos, pues, de la eficiencia de los procedimientos y de una beneficencia que, aunque incierta y opacada por el ejercicio de la autonomía, pareciera ser el criterio último de acción. Con todo, es importante no perder de vista las claras paradojas teóricas a las que dicha técnica conduce, pues, en efecto, una práctica clínica que carezca de sustento se ve enfrentada al riesgo de sólo abrazar un fetiche. A continuación, expongo algunas de las más evidentes:

En primer lugar, no termina de quedar claro cómo es que un fenómeno tan cultural, simbólico y psicológico, como lo es la sexualidad, termina ajustándose, casi mágicamente, mediante modificaciones biológicas y completamente materiales.

Tampoco se entiende cómo, o bajo qué procedimiento, se determina la individualidad del tratamiento; es decir, cómo se establece si la persona requerirá de terapia hormonal, psicoterapia o cirugía; ni cómo se establece cuál de estos procedimientos será el más benéfico para el paciente. Es verdad que para que un paciente sea candidato a una cirugía irreversible, como la de reasignación, se requiere

---

<sup>47</sup> Kenneth Zucker, investigador y terapeuta de la Universidad de Toronto, y quien trabajó durante años con niños con disforia de género (y con sus familias), “cree que tanto la dinámica familiar, como la que desarrollan con los compañeros, desempeñan un papel importante en el desarrollo y persistencia de las conductas de disconformidad de género” (Mayer & McHugh, 2016, p. 99).

de ciertos criterios establecidos con toda claridad y de un buen consentimiento informado, pero el criterio de elección entre un tratamiento u otro pareciera dejarse a consideración del propio paciente.

En segundo lugar, llama la atención que, a pesar de las enormes consecuencias y riesgos que se corren con los tratamientos hormonales y con la cirugía de reasignación de sexo (todos, por cierto, descritos abiertamente en el documento de la WPATH), el único tratamiento considerado *no-ético* sea el psicológico<sup>48</sup>: justamente el único reversible, no biologicista y capaz de trabajar con el aspecto más cultural de la sexualidad. Aunque también, y hay que decirlo abiertamente, el único que podría atreverse a cuestionar abiertamente las motivaciones del paciente.

Finalmente, no sobra resaltar las enormes incongruencias en las que cae una perspectiva de género como ésta; es decir, que promueve

- 1) la no distinción entre cuerpo y psique
- 2) que insiste en que la identidad sexual debe ser entendida en términos no-binarios y, más aún,
- 3) que ofrece una definición de la identidad en términos de “fluidez”.

Pero que, al mismo tiempo,

---

<sup>48</sup> En palabras textuales de la WPATH (2012): “El tratamiento dirigido a tratar de cambiar la identidad y expresión de género de una persona para que sea más congruente con el sexo asignado al nacer ha sido intentado en el pasado sin éxito (Gelder y Marks, 1969; Greenson, 1964), sobre todo en el largo plazo (Cohen-Kettenis y Kui-per, 1984; Pauly, 1965). *Dicho tratamiento no es considerado ético*” (p. 17, las cursivas son propias).

- 1) defiende una intervención quirúrgica u hormonal que remite a la diferenciación biológica de los sexos,
- 2) perpetúa la distinción del género en términos binarios (p. ej. ser un hombre encerrado en un cuerpo de mujer o ingerir hormonas “masculinizantes”) y, finalmente,
- 3) ofrece una modificación permanente frente a lo que, según sostiene, habrá de cambiar continuamente a través del tiempo.

En el fondo de todas estas contradicciones resuenan ecos de preguntas antropológicas sin resolverse. La urgencia política (a veces acompañada del interés económico) y la prisa frente al sufrimiento humano nos ha dejado desarmados frente a las cuestiones más elementales de la sexualidad: frente a la pregunta por el deseo, la diferencia sexual, la identidad... lo humano, en su conjunto.

## **2.2. Cuestionamientos antropológicos**

Nos encontramos frente a una nueva tematización de la sexualidad: una sexualidad que ya no se reduce al sexo (y que, de hecho, lo desconoce), que se deslinda de la reproducción; que opera sin cuerpo, sin órgano que se excite o responda al deseo... que es maleable, fluida, construida de nuevo en cada sujeto; que es, en fin, mero artefacto relacional y contingente.

Bajo este esquema, ya nada parece determinante; ni siquiera la biología. Surge, entonces, una nueva forma de “sexualidad desencarnada”; abstracta, casi

fantasmagórica... aunque no absolutamente libre, pues se construye desde una historia, desde una psique. Frente a esta encrucijada, sin embargo, la psicología también guarda silencio; o bien toma la palabra desde otro sitio que no es el de su saber. Pareciera que ha perdido la autoridad para intentar comprender sus propios fenómenos; al punto de ya no contar más que con la corrección política y la contradicción.

Tal es el estado de un fenómeno tan interesante como el de la transexualidad, en el que vemos la necesidad de hacer resurgir la idea de que *somos* cuerpo: de que no sólo “aparecemos” en un organismo o *tenemos* un cuerpo, como se tiene a un instrumento, sino que *nos hacemos* y constituimos en él (es decir, que lo representamos psíquicamente y que nos re-presentamos como individuos a través de él); al punto que afirmamos: “Yo soy mi cuerpo”. Pero en el que también encontramos a una psicología poco dispuesta a dar cuenta de qué es lo que sucede cuando ese cuerpo que *tenemos* no es el que *somos*, cuando se deja espacio a la formulación “Yo no soy mi cuerpo” sin asumir la enorme perplejidad antropológica y psíquica a la que esto nos conduce; es decir, cuando asumimos la idea de un *yo* desencarnado y de un cuerpo inhabitado sin siquiera preguntar cómo es que hemos retornado al viejo dualismo del alma encerrada en el cuerpo.

Hoy, quizá más que nunca (y quizá gracias a estas variantes del género), concebimos la importancia que tiene la imagen corporal dentro de nuestro autoconcepto y damos un lugar especial a esta representación psíquica dentro de la conformación de nuestra identidad; sin embargo, es también hoy cuando parecemos estar más dispuestos

a idealizar esta representación y a olvidar la realidad material y biológica de la que parte<sup>49</sup>. Idea que, por supuesto, resulta de lo más utópica, por no decir una aspiración meramente teórica (académica y política), y que termina por sostener las más evidentes contradicciones.

Y así, cuando nos aproximamos al fenómeno transexual, olvidamos (y, quizá, especialmente la psicología olvida), que la metamorfosis corporal, propia de la pubertad, es fundamental para la conformación del yo sexuado, que ésta se experimenta con enormes montos de angustia y que, en múltiples ocasiones, provoca la sensación de que la imagen del espejo no se corresponde con la imagen que se fue elaborando durante la niñez<sup>50</sup>. Olvidamos que los cambios corporales de la adolescencia son, en efecto, dolorosos, enigmáticos, y que impactan en el psiquismo y en lo que posteriormente será una vivencia genital de la sexualidad (pues lo retan a asumir la pérdida del cuerpo infantil y a reconfigurarse dentro de un nuevo esquema corporal). Olvidamos que estas experiencias, a veces angustiantes, son el tránsito necesario de una sexualidad

---

<sup>49</sup> Añadiría que vemos resurgir esta idea con una fuerza de tintes idealistas, pues enfatizando el carácter representacional del cuerpo (de un sujeto que percibe o se representa una realidad biológica) nos hemos olvidado del carácter real (de la realidad biológica que se presenta).

