



Subjetividades y cuerpos gestionados

Un estudio sobre la patologización y medicalización del transgénero

Jordi Mas Grau



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència *Reconeixement 3.0. Espanya de Creative Commons.*

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia *Reconocimiento 3.0. España de Creative Commons.*

This doctoral thesis is licensed under the *Creative Commons Attribution 3.0. Spain License.*



Facultat de Geografia i Història
Dpt. Antropologia Cultural i Història d'Amèrica i Àfrica
Estudis Avançats en Antropologia Social

SUBJETIVIDADES Y CUERPOS GESTIONADOS

**Un estudio sobre la patologización y
medicalización del transgénero**

Tesis doctoral realizada por:
Jordi Mas Grau

Dirigida por:
Joan Bestard Camps
José Antonio Nieto Piñeroba

Barcelona, septiembre de 2014

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	9
AGRADECIMIENTOS.....	11
INTRODUCCIÓN.....	13
CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS.....	21
1. Sobre la autoridad etnográfica y los relatos sexuales.....	21
2. Experiencias de investigación.....	25
3. Técnicas de investigación.....	28
PRIMERA PARTE. HACIA UNA GENEALOGÍA DE LA TRANSEXUALIDAD.....	39
Introducción.....	41
1. El Mundo Clásico: del dominio del deseo a la abstinencia sexual.....	45
1.1. El paradigma del sexo único.....	51
1.2. En las fronteras del género: el afeminado y la virago.....	53
1.3. El hermafrodita en las esferas cultural y social.....	57
2. La Edad Media: discursos sobre el cuerpo y el placer a la sombra de la teología.....	61
2.1. La medicina medieval: entre el saber clásico y el teológico.....	70
3. Conocimiento, creencia y confesión en los albores de la Modernidad.....	75
3.1. El monstruo antes de su naturalización.....	79
3.2. La usurpación de género. Prácticas travestistas antes de la vorágine patologizadora.....	84
3.3. La confesión: tecnología constituyente del Sujeto.....	87
4. El establecimiento de la racionalidad sexológica.....	93
4.1. El «dispositivo de sexualidad».....	94
4.2. El paradigma del dimorfismo sexual.....	98
4.3. «A cada uno, su verdadero sexo».....	100
5. La taxonomización de las perversiones sexuales.....	107
5.1. La prehistoria de las perversiones: el alienismo y la medicina legal.....	109
5.2. «Alma de mujer atrapada en un cuerpo de hombre». La inversión sexual como tercer género.....	114

5.3. La teoría de la degeneración: el campo fértil para las perversiones sexuales.....	119
5.4. Krafft-Ebing: el padre de la sexología contemporánea.....	123
5.5. Freud y el psicoanálisis.....	128
5.6. Marañón y los estados intersexuales.....	138
6. El surgimiento de la transexualidad.....	143
6.1. La descomposición de la categoría «inversión sexual»: el travestismo y el eonismo.....	144
6.2. La aparición del género: una base sólida para la demanda de la persona transexual.....	149
6.3. Harry Benjamin y <i>The Transsexual Phenomenon</i>	153
6.4. La búsqueda del «transexual verdadero».....	158
7. Los estudios socioculturales y el activismo de género. Crítica del paradigma biomédico y problematización del sistema de sexo/género.....	163
7.1. Algunos trabajos significativos desde las ciencias sociales.....	163
7.2. Las personas trans toman la palabra.....	168
7.3. Transexualidad, transgenerismo y feminismos.....	171
7.4. El transgénero en contextos no occidentales.....	177
SEGUNDA PARTE. LA (RE)CONSTRUCCIÓN IDENTITARIA Y CORPORAL DE LAS PERSONAS TRANS.....	185
1. La patologización del transgénero. Un mecanismo legitimador de nuestro sistema de sexo/género.....	187
1.1. Introducción al DSM.....	188
1.2. El papel de la cultura en el DSM.....	191
1.3. Del «transexualismo» a la «disforia de género». Cambios terminológicos, misma esencia patologizadora.....	196
1.4. ¿Es la transexualidad un trastorno mental?.....	209
1.5. El activismo trans y las alternativas a la patologización.....	217
1.6. La Ley 3/2007, de 15 de marzo: la legitimación del modelo biomédico.....	219
2. Los procesos de (re)construcción corporal e identitaria en tanto que procesos asistenciales.....	225
2.1. La incesante búsqueda de los factores etiológicos de la transexualidad.....	225
2.2. Los procesos asistenciales.....	229
2.3. Inadecuación a los roles de género y búsqueda de una categoría autorreferencial.....	231
2.4. Solicitud del estatuto de «asistible».....	240
2.5. Los itinerarios terapéuticos de las personas trans.....	249

2.6. Fin del proceso asistencial o la obtención de un nuevo estatus de género.....	290
3. Los dos paradigmas de lo trans: la transexualidad y el transgenerismo.....	303
3.1. El paradigma de la transexualidad: lo trans como un rito de paso.....	304
3.2. El paradigma del transgenerismo: lo trans como un fin en sí mismo.....	308
3.3. Transexualidad vs. transgenerismo. ¿Paradigmas irreconciliables?.....	316
REFLEXIONES FINALES. POR UNA LECTURA SOCIAL DE LO TRANS.....	323
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	333

RESUMEN

El presente estudio versa sobre la transexualidad y sus fundamentos teórico-prácticos, esto es, la patologización y la medicalización. En lugar de tratarla como un fenómeno universal y ahistórico, se analizará la transexualidad en su historicidad y contingencia, es decir, considerándola como una categoría que ha surgido en un contexto sociocultural determinado por unos esquemas dicotómicos y excluyentes de sexo/género y por un sistema biomédico con legitimidad para gestionar las expresiones sexogenéricas no normativas.

Con esta investigación se tratará de determinar los factores que posibilitaron la aparición de la transexualidad como categoría patológica y del transexual como un nuevo tipo de subjetividad; observar el proceso diagnóstico y terapéutico en una Unidad de Trastornos de la Identidad de Género; analizar el proceso de (re)construcción identitaria y corporal de las personas trans; y entender los dos paradigmas existentes: la transexualidad y el transgenerismo. Para la consecución de estos objetivos se han empleado técnicas características del método cualitativo: las entrevistas en profundidad, la observación participante, la observación en la red y los grupos de discusión.

La biomedicina concibe la transexualidad como una disfunción biológica que tan solo atañe a la salud y situación social de la persona. Por el contrario, en esta investigación se destacará la dimensión intersubjetiva y sociocultural del fenómeno. Con este trabajo no se persigue el fin de la atención biomédica a las personas trans. No obstante, se considera que el actual modelo de atención discrimina aquellas formas de significar y expresar lo trans que no se ajustan a los estándares normativos. Existe una multitud identitaria y corporal que no goza de reconocimiento institucional y a la que frecuentemente se le deniega el acceso a sus derechos fundamentales.

ABSTRACT

This study deals with transsexuality and its theoretical and practical foundations, that is, pathologization and medicalisation. Instead of treating it as an universal and unhistorical phenomena, transsexuality will be analysed in its historicity and contingency. In this way, I will consider it as a category which has arisen in a socio-cultural context determined by some dichotomous and exclusive schemes of sex and gender, as well as, by a biomedical system with the legitimacy to manage the non-normative sexual and gender expressions.

The aims of this research are to determine the factors that made possible the appearance of the transsexuality as a pathological category and the transsexual as a new kind of subjectivity; to observe the processes of diagnosis and therapy in a Gender Identity Disorder Unit; to analyse the process of identity and corporal (re)construction among the trans persons; and, to comprehend the two existing paradigms: transsexuality and transgenderism. In order to accomplish these objectives characteristic qualitative method techniques have been employed: in-depth interviews, participant observation, on-line observation and focus groups.

The biomedicine conceives of transsexuality as a biological dysfunction which only concerns the health and social situation of the person. Conversely, this research emphasises the intersubjective and socio-cultural dimensions of the phenomena. The purpose of this work is not to bring an end to the biomedical attention of the trans persons. However, the current model of attention is considered discriminatory towards the ways of signifying and expressing transgender that do not fit into the normative standards. There is an identity and corporal multitude which does not enjoy an institutional recognition and which is often denied access to its fundamental rights.

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas a las que debo la elaboración de esta tesis. Ante todo, mi más sincero agradecimiento a todas las personas trans que han participado en la investigación, pues sin ellas nada de lo que sigue habría sido posible. Tengo que subrayar tanto el valor mostrado por los y las trans que por vez primera verbalizaban ante un extraño sentimientos y episodios vitales que tan solo conocen sus más íntimos allegados, como la predisposición de aquellas/os que se han situado, por enésima vez, ante la mirada experta. Asimismo, valga mi gratitud para la asociación parisina *Prévention, Action, Santé et Travail pour les Transgenres* (PASTT), que allá por el año 2005 me abrió sus puertas para que pudiera enmendar mi enciclopédica ignorancia sobre el universo trans y aplacar mi insaciable curiosidad. No puedo olvidarme de los y las profesionales que trabajan en la Unidad de Trastornos de la Identidad de Género del Hospital Clínic de Barcelona, pues permitieron de buena gana que su labor fuera analizada desde una óptima ajena, ni tampoco del interés mostrado por Eva y Rosa, fundadoras del servicio público *Trànsit*, y por Sílvia, psicóloga del *Casal Lambda*.

Más allá de los meros formalismos, agradezco sinceramente la inestimable ayuda, absoluta disponibilidad, sabios consejos y acertadas críticas de mis dos directores. Al doctor Joan Bestard le reconozco además sus esfuerzos por antropologizar mi perfil sociológico e historicista. Al doctor José Antonio Nieto, que ha sido mi gran referente intelectual en la materia, su perseverante cercanía a pesar de la distancia. Ha sido un honor ponerme en manos de académicos de larga y reconocida trayectoria.

Por otra parte, debo destacar el trabajo de Oscar Guasch como investigador principal de una investigación sobre mujeres trans que financió el Instituto de la Mujer entre 2012 y 2013. Mi participación en este proyecto me ha aportado datos y herramientas analíticas que han sido importantes a la hora de elaborar la tesis. Y sería injusto que no reconociera la labor de Josan, Cati, Alba, Noe, Ana, Mercè y Livia, compañeras/os de la *Línia de Recerca i Acció en Cossos, Gèneres i Sexualitats* (LIRACGS). Nuestro trabajo conjunto no solo resultó fundamental para que nos concedieran esta investigación del IMujer, sino también para organizar un par de seminarios que resultaron exitosos a pesar de la inexperiencia y escasez de recursos.

Finalmente, aunque no menos importante, quiero agradecer la constante presencia de mi familia y mis amigas/os, muchas/os de las/os cuales no han participado directamente de mi vida académica e intelectual, pero me han brindado una cobertura afectiva que ha sido indispensable para mantenerme en esta empresa frecuentemente solitaria. A todas/os vosotras/os, muchísimas gracias.

INTRODUCCIÓ

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

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

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

(Marta Salvans, 2008)

Año 1966. El endocrinólogo Harry Benjamin publica *The Transsexual Phenomenon*, libro relevante para nuestra *scientia sexualis*, pues supondrá el alumbramiento de un nuevo sujeto patológico digno de intervención médica: el transexual. Con esta obra, Benjamin difundirá con éxito el término «transexualidad» para referirse al sufrimiento causado por tener un cuerpo que no se ajusta a la propia identidad de género. Sentará además las bases de una terapéutica hormonoquirúrgica con la que se pretende dar a los transexuales el cuerpo que la naturaleza les negó, y conferirá a la psiquiatría el poder para validar el acceso a la terapia de modificación corporal y supervisar su desarrollo. En adelante, las personas que rechacen el género que se les asignó en el momento de nacer serán gestionadas por una biomedicina que les promete los medios técnicos para su reinserción normalizada en el sistema de sexo/género¹.

1 A lo largo de este trabajo utilizaremos el concepto «sistema de sexo/género» en un sentido similar al que le dio Gayle Rubin. Para esta pionera del construccionismo social, dicho sistema es el «conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de actividad humana, y en el cual se satisfacen estas necesidades humanas transformadas» (Rubin, 1986 [1975]: 97).

El estudio que se presenta a continuación versa sobre la transexualidad y sus fundamentos teórico-prácticos, esto es, la patologización y la medicalización. En lugar de tratarla como un fenómeno universal y ahistórico, analizaremos la transexualidad en su historicidad y contingencia, es decir, considerándola como una categoría que ha surgido en un contexto sociocultural determinado. De acuerdo con Nieto (2008), trabajaremos con el supuesto de que lo que entendemos por «transexualidad» es tan solo una de las múltiples formas de gestión del transgénero –o variancia de género²– que han existido –y existen– en diferentes culturas, fenómenos que muestran que a un mismo cuerpo no siempre le tiene que corresponder un mismo género; que la patologización y la medicalización forman parte de una estrategia históricamente determinada para controlar la disidencia sexogenérica; y que la terapia transexualizadora, basada en la hormonación y las cirugías de reasignación sexual, no es sino otra más de las muchas técnicas de manipulación corporal que podemos hallar en todas las sociedades pretéritas y presentes.

Así pues, abordaremos el fenómeno a partir de los procesos que le dieron la forma actual. Se ha de tener en cuenta que la transexualidad cobra significado en una sociedad con unos esquemas dicotómicos y excluyentes de sexo/género. El género es concebido como la prolongación natural del dimorfismo sexual, por lo que la no concordancia entre estas dos variables es considerada una anormalidad que debe ser controlada y reparada. Tomando prestada la terminología de Mary Douglas (2007 [1966]), podríamos decir que las personas que desean representar un género que socialmente no les corresponde encarnan «la suciedad» porque atentan contra el orden establecido. Un orden que, dicho sea de paso, tan solo puede persistir si es capaz de fortalecer sus fronteras y gestionar lo transfronterizo:

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

Elaborar una categoría diagnóstica³ para circunscribir y medicalizar las expresiones transgenéricas es un eficaz mecanismo de mantenimiento de las fronteras sexogenéricas. Dicho de otro modo, nuestra concepción dual y genitalizada del género queda salvaguardada si se asigna el estatuto de patología a todas aquellas personas cuya existencia es potencialmente

2 Siguiendo a Bolin (2003: 233), entendemos por «variancia (o transversalidad) de género» a aquellos fenómenos que constituyen «una combinación en forma de collage y/o un desmontaje y recolocación de insignias fisiológicas o corpóreas y rasgos conductuales que se asignan culturalmente como de género».

3 Como veremos, desde 1980 la transexualidad está incluida en el principal manual clasificatorio de los trastornos mentales, el DSM de la *American Psychological Association*. A lo largo de este tiempo ha recibido varias denominaciones: «transexualismo», «trastorno de la identidad de género» y, actualmente, «disforia de género».

problemática, y luego se las introduce en una red terapéutica. Por tanto, y al contrario de lo que se desprende de la mayoría de textos médicos, la transexualidad no puede ser entendida de forma acrítica, como si fuera el paradigma definitivo que mejor se ajusta a la verdadera esencia del transgénero, puesto que se trata de un producto sociocultural con múltiples y complejas conexiones con lo normativo, lo simbólico, lo tecnológico, lo político y lo económico. Los aparatos conceptuales y las estructuras epistemológicas de la biomedicina han de ser uno más de los objetos de análisis de la antropología, y no una referencia incuestionable. Debemos, pues, buscar lo «creencial y lo cultural en un territorio tradicionalmente entendido como depositario de lo racional: la biomedicina» (Martínez Hernández, 2011: 13).

La biomedicina considera que la transexualidad es debida a una disfunción producida durante el periodo de gestación con la que el cerebro se “sexualizaría” en sentido inverso al cuerpo. De ello se deriva una concepción biologizada e innata de la identidad de género, que sería un componente que nos viene dado de una vez por todas y que no admite posibles reformulaciones. Este supuesto ha favorecido la creación de un ideal transexual que ejerce un enorme poder normalizador y desacredita aquellas expresiones transgenéricas que no se ajustan a él: sería transexual aquella persona que, desde que tiene uso de razón, siente que ha nacido en un cuerpo equivocado y por ello desea adoptar los caracteres sexuales asociados al otro género y desarrollar el rol social correspondiente. Con ello se obvia la existencia de múltiples formas de significar y expresar lo trans, una multitud corporal e identitaria que no goza de reconocimiento institucional y a la que frecuentemente se le deniega el acceso a sus derechos fundamentales. Es por ello que esta investigación pretende contribuir a la visibilización de esta diversidad trans por encima del ideal homogeneizador de la biomedicina.

Por otra parte, y al igual que otros autores (Garfinkel, 2006 [1968]; Kessler y McKenna, 1985; Butler, 2007 [1999]), consideramos que el abordaje del fenómeno trans resulta revelador no solo porque nos muestra el modo en que nuestra sociedad gestiona lo transfronterizo, sino también, y sobre todo, porque es en lo socialmente considerado anómalo en donde más claramente podemos observar los mecanismos constitutivos de lo normal. En este sentido, la transexualidad es un caso paradigmático que nos muestra con claridad que muchos de nosotros reconstruimos nuestros cuerpos y vigilamos nuestros comportamientos con el fin de ajustarnos a los ideales normativos de la masculinidad y la feminidad; tratamos de controlar nuestra apariencia cotidianamente para así poder representar, de forma adecuada y sin ambigüedades, a uno de los dos géneros socialmente legítimos.

Principales objetivos

Si consideramos que la transexualidad no es un fenómeno universal, parece claro que el primer objetivo de la investigación ha de consistir en el análisis histórico de sus condiciones de posibilidad. Para profundizar en el entendimiento de la particularidad y contingencia del paradigma biomédico de la transexualidad, abordaremos también algunos fenómenos de variancia de género característicos de otros universos socioculturales. No aplicaremos nuestros criterios valorativos con el fin de ver cuánto se alejan –erróneamente– estos fenómenos del paradigma biomédico, sino que trataremos de entender su significación y encaje en sus respectivas sociedades.

En segundo lugar, nos centraremos en el estudio de la actual patologización y medicalización del transgénero. Para ello, se analizará el modo en que se conceptúa la transexualidad en el principal manual clasificatorio de los trastornos mentales (el DSM), y se estudiará el proceso diagnóstico y terapéutico que se lleva a cabo en la Unidad de Trastornos de la Identidad de Género (UTIG) del Hospital Clínic de Barcelona. Estas unidades hospitalarias han sido creadas en aquellas Comunidades Autónomas que han decidido financiar las cirugías de reasignación sexual, más conocidas como «operaciones de cambio de sexo». Para la consecución de este objetivo, focalizaremos la atención en los presupuestos que guían la terapéutica, las técnicas utilizadas durante la terapia de modificación corporal y los discursos, representaciones y prácticas de profesionales y personas trans vinculados al circuito asistencial.

En tercer lugar, analizaremos el proceso de (re)construcción identitaria y corporal de las personas trans en el actual contexto sociocultural, caracterizado por un sistema de sexo/género bipolar y por el predominio de los discursos y tecnologías biomédicos. Estamos de acuerdo con Hausman (1992) cuando afirma que, si bien es cierto que las personas trans aparecen a menudo como víctimas del sistema de sexo/género, y por ello tratan de alterar su aspecto físico en función a los códigos establecidos, no lo es menos el hecho de que su bienestar depende frecuentemente de su paso por un proceso quirúrgico y hormonal. Por tanto, la construcción identitaria y corporal de las personas trans, sus necesidades y expectativas, estarán determinadas por tecnologías sexogenéricas y biomédicas específicas.

Finalmente, trataremos de entender los dos grandes paradigmas desde los que actualmente se concibe lo trans: la transexualidad (concepto *etic* creado por la biomedicina) y el transgenerismo (concepto *emic* creado por las propias personas trans para desvincularse de la gestión biomédica y explorar espacios genéricos alternativos al binomio hombre/mujer). Con este fin, analizaremos los principios constitutivos de ambos paradigmas, sus limitaciones y potencialidades, su capacidad de normalización o transgresión, así como los debates y conflictos existentes entre personas y grupos cercanos a uno y otro paradigma.

Ámbito y población de estudio

Esta investigación se ha desarrollado en Cataluña, muy especialmente en Barcelona. En esta ciudad podemos encontrar la mayoría de clínicas privadas dedicadas a las cirugías de reasignación sexual y los dos principales servicios públicos de asistencia a personas trans: la UTIG del Hospital Clínic y *Trànsit*, un servicio de reciente creación que se caracteriza por ofrecer una atención alternativa a la UTIG. También en la capital se encuentra la sede de muchas asociaciones LGTB catalanas.

Han participado en este estudio las «personas trans». Hemos decidido emplear el prefijo «trans» como una categoría paraguas con la que poder referirnos de forma genérica a la multitud de expresiones corporales e identitarias. Todas estas personas tienen en común el haber rechazado –en algún momento de sus vidas y con mayor o menor rotundidad– el género que se les asignó en función de su morfología corporal. Pero una vez experimentada esta disconformidad de género, se multiplican las trayectorias vitales: hay personas que desean someterse al tratamiento canónico (con hormonas y cirugías) para lograr una apariencia normalizada; algunas personas pueden recurrir a la toma de hormonas y a algunas cirugías plásticas, pero conservan deliberadamente sus genitales; y otras que, además de sus genitales, mantienen algunos de sus caracteres secundarios, pudiendo presentar una apariencia ambigua.

Como tendremos ocasión de observar, el debate terminológico es una cuestión especialmente candente y refleja las tensiones entre las perspectivas *etic* y *emic*. Sin ir más lejos, la categoría «trans», a la que le hemos insuflado un sentido omniabarcador, es rechazada por la mayoría de personas que persiguen la normalización y la invisibilidad social. Y son estas mismas personas quienes también se desmarcan de la categoría *etic* «transexualidad» cuando finalizan el proceso terapéutico de modificación corporal, puesto que entienden que solo son «transexuales» mientras se encuentran inmersas en este proceso. Una vez éste ha concluido, consideran que son hombres o mujeres “normales y naturales”. También existen personas que presentan una combinación de caracteres sexogénicos y que no se sienten identificadas con el término «transgenerista». En estos casos, se suelen emplear como categorías autorreferenciales el término «transexual» (tras el sustantivo «hombre» o «mujer») o incluso, entre algunas latinoamericanas, el término «travesti». En fin, hay personas para las que el «transgenerismo» puede ser útil como punta de lanza política, como sujeto colectivo, pero que se muestran incómodas ante cualquier categoría identitaria individual.

Estructura de la tesis

Esta tesis ha sido dividida en dos grandes partes. En la primera de ellas, que lleva por título *Hacia una genealogía de la transexualidad*, se aborda el primer objetivo de la investigación, a saber, el análisis de los factores que posibilitaron la aparición de la transexualidad y el abordaje de otros universos sexogénicos en los que cobran significado expresiones de varianza de género que difícilmente pueden ser entendidas aplicando los mecanismos interpretativos de la biomedicina. Si bien el vocablo «transexualidad» no aparece hasta mediados del siglo XX, la búsqueda de sus condiciones de posibilidad debe empezarse mucho antes. Dirigiremos nuestra atención hacia los siglos XVIII y XIX, época en la que se consolida nuestra actual noción del dimorfismo sexual y aparece la sexualidad como modo de subjetivación y objeto de conocimiento científico. En cuanto al estudio de otros universos sexogénicos y sus manifestaciones de variancia de género, hemos decidido viajar temporal y espacialmente. Así, esta primera parte se inicia con un recorrido por el Occidente grecolatino y medieval (con sus hermafroditas, prácticas travestistas, afeminados y viragos), para finalizar con la presentación de dos de las figuras transgénicas más conocidas: el «dos-espíritus» que habitaba en muchos de los pueblos norteamericanos y el «hijra» de la India.

La segunda parte está dividida en tres capítulos y se titula *La (re)construcción identitaria y corporal de las personas trans*. En el primer capítulo nos ocuparemos de la patologización de la transexualidad. Es por ello que observaremos el recorrido que ha seguido la transexualidad, desde su inclusión en 1980, en el principal manual clasificatorio de los trastornos mentales (el DSM), y analizaremos la categoría diagnóstica «disforia de género», denominación que se da al fenómeno en la quinta y última edición del manual. También examinaremos las opiniones de profesionales y personas trans sobre la inclusión de la transexualidad en dicho manual, y veremos algunas de las alternativas propuestas por los críticos de la patologización para desclasificar la transexualidad sin poner en peligro la cobertura pública y privada del tratamiento de modificación corporal. En último lugar, presentaremos la Ley 3/2007, de 15 de marzo, que regula el cambio de sexo en el Registro Civil, ya que supone una buena oportunidad para observar que el paradigma biomédico, con su visión patologizante, ha colonizado muchas de nuestras instituciones.

El segundo capítulo trata sobre el proceso de (re)construcción corporal e identitaria de las personas trans. Para entender este proceso utilizaremos la herramienta analítica de los «procesos asistenciales», pues creemos que de este modo podremos enfatizar la dimensión sociocultural del fenómeno. Siguiendo a Nieto (2003), creemos que debemos adoptar un enfoque «intersubjetivo» a fin de superar la visión del individuo como un ente atomizado y poder convertirlo en una persona social que adquiere significación en una determinada

cultura. Lógicamente, en el centro del proceso que analizaremos se sitúan las personas trans. Pero si consideramos que estas personas se (re)construyen en sociedad, también tendremos que prestar atención a las normas e ideales de género existentes, a las dinámicas económico-políticas y a los recursos terapéuticos disponibles, sin olvidar las relaciones que los y las trans establecen con el entorno cercano, los grupos de pares, los servicios públicos y privados de atención y las instituciones.

En el tercer y último capítulo presentaremos los dos grandes paradigmas, enfrentados, de lo trans: la transexualidad y el transgenerismo. Éstos han de entenderse como tipos ideales, meras abstracciones, por lo que no resulta fácil encontrar a una persona que se ajuste estrictamente a los parámetros de un paradigma. Generalmente, las personas trans se sitúan en algún lugar comprendido entre los dos polos o tipos ideales, pudiendo moverse entre ellos a lo largo de sus vidas. Veremos que las personas cercanas al paradigma de la transexualidad no entienden lo trans como un fin en sí mismo, sino como un proceso con el que lograr una posición normalizada en el sistema binario de sexo/género. Por el contrario, desde el transgenerismo se concibe lo trans como un espacio vagamente delimitado desde el que cuestionar nuestras categorías sexogenéricas. Por otra parte, y apoyándonos en el caso catalán, mostraremos que si bien muchas personas trans observan con respeto o indiferencia a aquellas que se sitúan en la órbita del paradigma contrario, también podemos encontrar muestras de recelo y animadversión. Como veremos, algunos de los que pretenden la normalización critican a aquellos que visibilizan el hecho trans porque consideran que atentan contra su proyecto de integración social, mientras que algunos de los que combaten políticamente nuestro sistema de sexo/género lamentan que desde ciertos sectores se reniegue de lo trans y se busque la invisibilidad social.

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

Tell about your sexual behaviour, your sexual identity, your dreams, your desires, your pains and your fantasies. Tell about your desire for a silk hanky, your desire for a person of the same sex, your desire for young children, your desire to masturbate, your desire to cross dress, your desire to be beaten, your desire to have too much sex, your desire to have no sex at all, and even your desire to stop the desires of others. Tell about your sexual dysfunction, your sexual diseases, your orgasm problems, your abortions, your sexual addictions. Let us know what you get up to in bed—or what you don't get up to! Tell about your partner who loves too little or too much, who is gay or transexual, who is older or younger.

(Ken Plummer, 1995)

1. Sobre la autoridad etnográfica y los relatos sexuales

Somos incansables narradores y ávidos oyentes de relatos sexuales en una sociedad confesional. Como podremos observar con más detalle en la primera parte de la presente investigación, es a través de la sexualidad que el hombre moderno deviene a la vez sujeto y objeto de conocimiento. En lugar de recurrir a la consabida hipótesis represiva, Foucault (2003 [1976]) nos habla de una «puesta en discurso del sexo»: a partir del siglo XVIII, el entrelazamiento de unos saberes emergentes con formas más eficaces de ejercer el poder provoca una explosión discursiva en torno a la sexualidad. Dicha multiplicación de discursos es posible en gran medida a la extensión –y secularización– de la técnica de la confesión. Ya sea en el confesionario o en el diván, tenemos que hablar de sexo. Y no solo admitir las transgresiones, sino también verbalizar los deseos más recónditos. El Occidente confesional tiene, al menos, dos grandes relatos fundacionales: por un lado, las *Confesiones* de san Agustín, que para Tambling (1990) suponen el inicio de la confesión en la medida en que un sujeto unitario elabora una trayectoria inteligible de sí mismo; por el otro, esas *Confesiones* en las que Rousseau revela sus deseos sadomasoquistas, que representan para Plummer (1995) la primera historia sexual moderna.

A pesar de la proliferación de relatos sexuales, la antropología no se ocupa de ellos hasta una etapa más bien tardía. Desde la muerte del considerado “padre” de la antropología de la sexualidad (Malinowski) hasta el último cuarto del siglo XX, «la sexualidad para la Antropología se sitúa en el silencio o en la periferia más apartada de la

disciplina» (Nieto, 2003: 17). Durante este periodo, son los sexólogos, los médicos, los psiquiatras o los psicoanalistas, los expertos interesados en la recogida de datos sexuales y en la elaboración de discursos de autoridad (y, por tanto, verdaderos) sobre la sexualidad. Para la antropología, la sexualidad debe ser ignorada o marginada, puesto que acarrea deseos y conductas impuras, vergonzosas, contaminantes. Siguiendo con Nieto (2003), se pueden identificar tres fases en relación al posicionamiento de la disciplina antropológica ante la sexualidad: la «erotofóbica» (en la que la sexualidad está soterrada), la «erotoliminal» (surge cierto interés hacia la sexualidad pero éste se encuentra bajo el influjo de la biología) y la «erotofílica» (en la que se produce el registro etnográfico de la diversidad sexual). Sin duda alguna, la renovación de la mirada antropológica tiene consecuencias importantes sobre la forma en que nuestras sociedades conciben la sexualidad, ya que el monopolio biologista, esencialista y universalista empieza a ceder terreno ante los estudios que la abordan como una construcción sociocultural y adalid de la diversidad humana. En opinión de Weston (1993), este resurgir de la antropología de la sexualidad debemos agradecerérselo a un puñado de académicos que arriesgaron sus carreras hablando de lo que no podía –o no debía– hablarse.

Actualmente, las historias sobre la sexualidad constituyen un tipo de relato muy diversificado. Pueden recogerse durante una confesión religiosa, una consulta psiquiátrica, un interrogatorio judicial o una investigación científica. Pueden también formar parte de una autobiografía, una novela o un poema. Las formas de producción son también muy diversas: pueden obtenerse por la coacción de una figura autoritaria (médico, policía o juez), por una coerción interiorizada (como el sentimiento de culpabilidad), por la decisión de un autor de entregar una obra más o menos ficticia, o en respuesta a la propuesta de un investigador (Giarni, 2000). Para un mayor entendimiento, veamos la definición de «historias sexuales» (*sexual stories*) que realiza uno de los principales referentes en el estudio de las estructuras narrativas de este tipo de relatos:

(Las historias sexuales) son los relatos de la vida íntima, centrados principalmente en lo erótico, el género y las relaciones. Forman parte de un conjunto más vasto de discursos e ideologías sociales, y presentan rasgos comunes con otras historias que se centran en los sujetos, tales como las novelas policíacas, las historias de viajes, las historias de vida o las historias sobre experiencias cercanas a la muerte. Pueden presentarse bajo múltiples formas: historias sexuales científicas que narran el sexo con una retórica científica, historias “históricas” que sitúan al sexo en contextos históricos e historias de ficciones sexuales que nos brindan mundos imaginarios (Plummer, 1995: 6-7)¹.

1 La traducción del inglés es mía. En adelante, se traducirán todas las citas en lengua no castellana.

Esta investigación es una historia sobre la sexualidad elaborada a partir de múltiples y variadas historias sexuales. Los relatos de las personas trans serán nuestro principal foco de atención, pero también recogeremos relatos de profesionales biomédicos y de científicos sociales. Asimismo, haremos nuestros los relatos elaborados por los padres de la sexología moderna, por pensadores medievales y grecolatinos y por personas de otros tiempos que narraban en primera persona su disidencia sexogenérica sin disponer de las actuales categorías vertebradoras del discurso (como «transexual», «transgenerista» o «travestido»).

Plummer (1995) tiene razón cuando afirma que estas historias (incluida la que presentamos a continuación) no han de ser vistas como signos de verdad, como relatos que nos desvelan nuestra naturaleza sexual esencial. Estas historias constituyen más bien una forma particular de decir ciertas cosas, desde una determinada posición y en un momento preciso, por lo que están histórica y contextualmente determinadas (o, como diría Haraway –1991–, están «situadas»)². Más aún, utilizando la terminología de Austin (1982 [1962]), podemos sostener que, en lugar de ser «constatativas» (en el sentido de revelarnos una verdad), estas historias son «performativas», pues más allá de su veracidad o falsedad, contribuyen a la formación del sujeto hablante, interpelan la subjetividad del oyente y conforman nuestro universo sexogenérico: «las historias que contamos sobre nuestras vidas están profundamente implicadas en los cambios morales y políticos» (Plummer, 1995: 144).

Los actos de habla no son totalmente libres, únicos ni originales. No son el simple producto de la voluntad de una persona que quiere-decir siendo señora de sí misma (Derrida, 1971)³. Los relatos sexogenéricos han de entenderse como acciones colectivas que, con sus lógicas variaciones, presentan una estructura narrativa muy similar porque están determinados por las convenciones sociales, por mecanismos de poder que regulan nuestras experiencias y emociones (y aquí el poder ha de ser entendido en su doble vertiente foucaultiana: represiva –lo que no puede ser dicho o sentido– y productiva –lo que puede decirse o sentirse–). Solo si consideramos estos relatos como productos sociales, estaremos en condiciones de efectuar un «análisis crítico del discurso»:

2 Un concepto similar al de Haraway y aplicado a la antropología lo encontramos en la «etnografía multisituada» de Marcus (1998). Para este autor, la tradición etnográfica que establece un determinado lugar para el trabajo de campo se ve cuestionada actualmente por la necesidad de pensar la cultura, no ya como un entramado autónomo y homogéneo, sino como un conjunto fluctuante de conexiones, resistencias y adaptaciones entre diversos lugares y a diferentes niveles.

3 Nos estamos refiriendo a la famosa conferencia de Derrida, *Firma, acontecimiento, contexto*, en la que criticaba el pensamiento de Austin por no haber sido capaz de librarse totalmente de la noción tradicional de la «comunicación». Dicha noción se articula alrededor de la «metafísica de la presencia», esto es, presuponer la presencia consciente de la intención del sujeto hablante con respecto a la totalidad de su acto locutorio.

El análisis crítico del discurso es un tipo de investigación analítica sobre el discurso que estudia primariamente el modo en que el abuso del poder social, el dominio y la desigualdad son practicados, reproducidos, y ocasionalmente combatidos, por los textos y el habla en el contexto social y político (Van Dijk, 1999: 23).

En tanto que procesos colectivos, los relatos sexogenéricos pueden ser también vistos, siguiendo la «teoría polifónica» de Bajtin, como narrativas heteroglosicas, como enunciaciones pobladas de voces múltiples, heterogéneas y a menudo enfrentadas:

La noción de heteroglosia emerge de la idea de que el yo –en el sentido de enunciante de un discurso– no es un ente individual sino esencialmente colectivo constituido a través de la incorporación de una heterogeneidad de voces que ha ido integrando en el contexto sociocultural en que se desenvuelve (Martínez-Guzmán y Montenegro, 2010: 234).

Si bien es importante que entendamos estas historias sexuales como productos colectivos (polifónicos y convencionales), contextuales (situados) y realizativos (performativos), no lo es menos el que debemos interrogarnos acerca de la autoridad del etnógrafo que condiciona la producción de estos relatos y posteriormente los ensambla, textualiza e interpreta. En antropología, ni la experiencia ni la actividad interpretativa del investigador son hoy incuestionables. Tendemos a aceptar sin demasiados matices que «todos los ojos, incluidos los nuestros, son sistemas perceptivos activos que construyen traducciones y maneras específicas de ver, es decir, formas de vida» (Haraway, 1991: 327).

Geertz (2005 [1973]) afirma que la antropología no es una ciencia experimental en busca de leyes, sino una disciplina interpretativa en busca de significados. Y para poder interpretar es necesario recurrir a la «textualización», a saber, el proceso mediante el cual el habla, el lenguaje corporal, las creencias o los rituales observados se organizan en un conjunto significativo y se transforman en texto. Indudablemente, debemos admitir que la textualización es siempre interpretativa, crítica y parcial. Debemos también evitar la disolución de la ambigüedad y la diversidad con la creación de sujetos absolutos (como, por ejemplo, el arquetipo de la transexualidad creado por la biomedicina), y tampoco podemos ensombrecer los aspectos dialógicos y situacionales que han determinado el trabajo de campo. En fin, podemos dar la bienvenida a esa etnografía posmoderna que «pone en primer término al diálogo y no al monólogo, y enfatiza la naturaleza cooperativa y colaborativa de la situación etnográfica en contraste con la ideología del observador trascendental» (Tyler, 1986: 301). Con todo, estamos de acuerdo con Clifford (1988) cuando afirma que toda etnografía implica una traducción de la experiencia a una forma textual, y este proceso siempre pone en juego un tipo específico de autoridad. En consecuencia, podemos incorporar la dimensión intersubjetiva en la elaboración de nuestro relato científico, pero

no estaremos con ello eliminando la autoridad etnográfica, sino más bien desplazándola:

Si la autoridad interpretativa se basa en la exclusión del diálogo, lo inverso también es verdad: una autoridad puramente dialógica reprimiría el hecho inescapable de la textualización. Mientras que las etnografías modeladas como encuentros entre dos individuos pueden dramatizar con éxito el toma y daca intersubjetivo del trabajo de campo e introducir un contrapunto de voces autorales, ellas siguen siendo *representaciones*⁴ del diálogo (Clifford, 1988: 161).