<sup>50</sup> Explica Tubert (2000): “la intensificación del interés y la angustia ante el propio cuerpo en tanto este se convierte, por velocidad y calidad de las metamorfosis que experimenta, en un desconocido que interpela y cuestiona al sujeto. Por ello no nos sorprende que los adolescentes pasen tanto tiempo frente al espejo: la imagen que este les devuelve no corresponde a la que han ido elaborando durante los años de la niñez, cuando su cuerpo, si bien es cierto que iba creciendo, sufría pocos cambios cualitativos” (pp. 79-80). Las palabras de la autora permiten llevar la discusión aún más allá, hacia el territorio de la disforia de género en niños y adolescentes, en los que habría que cuestionar fuertemente la realización de transiciones hormonales cuando la maduración sexual y del esquema corporal aún se encuentre en ciernes (o en crisis, propia de la etapa, según sea el caso). Por temas de espacio, he decidido no incluir en este trabajo la discusión sobre las transiciones llevadas a cabo en niños; sin embargo, aprovecho la alusión para subrayar, enfáticamente, que estos casos requieren un análisis minucioso, no sólo de sus implicaciones bioéticas, sino, sobre todo, de sus consecuencias biológicas y psicológicas.

encarnada, que parte de la existencia del cuerpo real “con sus posibilidades y limitaciones, con su capacidad de experimentar necesidades, placer y dolor, con su potencialidad erótica” (Tubert, 2000, p. 36), que se ve atravesada por experiencias socio-culturales y significantes que también son complejas, pero que conduce a la conformación de un yo unificado<sup>51</sup>.

Preferimos negar toda esta antropología y asumir que la incongruencia no es patológica o que, cuando menos, no nos habla de una necesidad de intervención psicológica; preferimos validar bioéticamente todas las acciones de las personas (especialmente si éstas recaen sobre sus propios cuerpos) antes que cuestionar si éstas, efectivamente, son buenas o malas para ellas y para sus vidas.

Y así, desde ese lugar acrítico, la paradoja nos acompaña continuamente.

Como hemos podido ver, por más que el discurso predominante pretenda despatologizar la transexualidad, su manejo (clínico y político) “se aborda desde una lógica biologizante”<sup>52</sup>; en la que se habla de “malestar clínico”, “tratamiento”, etc., pero, sobre todo, en la que impera una lógica de la sexualidad que sigue siendo, justamente, esencialista. En realidad, habría que subrayar que, después de un largo e histórico debate, nos encontramos frente al mismo dilema con el que partimos: sólo ha cambiado

---

<sup>51</sup> En este sentido, apunta Tubert (2000): “debemos tener presente que los adolescentes de ambos sexos se enfrentan con un doble enigma: el del cuerpo en su dimensión real, material, como anclaje en la vida, y el de su valor como significante del sujeto, de su propio deseo que lo interpela”. Lo cual no significa que lo experimentado en el cuerpo no sea también encuadrado bajo determinadas coordenadas socioculturales que permean la propia experiencia y construcción de la sexualidad (p. 36).

<sup>52</sup> Afirma Lamas (2009): “La gran demanda de tratamientos hormonales e intervenciones quirúrgicas es un indicador de la medicalización que hoy priva, y que se ha incorporado al imaginario social de la transexualidad” (p. 4).

el *locus* de la esencia (se ha desplazado de la biología a la psique), y se ha desfasado o diferido en el *tiempo* su correspondencia con la materia (pues ésta no está dada desde el comienzo, sino que debe conseguirse *a posteriori*, mediante la intervención médica).

La postura (teórica y política) *transgénero* es la que, por su radicalidad y su renuncia al binarismo, posee un argumento más consistente y transgresor respecto a la sexualidad. Ha sido esta postura antropológica la que ha engendrado el movimiento denominado “*queer*”, en el que las personas parecen verdaderamente “fluir” en su sexualidad y asumir el discurso no esencialista/no biologizante de la misma. Sin embargo, pese a su elogiada congruencia teórica y, en ocasiones, también vivencial, habría que decir con toda claridad que son justamente estos casos los que representan el mayor reto para la bioética, pues, aunque no buscan ningún tipo de intervención clínica (al contrario, la desdeñan) —y con ello se ahorran muchas de las contradicciones que mencionamos—, su postura demanda una construcción teórica, social, jurídica y clínica absolutamente nueva.

Esta postura antropológica rompe con la idea de una sexualidad encarnada y, en ese sentido, deja muy clara la escasa materialidad, objetividad (incluso realidad) del sexo, para reivindicar la absoluta preminencia de la construcción psíquica y social de la misma. Asimismo, renuncia al binarismo hombre/mujer, a la clasificación y tipificación de la sexualidad (en términos de normal o patológico), a la estabilidad y constancia de la identidad sexual y, por consiguiente, a la necesidad de intervención o terapia, incluida la de reasignación de sexo. Dejando como máxima bioética la libre autodeterminación de las personas y de su sexualidad.

En este sentido, el reto también es grande para la psicología, la psiquiatría y la bioética, pues, bajo esta mirada:

- se pierde todo criterio diagnóstico para hablar de patología (específicamente de perversión o desviación sexual),
- se mantiene como único criterio ético el ejercicio casi absoluto de la autonomía (siempre que ésta no incida en la vida libre de otras personas<sup>53</sup>)
- y, por tanto, se pierde autoridad científica para hablar con congruencia de lo que beneficia y perjudica al paciente.

Esto último lo afirma la misma Judith Butler (2010) cuando sostiene que:

Podemos cambiar el lenguaje para alterar los términos del diagnóstico, pero necesitamos modificar ese lenguaje con una exigencia ética para cambiar la escena misma de la evaluación y de la asistencia de modo que las autoridades no dicten la verdad de los deseos de nadie (p.5).

Desde una postura muy foucaultiana, Butler deja ver que todo intento de tratamiento o de diagnóstico que se haga desde la clínica implica una técnica de control de los cuerpos y, por consiguiente, una antropología binaria, de normalización. Pareciera, entonces, que para dar un “buen tratamiento” el médico debe renunciar a su posición de saber para subordinarse al “verdadero encuentro”, en el que su existencia se difumina para dar existencia al reconocimiento absoluto del otro: de su deseo (sin importar cuál sea).

---

<sup>53</sup> Dice Lamas (2009), “así como ha surgido un pensamiento jurídico que sostiene que el hecho de que dos mujeres o dos hombres se junten sexualmente es un asunto que no afecta los derechos de nadie, de la misma manera en la actualidad se considera que a nadie le afecta en sus derechos que una persona hoy viva como hombre y mañana como mujer, o viceversa” (p. 5).

En efecto, la radicalidad con la que este movimiento *queer* defiende el principio de autonomía, soslaya casi toda discusión sobre la beneficencia y sobre la necesidad de tener más y mejores estudios científicos que permitan obtener una cierta inteligibilidad sobre estos fenómenos psíquicos y los altos índices de malestar asociados a ellos. Sin embargo, también es cierto que ésta no es la postura que predomina dentro de todo el fenómeno *trans* o, por lo menos, no es la postura que predominantemente llega a consulta.

Podría discutirse (y habría que hacerlo) si es pertinente mantener la disforia de género dentro del DSM para englobar toda esta variabilidad de la sexualidad y, más aún, si tiene sentido hacer del malestar, por sí sólo, un criterio diagnóstico o una “patología”. Lo cierto es que, si estamos ante personas con variabilidad de género<sup>54</sup> que no sufren de malestar clínico asociado a la incongruencia, sino únicamente asociado a la discriminación y marginación social, no parece necesario establecer un diagnóstico; mucho menos un tratamiento.

La respuesta bioética, si este fuera el caso, debería ser claramente política, jurídica y cultural (diseñar políticas públicas para su inclusión, normatividad para el cambio de identidad civil, etc.), y no estrictamente clínica, pues de nada servirá cambiar los cuerpos si las estructuras de discriminación se sostienen.

Sin embargo, la realidad que encontramos en la literatura es diferente a la del discurso predominante: no sólo descubrimos altos índices de malestar, depresión y

---

<sup>54</sup> “*La no conformidad de género o variabilidad de género* se refiere al grado en que la identidad, el papel o la expresión de género difiere de las normas culturales prescritas para personas de un sexo en particular (Institute of Medicine, 2011)”. (WPATH, 2012, p.5).

suicidio (que bien podrían explicarse atribuyendo una causalidad meramente social<sup>55</sup>), también nos topamos con altos índices de un malestar más profundo (clínico), que establece la necesidad de cirugías de reasignación de sexo bajo el argumento de que son el único modo de liberar al sujeto del estado permanente de angustia que amenaza su supervivencia (Mazuelos, s.f., p. 6).

Esta segunda realidad sí que interpela directamente a la bioética médica y psicológica, pues, a pesar de que se insiste en que la transexualidad no es un fenómeno inherentemente patológico, este tipo de afirmaciones dejan ver que “la identificación con el otro sexo, no es únicamente el deseo de obtener las ventajas relacionadas con las costumbres culturales” (Mazuelos, s.f., p. 2), sino que existe también un malestar referido a la incongruencia misma; al hecho de sentirse «*una mujer atrapada en el cuerpo de un hombre*» o viceversa.

Bajo este panorama, de tintes más clínicos, habría que intentar teorizar con mayor seriedad la conformación de la identidad sexual y no habría que tener miedo de tipificar su incongruencia con el cuerpo como una anomalía dentro del desarrollo. La intervención, entonces, debería concebirse como un verdadero recurso terapéutico y no

---

<sup>55</sup> Dice la WPATH (2012): “Desafortunadamente, en muchas sociedades en todo el mundo hay un estigma asociado a la variabilidad de género. Tal estigma puede conducir a prejuicios y discriminación, lo que resulta en el llamado “estrés de minoría” (I.H. Meyer, 2003). El estrés de minoría es único (adicional a los factores de estrés generales experimentados por todas las personas), con base social y crónico, y puede aumentar la vulnerabilidad de las personas *trans* y con variabilidad de género para desarrollar problemas de salud mental tales como la ansiedad y la depresión (Institute of Medicine, 2011). Además de los prejuicios y la discriminación en la sociedad en general, el estigma puede contribuir al abuso y la negligencia en las relaciones con compañeros/as y familiares, lo que, a su vez, puede conducir a malestares psicológicos. Sin embargo, estos síntomas son socialmente inducidos, y no son inherentes al hecho de ser una persona *trans* o con variabilidad de género.” (p. 5).

como una medida meramente cosmética que pretenda corregir la materia, esperando que la forma se adapte, casi milagrosamente a ella.

No obstante, la mayoría de las instituciones de salud dedicadas a estos temas han preferido mantener una postura congruente con lo estipulado por la WPATH, la American Psychiatric Association y la American Psychological Association: asumiendo la no patologización de una patología tipificada en el *DSM-5*, alejando a la psicoterapia de un malestar con importantes componentes psíquicos, proponiendo tratamientos cosméticos (con altos costos en la salud de las personas) como si fueran terapéuticos (*efectivos y necesarios*) y asumiendo todas las consecuencias teóricas y prácticas de afirmar una sexualidad desencarnada.

Es claro que la medicina paternalista y el poder del Estado para entrometerse en la vida privada de las personas está en desuso; especialmente cuando se trata de su sexualidad, de su intimidad y de sus cuerpos. La pregunta que se mantiene vigente es si esto deslegitima a las ciencias médicas, psiquiátricas y psicológicas para hablar de patologías sexuales y si, en ese sentido, todas ellas habrían de comenzar a renunciar al principio de beneficencia y de no maleficencia que su formación les exige.

### **2.3. Consideraciones bioéticas**

La discusión en torno a la reasignación de sexo de pacientes transexuales merece un apartado relacionado con su eticidad y no únicamente con su viabilidad clínica o su deseabilidad social.

En efecto, dicha práctica clínica puede ser pensada y juzgada, desde una ética principialista, en dos sentidos: como un acto de beneficencia, o bien, como un ejercicio de autonomía. Es decir, como una elección médicamente condicionada (que requiere de un diagnóstico y cuyo objetivo radica en la disminución de la disforia) o como una elección que no se encuentra más que condicionada por la propia determinación del sujeto.

La disyuntiva bioética parece sencilla, pues bien podría pensarse en un proceso de transición elegido por el/la paciente y que, a su vez, fuera sugerido, apoyado y acompañado por el médico tratante, quien buscaría ejercerle un bien; sin embargo, no es fácil dilucidar una ruta de acción cuando ni siquiera es claro si nos encontramos, o no, frente a una patología y, por consiguiente, cuando no se entiende el papel que juega el equipo de salud dentro de toda esta importante decisión.

Si se estipula que no someterse a la transición produce angustia, discapacidad, sufrimiento... en definitiva, disforia; entonces, como sostiene Butler (2006) “la transición se concibe como una elección que aprueban y ratifican los profesionales médicos que procuran el bienestar de la persona” (p. 114) y, por tanto, como una práctica médica orientada por el sentido ético de beneficencia y en la que la autonomía del paciente queda claramente acotada a aceptar o rechazar (consentir o no) dicho tratamiento. Tal como sucedería, por ejemplo, con la extracción de las anginas, de un tumor, o con la prescripción de medicamentos.

Si por el contrario la incongruencia entre el cuerpo y la psique no produce malestar clínicamente significativo, ni tiene relación alguna con ello (salvo por el hecho de que la persona desearía tener atributos con los que no cuenta o preferiría vivir en un entorno en

el que se respetaran sus preferencias), el médico tendría muy poco, o nada, que decir frente a la libre decisión del paciente. Nos encontraríamos, pues, frente a lo que podríamos llamar un ejercicio pleno de la autonomía y al llamado derecho al libre desarrollo de la personalidad; el cual, sin duda, incluye el derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Tal como sucedería, por ejemplo, con las cirugías estéticas.

La tendencia, como se ha señalado, está encaminada hacia la despatologización de la transexualidad y, por consiguiente, se dirige hacia la desaparición de la transexualidad de los manuales de diagnóstico psiquiátrico; esto, bajo el argumento de que el malestar (clínicamente significativo) existente en esta población no proviene de la incongruencia misma entre el género y el sexo asignado al nacer, sino exclusivamente de las prácticas de discriminación y marginación social que lo atraviesan.