Por tanto, en lugar de invocar utopías anti-autoritarias, tenemos que reconocer sin complejos el tipo de gobierno que ejercemos sobre nuestro texto. A lo largo de esta investigación impugnaremos la concepción homogeneizadora que determinados sectores del estamento médico y no pocas instituciones tienen sobre el fenómeno trans. El respeto a la enorme diversidad de cuerpos y subjetividades trans será uno de nuestros ejes vertebradores, y trataremos de reflejar dicha diversidad presentando numerosos testimonios en primera persona. Sin embargo, en determinados momentos *controlaremos* la pluralidad de experiencias trans y les *impondremos* cierta coherencia recurriendo a determinadas herramientas analíticas, como cuando ordenaremos la construcción identitaria/corporal de estas personas recurriendo a la secuencia temporal de los procesos asistenciales, o como cuando elaboraremos los tipos ideales de la transexualidad y el transgenerismo para proceder a su análisis y comparación. Estas estrategias son, sin duda, autoritarias y reduccionistas, pero nos ayudarán a mantener una trayectoria mínimamente estable a lo largo de un proceso textual difícilmente gobernable.

2. Experiencias de investigación

Los datos obtenidos para la elaboración de la presente investigación han surgido de tres experiencias personales interrelacionadas. Lógicamente, el núcleo duro de la información ha sido extraído a lo largo de los cuatro años que ha durado mi investigación doctoral en el marco del Programa de Estudios Avanzados en Antropología Social. Antes de empezar este camino ya se había contactado y trabajado con algunos de los informantes clave (como, por ejemplo, la psicóloga clínica y la psiquiatra de la UTIG, algunos usuarios de la Unidad o figuras relevantes del mundo asociativo catalán) y se había realizado un primer análisis tanto de los condicionantes históricos que posibilitaron la aparición de la transexualidad como del proceso de (re)construcción corporal e identitaria de estas personas en un contexto

4 El énfasis es del autor.

caracterizado por la patologización y la medicalización. Ello es debido a que el trabajo final del Máster en Antropología y Etnografía, presentado en septiembre de 2010, constituía una primera tentativa de abordar los objetivos que hemos estado persiguiendo durante la tesis. No obstante, las exigencias y el tiempo del que se disponía para la elaboración de la tesina eran mucho menores, por lo que el grueso del trabajo ha tenido que realizarse durante la investigación doctoral. Ha sido durante este periodo que hemos analizado gran parte de la bibliografía necesaria para trazar la génesis de la transexualidad y explorar otros universos sexogénicos. También durante la tesis hemos realizado la mayoría de entrevistas en profundidad y buena parte de la observación participante y la observación en los foros de internet.

Asimismo, entre 2012 y 2013 tuve la oportunidad de formar parte del equipo de una investigación, dirigida por Oscar Guasch, que llevaba por título *Representaciones y prácticas en el proceso de feminización de mujeres transexuales* (Instituto de la Mujer – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ref. 2011-0004-INV-00124). El hecho de participar activamente en el diseño de la investigación propició que ésta tuviera bastantes nexos en común con mi tesis doctoral y, por tanto, bastante información aprovechable. En concreto, el capítulo 3 de la segunda parte de la presente tesis, titulado *Los procesos de (re) construcción corporal e identitaria en tanto que procesos asistenciales*, es en buena medida el fruto de mi colaboración en esta investigación para el Instituto de la Mujer.

Como revela claramente el título, el proyecto tenía por objeto analizar los discursos, representaciones y prácticas de las mujeres transexuales a lo largo de su proceso de modificación corporal. Se prestaba una atención especial a las prácticas de autoatención, como la toma de hormonas sin supervisión médica o las inyecciones clandestinas de silicona para feminizar el cuerpo, y se trataba de esclarecer si estas prácticas estaban determinadas por las variables «edad» y «origen sociocultural». También se atendió al modo en que interactuaban los discursos y las prácticas de las mujeres trans con los de los profesionales médicos, y se identificaron los modelos de feminidad que guiaban la (re)construcción corporal de estas personas. Las técnicas utilizadas para la consecución de estos objetivos eran características del método cualitativo: las entrevistas en profundidad, la observación participante y la realización de un grupo de discusión con mujeres trans.

Finalmente, debo reconocer que esta investigación doctoral nunca habría visto la luz sin la estadía de prácticas que realicé en la asociación parisina *Prévention, Action, Santé et Travail pour les Transgenres* (más conocida como PASTT). Mi participación en la PASTT se inscribía dentro del programa europeo de intercambios *Eurodisea* y tuvo lugar durante los siete primeros meses de 2005. Esta asociación sin ánimo de lucro fue creada en 1992 por Camille Cabral, una doctora trans de espíritu combativo y provocador. Las trabajadoras y colaboradoras de la PASST son mayoritariamente mujeres trans que supervisan y

ejecutan varios programas de asistencia a esta población (en su mayoría mujeres trans de origen latinoamericano y trabajadoras sexuales): un programa de prevención móvil de enfermedades de transmisión sexual; un programa de acompañamiento hospitalario; un programa de asistencia legal para la obtención de los permisos de trabajo y residencia y para el acceso a los recursos sociosanitarios; un programa de apartamentos tutelados para aquellas personas en una situación de gran precariedad; y un programa de seguimiento y asistencia a las trans que se encuentran en prisión. Asimismo, la asociación se encarga de situar en la escena pública y política reivindicaciones relativas a los derechos trans, la lucha contra la transfobia y la igualdad de oportunidades.

Sin duda alguna, mi conocimiento y sensibilidad ante el fenómeno trans no se habrían desarrollado si no hubiera colaborado con la PASTT. Bien es cierto que las tareas que llevé a cabo durante el tiempo que duraron mis prácticas eran más propias de un educador social que de un antropólogo inmerso en su trabajo de campo. En esa época acababa de licenciarme en sociología y no tenía previsto iniciar los estudios de tercer ciclo. Además, el programa *Eurodisea* estaba destinado a la realización de prácticas profesionales y no a la investigación. Por tanto, mi misión en la PASTT consistió en colaborar en la organización de los actos públicos de la asociación, efectuar algunos acompañamientos administrativos y hospitalarios y participar asiduamente en el programa de prevención móvil de ETS. Con este programa recorríamos con un minibús los centros neurálgicos de la prostitución callejera de París (principalmente el *Bois de Boulogne*) para atender las necesidades de las mujeres que lo solicitaban mientras ofrecíamos preservativos y bebidas calientes.

Como es lógico, una vez decidí emprender los estudios de doctorado y dedicar mi tesis al análisis del fenómeno trans, lamenté sobremanera el no haber adoptado una postura explícitamente etnográfica que me hubiera permitido sistematizar lo observado en un diario de campo y organizar entrevistas en profundidad para ser registradas. Con siete meses de trabajo de campo minucioso hubiera obtenido casi toda la información necesaria para redactar una buena tesis. No obstante, no puede decirse de ningún modo que mi estancia había caído en saco roto desde el punto de vista “científico”. Y es que, a parte de brindarme una experiencia personal preciosa y de haber tenido la oportunidad de colaborar con una ONG, el tiempo que pasé en la PASTT me había permitido llevar a cabo, sin ser plenamente consciente de ello, lo que Wacquant (en Langarita, 2014) denomina «participación observante». Mediante esta inversión terminológica, Wacquant pretende alejarse de la concepción clásica de la participación como un instrumento o medio –inevitable a la vez que subalterno– para poder realizar lo que realmente es importante, esto es, la observación. Para el francés, la participación tiene una importancia en sí misma porque posibilita la aproximación experiencial a una determinada realidad. En mi caso,

parece claro que la participación era el elemento prevalente: era un colaborador más de la asociación y no un investigador que ocupaba una posición diferenciada del resto de trabajadores. Ello me permitió interactuar con las personas sin que éstas tuvieran tantos recelos y que se me abrieran más fácilmente algunas puertas (aunque también es cierto que seguía siendo un extraño que tan solo estaba de paso, por lo que también tuve que ganarme la confianza de estas personas). Sea como fuere, mi participación en los programas de asistencia, las innumerables charlas informales que mantuve con el personal de la asociación y las usuarias y la experiencia del día a día constituyeron un aprendizaje tremendamente enriquecedor, tanto a nivel personal como intelectual, que me ha servido para orientar y ejecutar la presente investigación.

3. Técnicas de investigación

La metodología que hemos empleado es de carácter cualitativo. El análisis genealógico ha sido la principal herramienta utilizada durante la primera parte de la investigación. Para la segunda, he recurrido a las entrevistas en profundidad, la observación participante (o, más bien, participación observante), la observación en la red (concretamente, de un foro de discusión de temática trans) y los grupos de discusión. A continuación, explicaré cómo se ha aplicado cada técnica, lo que me llevará a reflexionar sobre la forma en que el investigador interacciona con sus interlocutores (sean éstos personas o textos) y condiciona la producción de datos.

El análisis genealógico

Si partimos del supuesto de que la transexualidad no es un fenómeno universal, sino histórico y contingente, debemos rastrear las condiciones de posibilidad de esta forma de gestionar la variancia de género que se articula alrededor de la patologización y la medicalización. Para la realización de esta empresa consistente en la historización de aquello que hoy nos parece natural, verdadero y razonable, consideré que el método genealógico era el más adecuado. No solo me he servido de la *boîte à outils* que nos legó Foucault, sino que también he aprovechado, a causa de las coincidencias temáticas, muchos de sus análisis sobre la sexualidad, la subjetivación y las denominadas «tecnologías del yo». Si bien el francés ha sido mi guía principal, debo reconocer –aunque sea someramente– el influjo esclarecedor de Nietzsche en todo aquel que trata de problematizar las evidencias. Con este fin, recordemos una vez más el primer aforismo de su genial *Aurora*:

Todas las cosas que viven mucho tiempo se van empapando poco a poco de razón, de tal suerte que parece inverosímil que tengan su origen en la sinrazón. ¿No cree el sentimiento ver una paradoja o una blasfemia cada vez que se le muestra la historia exacta de un origen? (Nietzsche, 1881: 935).

El método genealógico nos ofrece una serie de herramientas –o precauciones– epistemológicas para abordar la historia. Ésta no ha de ser concebida como un proceso lineal, progresivo y teleológico durante el cual se irían acumulando los conocimientos, tecnologías y experiencias que nos conducirían a un estadio definitivo de plenitud ontológica, racionalidad absoluta o perfección moral. La historia no es la encarnación de ninguna idea trascendental y está plagada de discontinuidades y rupturas. En consecuencia, entre las épocas históricas existen fisuras epistémicas (como las existentes entre la “Época Clásica” foucaultiana y la Modernidad) que posibilitan nuevas disposiciones en el campo del saber y en las relaciones de poder. Como señala Reynoso (2003), cada episteme define lo que es pensable, tiene su coherencia interna y es relativamente autónoma. Por tanto, nuestra época –o episteme– tiene su propio umbral, y es en ese punto donde tenemos que empezar a rastrear nuestras condiciones de posibilidad. Pero en esta búsqueda no esperemos encontrar una esencia inalterable y anterior a todo desarrollo histórico, porque tal esencia no existe: «Detrás de las cosas existe algo muy distinto: en absoluto su secreto esencial y sin fechas, sino el secreto de que ellas están sin esencia, o que su esencia fue construida pieza por pieza a partir de figuras que le eran extrañas» (Nietzsche; en Foucault, 1971: 10). Por otra parte, la negación apriorística de la continuidad histórica está estrechamente vinculada con la idea de que tenemos que evitar la «racionalidad retrospectiva», esto es, la proyección de nuestra mirada hacia cualquier episteme que no sea la nuestra.

Con estas herramientas en mano emprendí el análisis genealógico de la transexualidad. Si bien este concepto no llega a acuñarse, delimitarse y adquirir pleno sentido hasta los años 60 del siglo XX, todo parecía indicar que debía realizar el «corte genealógico» en los alrededores del siglo XVIII. Es a partir de ese periodo que el hombre y la mujer dejan de ser concebidos como un continuo jerarquizado, para pasar a constituir una dicotomía irreductible y fundamentada en las diferencias biológicas. Es en ese periodo que empieza a desarrollarse una racionalidad sexo-lógica con la que se establece la sexualidad como forma privilegiada de individuación, verdad profunda a desvelar y objeto de estudio de unos saberes científicos que tratan de entender sus reglas inmanentes y controlar sus variaciones mórbidas.

Pero, una vez sumergido en el estudio de la «episteme moderna», empecé a sospechar que quizá existían ciertas continuidades históricas que serían ignoradas si efectuaba un corte genealógico radical y que, en todo caso, la investigación se enriquecería si abordaba epistemes pretéritas. De este modo, a parte de escrutar los factores generadores de la transexualidad, decidí asimismo analizar otros universos sexogenéricos centrando la atención en prácticas y fenómenos fronterizos como los del hermafroditismo (y, por extensión, la monstruosidad), el afeminamiento, la sodomía, las prácticas travestistas o la transmutación sexual (el cambio súbito de sexo). Y complementé todo ello con el estudio de algunas de las principales cuestiones morales sobre las que se habían interrogado nuestros antepasados, tales como las relaciones no procreadoras, el deseo sexual, el gobierno de uno mismo, la abstinencia o la intemperancia, las relaciones entre los géneros o las consecuencias del acto sexual.

Era consciente de que no estaba realizando una tesis de historia, por lo que ocuparme de otras epistemes implicaba destinar unos recursos que quizá luego echaría en falta. Con todo, decidí que el riesgo valía la pena. Solo advierto al lector que no encontrará un análisis exhaustivo de las corrientes de pensamiento ni una radiografía pormenorizada de las conductas y prácticas sexuales características del Occidente grecolatino y medieval. Y mucho menos una valoración de dichas corrientes y prácticas tomando como referente nuestros mecanismos de inteligibilidad. Para el estudio de estos periodos, me he apoyado en el trabajo de autores con los que comparto la misma sensibilidad (como Foucault, Laqueur, Boswell o Vázquez García y Moreno Mengíbar) y he completado sus análisis con fuentes primarias que he considerado relevantes⁵. Entenderemos mejor lo que somos si recordamos aquello que fuimos. Ese ha sido el espíritu que me ha guiado durante la primera parte de esta investigación.

Las entrevistas en profundidad

Las entrevistas en profundidad semi-dirigidas han sido la principal técnica utilizada durante la segunda parte de la investigación. La mayoría de entrevistas se han realizado a personas trans. En concreto, se han hecho 13 entrevistas a hombres trans y 41 entrevistas a mujeres (15 de ellas en el marco de la investigación para el Instituto de la Mujer). Para preservar el anonimato de las personas entrevistadas, se ha omitido cualquier información con la que pudieran ser identificadas y se han utilizado nombres ficticios, pero siempre respetando el género de nuestros interlocutores. Asimismo, se han efectuado 10 entrevistas

⁵ Debo reconocer que esta forma de proceder vulnera en parte el espíritu foucaultiano. Para Foucault, resulta crucial realizar un trabajo de erudición sobre todo tipo de fuentes primarias. No solo debemos ocuparnos de los grandes textos que han sido utilizados para escribir la historia, sino también, y sobre todo, de aquellos que han caído en el olvido por considerarse marginales.

a profesionales que trabajan con esta población. De la UTIG del Clínic, se ha entrevistado a una enfermera, una psicóloga clínica, una psiquiatra, una endocrinóloga, una psicóloga infantil y una psiquiatra que había hecho sus prácticas en la Unidad. También se ha entrevistado a un cirujano plástico de una clínica privada de Barcelona, a una psicóloga que trabaja en el *Casal Lambda* y a la ginecóloga y la partera fundadoras de *Trànsit*, un servicio de reciente creación en Barcelona, dependiente del *Institut Català de la Salut*, que se caracteriza por ofrecer un tipo de atención alternativa a la UTIG. Aunque la gran mayoría de profesionales no tenía problema alguno en que sus nombres aparecieran en el texto, se ha decidido mencionar tan solo el lugar en el que trabajan. Todas las entrevistas fueron registradas con una grabadora de voz para ser posteriormente transcritas y analizadas con el programa *Atlas.ti*.

Para llevar a cabo las entrevistas se partía de una guía específica para cada colectivo, previamente elaborada. No se trataba de un cuestionario con preguntas cerradas, sino de un guión que se iba modificando en función del desarrollo de la entrevista. Todas las entrevistas a profesionales fueron realizadas en su lugar de trabajo. En cuanto a las personas trans, se les ofrecía la posibilidad de escoger el lugar, aunque se les advertía de la necesidad de encontrar un espacio que garantizara cierta intimidad. En algunos casos los entrevistados escogieron su propio domicilio, pero en otros la entrevista tuvo lugar en algún lugar público (bares, terrazas, parques), hecho que dificultó la creación de una atmósfera confortable y libre de miradas y oídos ajenos. En estos casos, el tratamiento de las cuestiones más confidenciales conllevaba una disminución del tono de voz del entrevistado, lo que ha entorpecido la transcripción posterior. Aunque la mayoría de las veces se ha completado la entrevista de una sola vez, en no pocas ocasiones han sido necesarios dos o más encuentros. La duración de las entrevistas ha variado enormemente de un caso a otro en función de varios factores, tales como la locuacidad y disponibilidad del entrevistado, el lugar de realización de la entrevista, el clima generado, etc. Así, se han realizado entrevistas de escasamente una hora y otras que superan con creces las tres horas de duración.

Con las entrevistas a las personas trans se trató de ser exhaustivo, es decir, que la muestra reflejara en la medida de lo posible la enorme diversidad de subjetividades y cuerpos trans. Como uno de nuestros objetivos consistía en analizar el proceso diagnóstico y terapéutico en una UTIG, se tenía especial interés en entrevistar a las personas usuarias de la Unidad. A este respecto, nuestra informante principal en la UTIG nos ha facilitado el trabajo: aprovechaba las visitas médicas que realizaba a las personas usuarias para comentarles la existencia de esta investigación y preguntarles por su disponibilidad de participación. Debemos señalar que esta forma de obtener participantes debía tratarse con cautela porque era esta profesional de la UTIG quien seleccionaba a las personas que ella consideraba adecuadas. Este hecho pude contrarrestarlo con la asistencia a algunas de las

terapias de grupo que organiza la UTIG una vez al mes, lo que me brindó la oportunidad de contactar directamente con los usuarios.

Si la UTIG hubiera sido la única fuente de acceso a los entrevistados a buen seguro que hubiera obtenido una visión parcial del universo trans. Ciertamente es que las personas usuarias de la UTIG no son todas iguales ni persiguen exactamente los mismos objetivos, pero el hecho de tener que someterse a un proceso diagnóstico y de seguir una terapia institucionalizada hace que muchas de ellas compartan determinados rasgos. Por tanto, si quería abrazar la pluralidad tenía que multiplicar las formas de obtener entrevistados. En este sentido, y a modo de ejemplo, los contactos realizados durante el tiempo que estuve en la PASTT me permitieron acceder a un perfil de mujer trans que raramente acude a una UTIG: una mujer mayor de 30 años, española o latinoamericana, que ha sido autodidacta la mayor parte de su vida porque ha tenido que realizar su construcción identitaria/corporal en un contexto en el que las administraciones no atendían las demandas de las personas trans. Asimismo, el contacto con determinadas organizaciones (como el *Col·lectiu de Transsexuals de Catalunya*, *Octubre Trans*, *Cultura Trans* o la *Associació de Mares i Pares de Gays, Lesbianes, Bisexuals i Transsexuals*) me ha permitido entrevistar a personas provenientes del mundo asociativo, muchas de ellas con una visión crítica del modelo biomédico hegemónico.

A pesar de la voluntad de ser totalmente exhaustivo, la muestra obtenida tiene sus limitaciones. En primer lugar, por la desproporción existente entre hombres (13) y mujeres (41). La mayor proporción de mujeres trans es un hecho bastante común en la mayoría de estudios (tanto biomédicos como sociales)⁶ y existen varias hipótesis al respecto: que en nuestra sociedad se atienden principalmente las necesidades de los hombres (esto es, de las mujeres trans); que las técnicas de reasignación sexual han sido creadas por –y para– los hombres; que la transexualidad femenina goza de una mayor publicidad que la masculina (por lo que existen más referentes de éxito para los jóvenes); que las técnicas de masculinización (a excepción de la faloplastia) son más efectivas que las de feminización, por lo que los hombres trans pasan más desapercibidos que las mujeres trans; que en nuestra sociedad los roles femeninos son más laxos que los masculinos, por lo que los hombres que no se ajustan al ideal de virilidad se ven impelidos a representar el género contrario, etc.

La otra gran limitación tiene que ver con la infrarrepresentación de personas trans con un alto poder adquisitivo y que se someten a un proceso transexualizador con el fin de “pasar por” hombres o mujeres “normales y naturales”. Como tendremos ocasión de observar, el proceso de (re)construcción identitaria y corporal de las personas trans no solo

⁶ Sin ir más lejos, en la UTIG de Cataluña, durante la década 2000-2009, obtuvieron el diagnóstico 2.1 mujeres trans por cada hombre.

está determinado por sus ideales de género y expectativas corporales, sino también por factores socioeconómicos generadores de desigualdad (país de residencia, estatuto legal, capital económico y cultural, etc.). Dicho de otra forma, estas personas quieren tomar todas las decisiones que les afectan, pero a menudo ven limitada su capacidad de decisión cuando no tienen los recursos necesarios. La mejor forma de mantener la autonomía (de poder decidir qué, cuándo y cómo) es disponer del dinero suficiente para acudir a la sanidad privada: se obtendrá el diagnóstico más fácilmente que en la UTIG, se accederá más rápidamente a las cirugías de reasignación genital (la lista de espera en la UTIG del Clínic es de 3 a 5 años) y se tendrá acceso a un amplio abanico de cirugías estéticas (que no son costeadas por la sanidad pública). Si a ello le añadimos que estas personas de elevado poder adquisitivo, una vez “reasignadas”, quieren invisibilizar su paso por un proceso de modificación corporal, nos encontramos con un perfil difícilmente localizable: estas personas ni van a la UTIG, ni forman parte de asociaciones, ni asisten a actos informativos o reivindicativos. La única forma de acceder a ellas es a través de otros contactos, pero no es tarea fácil. Valga un ejemplo. Un pariente mío explicó a una compañera de trabajo que estaba buscando a personas para participar en mi investigación, y ésta le comentó que su sobrina había pasado por un proceso de modificación corporal y que quizá aceptaba ser entrevistada. Me hicieron llegar su teléfono y llamé. Tras explicarle brevemente el objetivo de mi investigación y el protocolo a seguir durante la entrevista, recibí una respuesta lacónica que me dejó un tanto desconcertado: «Uy, no. Es que yo ya no soy transexual».

Y lo cierto es que no le faltaba razón. Las personas trans, al igual que las cis, son personas poliédricas: son madres o padres, hijos o hijas, tienen un buen trabajo, un trabajo precario o están en el paro, son nacionalistas o internacionalistas, fervientes religiosas o ateas, conservadoras o progresistas, etc. La tarea de adoptar un género distinto al asignado constituye –o ha constituido– una parte importante de sus vidas de la que se ocupan y se preocupan, pero sus vidas son mucho más que eso. Para algunas de estas personas, las cuestiones asociadas al proceso de modificación corporal e identitaria tienen un lugar preferente en su día a día (sobre todo las que se encuentran en las etapas iniciales), pero para otras estas cuestiones ya han pasado a un segundo plano. A este respecto, debo reconocer que los objetivos que había establecido para esta investigación no me han permitido reflejar adecuadamente estas múltiples facetas vitales. De forma implícita, pedía a estas personas que dejaran de lado otros sueños, ambiciones, frustraciones e inquietudes y que se centraran en su “condición trans” durante el tiempo que durara la entrevista. Así pues, no he logrado zafarme completamente de la visión hegemónica que tenemos de los denominados «grupos minoritarios»:

Situaciones estructurales que vive buena parte de la población y que van a sustantivizar sus vivencias, de manera que las personas somos identificadas socialmente por nuestros “síntomas”, llegando a “convertirnos” gracias a un proceso de sinécdoque en una sola parte que representa un todo, y ser etiquetadas o señaladas en términos identitarios de forma reductiva (Platero, 2012: 22).

Por otra parte, debemos tener en cuenta que todo conocimiento está «situado» (Haraway, 1991), lo que significa que está condicionado por el lugar que ocupa quien se encarga de producirlo. Mi posición ha sido la de un “experto” autorizado y capacitado para escuchar el relato sexogenérico de una persona, para luego, en ausencia de esa persona, elaborar un relato de relatos con pretensiones científicas. Para las personas usuarias de la UTIG, mi posición no era muy diferente de la que ocupaban los profesionales de la Unidad, por lo que a lo largo de mis entrevistas he observado dinámicas similares a las producidas durante la entrevista clínica. Algunas de estas personas tendían a mostrarse, al menos en un principio, desconfiantes y cautelosas porque no acababan de creer que yo fuera alguien externo a la UTIG y temían que sus palabras pusieran en peligro el acceso al tratamiento⁷. Otros usuarios de la Unidad me pedían, tras la entrevista, que emitiera un diagnóstico clínico de su caso. En fin, he podido constatar que algunas entrevistas han producido efectos similares a los detectados por Herdt y Stoller (1990) cuando aplicaban la «etnografía clínica» al estudio de los Sambia: si bien mi trabajo no tenía en modo alguno un fin terapéutico, algunas personas me comentaron haberse sentido mejor tras la entrevista por haber revelado intimidades que no tenían a quien contar.

En otros casos, las dinámicas generadas con mis interlocutores dejaban patente la «quiebra de la autoridad monológica» (Clifford, 1988). El etnógrafo ha perdido el monopolio del conocimiento sobre el fenómeno estudiado en beneficio de unos informantes cada vez más informados que reivindican la legitimidad de su propia voz y su derecho a participar en la generación del conocimiento que versa sobre ellos. En nuestro caso, hace ya tiempo que las personas trans dejaron de ser simplemente el objeto de saberes expertos para devenir sujetos activos que producen un conocimiento socialmente relevante (*cf.* Stryker y Whittle, 2006). Este cambio ha hecho posible que algunos de mis informantes se hayan sentido lo suficientemente capacitados como para “violiar” mi autoridad al tratar de influir y orientar mi trabajo. En algunas ocasiones, esta “deriva antiautoritaria” ha transformado las entrevistas en acalorados debates, durante los cuales he sido reprendido por haber pecado por exceso y por defecto: se me ha acusado de ser «demasiado constructivista» y también «poco “cañero”».

⁷ Como veremos, en la UTIG impera un «régimen de autorización» (Pérez, 2010), en el que una figura experta (psiquiatra o psicólogo clínico) determina la idoneidad del paciente (mediante diagnóstico) para acceder al proceso hormono-quirúrgico.

La observación participante (o participación observante)

A lo largo de esta investigación se han tenido que modificar los escenarios para la observación previstos inicialmente. Se había establecido que el escenario principal para realizar la observación fueran las consultas médicas (de psiquiatría, endocrinología, cirugía plástica, etc.) llevadas a cabo en la UTIG del Hospital Clínic. No obstante, esto no fue posible. Mi informante en la UTIG me advirtió que el hospital tan solo aceptaba como observantes a estudiantes y profesionales de medicina, psiquiatría o psicología, por lo que tuve que modificar mi plan inicial. Decidí entonces solicitar mi asistencia a las terapias de grupo que organiza la UTIG una vez al mes. En dichas reuniones, que siempre están supervisadas por un profesional de la salud mental, asisten las personas usuarias, pudiendo estar acompañadas por sus parejas, familiares y amigos. El funcionamiento de las sesiones es muy similar al de cualquier grupo de ayuda mutua: se realiza una ronda de presentaciones en la que cada asistente puede explicar su situación, exponer dudas y/o proponer un tema a debatir. Tras algunas respuestas evasivas, logré asistir finalmente a cuatro sesiones. Sin embargo, todas las personas asistentes han de firmar un documento de confidencialidad al inicio de cada sesión, con el que nos comprometíamos a no revelar nada de lo ocurrido o hablado. Por tanto, no he podido utilizar de forma explícita la información extraída de estas sesiones, aunque mi esfuerzo no ha sido del todo estéril: he podido mejorar mi conocimiento acerca del funcionamiento de una UTIG, corroborar algunas de las hipótesis con las que trabajaba y contactar de forma directa con las personas usuarias.

También tenía previsto realizar la observación participante en el *Col·lectiu de Transsexuals de Catalunya* (CTC), una de las organizaciones más veteranas de nuestro país dedicadas a la defensa de los derechos de las personas trans, con sede en Barcelona. Ya había mantenido contactos con esta asociación durante mi estancia en París, y en una de mis visitas a Barcelona pude presenciar una de sus reuniones, por lo que parecía que no tendría dificultades para lograr mi propósito. Pero, en este caso, el problema fue que la actividad de la asociación ha caído en picado durante estos últimos años y casi nadie asiste a las reuniones semanales que se organizan en una sala cedida por un centro cívico. De las cinco veces que fui, en tres de ellas estuve solo con su presidenta, en una apareció una de los miembros más veteranos de la asociación y en la restante se presentó una mujer trans de avanzada edad preguntando por la posibilidad de recibir una indemnización por ser víctima del franquismo. Aún así, la falta de público me permitió hablar detenidamente con la presidenta, lo que siempre es de agradecer a causa de su discurso claro e incisivo.

Tras estas experiencias fallidas, exploré la posibilidad de realizar la observación en otras asociaciones, pero diversos factores me hicieron finalmente desistir. Algunas de estas organizaciones, como el CTC, han perdido parte de su militancia y se reúnen con poca

regularidad, lo que dificulta una estancia de campo continuada. Ello puede ser debido a que parte de las prestaciones que antes brindaban las asociaciones (acogida, asistencia, asesoramiento) han sido actualmente monopolizadas por la UTIG, o incluso por internet (en todo lo relativo a la información). Asimismo, también se pudo detectar la existencia de cierta “fatiga investigadora” en los colectivos, es decir, en palabras de una mujer trans: la sensación de «ser carne de estudio sociológico». Y es que si bien el interés por el estudio del universo trans es bastante reciente en nuestro país, en los últimos años ha experimentado un auge considerable. No hay tantos colectivos ni caras visibles en el activismo, por lo que las peticiones para realizar la observación y las entrevistas siempre van dirigidas a las mismas asociaciones y personas. A modo de ejemplo, decir que realicé algunas tentativas para asistir al *Espai Obert Trans/Intersex*, un espacio de encuentro que pretende erigirse en una alternativa a las sesiones de grupo organizadas por la UTIG. La respuesta que obtuve fue que ya habían permitido la asistencia continuada de algunos investigadores sociales y que la experiencia no había sido del todo positiva. Algunas personas trans habían quedado decepcionadas porque llegaban a tener confianza y afecto hacia el investigador y, una vez finalizado el trabajo de campo, éste desaparecía y no volvía a saberse nada más de él.

Pese a todos estos inconvenientes, lo cierto es que a medida que iba avanzando en la comprensión del mapa organizativo catalán y contactando con personas relevantes tuve la oportunidad de participar activamente en algunos programas de asistencia y eventos destacados (congresos, jornadas, seminarios, etc.). Fueron estas participaciones (que ya tenían una importancia en sí mismas) las que me brindaron la oportunidad de efectuar observaciones relevantes de un determinado contexto. Por ejemplo, participé en el curso de formación de agentes de salud dirigido a mujeres trans y organizado por *Metges del Món*. El objetivo general de este curso es mejorar las condiciones sociales y sanitarias de las mujeres trans que ejercen la prostitución. Para ello, se trabajan aspectos como los recursos sanitarios y sociales, la situación socio-jurídica de la transexualidad en España y otros aspectos relacionados con la prevención y la promoción de la salud, tales como las enfermedades de transmisión sexual, las drogas o la salud mental.

En el marco de la investigación para el Instituto de la Mujer pude participar en las reuniones de preparación (y posteriormente, en las mesas redondas) del congreso catalán de la *Associació de Mares i Pares de Gays, Lesbianes, Bisexuals i Transsexuals* (AMPGIL), celebrado en 2012 en Barcelona. También formé parte de una mesa durante la *Jornada de debate sobre polítiques trans* organizada, en 2011, por el grupo *Cultura Trans*. Y, como miembro de la *Línia de Recerca i Acció en Cossos, Gèneres i Sexualitats* (LIRACGS), organicé y participé en las jornadas *Crítica a la raó sexològica* (2011) y en el seminario *Cos, gènere i feminització trans* (2013). La participación en estos eventos no solo me permitió profundizar en mi aprendizaje, sino también observar múltiples debates con los que pude ir analizando

las distintas perspectivas y puntos de vista existentes en relación a los temas investigados. Algunos de estos debates tuvieron un marcado carácter emocional, lo que implica un cierto valor añadido de cara a aprehender la subjetividad de quien participa en los mismos.

La observación en la red

Internet constituye un inmenso campo de observaciones con las que obtener una visión pormenorizada de las necesidades y expectativas de las personas trans. En el mismo momento en que estas personas empiezan a experimentar un rechazo del género asignado, pueden conectarse a la red y obtener toda clase de materiales e informaciones al respecto. Para un observador el exceso de datos constituye un problema, por lo que está obligado a cerrar el foco y seleccionar qué espacios virtuales van a ser objeto de análisis. En esta investigación se ha decidido observar uno de los principales foros de discusión en lengua española, el *Diario Digital Transexual*, donde podemos encontrar muchas aportaciones realizadas por las propias personas trans –y también profesionales– sobre sus vivencias y conocimientos. Son especialmente importantes los debates generados en torno a la cuestión identitaria, los tratamientos hormonales y las cirugías, y los derechos sociales.

El anonimato que permite internet es algo a valorar por el investigador porque facilita el que se expresen experiencias y opiniones que a menudo no se revelan (o se manifiestan de otro modo) ante allegados y expertos. Se podrá objetar que este mismo anonimato hace que las afirmaciones sean difícilmente contrastables, por lo que han de ser tratadas con cierta distancia epistemológica. No obstante, ya dijimos al principio que cuando abordamos los relatos sexogénricos no debemos ceñirnos a la veracidad o falsedad de los mismos. Ya se trate de una historia fidedigna o de una simple ficción, estos relatos «tienen un efecto de verdad tanto sobre quienes los elaboran como sobre quienes los leen o los escuchan» (Giarni, 2000: 7). En su vertiente performativa, todos estos relatos contribuyen a la configuración de nuestro universo sexogénrico, por lo que han de ser tenidos en cuenta.

Los grupos de discusión

La principal característica de esta técnica de investigación cualitativa es que facilita la producción de discursos colectivos, hecho que contrasta con la singularidad discursiva de la entrevista en profundidad. Realizado en un entorno propicio para la discusión grupal, esta técnica permite que los discursos individuales se entrecrucen, se contrasten y se retroalimenten, generando un espacio dialógico del que poder extraer unos datos que no pueden ser obtenidos mediante la entrevista individual. Al igual que las entrevistas en profundidad, los grupos de discusión implican un contexto artificial de debate, puesto que se realizan mediante cita previa, son

grabados en audio o en vídeo y a menudo están guiados por listados temáticos.

Como ya se ha comentado, fue gracias a mi participación en la investigación sobre las *Representaciones y prácticas en el proceso de feminización de mujeres transsexuales* que tuve la oportunidad de realizar un grupo de discusión en el que participaron 7 mujeres trans. La elección de las participantes no fue casual, sino que obedeció a la voluntad de contrastar la diversidad de relatos y experiencias trans. Se pretendía que interactuasen personas con opiniones distintas (y a veces encontradas) sobre el proceso de feminización corporal y la construcción identitaria. Eran opiniones y experiencias que ya habían salido a la luz durante las entrevistas en profundidad (pues todas las mujeres habían sido entrevistadas con anterioridad), y que se consideró interesante que pudieran entrecruzarse. Por todo ello, participaron en el grupo de discusión: dos mujeres que se están hormonando y se han sometido a las cirugías de reasignación genital; una mujer que, si bien se ha hormonado y sometido a varias cirugías de feminización, no quiere operarse los genitales porque los usa activamente durante las relaciones sexuales; una mujer que se hormona desde hace tiempo y está en lista de espera para la cirugía de reasignación genital en la UTIG; otra que recién acaba de iniciar la toma de hormonas y mantiene por ello una apariencia masculina; y finalmente, otra mujer trans que rechaza cualquier intervención hormono-quirúrgica y tan solo recurre a la vestimenta femenina y a los cosméticos.

La elección del lugar para la realización del grupo de discusión es importante, ya que resulta fundamental crear un clima que favorezca el diálogo. Por este motivo, debo agradecer al *Grup d'Amics Gais, Lesbianes, Transsexuals i Bisexuals* de Barcelona la cesión desinteresada de una sala de su local para esta actividad, que pudo así desarrollarse con total respeto a la intimidad de las participantes. Para la realización del grupo de discusión, fueron necesarios dos investigadores: yo mismo fui el encargado de conducir los debates, mientras que una compañera se ocupó de realizar anotaciones relevantes respecto al comportamiento de los actores y las dinámicas establecidas. Se había elaborado previamente una guía con los aspectos a tratar y el tiempo dedicado a cada tema, aunque posteriormente se flexibilizó la estructura prevista. Las discusiones fueron registradas con una grabadora de voz para su posterior transcripción y análisis.

PRIMERA PARTE

Hacia una genealogía de la transexualidad

INTRODUCCIÓN

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

(Boaventura de Sousa Santos, 2003)

«La transexualidad no es un fenómeno actual, existe desde muy antiguo y en diferentes culturas. El fenómeno de la disforia de género ha existido a lo largo de toda la historia registrada» (Díaz Morfa, 2007: 83). Palabras similares a éstas las podemos encontrar en numerosas guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento de la transexualidad. Y es que, para el estamento médico, la transexualidad es un fenómeno transhistórico que ha permanecido oculto o ha sido conceptualizado indebidamente a lo largo de la historia porque las sociedades premodernas no disponían del armazón científico-técnico adecuado. Desde este punto de vista, se admite que la transexualidad ha adoptado formas diferentes –en cuanto a su denominación, significado y tratamiento– en función de las características de cada sociedad. Pero tras esta diversidad de formas de expresión, se oculta una esencia inmutable.

Sostener la universalidad de la transexualidad –y de otros fenómenos actualmente estigmatizados– puede servir como un mecanismo estratégico para combatir la exclusión y el rechazo social, así como para reivindicar derechos apoyándose en una identidad esencial. Resulta más difícil culpabilizar a las personas transexuales si su condición es inherente a la especie humana. Y la constatación histórica de que han existido otros pueblos que han respetado y hasta ensalzando la transexualidad, supone un toque de atención para unas sociedades occidentales orgullosas de ser la cuna de los derechos humanos. Por todo ello, no es de extrañar que muchas personas transexuales compartan esta visión universalista y esencializada, que está además avalada por numerosos estudios científicos que pretenden probar el origen congénito del fenómeno.