Ahora bien, de ser cierto esto último, no sólo habría que eliminar su aparición dentro de los manuales y evitar todo tipo de diagnóstico clínico, también habría que anular el discurso que conduce a pensar en las técnicas de reasignación como un tratamiento; más aún, como ya se ha dicho, habría que redirigir el foco bioético hacia un tema de justicia, de derecho y de diseño de políticas públicas. Asunto que, dicho sea de paso, no resulta baladí, pues habría que cuestionar si al Estado le compete garantizar el acceso a este tipo de prácticas de “autodeterminación” o si es el individuo, con sus propios recursos (muchas veces desiguales), quien debe procurárselos. Es decir, si nos encontramos frente a un deseo (como deseo operarme la nariz) o frente a una necesidad (como necesito un trasplante de órganos) y, por consiguiente, si el Estado debe hacerse cargo

de los deseos y anhelos de las personas o si sólo debe responder frente a sus necesidades.

En definitiva, si como apuntan los Manuales, no nos encontramos frente a una enfermedad mental, habría que abordar la problemática desde la perspectiva de la autodeterminación y no desde el abordaje clínico que apela a la beneficencia. Habría, entonces, que entrar en la difícil discusión en torno al derecho sobre el propio cuerpo y las interrogantes que se desprenden de éste (como su fundamento filosófico, su límite jurídico, etc.), ya que, tanto en el caso de las mujeres como en el de los hombres *trans*, esta vía de autodeterminación implica, en cierta forma:

- el derecho a mutilarse una parte del cuerpo —senos o pene, respectivamente—
- a destruir la función de un órgano —en este caso sexual— que no se encuentra enfermo ni dañado
- a contar con una soberanía absoluta sobre el propio cuerpo, sin necesidad de aludir a justificaciones
- y, a la vez, el derecho a acceder a este tipo de intervenciones, sin importar el estrato socioeconómico al que se pertenezca

Asimismo, habría que liberar el proceso de transición de todo requerimiento clínico (examen médico y psiquiátrico; el requisito de haber vivido consistentemente en el otro género, etc.) y facilitar el acceso a las técnicas de reasignación a todo aquel o aquella que la requiriera (y, llevado al extremo, no sólo a eso, también a toda “incrustación” o “recorte” que el individuo deseara hacer sobre su propio cuerpo).

Hacer todo esto, reflejaría un verdadero ejercicio de congruencia entre el discurso teórico y la práctica médica; sin embargo, tal como se ha señalado hasta ahora, la contradicción impera y permea el discurso psiquiátrico.

Lo increíble es que toda esta parafernalia de paradojas parece tener por motivación razones de índole económica, burocrática y pragmática; entre ellas, los intereses económicos de las farmacéuticas, los hospitales, los cirujanos, los psiquiatras y los psicólogos<sup>56</sup>, y, sobre todo, el hecho de que las compañías de seguros sólo cubren el costo por el cambio de sexo si es posible determinar que éste es médicamente necesario. Asunto que, sin duda alguna, hace pensar en el olvido de la rigurosidad científica de la psiquiatría y en su abandono absoluto en los intereses políticos; pues, si bien existen los partidarios de mantener el diagnóstico con fines meramente utilitaristas (bajo la idea de que ésta les permitirá conseguir sus objetivos y hacer realidad la decisión autónoma de transitar al otro género), no queda claro por qué la ciencia médica tendría que arropar dichas causas o tomar en cuenta dichos criterios.

Butler (2006), en este sentido, sostiene que “no debemos subestimar los beneficios que ha traído la diagnosis, especialmente para los transexuales de medios económicos limitados, quienes, sin la asistencia del seguro médico, no podrían haber conseguido sus

---

<sup>56</sup> Sheila Jeffreys (2014) insiste en que esta parte de la historia ha sido poco analizada o, más bien, ha sido sistemáticamente evitada. “An example of the avoidance of such topics is a chapter in the collection *Transgender Feminist Perspectives*, ostensibly concerned with fitting the practice of transgenderism into political economy theory [...] I was intrigued and thought some of these problematic issues might at last be approached. But the chapter turns out to be concerned with who is able to afford the treatments, and contains nothing about the international medical tourism industry that services those seeking surgery, and nothing on who is making the profits, the drug companies, hospitals and surgeons, psychiatrists and therapists. Such considerations are not part of transgender studies, though they are an important part of feminist studies” (p. 59).

objetivos”(p. 116) y, por consiguiente, sugiere que no debemos perder de vista el componente de pretendida “justicia” o “igualdad” que parece ocultarse detrás de la decisión de mantener la “Disforia de género” dentro del *DSM-5*<sup>57</sup>. No obstante, la misma autora declara que tampoco debemos “subestimar la fuerza de patologización de la diagnosis, especialmente sobre gente joven que puede que no tenga los recursos críticos para resistir esta fuerza” (Butler, 2006, p. 116).

Desde esta perspectiva un tanto ambivalente, el diagnóstico apunta hacia el principio de justicia, pero, al hacerlo, pierde todo su carácter clínico, objetivo y científico y se convierte en un mero artefacto del discurso de género; es decir, en un *instrumento* paradójico que, por un lado, puede permitir el ejercicio de la autonomía (pues facilita económicamente la transición), y que, por el otro, también puede ser restrictivo, limitar la autonomía y llevarla a desenlaces críticos (como el estigma y el suicidio).

Esta instrumentalización del diagnóstico y de la ciencia médica complica aún más las cosas desde el punto de vista bioético, pues, no sólo anula la posibilidad de articular un discurso serio en torno a la sexualidad, desde el cual la medicina, la psiquiatría o la psicología puedan actuar en beneficio del paciente; también hace del diagnóstico un instrumento de opresión que (potencial o fácticamente) puede contribuir al malestar, la discriminación y la pérdida de autonomía en las personas *trans*.

---

<sup>57</sup> Butler (2006), incluso, sostiene que: “sería un error solicitar su erradicación sin haber establecido previamente una serie de estructuras que permitan pagar la transición y obtener estatus legal. En otras palabras: si ahora la diagnosis res el instrumento a través del cual se pueden obtener ayudas y estatus, no puede simplemente desecharse sin encontrar otras formas duraderas para lograr esos mismos resultados” (p. 122).

Butler (2006), por consiguiente, sugiere “aproximarse a la diagnosis de una forma estratégica” (que es, más bien, cínica) y no tiene mayor empacho en “utilizar la diagnosis meramente como instrumento, como un vehículo para lograr los propios objetivos” (p. 122)<sup>58</sup>. De este modo, aparentemente contradictorio con su postura, pretende enfatizar la autonomía de las personas *trans* por encima de la beneficencia clínica obtenida, en la que evidentemente no cree. Lo increíble, sin embargo, no es que ella piense así, de este modo pragmático y utilitario, sino que la psiquiatría se autodestruya arrojando estos argumentos que, si se hacen explícitos, terminan por denostar a la propia ciencia psiquiátrica, destruir su credibilidad discursiva y anular su criterio bioético.

La misma autora pone énfasis en la interpelación ética a la que nos conduce el fenómeno *trans* pues, como bien dice:

«Ser» una persona transexual o transgénero es solicitar algo de un cierto modo, pedir ser mirado, mirada o miradx y ser tratado, tratada o tratadx como alguien que pertenece a un género particular, pero también, y con la misma importancia, es reivindicar ser tratado, tratada o tratadx con dignidad y respeto (Butler, 2010, p. 3).