En vez de dar por sentado que ha sido el progresivo perfeccionamiento del saber biomédico lo que ha permitido descubrir la transexualidad, a lo largo de estas páginas mostraremos que es un concepto genuinamente contemporáneo que tiene que ser contextualizado. El transexual no es una constante antropológica descubierta por la ciencia.

Es más bien un fenómeno históricamente determinado que ha cobrado significado a través de los discursos y las prácticas de unos saberes dentro del paradigma de la modernidad occidental. Por consiguiente, en vez de rastrear a lo largo del tiempo y de las culturas esa supuesta esencia transexual, de buscar la transexualidad en sociedades que no han conocido la nosología biomédica ni las cirugías de reasignación sexual, trataremos de determinar los principales factores que posibilitaron la formación de la transexualidad como categoría científica y del transexual como un nuevo tipo de subjetividad.

En relación a esto último, el «nominalismo dinámico» de Ian Hacking (1986) constituye una poderosa herramienta epistemológica para entender que existen determinados tipos de personas que surgen al mismo tiempo que las categorías que las etiquetan. Siguiendo el camino marcado por Foucault, para Hacking los «tipos humanos» no son hechos universales, sino el producto de categorizaciones determinadas culturalmente¹. Hacking pretende hacer frente a las críticas –a veces injustas y poco fundadas– vertidas sobre el construccionismo social, acusado de concebir las categorías humanas como simples ficciones surgidas de la nada y de ignorar los efectos “reales” que dichas categorías tienen sobre personas concretas. Por el contrario, Hacking opina que la creación de una nueva clasificación tiene efectos sobre los individuos clasificados, que han de posicionarse ante los atributos vinculados a la categoría que los define. Dicho de otro modo, la creación de una nueva clase o categoría abre nuevas posibilidades de ser y de existir, abre un nuevo espacio para que ciertas personas se autocomprendan y actúen en consecuencia. Así pues, se puede decir que el homosexual o el transexual, en tanto que tipos humanos, son el resultado de esa empresa científica, emprendida en el siglo XIX, que tiene por objeto controlar las anomalías sexuales mediante su conocimiento, clasificación y reparación:

El nominalismo dinámico no defiende que había un tipo de persona que empezó a ser reconocida progresivamente por los burócratas o los estudiosos de la naturaleza humana, sino más bien que un tipo de persona surgió al mismo tiempo que el tipo mismo era inventado. En algunos casos, nuestras clasificaciones y nuestras clases conspiran para emerger de forma conjunta, incitándose mutuamente (Hacking, 1986:165).

Esa «incitación mutua» significa que las clasificaciones interactúan con los individuos clasificados (lo que Hacking denomina «efecto bucle»)². La gente etiquetada como «homosexual» o «transexual» no acepta pasivamente el etiquetaje, sino que se apropia

1 Hacking también reconoce su deuda con Mary McIntosh, quien en un artículo de 1968 sugiere que la realidad social está condicionada –o incluso es creada– por las etiquetas que aplicamos sobre las personas y sus acciones.

2 Hacking (1986, 1995 y 2002) distingue entre «tipos humanos» y «tipos naturales». Mientras que los primeros interactúan con las clasificaciones, los «tipos naturales» son indiferentes a las formas de clasificación. En su opinión, los fenómenos naturales no dependen de nuestras categorizaciones.

de la categoría y la resignifica. Como tendremos ocasión de observar reiteradamente, la transexualidad constituye un buen ejemplo de ello: las personas categorizadas como «transexuales» han logrado que la voluntad de someterse a la cirugía de reasignación genital deje de ser considerada como el principal rasgo definitorio del fenómeno, reivindican su derecho a (re)construir sus cuerpos lejos de la mirada médica (han creado para ello un término autorreferencial: «transgénero») y luchan por la despatologización de su condición. Por tanto, el proceso de conformación de los tipos humanos es dinámico y dialéctico: la comunidad de expertos crea una realidad que otros hacen suya pero, a su vez, la gente etiquetada (re)crea, con sus comportamientos y conocimientos, una realidad que los expertos deben considerar. Y la cosa se complica aún más si tenemos en cuenta que esta dinámica tiene lugar en un contexto determinado por unos saberes –especializados y populares– y unas relaciones de poder específicas.

Si el sujeto transexual –u homosexual– debe sus condiciones de posibilidad a la taxonomización de las desviaciones sexogénicas, esta estrategia científica de control y clasificación se ha podido desarrollar gracias a la racionalidad sexológica (o quizá «sexológica») que ha colonizado el imaginario de nuestras sociedades, dominando tanto el saber científico como el sentido común. Según Vázquez García y Moreno Mengíbar (1997), dicha racionalidad ha producido una serie de supuestos difícilmente cuestionables a causa de su pretendida universalidad. En primer lugar, se supone que la sexualidad funciona como criterio de individuación, esto es, permite determinar la identidad de los sujetos. Uno se define y es definido por otros en función del género asignado y de sus preferencias sexuales, los cuales, funcionando como mecanismos privilegiados de inteligibilidad, parecen explicar todas las facetas vitales del individuo (aficiones, sentimientos, comportamientos, vestimenta, etc.). En segundo lugar, la sexualidad se concibe como verdad profunda de cada uno, como verdad esencial y constitutiva que rige nuestra forma de pensar y de actuar más allá de nuestras representaciones conscientes. En este sentido, Freud nos mostró que por debajo de las conductas y de los enunciados más triviales podemos desentrañar la verdad latente de la sexualidad. En tercer lugar, se considera que el modo de escrutar esa verdad ha de adoptar la forma de un conocimiento al que se le concede el estatuto de ciencia. Finalmente, dicho conocimiento científico está legitimado para definir el comportamiento sexual normal, por oposición a todo un conjunto de sexualidades patológicas que han de ser debidamente clasificadas para facilitar un proceso diagnóstico y terapéutico. Esta racionalidad sexológica es una contingencia histórica que fue gestándose en Occidente a partir del siglo XVIII, llegando a su eclosión durante la segunda mitad del siglo XIX con la aparición de las perversiones sexuales y de muchos de los vocablos que hoy conforman nuestra terminología sexual.

Si bien es cierto, tal y como nos muestra Foucault, que nuestros antepasados ya se habían planteado muchos de los temas sobre los que se interroga actualmente nuestra moral sexogenérica (como el deseo hacia personas del mismo sexo, las relaciones sexuales no procreadoras o la transgresión de los roles de género), debemos ser precavidos al aplicar nuestras categorías interpretativas sobre esas sociedades pretéritas, porque nuestra idea de «sexualidad» como noción que agrupa fenómenos diversos (comportamientos, sensaciones, deseos, imágenes, instintos, pasiones) contempla una realidad de otro tipo. Al abordar nuestro pasado debemos dotarnos de una «mirada etnológica», pues «hacer historia del pensamiento no puede ser nunca una forma satisfecha de complicidad con los modos presentes de pensamiento, y convertirse así en mera legitimación de la razón (moderna)» (Morey, 1989: 10-11).

Teniendo en cuenta este posicionamiento epistemológico de evitación de toda forma de etnocentrismo histórico y cultural, analizaremos a continuación los factores que han posibilitado la actual patologización y medicalización del transgénero en las sociedades occidentales. Asimismo, trataremos de desuniversalizar nuestra racionalidad sexológica abordando otros universos de significación en los que adquieren sentido manifestaciones de variancia de género que trascienden nuestra visión genitalizada, bipolar y heteronormativa del género. El hecho de acercarnos al imaginario sexogenérico de otras sociedades resultará un ejercicio enriquecedor en la medida en que nos permitirá alumbrar otros sistemas morales y otras formas de entenderse y ocuparse de uno mismo y de los demás, los cuales, por cierto, están tan históricamente determinados como los nuestros.

CAPÍTULO 1

El Mundo Clásico: del dominio del deseo a la abstinencia sexual

Foucault se vio obligado a modificar su proyecto inicial de una historia de la sexualidad al cerciorarse de que su habitual corte genealógico, efectuado en los albores de la Modernidad (y que le había permitido estudiar el entrelazamiento entre las prácticas discursivas y los tipos de normatividad), le impedía analizar las «formas de subjetividad sexual», a saber, las formas a través de las cuales nos reconocemos como sujetos de una sexualidad³. Si bien consideraba que la experiencia de la sexualidad era un fenómeno genuinamente moderno, admitió que la noción de «deseo» o de «sujeto deseante» ya estaba presente tanto en la tradición grecorromana como en la cristiana⁴, por lo que decidió reconfigurar su estrategia metodológica y, por vez primera, iniciar su análisis por la Antigüedad:

Para comprender cómo el individuo moderno puede hacer la experiencia de sí mismo, como sujeto de una “sexualidad”, era indispensable despejar antes la forma en que, a través de los siglos, el hombre occidental se vio llevado a reconocerse como sujeto de deseo (Foucault, 2003a [1984]: 9).

En su segundo volumen de la *Historia de la Sexualidad*, subtitulada *El uso de los placeres* (2003a [1984]), Foucault nos muestra que en las culturas griega y grecorromana las reflexiones morales están orientadas hacia lo que denomina «las artes de la existencia», un conjunto de técnicas con las que los hombres –que no mujeres ni esclavos– se fijan unas reglas de conducta y establecen unos principios estéticos para lograr una transformación de sí mismos en pos de un mayor virtuosismo. Si bien existen discursos que defienden la regulación o la austeridad (en lo relativo a la práctica sexual pero también a la alimentación o

3 Según nos cuenta Didier Eribon en su biografía titulada *Michel Foucault* (2004) [1989], transcurrieron ocho años y se vertieron un sinfín de especulaciones desde que Foucault publicara *La voluntad de saber* (que tenía que ser el preludio de cinco estudios) y los dos volúmenes titulados *El uso de los placeres* y *La inquietud de sí*.

4 Vázquez García y Cleminson (2010:7) advierten de los peligros de utilizar una concepción naturalizada del deseo: «El deseo, podríamos decir, cambia en su expresión, en su ser mismo, según las circunstancias históricas en las que tiene lugar. No significa siempre lo mismo, y por tanto difícilmente se lo puede considerar “transhistórico”».

al ejercicio), éstos proponen más que imponen, por lo que las conductas sexuales raramente se encuentran codificadas en leyes que prescriben, para todo un pueblo, lo permitido y lo prohibido. Como apunta Rousselle (1989), la actividad sexual está principalmente limitada por la libertad de la pareja (la violación es reprimida por ley) y por los derechos del hombre sobre la mujer (no se pueden mantener relaciones con una mujer casada). Por su parte, médicos y filósofos no acostumbran a condenar los contactos sexuales, sino solo el exceso.

Y es que en la cultura griega del siglo IV a.C. no se toman precauciones para evitar que el deseo se introduzca en el alma o para desalojar de ella sus rasgos secretos, tal y como sucederá a partir de la espiritualidad cristiana. Desconociendo nuestro concepto de «sexualidad», los griegos utilizan un adjetivo sustantivado, *ta aphrodisia*, que podríamos traducir como «cosas o placeres del amor», «relaciones sexuales», «actos de la carne» o «voluptuosidades». Ante estos deseos y actos que buscan ciertas formas de placer, la cuestión ética a plantear no es: ¿qué deseos o actos están permitidos?; sino: ¿con qué fuerza nos dejamos llevar por los placeres y los deseos? La actividad sexual es vista como algo natural y necesario, aunque por su potencia desestabilizadora, que puede llevar a un hombre de elevado estatus a ser siervo de sus pasiones, requiere el establecimiento de unos límites: «Ser libre en relación con los placeres no es estar a su servicio, no es ser su esclavo. Mucho más que la mancha, el peligro que traen consigo los placeres es la servidumbre» (Foucault 2003a [1984]: 77).

Prudencia, reflexión y cálculo. Se trata de determinar el momento oportuno para las *aphrodisia*, considerar su justa medida y actuar en consecuencia. Para ello, es necesario un entrenamiento, una *askêsis*, cuyas distintas técnicas (meditación, examen de conciencia, control de las representaciones) permiten al versado gobernarse a sí mismo. Estas proposiciones de austeridad no van dirigidas a aquellos con un estatus subalterno. Sería más exacto decir que constituyen una moral, una estética de la existencia, para aquellos a quienes el deber de dirigir a los demás les exige ante todo un control absoluto de sí mismos.

A lo largo de los dos primeros siglos de la era cristiana se van perfilando algunos cambios respecto a las doctrinas de austeridad características de las filosofías del siglo IV a.C. Foucault explica en *La inquietud de sí* (2003b [1984]) que no se trata de una ruptura con el pasado, sino más bien de ciertas inflexiones (como una mayor preocupación ante las consecuencias del acto sexual, un incremento de la austeridad respecto a los placeres, un aumento de la importancia concedida al matrimonio y cierta desidealización del amor hacia los muchachos). No surgen nuevas prohibiciones sobre los comportamientos sexuales, pero se intensifica la vigilancia sobre uno mismo. Es lo que el pensador francés denomina «cultivo (o inquietud) de sí».

Este precepto de la «inquietud de sí» que circula entre diferentes doctrinas de los siglos I y II d.C. no es un concepto abstracto, sino una exhortación a la acción que multiplica

los ejercicios y técnicas para el cuidado de uno mismo. Se tiene que buscar tiempo para el recogimiento, para el examen de las tareas realizadas –y a realizar– y para la memorización de ciertos principios éticos, a la vez que aumentar la vigilancia sobre los cuidados del cuerpo, los regímenes y los ejercicios físicos. La introspección y la autovigilancia pueden desarrollarse con ejercicios orales y escritos, como mantener conversaciones con un amigo o un guía espiritual o redactar cartas en las que describir el estado del alma⁵. El conocimiento de uno mismo es un precepto cada vez más importante (llegará a ocupar un lugar central para el hombre moderno), pues se considera que para poder ocuparse de uno mismo resulta fundamental conocer detalladamente todos los movimientos del cuerpo y del alma:

La tarea de ponerse a prueba, de examinarse, de controlarse en una serie de ejercicios bien definidos coloca la cuestión de la verdad –de la verdad de lo que uno es, de lo que uno hace y de lo que uno es capaz de hacer– en el centro de la constitución del sujeto moral (Foucault 2003b [1984]: 67).

Observación más intensa de uno mismo que está relacionada con una mayor atención a la práctica sexual y a sus efectos sobre el organismo. Se pone cada vez más el acento en la fragilidad del individuo y en la necesidad de ser precavido ante un acto que es violento y agotador, ya que pone en juego al cuerpo entero. Ambigüedad en relación al placer sexual: por un lado, resulta positivo porque garantiza la perduración de la especie; por el otro, es nocivo y peligroso por las fuerzas excesivas que activa, pudiendo provocar enfermedades si se ignoran los factores a él asociados, a saber, el temperamento de la persona, la alimentación, el clima o la cantidad e intensidad de las relaciones. El acto sexual no es un mal en sí mismo pero la inobservancia puede generar numerosos males corporales y espirituales.

Esta mayor preocupación por el organismo refuerza el papel de una medicina que no solo actúa en casos de enfermedad: debe también, «bajo la forma de un corpus de saber y de reglas, definir una manera de vivir, un modo de relación meditada con uno mismo, con el propio cuerpo, con los alimentos, con la vigilia y el sueño, con las diferentes actividades y con el medio ambiente» (Ibídem.: 94-95). A partir del siglo II d.C. proliferan los tratados de medicina normativa dirigidos a hombres de elevado rango social, en donde se establecen reglas de vida –como los regímenes sexuales y alimenticios– que, de no cumplirse, pueden conllevar el deterioro físico de la persona⁶. Algunos médicos, como Galeno, si bien recelan

5 En *Las Tecnologías del yo* (1988) y en *La inquietud de sí* (2003b [1984]) Foucault describe algunas de estas técnicas del «cuidado de sí» tan presentes entre los estoicos.

6 Foucault nos advierte que hay que ser precavidos a la hora de valorar la importancia relativa de la vigilancia sexual en la medicina griega y romana, puesto que ambas dedican mucha más atención a la dietética de la alimentación que a la del sexo. Si bien en el monaquismo tardío todavía predomina la preocupación por el régimen alimenticio y el ayuno, es en esta época cuando las fuerzas entre ambas preocupaciones comienzan

de la abstinencia total, abogan por un uso moderado de las relaciones sexuales, pues consideran que con el coito se pierde el aliento vital (la característica más evidente de la vida). Otros, como Sorano, van más allá al defender que los hombres castos son más grandes y fuertes que los no continentes, y ven con buenos ojos la virginidad para hombres y mujeres. Todos ellos prescriben un régimen alimenticio para atenuar la nocividad de la relación sexual o para mejorar la calidad del espermatozoide si lo que se pretende es procrear (Rousselle, 1989).

Estamos en un periodo en el que algunos médicos se inquietan ante los efectos negativos del acto sexual y hasta recomiendan la abstinencia, algunos filósofos condenan las relaciones extramatrimoniales y prescriben la fidelidad conyugal y se alzan voces que descalifican el amor hacia los muchachos. Tendencias todas ellas que evidencian ciertos cambios con la moral del siglo IV a.C. y que parecen prefigurar la posterior ascesis cristiana, aunque entre ésta y la moral de los primeros tiempos del Imperio siguen existiendo diferencias significativas:

La actividad sexual en él (periodo de los siglos I y II d.C.) se emparenta con el mal por su forma y sus efectos, pero no es en sí misma y sustancialmente un mal. Encuentra su cumplimiento natural y racional en el matrimonio pero éste no es, salvo excepción, la condición formal e indispensable para que deje de ser un mal. Encuentra difícilmente su lugar en el amor por los muchachos, pero éste no queda condenado por ello al concepto de lo contra natura (Foucault, 2003b [1984]: 220).

Si nos atenemos al análisis realizado por Boswell (1998 [1980]), parece que las voces a favor de una mayor austeridad sexual se ven reforzadas por la creciente ruralización que afecta a los núcleos de cultura urbana del Imperio a partir del siglo II. Con la progresiva desaparición de una élite urbana marcadamente tolerante en relación a las prácticas sexuales (causada por los desórdenes sociales, la inestabilidad política y el descenso de la tasa de natalidad) y a medida que los niveles superiores del gobierno son ocupados por hombres provenientes de las provincias romanas, va disminuyendo la tolerancia hacia el placer sexual, a la vez que se produce una categorización más rígida de las conductas sexuales ilegítimas. Esta tendencia se acentúa a partir del siglo IV con el aumento del control gubernamental sobre aspectos antes considerados privados o de incumbencia personal.

Durante los últimos tiempos del Imperio todas las tradiciones filosóficas occidentales aumentan su desconfianza ante el placer sexual. No obstante, no debemos pensar que fue la tradición cristiana la que inauguró el recelo ante el placer, la intolerancia ante las relaciones

a equilibrarse. Para el francés, «será un momento importante para la historia de la ética en las sociedades europeas el día en que la inquietud del sexo y de su régimen prevalezca de manera significativa sobre el rigor de las prescripciones alimenticias» (Foucault, 2003b [1984]: 134).

sexuales no procreadoras o el enaltecimiento de la abstinencia, pues dichos principios ya estaban bien anclados en la moral pagana ascética y antierótica. Es más, Boswell nos muestra que incluso existió una tradición cristiana con una actitud positiva y tolerante respecto al amor y al erotismo, en la que destacaron pensadores como Ausonio, Sidonio Apolinar o Juan de Damasceno.

Por su parte, Rousselle (1989) sugiere que el nacimiento del ascetismo monástico cristiano en el Egipto del siglo IV da un gran impulso a la defensa de la abstinencia sexual en Occidente. Decididos a conservar la virginidad, los primeros monjes recurren al ayuno, al régimen y a la mortificación corporal para combatir el deseo sexual. Para la aristocracia romana esta vida ascética resulta sugerente porque les enseña a liberarse de las pasiones, por lo que a parte de consultar a los médicos sobre los medios para disminuir la actividad sexual, algunos de ellos deciden viajar a Oriente para conocer el modo de vida de los monjes cristianos. Son los testimonios de estos viajeros, junto con la proliferación de las traducciones al latín de escritos que narran la vida y obra de los monjes egipcios, lo que contribuye a la popularización de la abstinencia entre las clases más altas del Bajo Imperio.

Paralelamente al ensalzamiento de la castidad como ideal, la moral cristiana desarrollará una estricta codificación de las conductas sexuales y perfeccionará las técnicas del examen de sí⁷. Foucault (1988) sostiene que es con el cristianismo cuando aparece una «hermenéutica de sí» en sentido estricto, una hermenéutica del deseo basada en la exigencia de descubrir y decir la verdad acerca de uno mismo. Hay que descifrar los pensamientos ocultos (las denominadas «insinuaciones de la carne») con el objetivo de renunciar a uno mismo y no alejarse del camino marcado por Dios. En tanto que relación confesional, en el cristianismo:

Cada persona tiene el deber de saber quién es, esto es, de intentar saber qué es lo que está pasando dentro de sí, de admitir las faltas, reconocer las tentaciones, localizar los deseos, y cada cual está obligado a revelar estas cosas o bien ante Dios, o bien a la comunidad, y, por lo tanto, de admitir el testimonio público o privado sobre sí (Foucault, 1988: 81).

El cristianismo primitivo desarrolla sus propios mecanismos para el examen de uno mismo (se ha de tener en cuenta que el sacramento de la confesión será un procedimiento más bien tardío cuya extensión a la comunidad laica no se producirá hasta la Contrarreforma). La primera forma de expiación cristiana será la *hexomolougesis*, que ya se

7 Para Foucault (1988) existen tres tipos principales de examen de sí: el cartesiano, que es un examen de sí referido a los pensamientos en correspondencia con la realidad; el senequista, referido a la manera en que nuestros pensamientos se relacionan con reglas; y el cristiano, referido a la relación entre el pensamiento oculto y una impureza interior.

encuentra formulada en algunos textos del siglo II. Con ella, el sujeto pecador se convierte en penitente, no mediante la confesión de los pecados, sino exhibiendo públicamente un modo de vida basado en la austeridad: utiliza ropas andrajosas, practica el ayuno y la mortificación corporal y renuncia a las relaciones sexuales. A parte de esta práctica, es de destacar el desarrollo durante el siglo IV de una técnica exclusivamente monástica, la *exagouresis*, pues siglos más tarde encontraremos sus huellas en la configuración de la confesión sacramental⁸. La *exagouresis* supone una evolución del examen de conciencia estoico: si este último consiste en un repaso exhaustivo de lo hecho a lo largo del día, estimando los errores cometidos en base a un conjunto de reglas de conducta, la *exagouresis* no pone tanto el acento en la evaluación de lo hecho como en el desciframiento de lo pensado. Lo que el monje tiene que revelar son los actos llevados a cabo, pero también, y sobre todo, sus pensamientos aparentemente inescrutables, cuyo sentido es interpretado por el director espiritual con el fin de discernir entre las ideas falsas que confunden al alma y los pensamientos puros que acercan a Dios.

Con la consolidación del ascetismo cristiano se produce un cambio en las técnicas dirigidas hacia uno mismo: de una estética de la existencia, basada en la libertad del espíritu adquirida por el dominio del cuerpo, se pasa a una hermenéutica del deseo, en la que la purificación del alma depende de la verbalización y el desciframiento de todos los movimientos del pensamiento:

En la moral cristiana del comportamiento sexual, la sustancia ética será definida no por las *aphrodisia*, sino por un dominio de los deseos que se ocultan en los arcanos del corazón, y por un conjunto de actos cuidadosamente definidos en su forma y sus condiciones; la sujeción tomará la forma no de una habilidad sino de un reconocimiento de la ley y de una obediencia a la autoridad pastoral; no se trata pues del dominio perfecto de uno sobre uno mismo en el ejercicio de una actividad de tipo viril que caracterizará al sujeto moral, sino más bien de la renuncia de uno mismo, y una pureza cuyo modelo es preciso buscarlo del lado de la virginidad (Foucault, 2003a [1984]: 90).

8 Según Vázquez García y Moreno Mengíbar (1997), el ascenso de la *exagouresis* como técnica de confesión dominante se producirá siglos más tarde. Durante bastante tiempo, en la esfera de la vida monástica predomina la «penitencia disciplinaria», con la que el monje expone, no sus pensamientos, sino los actos cometidos que transgreden las normas monásticas.

1.1. El paradigma del sexo único

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

Con todo, Laqueur (1994) se pregunta si nuestra concepción del sexo es una consecuencia natural y necesaria de las diferencias corporales. Es por ello que inicia un análisis histórico del cuerpo y sus significaciones que le llevará a cuestionarse la perennidad y evidencia de la noción del «dimorfismo sexual»:

La noción, tan poderosa desde el siglo XVIII, de que debía haber algo exterior, interior o que comprendiera todo el cuerpo, que definiera al macho como opuesto a la hembra y que diera fundamento a la atracción de los opuestos, está por completo ausente de la medicina clásica o renacentista. En términos de la tradición milenaria de la medicina occidental, que los genitales se convirtieran en signos de la oposición sexual es cosa de la semana pasada. En efecto, casi todas las pruebas sugieren que la relación de un órgano como signo y el cuerpo que, como si dijéramos, le da crédito, es arbitraria, como también la relación entre signos (Laqueur, 1994: 52).

En la Antigüedad grecolatina predomina lo que Laqueur llama el «modelo de sexo único», en el que lo masculino y lo femenino no son el reflejo de una dicotomía anatómica y fisiológica, sino que representan los dos polos de un continuo jerarquizado que se rige por el mayor o menor calor de los cuerpos⁹. Los pensadores clásicos consideran al hombre como el ser más perfecto debido principalmente a su elevado calor corporal. En el otro extremo de la escala, si bien admiten que la mujer es necesaria para la reproducción de la especie, tienden a destacar su imperfección e incluso algunos llegan a concebirla como una anomalía: «Las hembras son más débiles y frías por naturaleza y hay que considerar el sexo

⁹ Según Sennett (2002), Diógenes de Apolonia es el primer griego en explorar, en el siglo V a.C., las diferencias de calor corporal entre mujeres y hombres. Aún así, los griegos no fueron los primeros en usar el concepto de calor corporal ni en relacionarlo con el sexo. Antes que ellos, los egipcios, y quizá incluso los sumerios, compartieron esa misma concepción.

femenino como una malformación natural» (Aristóteles, 1994: 273).

Este paradigma unisexo, con un *ethos* masculino, se fundamenta en el supuesto galénico de que hombres y mujeres comparten los mismos órganos genitales, y la diferente ubicación corporal de los mismos se explica porque la escasez de calor impide a la mujer situarlos en el exterior de su cuerpo. De este modo, la vagina es considerada un pene invertido, los labios vaginales son el equivalente del prepucio, el útero del escroto y los ovarios de los testículos¹⁰:

Imagina primero las (partes) del hombre vueltas hacia dentro y situadas en la parte anterior del recto y la vejiga. Si esto sucediera, el escroto ocuparía necesariamente la zona del útero y por fuera a uno y otro lado estarían situados los testículos, y el cuello oculto hasta ahora dentro del perineo, una vez fuera, resultaría ser el miembro viril y la piel que está en su extremo, que ahora llamamos “prepucio”, se convertirá en la vagina (Galeno, 2010: 626-627).

En esta fisiología del calor, los fluidos del cuerpo no están sexuados. El semen y la sangre menstrual, lejos de evidenciar el dimorfismo biológico, son entendidos como el producto de diferentes formas de regulación del calor corporal. En este sentido, Galeno –siguiendo la tradición hipocrática– considera que la mujer, al igual que el varón, tiene esperma, aunque éste «es menos perfecto porque sus testículos¹¹ son más pequeños y más fríos y reciben el esperma no tan rigurosamente elaborado» (Ibídem.: 638). Aristóteles (1994), por su parte, defiende que tanto el semen como la sangre son residuos alimenticios, pero discrepa de Galeno al considerar que la mujer no tiene esperma porque su falta de calor le impide generar una sustancia que es fruto de una fuerte cocción. En su lugar, el cuerpo femenino forma un residuo más abundante y menos elaborado: la sangre menstrual. Lo que unos cuantos siglos más tarde constituirá la sinécdoque de la feminidad es aquí equiparado a una hemorragia nasal, pues se entiende que toda sustancia expulsada –la sangre y el esperma, pero también el sudor o la leche materna– contribuye a conservar el equilibrio del cuerpo¹². Estamos ante una economía de los fluidos en donde lo esencial es mantener una temperatura adecuada ya que, como indica Sennett (2002), el calor del cuerpo parece regir la capacidad para ver, escuchar, actuar, reaccionar e incluso para hablar.

10 La visión clásica del cuerpo femenino como una versión menos perfecta del cuerpo masculino queda reflejada en la ausencia de una nomenclatura anatómica precisa de los genitales femeninos. Un ejemplo: durante casi dos mil años los ovarios fueron designados de la misma forma que los testículos. El propio Galeno se refiere a las gónadas femeninas con el mismo término usado para designar a los testículos (*orcheis*).

11 Esto es, sus ovarios.

12 En este sentido, se considera que la falta de menstruaciones en una mujer embarazada es debido a que la madre ha de transformar su excedente alimenticio ya no en sangre, sino en alimento para el feto.

Además, hay que tener en cuenta que en el mundo del sexo único las diferencias orgánicas importan mucho menos que las jerarquías sociales que ilustran. Y es que, contrariamente a lo que sucede actualmente, para el pensamiento clásico existe una predominancia del género sobre el sexo, pues éste es visto como una metáfora del orden social, como una evidencia más de una verdad establecida en otra parte:

Ser un hombre o una mujer significaba tener un rango social, un lugar en la sociedad, asumir un rol cultural, no *ser*¹³ orgánicamente de uno u otro de dos sexos inconmensurables. En otras palabras, con anterioridad al s.XVII, el sexo era todavía una categoría sociológica y no ontológica (Laqueur, 1994: 27-28).

Tomando prestada la terminología de Descola (2005), podríamos decir que en el Mundo Clásico predomina un «modo de identificación» (entendiendo por tal el modo en que una sociedad define las fronteras entre el propio ser y la otredad, entre humanos y no humanos) de tipo «analogista», caracterizado por un sistema de correspondencias estables que vinculan jerárquicamente a todos los elementos del mundo. Si en el eje vertical del sexo único la mujer ocupa la parte inferior al ser una versión incompleta del hombre, el ser humano, a su vez, se sitúa en la posición jerárquica más elevada de la escala que lo une al resto de los seres vivos. Fijémonos, por ejemplo, en la «Gran Cadena del Ser» de Aristóteles, según el cual todas las especies vivientes encuentran su lugar a lo largo de una *scala naturae* en función de su grado de perfección¹⁴.

1.2. En las fronteras del género: el afeminado y la virago

En las sociedades grecolatinas no existe la tendencia de clasificar a las personas en función del sexo al que se sienten eróticamente atraídos. De este modo, la oposición heterosexual-homosexual, que en nuestras sociedades constituye uno de los principales mecanismos de individuación, carece totalmente de sentido como dualismo identificativo de las personas de la Antigüedad. El hombre clásico puede recurrir a los placeres masculinos sin que se ponga en tela de juicio su virilidad, e incluso podemos leer en el discurso de Aristófanes (diálogo 192a) de *El Banquete* que el amor entre dos hombres potencia los atributos masculinos más celebrados, como el honor, la gallardía o el coraje, porque cada uno intentará parecerse a su amado y actuar ante él de forma íntegra:

13 El énfasis es del autor.

14 Para un estudio detallado de las bases filosóficas y la evolución a lo largo del pensamiento occidental de la idea de una continuidad, o gran cadena, entre todo lo existente, cf. *La gran cadena del ser* (1983) de Arthur Lovejoy.

Éstos son los mejores (los que aman a otro hombre) de entre los jóvenes y adolescentes, ya que son los más viriles por naturaleza. Algunos dicen que son unos desvergonzados, pero se equivocan. No hacen esto por desvergüenza; es su audacia, su virilidad y su hombría lo que les hace buscar incesantemente a aquel que es similar a ellos. Y una gran prueba de esto es que, llegados al término de su formación, los de tal naturaleza son los únicos que resultan valientes en los asuntos políticos (Platón, 2004: 118).

La dicotomía que sí tiene relevancia es una que está íntimamente asociada a los convencionalismos de género: aquella que vincula la masculinidad con el elemento activo y la feminidad con el pasivo. Es por ello que existe un prejuicio bastante generalizado contra la conducta sexual pasiva del ciudadano adulto pues, en palabras de Boswell (1998 [1980]), en las sociedades grecorromanas se asocia la pasividad sexual con la impotencia política. A los jóvenes, los extranjeros, las mujeres y los esclavos no se les exige ser activos porque están excluidos de las estructuras de poder, pero para un ciudadano adulto ser acusado de pasividad supone un cuestionamiento de su estatus porque su actitud es leída como una abdicación metafórica de sus responsabilidades¹⁵. En opinión de Foucault (2003a [1984]), esta pasividad no solo se refiere a la forma de amar a otro hombre y de mantener con él relaciones sexuales, sino también a una actitud intemperante respecto a los placeres. Así, se considera que la templanza y la mesura son cualidades esencialmente viriles, características de alguien que ejerce un gobierno activo sobre sí mismo y sobre los demás, mientras que el exceso es interpretado como una forma de pasividad para alguien al que se le supone el ejercicio de ciertas responsabilidades. Recordemos una vez más dónde pone su énfasis la moral clásica:

El movimiento del análisis y los procedimientos de valorización no van del acto a un campo como podría ser el de la sexualidad, o el de la carne, cuyas leyes divinas, civiles o naturales dibujarían las formas permitidas; van del sujeto como actor sexual a los otros campos de la vida donde ejerce su actividad, y es en relación entre esas diferentes formas de actividad donde se sitúan no exclusivamente, pero en lo esencial, los principios de apreciación de una conducta sexual (Foucault, 2003b [1984]: 36).

Si no es la atracción hacia otro hombre sino la pasividad en relación a los placeres lo que es considerado como una de las principales formas de inmoralidad y lo que pone en cuestión la virilidad y la reputación del hombre adulto, las relaciones entre mujeres sí que parecen, *per se*, suscitar reacciones de condena. En sociedades marcadamente androcéntricas

15 Boswell (1998 [1980]) sostiene que esta animadversión hacia la pasividad decae durante los primeros tiempos del Imperio. Y ello quizá es debido a que se sabía que algunos emperadores eran pasivos, o a que se admitía que lo fueran.

como las que constituyeron el Mundo Clásico, en las que la mujer es apartada de todo núcleo de poder, el hecho de que una mujer pueda usurpar el papel activo reservado al hombre en la relación sexual es interpretado por algunos como una transgresión del orden social. Es el caso del oniromante Artemidoro de Éfeso (véase Foucault 2003b [1984]), que en el siglo II d.C. condena el acto sexual entre mujeres por constituir una vulneración de su naturaleza pasiva. A pesar de este y otros signos de repulsión, lo cierto es que en las sociedades grecolatinas no son muchos los que se interesan por el amor entre mujeres, puesto que la inmensa mayoría de obras son escritas por hombres, se ocupan de aspectos que atañen a los hombres y van dirigidas a hombres de elevado estatus^{16 17}.

Por otra parte, los postulados de género parecen regir las concepciones clásicas sobre la fisiología del calor corporal. Aristóteles (2004) afirma que, en la reproducción humana, el macho es el poseedor del principio –activo– del movimiento y de la generación, mientras que la hembra posee el principio –pasivo– de la materia. Sostiene que cuando el hombre es capaz de realizar la coacción adecuada del espermatozoide y éste puede dominar al principio femenino de la materia, se engendrará a un varón; de lo contrario, en el caso de que el principio masculino sea dominado, se formará una hembra. Para él, los hechos corroboran su teoría: los hombres en plenitud de su edad engendran a más varones que los jóvenes y los viejos, pues en los primeros la temperatura corporal todavía no ha alcanzado el grado máximo de calor y en los segundos ya ha empezado a decaer.

En un sentido similar, Sennett (2002) nos cuenta que en la Grecia Clásica se considera que los fetos masculinos mal caldeados se convierten en hombres afeminados, mientras que los fetos femeninos que han experimentado un exceso de calor producen mujeres viragos. De este modo, se cree que aquellos hombres que tienen unos cuerpos blandos o enfriados (*malzakoi*, en griego) se comportan como mujeres, lo que significa que desean que otros hombres les sometan a un papel pasivo en la relación sexual. En la escala del sexo único, los *malzakoi* pertenecen a las zonas calóricas intermedias entre lo completamente masculino y lo completamente femenino.

Si, como hemos podido observar, las relaciones entre hombres no suscitan repulsión ni condena por sí mismas, e incluso en la cultura griega se llega a sostener que pueden intensificar los atributos viriles del amante, la pasividad y el afeminamiento en el hombre sí que son objeto de burla y rechazo social. La figura del hombre amanerado, de

16 Entre las escasas excepciones que han sobrevivido al paso de los siglos, encontramos la obra de la poetisa Safo de Lesbos o los escritos sobre un *ars amatoria* atribuidos a Filaenis de Samos.

17 Rousselle (1989) destaca que el androcentrismo grecorromano genera una escasa presencia de la mujer en los tratados médicos y filosóficos. Además, hay que tener en cuenta que los médicos de la Antigüedad no examinan directamente el cuerpo femenino, por lo que todos sus conocimientos se derivan del testimonio de las comadronas y de las propias mujeres o de la información derivada de la observación y la disección de hembras de animales.

ademanes poco vigorosos y con tendencia a la coquetería y a los aderezos es frecuentemente ridiculizada en la literatura clásica. Una figura que, como veremos, se asemeja a esa noción del invertido (en la que se hace coincidir la atracción sexual hacia otros hombres con una psique y un comportamiento femeninos) que ocupará un lugar destacado en los estudios decimonónicos de las perversiones sexuales. Veamos algunos ejemplos.