Nadie sensato pondría en duda que toda persona, transexual o no, merece ser tratada con dignidad y respeto por el sólo hecho de ser persona; sin embargo, Butler prefiere no dar esto por sentado cuando se trata de personas *trans* y, por consiguiente, sugiere colocar el principio de justicia en el centro de la discusión bioética.

Ahora bien, la autora dice verdad cuando enfatiza que existen algunas vidas frente a las que cometemos el error de no considerarlas valiosas (por el simple hecho de que

---

<sup>58</sup> “Entonces, [continua] uno se debería someter al diagnóstico de una manera irónica o satírica o poco entusiasta, aunque internamente se sostenga que no hay nada «patológico» en el deseo de hacer la transición o de resolverse a realizar ese deseo”. (Butler, 2006, p. 122).

no encajan en el marco de aquello que consideramos humano o normal) y sobre las que, desgraciadamente, nuestra cultura se permite la deshumanización y la violencia. El número alarmante de asesinatos de personas *trans* nos obliga a pensar que, en efecto, nos encontramos frente a vidas precarizadas en enorme condición de vulnerabilidad; no obstante, habría que cuestionar el punto más central del argumento, esto es, si “ser tratado” bajo la categoría de enfermo es ya, de hecho, ser “mal-tratado” o “tratado-injustamente”.

Asumir esta idea implica dismantelar el ideal que persiguen todas las ciencias de la salud, y que radica en el buen (y oportuno) diagnóstico de las enfermedades para la posterior búsqueda de beneficios para el paciente; pero también, y principalmente, conduce a implosionar<sup>59</sup> la relación médico-paciente, pues elimina tanto la idea del “paciente” —del que padece, enferma o requiere de cura— como del médico —aquel que detenta el conocimiento y la autoridad necesarios para curarlo—.

Es un hecho bien conocido que, al menos en el ámbito de la psicología, este cuestionamiento de la posición de saber/poder del médico frente a la posición de no saber/no poder del paciente, tiene ya tiempo gestándose; al punto que, como bien señala Patricia García-Fernández (2012):

Los terapeutas posmodernos establecen una relación colaborativa —no jerárquica— al entablar conversaciones dialógicas y al asumir una postura de *desconocimiento* para aprender del paciente y lograr una transformación mutua. Se enfocan en la comprensión y dejan de lado la necesidad de constatar que los significados referidos por el paciente coincidan con la realidad objetiva. Más bien, involucran a los pacientes como participantes en el proceso de definir las

---

<sup>59</sup> Utilizo a propósito esta palabra, para hacer alusión a un quiebre o ruptura que se produce hacia dentro y por el cual el objeto se derrumba sobre sí mismo.

circunstancias, preferencias y talentos para diseñar entre ambos y de modo colaborativo, los significados y las estrategias de intervención (p. 22).

Sin embargo, asumidas de manera radical estas afirmaciones, las implicaciones clínicas y bioéticas no son menores: implican renunciar al suelo firme del conocimiento científico y transformar el horizonte, medianamente claro, de la acción clínica encaminada a la beneficencia, en una convicción del aquí y el ahora, sujeta a los deseos del paciente. No es que se haya renunciado a la verdad, es que la verdad, bajo esta nueva convicción posmoderna, está colocada del lado del paciente: quien detenta el saber preciso respecto de aquello que es mejor para él.

El psiquiatra y el psicólogo, por el contrario, quedan completamente cuestionados en su calidad de científicos; y, más aún, la psiquiatría y la psicología pierden su categoría de “ciencias”, para convertirse en portavoces de los discursos de género predominantes, y en instrumentos políticos de enorme incidencia.

Vemos entonces que, como bien dice Butler (2010), “no hay manera de disociar la práctica y los términos del diagnóstico de la escena ética” (p. 5). La pregunta fundamental, sin embargo, consiste en saber cuál es esa acción ética que debería ponerse en práctica en el caso de los pacientes transexuales.

Desde esta lógica posmoderna, enarbolada por Judith Butler (2010) y por la mayoría de los movimientos *trans* (independientemente de si están a favor o no de la reasignación de sexo), “implica establecer *la primacía de protección del deseo* que se ofrece respondiendo con reconocimiento a la solicitud” (p. 5, las cursivas son mías).

De manera que, continúa Butler (2010),

Si alguien pone en tus manos su deseo, y si está en tu poder facilitar su realización, entonces estás siempre obligado a responder con respeto y reconocimiento, incluso si tu poder es limitado. Solo entonces puede la escena del «tratamiento» convertirse en «buen tratamiento» y la transformación transexual puede facilitarse así de un modo ético (p. 5, las cursivas son mías).

Nos encontramos, pues, ante la primacía del deseo; o, en términos bioéticos, en la era de la autonomía a ultranza, de la idealización de la autonomía; en la que la “postura ética” implica la obligación personal de transformarse a uno mismo a favor de los deseos del paciente<sup>60</sup> (sin importar cuáles sean éstos o lo que indique la ciencia respecto de ellos), y de no negar nunca una acción solicitada por éste, ya que, de otra manera, no se estaría respondiendo con respeto y reconocimiento.

Estamos colocados en la era en la que el “encuentro ético” se juega en términos de reconocimiento absoluto y de cumplimiento de deseo: sin importar si este último apunta a la mutilación del propio cuerpo o a su alteración química; sin considerar el beneficio o maleficio que ello implique para la salud mental; sin reparar en las contradicciones, sin importar lo que dicte la experiencia y la ciencia y sin siquiera cuestionar la autenticidad de ese deseo... Lo único, y más importante, es responder con prontitud a la demanda y no cuestionar pues, ¿quién se atrevería a cuestionar el deseo de otro?, ¿con qué derecho?

---

<sup>60</sup> Dice Butler (2010): “Dicho de otro modo, cuando se solicita a una autoridad ser reconocido como *trans*, se solicita al mismo tiempo que esa autoridad transforme su comprensión del género, del deseo y del cuerpo. Por tanto, la cuestión no es simplemente si usted, la autoridad, permitirá y reconocerá mi cambio, sino si mi petición producirá cambios radicales en su práctica y en su auto-comprensión ética como profesional o practicante” (p.4).

Colocado el argumento en términos únicamente subjetivos (de deseo), la discusión bioética sobre lo bueno y lo malo, incluso sobre lo justo y lo injusto, queda completamente desarmada, pues se asienta sobre el suelo fangoso de la subjetividad y el emotivismo.

El “buen tratamiento” se transforma en aquel en el que nada ni nadie, ni siquiera los médicos, psiquiatras o psicólogos (ni sus investigaciones), dicte la verdad sobre los deseos de alguien y en el que ser tratado con dignidad es, en realidad, no ser tratado en absoluto<sup>61</sup>.

Lo que no queda claro es en qué momento el reconocimiento de la patología, y su correspondiente diagnóstico, se han convertido en el desconocimiento a ultranza de la dignidad de la persona y en la renuncia a su libre autodeterminación.

Hay, me parece, una clara confusión entre diagnosticar y hacer perder la autonomía; entre diagnosticar y ser injusto; y entre diagnosticar y dañar; pues, aunque nadie negaría que las categorías lingüísticas configuran mucho de lo que somos y pensamos sobre nosotros mismos, habría que estar bastante desinformados como para pensar que ese es el uso bioético del diagnóstico y, más aún, habría que ser lo suficientemente ingenuos como para creer que no existen otras categorías dentro del

---

<sup>61</sup> Si por *tratamiento* entendemos el “conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad” (Real Academia Española, 2021). En este mismo sentido, las palabras de Butler (2010) resuenan con gran estruendo: “La persona que hace la solicitud no sufre de una patología que necesita ser rectificada; la persona hace la solicitud a otra con el objetivo de efectuar transformaciones que la conducirán a habitar mejor y más corporalmente el mundo. No se trata de conseguir la normalidad, sino de encontrar un modo de vivir y de vivir bien. Nadie puede vivir bien o desarrollarse fuera de un mundo social que aporte las condiciones de ese desarrollo” (p.4).

discurso de género (como *queer*, transgénero, transexual, etc.) que pueden ser igual de enajenantes, injustas y dañinas<sup>62</sup>.

La realidad es que no se pierde autonomía cuando los sujetos se enfrentan al conocimiento de ellos mismos y de sus problemas; ni se es injusto por el simple hecho de distinguir entre quien está enfermo (y requiere atención médica) y quien no; ni se es maleficente cuando se aportan elementos de inteligibilidad para afrontar un daño. Lo contrario: desconocer un fenómeno y limitar su conocimiento científico a lo políticamente correcto; apostar por igualar sin distinguir las diferencias, y renunciar a pensar qué es lo bueno y qué es lo malo para someterse únicamente las demandas del paciente... eso sí es la receta perfecta para el fracaso de las ciencias y de la ética que inexorablemente le acompaña; es, en definitiva, una grave afrenta para el futuro de la ciencia psiquiátrica, de la psicología, de la bioética que las acompaña y de la sociedad que sufrirá sus desavenencias.

---

<sup>62</sup> Vale la pena analizar las palabras de Butler (2010), ya que, según sostiene: “puedes hacer una petición a un psicólogo y darte cuenta de que el psicólogo retuerce tus palabras devolviéndote una de-formación de tu propia imagen, dándote una reducción patologizante de lo que eres. Aquí la cuestión es asegurarse de privar a aquellos y aquellas que responden a esta petición con discursos patologizantes del léxico que necesitan para hacer su trabajo” (p. 4). Habría que decir que este uso (mal-uso) del diagnóstico es denunciado desde la bioética (y, más aún, desde la ética profesional del psicólogo), en éste o en cualquier otro caso. Conuerdo en que reducir al paciente a su diagnóstico, etiquetarlo y deformarlo hasta anular su libertad es una práctica que hay que denunciar y erradicar de la práctica clínica del psicólogo; sin embargo, de esto no se deriva ninguna conclusión similar a la de Butler, pues una cosa es intentar aprehender y manejar determinados síntomas y otra muy distinta es que, derivado de ello, se lleve a cabo una práctica que no es ética. Lo primero hay que mantenerlo, lo segundo erradicarlo. La siguiente interrogante que se deriva de esta afirmación es causada por la idea de que hay que asegurarse de privar a los psicólogos de un discurso patologizante; no sólo porque no queda claro quién habrá de distinguir entre los discursos aceptables y los no aceptables, sino también porque, sin esta capacidad de la psicología para distinguir lo patológico de lo no patológico, vana es su aportación dentro del campo de las ciencias de la salud.



# Conclusiones

La perspectiva de género ha cobrado gran relevancia en las últimas décadas. Su relación, no marginal, con los feminismos y el movimiento gay, le ha dado una visibilidad política de gran envergadura y le ha permitido posicionar temas de relevancia dentro de la agenda pública. Es claro, en este sentido, el camino que se abre hacia el futuro: legislaciones incluyentes, políticas públicas que salvaguarden el respeto a la dignidad de las personas “género diversas”, políticas educativas encaminadas a posicionar el discurso de género en las aulas, y un sinfín de etcéteras que no parecen dar marcha atrás.

Hay que decir, sin embargo, que las principales críticas dirigidas hacia este tipo de *políticas identitarias* (específicamente, hacia las políticas de identidad sexual) ha surgido desde el centro mismo de los movimientos feministas, los cuales consideran que “la fusión de la categoría de sexo con la de “identidad de género” dificulta proteger a mujeres y niñas de la violencia que hombres y niños ejercen contra ellas” (Women’s Human Rights Campaign, 2019, p. 4). Anotar estas discrepancias es importante para mostrar que éstas existen y para señalar que, en un mundo en el que imperan ciertos discursos, aún cabe la posibilidad de disentir y de no estar de acuerdo.

Ahora bien, a pesar de su enorme importancia política y social, resulta imposible negar que el concepto de género hunde sus raíces en la historia de la medicina, la psiquiatría y la psicología (y también, por qué no, en el refinamiento de la biotecnología

y en los avances de su implementación); en donde, desde el primer momento, se ha visto que afrontar la construcción de este concepto es atreverse a rozar el pensamiento con cuestiones menos simples: como la relación entre biología y cultura, el carácter fijo o móvil de la identidad, los componentes implicados en la construcción psíquica de la sexualidad... en definitiva, la relación entre ciencia y antropología, entre salud y ética y, más recientemente, entre género y bioética. Sin embargo, es justo en este espacio, en concreto, en la psiquiatría y en la psicología, en donde vemos surgir las principales resistencias a la crítica, las aproximaciones más políticamente cautelosas a estos temas y la construcción de un bloque cuasi-único de pensamiento que, enarbolando el fenómeno de la transexualidad, está dispuesto a desencarnar la sexualidad para asumir el carácter radical (en extremo paradójico) de la ideología de género.

La disforia de género, antes llamada trastorno de identidad de género (TIG), aparece en este contexto como una categoría diagnóstica controvertida y en muchos sentidos también problemática para el mismo diagnóstico pues, si bien se mantiene dentro del *DSM-5* como una suerte de reemplazo de los TIG (pero que no estigmatiza ni clasifica a la persona como “enferma mental” o “trastornada”), tiene el inconveniente de ser demasiado general en su nomenclatura y demasiado específica en sus criterios:

- En su definición es tan inespecífica que habría que considerar que cualquier persona, transexual o no, podría padecerla (porque incomodidad o angustia relacionadas con el género pueden tenerla hombres y mujeres no considerados transexuales; por ejemplo, cuando la expresión de su género no se corresponde con lo culturalmente establecido).

## Conclusiones

- Y en sus criterios es tan específica que pareciera caricaturizar la idea de ser hombre o ser mujer; al punto de estereotipar los roles, actividades y gustos que la crítica de género tanto se ha esforzado en desmontar.

En este sentido, el concepto psiquiátrico contradice enormemente la idea de que el género es un constructo no-binario, de que la identidad de género es fluida y, por supuesto, que la incongruencia no es una patología que requiera tratamiento. Como se ha revisado en esta tesis, la disforia de género acumula tantas contradicciones en su definición que termina por colocarse como un signo paradójico, que arroja en su interior un cúmulo de sinsentidos y de intereses encontrados que hacen pensar en la renuncia frente a la difícil, aunque siempre añorada, neutralidad científica.

La lógica de una postura transfirmitiva, como la que sugiere la American Psychological Association, sería que el concepto se eliminara del *DSM-5* (un manual estadístico, normalizante y, por cierto, incompatible con estas posturas de la contingencia y la diferencia) y, por consiguiente, que se eliminara toda recomendación terapéutica o prescripción médica relacionada con la incongruencia. Sin embargo, el diagnóstico se mantiene y se defiende con argumentos utilitaristas o políticos, y no científicos, con la finalidad de justificar la intervención clínica (hormonal o quirúrgica); cuando la realidad es que no contamos con elementos científicos suficientes para comprender el fenómeno y, mucho menos, para encontrar su solución.