En *Las Tesmoforiantes* de Aristófanes, un pariente de Eurípides se dirige con sorna al poeta trágico Agatón por su aspecto afeminado: «Y tú mismo, rico, ¿como hombre te has criado? ¿Dónde están, pues, tu polla, tu mantón, tus sandalias laconias? ¡Ah!, como mujer, entonces. ¿Y tus tetas?». Ante esta invectiva, Agatón se justifica: «Yo porto un atuendo conforme a mi carácter. Resulta preciso a un hombre, cuando es poeta, adecuar sus maneras a las obras que escribe. Supongamos que uno compone un drama de mujeres; pues bien, su cuerpo tiene que tener parte de los hábitos de aquéllas (...) Además, resulta una ordinariez un poeta rudo y velludo». Tras lo cual, el pariente pregunta maliciosamente: «¿Entonces te abres de piernas cuando compones una Fedra?» (Aristófanes, 1987: 89). Por otra parte, en el *Fedro* de Platón, Sócrates critica a aquellos que aman a los muchachos débiles y poco viriles: «Se verá efectivamente que un hombre así persigue a cualquier muchacho delicado, y no a uno robusto; criado no a pleno sol, sino en un sol y sombra; desacostumbrado a las fatigas viriles y a los secos sudores, acostumbrado, en cambio, a un régimen de vida muelle e impropio del varón; adornado con cosméticos y colores que no son suyos a falta de los propios (...) En efecto, ante un cuerpo semejante, en el combate y demás ocasiones de gravedad, los enemigos cobran ánimos, en tanto que los amigos y los propios enamorados se aterran». (Platón, 1970: 20-21). Finalmente, en el libro III de sus *Pláticas*, Epícteto se burla de los hombres que se depilan el vello, preguntándose si ante tales sujetos uno se encuentra ante un hombre o una mujer: «Ésta (la mujer) por naturaleza es suave y delicada, y si tuviera mucho vello, monstruo fuera, y entre los monstruos en Roma se exhibiría. Pues esto mismo es en un hombre no tenerlo; y si al no tenerlo por natura resulta monstruo, ¿cuándo él mismo se los rasura y arranca, qué hacemos de él? ¿Dónde lo exhibimos y qué cartel le ponemos?» (Epícteto, 1963: 32). Seguidamente, ante esos hombres que se muestran reacios a un vello que Epícteto asocia con la virilidad, éste les sugiere en tono irónico que se transformen completamente en mujer: «Éntrale a fondo: arráncate –¿cómo diré?– la causa del vello: hazte del todo mujer, y sepamos a qué atenernos; no a medias hombre, a medias mujer. ¿A quién quieres agradar? ¿A las mujercillas? Como hombre agrádalas» (Ibíd.: 33).

1.3. El hermafrodita en las esferas cultural y social

La bisexualidad (entendiendo por tal no la atracción de una persona por los dos géneros socialmente disponibles, sino la presencia simultánea o sucesiva de los caracteres sexuales masculinos y femeninos en un mismo individuo) no es un fenómeno ignorado por las sociedades de la Antigüedad. Se podría decir que en esa época lo bisexual suscita reacciones encontradas, pues si en el mito simboliza la unidad primigenia o la máxima potencia, cuando se manifiesta en un ser humano genera terror y rechazo. Según Delcourt (1966 y 1970), tanto griegos como romanos, al igual que muchos otros pueblos, han imaginado dioses andróginos, pero su sueño del ser doble se ha desarrollado tímidamente en figuras concretas a causa de la angustia que les provoca una anatomía con caracteres sexuales ambiguos: «La androginia ocupa los dos polos de lo sagrado. Como puro concepto y pura visión de la mente, se nos muestra impregnada de los más altos valores. Actualizada en un ser de carne y hueso, es una monstruosidad sin más» (Delcourt, 1970: 66).

En la Grecia Clásica y en Roma hasta la República, el nacimiento de un niño con caracteres sexuales ambiguos es considerado un signo de la cólera divina que pone en peligro a toda la comunidad. Ante este acontecimiento prodigioso, se suele determinar la eliminación del ser monstruoso, eliminación que generalmente se efectúa mediante su abandono en las aguas del mar o del río, pues se evita matarlo por miedo a que su espíritu busque posteriormente venganza, mientras que tampoco se le entierra por temor a un posible renacimiento. Estas terribles pasiones desencadenadas ante un ser hermafrodita parecen atenuarse con el advenimiento del Imperio, en donde el predominio de un clima reacio a la superstición facilita el que estos seres sean vistos simplemente como un error de la naturaleza, suscitando no ya terror sino curiosidad, del mismo modo que los enanos (Brisson, 2008). En su *Historia Natural*, Plinio el Viejo refleja con claridad este cambio de mentalidad: «Nacen incluso algunos de uno y otro sexo al mismo tiempo, los que llamamos hermafroditas, antiguamente llamados andróginos y considerados como seres prodigiosos, ahora en cambio, como objetos de placer» (Plinio, 2003: 21).

Esta discusión acerca de la naturaleza del andrógino recorre todo el pensamiento clásico, del que podemos extraer tanto explicaciones que se decantan por lo sobrenatural del fenómeno como otras basadas en una racionalidad secular. Heródoto de Halicarnaso cuenta en el primero de sus *Nueve libros de la historia* (2006) que entre el pueblo de los escitas se encuentran los llamados *enarees*, hombres afeminados cuya condición es debida a que la diosa Afrodita castigó con «cierta enfermedad mujeril» a aquellos escitas –y a todos sus descendientes– que saquearon su templo en Escalón. Frente a este relato mítico, en el tratado hipocrático titulado *Sobre los aires, aguas y lugares* (2000) se habla de los *enarees* como hombres estériles que, al ser conscientes de su afección, «se ponen atuendo femenino,

se acusan a sí mismos de falta de virilidad, actúan como mujeres y trabajan al lado de éstas en lo mismo que ellas hacen» (Hipócrates, 2000: 148). El autor de dicho tratado – comúnmente atribuido a Hipócrates– añade que estos sujetos están rodeados por un aura sobrenatural: «Los indígenas le echan la culpa a la divinidad, veneran a estos hombres y se arrodillan ante ellos, temiendo cada uno por su propia persona» (Ibíd.: 146). Pero, al contrario que Heródoto, Hipócrates rechaza la creencia en el origen divino de los *enarees* y explica su esterilidad recurriendo a un razonamiento de tipo médico: las incisiones que se practican detrás de cada oreja para tratar de combatir los dolores articulares provocados por montar a caballo afectan a unas venas de las que depende la producción de espermatozoides.

Mientras que en la vida social se elimina al hermafrodita por considerarlo un ser monstruoso portador de malos augurios o se le convierte en objeto de una curiosidad burlesca por constituir un error de la naturaleza, los seres bisexuales juegan un papel relevante en el mito, aunque bien es cierto que en menor medida que en las culturas orientales, cuyas creencias podrían haber servido de fuente de inspiración al mundo griego. Uno de los ejemplos más sobresalientes de la mitología griega es el de Hermafrodita, cuyo nombre será utilizado durante siglos para denominar a las personas de morfología ambigua. Hijo de los dioses Hermes y Afrodita, cuenta Ovidio en *Las metamorfosis* (1995) que, durante un viaje, Hermafrodita decide parar a refrescarse en una fuente. Creyéndose solo, se desnuda y se baña en las aguas. Sin embargo, su desnudez es apercibida por la náyade Salmacis, quien, atraída por la excepcional belleza del viajero, decide adentrarse en la fuente para conquistarlo. Al ser rechazada repetidas veces, se abraza a Hermafrodita e implora a los dioses que nada ni nadie les pueda nunca separar. Los dioses, atendiendo a su súplica, funden los dos cuerpos en un único ser dotado de los dos sexos.

Como señala Brisson (2008), la bisexualidad simultánea, es decir, el ser que aglutina al mismo tiempo los caracteres de la masculinidad y de la femineidad, representa una figura arquetípica que expresa la coincidencia de los opuestos en una totalidad que se encuentra en el origen de todas las cosas, y cuyo desdoblamiento señala el inicio de la generación y de la multiplicidad. Encontramos un ejemplo de ello en la antropogonía narrada por Aristófanes en *El Banquete* de Platón (189d y s.s.), en donde se habla de un origen en el que un ser doble de figura esférica y dotado de órganos masculinos y femeninos es cortado en dos por Zeus como castigo a su excesivo orgullo, dando lugar a una mitad masculina y otra femenina que se buscarán eternamente y cuyo encuentro azaroso les reportará el amor mutuo¹⁸.

18 Cuenta Aristófanes que junto a ese ser andrógino primigenio se encuentran otros dos tipos de seres dobles: uno con dos órganos sexuales masculinos y otro con dos órganos femeninos, cuya bipartición dará lugar, respectivamente, a los hombres que desean a otros hombres y a las mujeres que se sienten atraídas por otra mujer. Este relato mítico podría interpretarse como una legitimación de todas las formas de deseo

Por su parte, el ser mítico que experimenta una bisexualidad sucesiva tiende a desarrollar una función de mediación. El caso más conocido es el de Tiresias, el adivino ciego y excepcionalmente longevo de Tebas que conoce a lo largo de su vida, de forma sucesiva, lo que es vivir como hombre y como mujer¹⁹. El significado de la figura de Tiresias, que para Delcourt (1970) podría ser una mitificación griega de los seres andróginos a los que algunos pueblos orientales atribuían poderes sobrenaturales (como el caso de los *enarees* entre los escitas), radica en su triple papel de mediador: por su condición andrógina, media entre los hombres y las mujeres; por sus dotes proféticas, lo hace entre los hombres y los dioses; y por su excepcional longevidad, entre los vivos y los muertos.

Si el ser andrógino tiene su lugar en el mito, también encontramos rastros de la existencia de ritos que simbolizan la bisexualidad y que son practicados desde la Grecia Arcaica, de entre los cuales el intercambio de vestimenta es el más extendido²⁰. En efecto, el travestismo ritual está presente en Grecia y Roma en los ritos nupciales, las fiestas de la fertilidad vegetal o las de carácter hedonista, una práctica que parece simbolizar la aspiración al poder doble de la masculinidad y de la feminidad o la unión entre los dos planos cosmológicos (tierra-femenino; cielo-masculino). En los ritos de iniciación, se trata de que el iniciado participe de la naturaleza del otro sexo y reciba así algo de sus virtudes antes de obtener el nuevo estatus. Sería el caso de las iniciaciones de los jóvenes guerreros en las que se recurre a las vestimentas femeninas, y de los ritos nupciales basados en el travestismo: en Esparta, a la joven esposa se le afeita la cabeza y se le pone ropa y calzado masculinos; en Argos, la mujer tiene que llevar, durante su noche de bodas, una barba postiza para dormir con su marido; en Cos, es el marido el que se viste con ropas femeninas. Si bien se ignora el significado exacto de estos rituales y los matices que los diferenciarían, parece claro que lo andrógino significa para el Mundo Antiguo un estado elevado de la naturaleza y de lo divino (Delcourt, 1960 y 1970; Bullough, 1976; Brisson, 2008).

sexual.

19 En las *Metamorfosis* de Ovidio (1995), Tiresias se convierte en mujer al separar con su bastón a dos serpientes que estaban copulando, reencontrando su condición de varón siete años más tarde al volver a separar a las mismas serpientes. Al conocer su periplo por los dos géneros, Júpiter (Zeus) y Juno (Hera), enfrascados en una discusión acerca de cuál de los dos sexos experimenta más placer durante el acto sexual, solicitan a Tiresias su opinión. Al responder éste que es la mujer quien obtiene mucho más placer, Juno se enoja y lo deja ciego. Pero para compensarle, Júpiter le otorga el poder de la adivinación y le da una larga vida. Existen varias versiones sobre el mito de Tiresias. Cf. Delcourt (1970) y Brisson (2008).

20 Es conocida la afición por travestirse de los emperadores Calígula, Nerón y Heliogábalo.

CAPÍTULO 2

La Edad Media: discursos sobre el cuerpo y el placer a la sombra de la teología

Es común concebir el medioevo cristiano como un periodo caracterizado por una viva condena de los placeres mundanos y por un rechazo del cuerpo, el cual es visto como el efímero envoltorio de un alma deseosa de la eterna salvación. En el terreno social, el declive del Imperio Romano de Occidente trae consigo la declinación del modo de vida urbano y la progresiva instauración de unas sociedades eminentemente agrícolas, mientras que en el terreno filosófico van consolidándose unas escuelas de pensamiento mucho más recelosas ante el erotismo y el hedonismo de lo que lo habían sido los sistemas morales de la Antigüedad. Condenadas por el yugo teológico todas las relaciones que no tienen por fin la reproducción de la especie, parece que al placer sexual le aguardan siglos de silencio y oscuridad.

No obstante, esta concepción represiva de la Edad Media supone una simplificación de una realidad mucho más compleja y variopinta. Bien es cierto que en el pensamiento eclesiástico abundan las condenas y acusaciones a la concupiscencia; que los tratados médicos suelen advertir de los peligros derivados del coito desenfrenado; que el deseo puede repugnar hasta tal punto que, como nos recuerda Jean-Louis Flandrin (1984:12), algunos teólogos suelen repetir un aforismo, transmitido por san Jerónimo, con el fin de advertir a los casados de que la pasión no tiene cabida ni en el lecho conyugal: «Adúltero es también el que ama con excesivo ardor a su mujer». Con todo, la Edad Media no es una etapa de mutismo sexual: a la sombra de los discursos condenatorios de los penitenciales y de los moralistas, se esboza una multiplicidad de prácticas sexuales; tras advertir de los peligros asociados al coito, algunos tratados médicos, siguiendo la tradición clásica y bajo el influjo del mundo árabe, ofrecen consejos para mantener relaciones sexuales saludables y hasta ofrecen remedios afrodisíacos y contraceptivos; desde la literatura del amor cortés, se ensalza el amor extramatrimonial. Ya sea para condenarlos, regularlos o loarlos, el placer y el deseo son nombrados con asiduidad.

Las reflexiones medievales sobre el acto sexual están por todas partes: en la literatura secular, los escritos teológicos y canónicos o los tratados médicos. Sin embargo, como apuntan Jacquart y Thomasset (1985), la mirada condenatoria de la Iglesia provoca que,

a menudo, estos conocimientos sobre el erotismo y el placer no puedan transmitirse de forma diáfana, por lo que tienen que circular acompañados de cierto cripticismo. Cuando comentan un texto clásico, los clérigos emiten opiniones que pueden comprometer sus reflexiones teológicas y escandalizar a la jerarquía eclesiástica. Es por ello que, al hablar sobre temas sexuales, se suele recurrir a las metáforas y a los juegos de palabras, a la ambigüedad y a la polisemia, cuyo sentido ignora el profano pero no el iniciado. Si a esta opacidad semántica le añadimos las múltiples traducciones a las que son sometidas las obras clásicas (del griego al árabe, del árabe al latín y del latín a las lenguas románicas) y la autocensura que se imponen los comentaristas de dichas obras (que pueden ignorar o tergiversar algunos fragmentos que atentan contra la moral religiosa), no es de extrañar que un mismo texto haya dado lugar a múltiples interpretaciones y confusiones.

Por otra parte, debemos tener en cuenta que las prescripciones teológicas en materia sexual no son aceptadas sin más por las poblaciones, sino que son reinterpretadas en función de las tradiciones locales y los hábitos personales. Las sociedades medievales no son entidades homogéneas y albergan diferentes posicionamientos en relación a las prácticas sexuales, por lo que se puede decir que la moral sexual durante la Edad Media no es ni uniforme ni estática. Pero a pesar de esta diversidad ética y actitudinal, el pensamiento teológico cristiano, desde el periodo patrístico, parece haber mantenido dos axiomas como fundamento de su doctrina sexual: que el acto sexual tiene como único fin la reproducción y que el sexo es inherentemente impuro y vergonzoso (Brundage, 1987).

Los primeros pensadores cristianos poco pueden aprender de las enseñanzas de Jesús en materia sexual, puesto que no son muchas las referencias en los evangelios sobre la bondad o maldad de las distintas prácticas sexuales. Si bien el Cristianismo es la única fuerza organizada que subsiste a la caída del Imperio de Occidente, siendo el conducto por el que llega a la Europa medieval la moral más estrecha del Imperio tardío, buena parte de los dogmas constituyentes de dicha moral sexual no son formulados por vez primera por autores cristianos. Las escrituras hebreas y, en mayor medida, las corrientes paganas de corte ascético ejercen una influencia capital sobre el Cristianismo primitivo. Por ejemplo, el legado del orfismo queda patente en la visión –dual– de un alma aprisionada en el cuerpo y en la necesidad de asumir la virtud como modo de vida para lograr la inmortalidad del alma. Mientras que el control del deseo y el pavor ante la exhuberancia reflejan el influjo del estoicismo (Bullough, 1976 y Boswell, 1998 [1984]). Esta huella de las filosofías paganas se observa con claridad en la obra de uno de los primeros pensadores en constituir una teología filosófica cristiana: Clemente de Alejandría. En *El Pedagogo*, Clemente retoma la vieja noción del «gobierno de uno mismo», exhortando a los fieles a controlar los excesos en el comer, el beber y la pasión erótica:

Hay que dominar los placeres y ser dueño del vientre y del bajo vientre; es lo más importante. Porque si, como postulan los estoicos, la razón recomienda al hombre docto no menear el dedo al azar, ¿cómo no van a estar obligados a dominar su órgano sexual los que persiguen la sabiduría? (Clemente de Alejandría, 1998: 225-226).

Para los padres de la Iglesia, el deseo sexual es uno de los componentes humanos más peligrosos, pues ni la más férrea voluntad lo puede aplacar completamente. En cuanto a las relaciones sexuales, se considera que llevan consigo la marca de la contaminación, debido, en buena medida, a la impureza intrínseca del semen, por lo que se condena toda emisión que no vaya dirigida a la procreación de un hijo legítimo²¹: «Debemos rehusar las relaciones contra la naturaleza: las cópulas estériles, la pederastia y las uniones incompatibles entre afeminados, y seguir a la naturaleza misma en lo que prohíbe, debido a la disposición que ha dado a los órganos, pues ha otorgado al hombre su virilidad, no para la recepción del semen, sino para su expulsión» (Ibídem.: 224). Esta censura de las relaciones carnales infecundas recurriendo a los designios de la naturaleza, concebida ésta como el corolario de la ley divina, será una constante en las sociedades cristianas posteriores.

Defensores de una vida regida por la continencia carnal, muchos pensadores patrísticos observan el matrimonio con cierta suspicacia, ya que incluso en las relaciones entre esposos pueden surgir deseos pecaminosos: «El matrimonio es el deseo de procreación, no de evacuar el semen desordenadamente, acto contrario a la ley y a la razón» (Ibídem.: 231). Así pues, la moralidad del sexo matrimonial depende de las intenciones de la pareja: es legítimo si se persigue la procreación; resulta condenable si lo que se pretende es la obtención de placer; y la pareja incurre en un pecado grave si además utiliza métodos contraceptivos.

Otros autores, como san Agustín (1954), no parecen ser tan estrictos en relación al placer conyugal ya que, ante todo, piensan que el matrimonio conlleva una serie de bienes que ayudan a preservar la moral de la sociedad: garantiza la procreación, promueve la caridad y el afecto entre esposos, vehicula la concupiscencia de la carne hacia un fin legítimo y atempera los ardores de la voluptuosidad. Y aún en el caso de que los esposos se entreguen al placer con desmesura, semejantes excesos son «tolerables y excusables por el matrimonio», constituyendo tan solo un pecado venial (mientras que el adulterio y la fornicación son para él un pecado mortal). Con todo, para el de Hipona la continencia y la virginidad son preferibles al matrimonio, aunque éste tenga por fin la procreación. Tal institución

21 Durante largo tiempo se usará el término «sodomía» no solo para denominar las relaciones entre hombres, sino también para referirse a toda emisión seminal no dirigida a la procreación.

debe reservarse a aquellos que no pueden mantener una vida de abstinencia: «Si no pueden contenerse, cásen, pues es mejor casarse que abrasarse» (san Agustín, 1954: 69).