Pero no hagamos las cosas simples: estamos frente a un problema de salud pública que cobra vidas o que, cuando menos, las impregna de malestar clínicamente significativo. En este sentido, la idea tanto de eliminar el diagnóstico, como de mantenerlo

empobrecido, tiene sus consecuencias nefastas; pues vemos que en ambos casos el malestar persiste: en el primer caso, porque se niega absolutamente el malestar, y en el segundo porque éste se atiende sólo superficialmente. Basta con ver cómo se mantienen los altos índices de malestar, a pesar de las reasignaciones de sexo, de la normalización de la transexualidad y de la reducción del llamado “estrés de minorías”, para toparse con esta cruda realidad<sup>63</sup>.

Ahora bien, en medio de esta lluvia de paradojas es importante notar que no se ha renunciado a la lógica, sino que impera una nueva: la del cinismo político, la conveniencia económica y, más importante aún, una lógica del deseo que, bajo el imperativo de la autonomía, reina en el discurso bioético relacionado con las problemáticas de género.

Y es que, en el fondo de todo este asunto clínico rondan varias preguntas antropológicas y psicológicas fundamentales: si el deseo tiene objeto, si la identidad es una; si ambos son fijos e inalterables a lo largo de la vida o pueden ser flexibles y sufrir modificaciones a lo largo del tiempo; si la función de la cultura es tal que puede borrar a la biología; si la realidad material del esquema corporal es completamente

---

<sup>63</sup> No olvidemos que, en el caso de los niños y niñas catalogados como transexuales, el drama es aún mayor, pues hablamos de que: “Intervenciones médicas que conllevan un alto riesgo de efectos adversos a largo plazo para la salud física o psicológica de la niña o el niño, como la aplicación de hormonas supresoras de la pubertad, el tratamiento hormonal cruzado y la cirugía, se emplean en niñas y niños que, por su nivel de desarrollo, no han alcanzado la competencia para dar un consentimiento pleno, libre e informado. Dichas intervenciones médicas pueden causar una serie de efectos adversos permanentes para la salud física, entre ellos la esterilidad, así como efectos negativos sobre la salud psicológica”. (Women’s Human Rights Campaign, 2019, p. 5). Sirva esta cita para dejar plasmada la necesidad de pensar detenidamente este tema y de asumir la responsabilidad de criticar con mayor detalle y conocimiento de causa este tipo de acciones biomédicas.

## Conclusiones

intrascendente... Si la ciencia, rigurosa, objetiva y neutral es posible y si ésta puede aportarnos algo sobre nuestra sexualidad...

Todas éstas son preguntas que requieren de mayor atención si lo que verdaderamente se quiere es la beneficencia de los pacientes; sin embargo, al soslayar su relevancia y enfatizar únicamente los deseos de la persona (su autonomía), no queda claro si, al día de hoy, la discusión en torno a la transexualidad deja lugar a la acción benéfica (y a la acción clínica en general). Y, sin claridad científica sobre los beneficios y los riesgos, difícilmente se puede transitar hacia la discusión en torno a las acciones justas o injustas.

En este sentido, el énfasis en la libre autodeterminación de la persona sobre su propio cuerpo requiere aún de mayores matices, ya que no sólo implica que el personal de salud debe atender las demandas/deseos del paciente, sino que debe hacerlo en todos los casos; incluso en aquellos en los que, como sucede con la reasignación de sexo, su acción podría implicar un daño. En todo caso, la conclusión más apremiante es que debemos ser bioéticamente cautelosos y clínicamente más congruentes, si lo que queremos es el bien de los pacientes.

Mientras tanto, habrá que decir, de una teoría repleta de paradojas nunca podrán desprenderse decisiones buenas y éticamente deseables para las personas de carne y hueso que, genuinamente, padecen su sexualidad como un fenómeno desencarnado.



# Bibliografía

1. American Psychiatric Association. (1983). *DSM-III. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.
2. American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc.
3. American Psychiatric Association. (2016). *DSM-5. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
4. American Psychological Association. (2012). "Guidelines for Psychological Practice with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients". *American Psychologist*, 67(1), 10-42.
5. American Psychological Association. (2015). "Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People", *American Psychologist*, 70(9), 832-864.
6. American Psychological Association. (2017). *Multicultural Guidelines: An Ecological Approach to Context, Identity, and Intersectionality*. Recuperado de: <http://www.apa.org/about/policy/multicultural-guidelines.pdf>.
7. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2012). *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género*. Recuperado de:

[https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7\\_Spanish.pdf](https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Spanish.pdf).

8. Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.
9. Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
10. Butler, J. (2010). Prólogo. Transexualidad, transformaciones, en Coll-Planas, Gerard; Missé Miquel (eds.). *Género Desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona: Egales, 2-5.
11. Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2018). *Los derechos humanos de las personas transgénero, transexuales y travestis*. México. Recuperado de: <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/31-DH-Transgenero.pdf>.
12. Coll-Planas, G. & Missé M. (eds.). (2010). *Género Desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona: Egales.
13. Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*, 23.<sup>a</sup> ed., [versión 23.4 en línea]. <<https://dle.rae.es>>
14. Foucault, M. (1998). *Historia de la Sexualidad I. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI editores.
15. Fraise, G. (2003). El concepto filosófico de género, en Tubert, Silvia (ed.). *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto*. Madrid: Ediciones cátedra, 39-46.
16. Gallardo, J. (2020, noviembre). Victoria Volkova: carta para Playboy México. *Playboy*. Recuperado de: <https://www.playboy.com.mx/playboy-se-lee/victoria-volkova-carta-para-playboy-mexico/>

## Bibliografía

17. García-Fernández, P. (2012). Dilema ético en psicoterapia a la luz de un caso real, en *Ética profesional del orientador psicológico*, VI. México: Manual Moderno
18. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). (2007). *Glosario de género*. México. Recuperado de: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100904.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100904.pdf).
19. Jeffreys, S. (2014). *Gender Hurts. A feminist analysis of the politics of transgenderism*, New York: Routledge.
20. Lamas, M. (1994). Cuerpo: Diferencia sexual y género, *Debate feminista*, 10, 3-31.
21. Lamas, M. (2009). El fenómeno trans, *Debate feminista*, 39, 3-13.
22. López, J. (2018). El «mejor interés» del menor transexual, *Bioethics UPdate*, 4(2), 103-118.
23. Mas Grau, J. (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante, *Revista Internacional de Sociología*, 75(2), 1-12.
24. Mas Grau, J. (2015). Transexualidad y transgenerismo. Una aproximación teórica y etnográfica a dos paradigmas enfrentados. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, LXX(2), 485-501.
25. Mayer, L. & McHugh, P. (2016). Sexualidad y género. Conclusiones de la Biología, la Psicología y las Ciencias sociales, *The New Atlantis. A Journal of Technology & Society*, (50).
26. Mazuelos, J. (s.f.). Problemas éticos del transexualismo, *Bioética y ciencias de la salud*, 3(4).

27. Money, J. (1985). Gender: History, Theory and Usage of the Term in Sexology and Its Relationship to Nature/Nurture. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 11(2), 71-79.
28. Muñoz, E. (2001). Ética y transexualismo. Informe para Panel de Expertos sobre Cirugía de Cambio de Sexo, *Grupo de Ciencia, Tecnología y Sociedad*.
29. Perico, G. (1992). *Problemi di etica sanitaria*. Milano, 391-413.
30. Sarason, I.; Sarason B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson.
31. Soh, D. (2020). *The End of Gender: Debunking the Myths about Sex and Identity in Our Society*. Recuperado de: <https://es.scribd.com/read/468636047/The-End-of-Gender-Debunking-the-Myths-about-Sex-and-Identity-in-Our-Society#>
32. Soley-Beltran, P. (2014). Transexualidad y transgénero: una perspectiva bioética, *Revista de Bioética y Derecho*, (30), 21-39.
33. Stoller, R. (1974). *Sex and Gender. The Development of Masculinity and Femininity*. London: Karnac
34. Transgender Europe (2021). *Observatorio de personas trans asesinadas. Cifras absolutas (2008-sept 2020)*. Recuperado de: <https://transrespect.org/es/map/trans-murder-monitoring/#>
35. Tubert, S. (2003). Introducción. La crisis del concepto de género, en Tubert, S. (ed.). *Del sexo al género. Los equívocos de un concepto*. Madrid: Ediciones cátedra, 7-38.
36. Tubert, S. (2000). *Un extraño en el espejo. La crisis adolescente*. España: Ludus.

## Bibliografía

37. Volkova, Victoria. (2020, noviembre). Victoria Volkova: carta para Playboy México. *Playboy México*. Recuperado de: <https://www.playboy.com.mx/playboy-se-lee/victoria-volkova-carta-para-playboy-mexico/>
38. Vidal-Ortiz, S. (2008). Transgender and Transsexual Studies: Sociology's Influence and Future Steps, *Sociology Compass*, 2(2), 433-450.
39. Women's Human Rights Campaign (2019). *Declaración de los derechos de las mujeres basados en el sexo*. Recuperado de: <https://www.womensdeclaration.com/en/declaration-womens-sex-based-rights-full-text/>



# Glosario

Como era de esperarse, la terminología en este campo de la salud se encuentra en constante reformulación. La definición de sus conceptos resulta, en este sentido, una tarea compleja, pues estos mismos intentan hacer referencia a una experiencia subjetiva frente a la que difícilmente se alcanzará el consenso y en la que imperan significados multívocos.

Con todo, acotar los términos resulta fundamental para la discusión, pues, sin duda, detrás de ellos —y a través de ellos— se construye toda una teoría de la sexualidad que merece ser explicitada.

Son muchos los términos que podrían acotarse; sin embargo, para fines de esta tesis presentaré, por orden alfabético, únicamente aquellos que considero más relevantes para la investigación y para la comprensión de las ideas aquí presentadas.

**Género.** “Categoría que analiza cómo se definen, representan y simbolizan las diferencias sexuales en una determinada sociedad” (INMUJERES, 2007, p. 72). Es decir, que alude a las formas históricas y socioculturales en las que hombres y mujeres “construyen su identidad, interactúan y organizan su participación en la sociedad. Formas que varían de una cultura a otra y se transforman a través del tiempo” (INMUJERES, 2007, p. 73).

Se trata, pues, de un término con connotaciones más psicológicas y/o culturales, que biológicas. En este sentido, mientras a la palabra *sexo* le corresponden las categorías de “hombre”/ “mujer”; a *género* le corresponden las de “masculinidad”/ “feminidad”, ambas, según algunos como Robert Stoller (1974), independientes de la biología (p. 9).

**Sexo.** Término utilizado para hacer alusión al aspecto biológico de la sexualidad. En este sentido, salvo algunas pocas excepciones (como los intersexuales), se habla de que existen únicamente dos sexos: mujer y hombre.

De acuerdo con Stoller (1974), para determinar el sexo, es necesario atender a las siguientes condiciones físicas: cromosomas, genitales externos, genitales internos (por ejemplo, útero, próstata), gónadas, estados hormonales y características sexuales secundarias (p. 9).

**“Sexo asignado al nacer”.** Afirmación que sugiere que el sexo no es un hecho biológico innato, sino que, más bien, a las personas se les asigna socialmente un sexo al nacer (o incluso antes, desde el ultrasonido) con base en la percepción que otras personas tienen sobre sus genitales (CNDH, 2016).

Cuando los genitales externos son ambiguos, se consideran otros indicadores para la asignación de sexo, como, por ejemplo, los genitales internos, los cromosomas o el sexo hormonal (American Psychological Association, 2015, p. 862).

**Trans.** El término *trans* suele utilizarse para “englobar a todas aquellas personas que no presentan una correspondencia entre sexo y género: transexuales, travestis y

## Glosario

transgéneros” (Coll-Planas & Miseé, 2010, p. 12). En inglés, la palabra *transgénero* suele ser utilizada con la misma función de término paraguas.

No sobra aclarar, sin embargo, que:

[a]lgunas personas se describen a sí mismas no como personas *trans* sino como miembro del otro sexo, sin ambigüedades (Bockting, 2008). Otras personas afirman su identidad de género como única, y ya no se consideran ni hombre o mujer (Bornstein, 1994; Kimberly, 1997; Stone, 1991; Warren, 1993). (WPATH, 2012, p.10).

De modo que, aunque el término es comúnmente aceptado, no todos los transexuales o personas no conformes con su género se identifican como *trans* (American Psychological Association, 2015, p. 863).

**Transexual.** Definido por la American Psychiatric Association (1994) como “un sujeto que busca, o que ha experimentado, una transición social de varón a mujer o de mujer a varón, lo que en muchos casos, pero no en todos, también conlleva una transición somática mediante un tratamiento continuo con hormonas del sexo opuesto y cirugía genital (cirugía de reasignación sexual)” (p. 821).

Ahora bien, que el transexual “busque” o “haya concretado” la transición significa que es posible denominar *transexual* a una persona que considera necesario transformar su cuerpo aunque no lo haya hecho (por las razones que sean: económicas, de salud, por ser menor de edad, etc.) (Coll-Planas & Miseé, 2010).

Si bien este concepto de *transexual* es el que más se utiliza en la literatura biomédica (Mas Grau, 2015, p. 486), existen otros conceptos “paraguas”: como *trans*, *transgénero* o *gender nonconforming*, que se utilizan para englobar

realidades identitarias más amplias, que tampoco se ajustan a la norma (American Psychological Association, 2015, pp. 860-863).

**Transgénero.** El concepto *transgénero* suele ser más amplio que el de *transexual* y, aunque en inglés es utilizado como “concepto paraguas” (de una manera similar a la de *trans*), en castellano se ha utilizado para designar a aquellas personas que “cuestionan la necesidad de escoger entre los roles masculino y femenino y que no considera necesario establecer una correspondencia entre sexo y género mediante la transformación corporal” (Coll-Planas & Miseé, 2010, p. 12).

*Hombre trans, hombre transgénero.* Persona cuyo “sexo asignado al nacer” es mujer, pero que se identifica a sí mismo como hombre.

*Mujer trans, mujer transgénero.* Persona cuyo “sexo asignado al nacer” es hombre, pero que se identifica a sí misma como mujer.

(American Psychological Association, 2015, p. 863)