En lo que parecen coincidir los pensadores patrísticos es en su repulsión hacia aquellos hombres que no cumplen con los imperativos conductuales asociados a la masculinidad. Para san Juan Crisóstomo, los hombres que buscan el placer con otro hombre quedan señalados con la marca de la pasividad, por lo que se convierten socialmente en mujeres. Por su parte, san Agustín desaprueba a los hombres que permiten que se utilice su cuerpo «como el de una mujer» (en Boswell, 1998 [1984]). Finalmente, Clemente de Alejandría condena a aquellos de apariencia y comportamiento poco viriles. Para todos ellos, las prácticas homosexuales se asocian al afeminamiento:

Hasta tal extremo ha llegado el afeminamiento que no sólo el sexo femenino enferma ante esta afanosa búsqueda de futezas, sino que también el hombre emula esta enfermedad. En efecto, los que no se han purificado del afán de embellecerse carecen de salud; es más, por su inclinación a la molice, se comportan cual mujeres; se cortan el cabello cual golfos y prostitutas, visten sutiles mantos brillantes, y mascan goma, oliendo a perfume. ¿Qué diría uno al verlos? Sencillamente, como buen fisonomista, uno adivina por su aspecto que son adúlteros, afeminados, que van a la caza de uno y otro sexo (Clemente de Alejandría, 1998: 274).

Sin embargo, la hostilidad patrística ante las relaciones sexuales entre hombres y el incumplimiento de los roles de género masculinos puede haber chocado con las prácticas tradicionales de determinadas poblaciones. No son pocas las zonas de Europa que todavía se rigen por costumbres “bárbaras”, por lo que la estricta moral del cristianismo primitivo podría haber tenido dificultades para establecerse. Los celtas aceptaban y hasta honraban las relaciones homosexuales, mientras que en algunos pueblos germánicos había hombres a los que se les permitía ocupar un espacio de género diferente del de la masculinidad, pues adoptaban la vestimenta y los roles femeninos y mantenían relaciones sexuales pasivas con otros hombres (Boswell, 1998 [1984]).

En otro orden de cosas, una de las técnicas de examen de sí más generalizadas entre los siglos VI y XI, la denominada «penitencia tarifada», constituye un valioso testimonio de las prácticas sexuales más extendidas durante este periodo. En este sistema de expiación, el penitente expone minuciosamente sus faltas al confesor, señalando las circunstancias que le llevaron a pecar, la frecuencia con que cometió el acto pecaminoso y el perfil de la posible víctima (sexo, edad, estatus, etc.). En función de lo confesado y teniendo en cuenta los posibles atenuantes, el confesor emite un juicio conforme a un régimen prescrito de penas cuya modulación depende de la gravedad de la falta. La descripción detallada de los posibles pecados que el clérigo puede encontrarse en el confesionario, y la penitencia necesaria para expiar cada falta, se recogen en unos manuales conocidos como Penitenciales.

Pretendiendo reprimir y castigar los excesos de la carne, la teología moral de la Alta Edad Media erige con los Penitenciales uno de los primeros monumentos a la clasificación de las distintas formas con las que puede manifestarse el deseo sexual (Jacquart y Tomasset, 1984; Brundage, 1987; Boswell, 1998 [1984]).

La doctrina seguida en los Penitenciales es clara: la procreación legítima, esto es, entre esposos, es el único fin de las relaciones sexuales, por lo que toda emisión de semen no dirigida hacia ese objetivo es severamente condenada, en especial las prácticas anales y orales. La contracepción también se considera pecado grave, pues se cree que las pociones contraceptivas son prácticas mágicas pertenecientes al mundo diabólico²². El sexo matrimonial tampoco escapa a las prescripciones, quedando establecidos periodos de abstinencia en función de los ciclos fisiológicos de la mujer (menstruación, embarazo, lactancia o posparto) y de las festividades religiosas (los domingos, el Adviento o los días anteriores y posteriores al Pentecostés²³). En cuanto a las relaciones extramatrimoniales, se es relativamente benevolente con la fornicación (de uno a dos años de ayuno²⁴), pero mucho más severo si se trata de adulterio (de cinco a doce años de ayuno²⁵). En lo relativo a las relaciones entre hombres, las prácticas *inter femora* merecen un año de ayuno, mientras que el sexo anal depende de la edad y el estatus del sujeto y de la frecuencia de la relación: dos años de castigo para los jóvenes, tres para el hombre adulto y de siete a diez para el reincidente. Los escasos penitenciales que se ocupan de las relaciones entre mujeres las juzgan con menor severidad que las masculinas. Por su parte, el sexo oral, tanto si es entre un hombre y una mujer como entre hombres, merece mayor castigo (de 7 a 32 años) que la relación anal, mientras que la masturbación es tratada con bastante indulgencia (de 30 a 40 días de ayuno). Finalmente, es de destacar la frecuencia con la que se trata el bestialismo, hecho que tiene que ver con el carácter rural de las sociedades de dicho periodo: algunos Penitenciales, sobre todo los más antiguos, lo equiparan a la masturbación; los Penitenciales posteriores lo castigan con mucha más contundencia al equiparlo con las relaciones anales (Flandrin, 1984; Jacquart y Tomasset, 1985; Brundage, 1987).

A pesar de que los siglos posteriores a la caída del Imperio Romano son uno de los periodos en los que el pensamiento eclesiástico muestra una mayor hostilidad hacia las

22 Según sostienen Jacquart y Tomasset (1985), esta animadversión hacia las pociones contraceptivas se debía a la desconfianza del cristiano ortodoxo hacia la magia pagana. Pero mientras que los Penitenciales castigaban severamente la contracepción, los manuales médicos del mismo periodo ofrecían innumerables brebajes para evitar la fecundación.

23 Flandrin (1984) destaca que una pareja que siguiera a rajatabla las prescripciones de los Penitenciales difícilmente podía mantener relaciones cinco días al mes.

24 Las penas podían variar considerablemente de un Penitencial a otro.

25 La gravedad de la pena aumenta si se trata de un eclesiástico y en función del rango de éste: siete años para un monje, diez años para un sacerdote y doce si se trata de un obispo.

cuestiones sexuales, autores como Boswell (1998 [1984]) afirman que la carencia general de control gubernamental en toda Europa permite la conservación de una gran variedad de creencias y modos de vida, además de dejar margen para que cada persona se rija según sus costumbres sexuales. Hemos visto que los primeros teólogos hacen suyas muchas de las premisas del ascetismo pagano, que los Penitenciales regulan estrictamente las relaciones matrimoniales y castigan severamente toda práctica no destinada a la procreación. A pesar de ello, durante la Alta Edad Media se producen importantes transgresiones incluso a nivel eclesiástico.

A este respecto, una de las tendencias más significativas dentro del cristianismo primitivo, la denominada «amistad pasional o erótica», cristaliza en apasionados relatos que suponen un desafío a los estrictos márgenes establecidos por la teología. Aunque no necesariamente desemboca en contactos carnales, lo cierto es que la pasión de estos autores hacia otros hombres contiene una fuerte carga erótica, y a menudo sus escritos son deudores de la literatura homoerótica de la Antigüedad. Es el caso de Ausonio, que estuvo fuertemente enamorado de san Paulino, y en cuya biblioteca residían diversos volúmenes de temática homoerótica capaces de escandalizar a la más laxa moral cristiana (Boswell, 1998 [1984]). El mismo san Agustín, en sus *Confesiones* (1998), si bien lamenta el aspecto sexual de tales pasiones (aunque admite que en su adolescencia no fue capaz de distinguir «la serena amistad de lo que era exclusivamente apetito de la carne»), llora desconsoladamente la muerte de un gran amigo:

Qué terrible dolor para mi corazón. Cuanto veía a mi alrededor me entristecía: la ciudad se me hacía inaguantable, mi casa insufrible y todo lo que había tenido que ver con él me lo recordaba y era para mí un continuo tormento (...) Bien dijo el poeta Horacio de su amigo que era la mitad de su alma, porque yo sentí también, como Ovidio, que mi alma y la suya no eran más que una en dos cuerpos, y por eso me producía tedio vivir, porque no quería vivir a medias, y a la vez temía quizá mi propia muerte para que no muriese del todo aquel a quien tanto yo amaba (san Agustín, 1998: 57-59).

A partir del siglo X se produce en Europa el florecimiento de la vida urbana, en gran parte debido al pujante comercio. En las ciudades emergentes, muchas de las cuales tienen capacidad de autogobierno, se respira una atmósfera de libertad y tolerancia, lo que facilita el resurgimiento del amor y de la pasión erótica en sus múltiples vertientes. Aunque los teólogos siguen condenando las prácticas extramatrimoniales, la revalorización del humanismo de la Antigüedad y el influjo del mundo islámico ayudan a situar al deseo y al placer en una reflexión al margen del fin procreador. Al mismo tiempo, surgen voces que señalan que la antigua moral patrística, que imponía fuertes restricciones a la sexualidad matrimonial, es demasiado severa para ser cumplida, por lo que se empieza a reconocer el

derecho sexual y amatorio de los cónyuges.

El surgimiento del amor cortés en el siglo XII constituye uno de los máximos exponentes de este renacimiento del amor y del erotismo. Como señalan Jacquart y Tomasset (1985), el amor cortés se caracteriza por darse generalmente entre gentes de noble linaje, por ser extraconyugal, por impulsar el arte de dominar las pasiones y por un culto narcisista del deseo que deja en un segundo plano la satisfacción sexual del amor sentido. Además, esta forma de arte erótico es de una gran originalidad, pues es la mujer quien gestiona el acceso a los placeres, mientras que el hombre/alumno tiene que aprender las técnicas necesarias para cortejar adecuadamente a su amada.

Una de las obras más representativas de este género es el *Libro del amor cortés* de Andrés el Capellán (2006), escrito en la segunda mitad del siglo XII. A parte de ser un buen ejemplo de la filosofía amorosa trovadoresca, este libro tiene un especial interés porque condensa las tensiones existentes entre el pensamiento laico y la moral eclesiástica de la época: en la primera y la segunda parte de la obra se ensalza la pasión y el amor humanos; en la tercera parte, escrita unos años más tarde a modo de antítesis de las dos primeras, se condenan los placeres de la carne y se presenta el amor a Dios como único amor verdadero.

Posiblemente fue María, hija de Leonor de Aquitania, quien dictó al clérigo las dos primeras partes del manual. A lo largo de estas páginas se presenta con detalle la concepción del amor cortés. Éste se ha de producir siempre entre un hombre y una mujer, pues «dos personas del mismo sexo en modo alguno son aptas para dar y recibir las formas del amor ni para consumir sus actos naturales» (Andrés el Capellán, 2006: 32). El amante/prendiente ha de ser fiel: «el que resplandece con el rayo de un solo amor difícilmente podría pensar en los abrazos de otra mujer hermosa» (Ibíd.: 35), ha de rechazar los actos y pensamientos lujuriosos y ha de preferir la integridad del alma y las buenas costumbres de su amada a la superficialidad de su belleza. Tras esta teorización del amor, se presentan varios diálogos entre hombres y mujeres de distintos estratos sociales con el objetivo de instruir al hombre para que pueda conquistar el corazón de la mujer deseada.

El caso es que Andrés el Capellán parece haberse arrepentido de participar en la redacción de este escrito hereje, pues años más tarde publica un epílogo de título revelador, *Reprobación del amor*, en el que condena la pasión amorosa y ataca con dureza al sexo femenino. En este escrito expiatorio, el Capellán presenta el amor carnal como un pecado de extrema gravedad porque ensucia al mismo tiempo el alma y el cuerpo: es «una injuria para Dios todopoderoso ceder a la seducción de la carne y a los placeres del cuerpo para volver a caer en las redes del Tártaro, de las que ya nos libró el mismo Padre celestial con el derramamiento de la sangre de su hijo» (Ibíd.: 236-237). Por su parte, la mujer, exaltada hasta la saciedad a lo largo de la primera parte del libro, es ahora definida por su naturaleza avariciosa, envidiosa, maldiciente, soberbia, mentirosa y lujuriosa.

Este retrato injurioso de la mujer no constituye un hecho aislado, puesto que estas son las características atribuidas a las mujeres en numerosos textos medievales. Pero esta visión negativa del género femenino coexiste con –y quizá pueda deberse a– la creencia según la cual son las mujeres las que guardan y gestionan los secretos relacionados con el amor y los placeres. A este respecto, veamos un pasaje del *Árbol de la Ciencia* de Ramón Llull (1663), en el que un ermitaño pregunta a una «vieja lujuriosa» por qué lamenta la conducta licenciosa de su hijo, mientras que acepta de buen grado la vida de su hija prostituta. La vieja, según Llull, se justifica así:

Respondió la vieja y dijo que su hijo consumía su cuerpo y gastaba por la lujuria sus dineros; mientras que su hija los ganaba. Y que su hija cometía la lujuria delante de ella, pero su hijo no. Y que ella tenía placer cuando su hija hablaba de la lujuria sin vergüenza, lo que no hacía su hijo. Y que era a su hija a quien explicaba los placeres que había obtenido con los hombres; placeres que ella tenía vergüenza de contar a su hijo²⁶ (Llull, 1663: 448).

Tras este fragmento, Jacquart y Tomasset (1985) se preguntan si Llull no nos está revelando la forma en que circula la información de tipo sexual en el seno de la estructura familiar: es la mujer madura la que transmite a la joven sus experiencias, mientras que el hijo queda fuera de este flujo de conocimientos. Sea como fuere, esta concentración de saberes en manos femeninas expertas queda reflejada en la literatura medieval a través de la figura de la alcahueta, esa vieja hechicera que domina el arte erótico y que actúa de intermediaria entre los amantes. A este respecto, Sabec (2003) nos muestra la posición ambivalente de este personaje característico de la literatura hispano-árabe: por un lado, la alcahueta es peligrosa por su dominio de los remedios afrodisíacos y abortivos, su astucia y sus vicios; pero, por el otro lado, es indispensable como liberadora de la represión sexual y aliviadora de los pesares de los amantes frustrados. Esta figura literaria, llena de ambigüedades y contradicciones, coincide con la posición también ambivalente a la que está sujeta la mujer medieval: por un lado, la buena mujer, la madre, dedicada por entero al noble fin de la reproducción; por el otro, la mala mujer, la cortesana, hábil detentadora de las técnicas y secretos del amor.

Si bien los siglos XI y XII son tiempos de relativa apertura y libertad en las sociedades europeas, los siglos XIII y XIV experimentan un retroceso de la tolerancia debido a la mayor uniformidad política y eclesiástica. Según Boswell (1998 [1984]), el surgimiento del gobierno absoluto, la proliferación de legislaciones seculares de todo tipo

26 Se han adaptado los textos antiguos al castellano actual para facilitar la lectura.

y el esfuerzo de la Iglesia en sistematizar los preceptos de la fe a los que todos los cristianos deben plegarse –bajo amenaza del yugo de la Inquisición–, acarrear un estrechamiento de los márgenes conductuales de la población. Con esta consolidación del poder civil y eclesiástico, cada vez más inclinados hacia la restricción, la contracción y la exclusión, muchas minorías ven peligrar su lugar en la sociedad. Además, el hecho de que asocie a los dos principales enemigos de la sociedad cristiana –los musulmanes y los herejes– con la sodomía y el libertinaje, hará que aumente la intransigencia hacia las relaciones que no tienen por fin la reproducción. Las siguientes palabras nos muestran esa voluntad de asociar mundo musulmán y perversidad sexual con el objetivo de marcar diferencias con la recta moral cristiana, y de paso nos ofrecen un valioso testimonio de la existencia de figuras transgénéricas (prueba quizá de una concepción más lábil del género) en algunas sociedades orientales de la época:

Según la religión de los sarracenos, no solo se permite todo acto sexual, cualquiera que sea, sino que se lo aprueba y se lo estimula, de modo que además de las incontables prostitutas, tienen gran cantidad de hombres afeminados que se afeitan la barba, se pintan la cara, visten ropas de mujer, usan pulseras en brazos y piernas y collares de oro en el cuello como las mujeres, y se adornan el pecho con joyas (...) Los sarracenos, indiferentes a la dignidad humana, recurren libremente a estos afeminados o bien viven con ellos como entre nosotros viven abiertamente hombres y mujeres (Guillermo de Ada; en Boswell, 1998 [1984]: 301-302).

En el plano teológico, la condena de las prácticas no reproductivas encuentra un sólido soporte en santo Tomás de Aquino, cuya obra representa en gran medida la síntesis final de la teología moral de la Edad Media (Boswell, 1998 [1984]). Santo Tomás erige a la naturaleza como juez de la ética sexual católica, y dicha naturaleza tiene en la reproducción de las especies a una de sus leyes constitutivas. Así pues, toda relación sexual que no busque la obtención de una prole resulta condenable porque atenta contra los principios de una naturaleza que es vista como algo intrínsecamente bueno y deseable. Estamos ante el pecado *contra natura*:

Y no se ha de tener por pecado leve procurar la emisión seminal sin debido fin de generación y de crianza, por aquello de que es leve o ningún pecado si uno usa de alguna parte de su cuerpo para otro uso que el dictaminado por la naturaleza (...) Pero es que el desarreglo derrame seminal conspira contra el bien de la naturaleza, como es la conservación de la especie. De aquí que, después del pecado de homicidio, que destruye la naturaleza humana ya formada, tal género de pecado parece seguirle, por impedir la generación de ella (santo Tomás de Aquino, 1968: 468).

2.1. La medicina medieval: entre el saber clásico y el teológico

La medicina medieval se caracteriza por recuperar y reinterpretar a los clásicos, recogiendo el legado de los autores árabes, antes que por su capacidad de innovación. Si bien existe un saber sobre el sexo de carácter médico, éste se encuentra influenciado por las reflexiones filosóficas y por las instituciones y los pensadores teológicos. La medicina trata de delimitar los dominios que le son propios, pero la teología invade frecuentemente la esfera médica y le recuerda el eje principal de la existencia humana. En palabras de un teólogo medieval: «En la medida en que el alma es más valiosa que el cuerpo, el sacerdote ha de ser más apreciado que el médico del cuerpo» (en Jacquart y Thomasset, 1985: 268).

A pesar de este tutelaje religioso, el saber médico trata de ofrecer una explicación del placer sexual y de las consecuencias derivadas del coito, el cual es concebido, al igual que lo hacían los pensadores de la Antigüedad, como uno de los principales factores que rigen la salud de los seres humanos. Estos razonamientos acerca del acto sexual a menudo entran en conflicto con los preceptos religiosos. Así, mientras que los teólogos proclaman que la abstinencia sexual es posible y hasta deseable, la mayoría de médicos defiende que las relaciones sexuales son necesarias para conservar un buen estado de salud física y mental, siempre y cuando se lleven a cabo de forma adecuada y con mesura. Este posicionamiento es deudor de los tratados árabes que empiezan a difundirse en Occidente a partir del siglo XI, como el *Canon* de Avicena, cuyas prescripciones para mejorar o facilitar las relaciones sexuales son seguidas por los médicos cristianos. Aunque éstos se muestran cautelosos a la hora de adoptar algunos de los elementos constituyentes de ese *ars erótica* característico del pensamiento oriental como, por ejemplo, el arte de las posturas sexuales.

Quizá la única obra medieval occidental en la que se trata el tema de las posturas sexuales sea un breve tratado anónimo encontrado en Cataluña y que lleva por título *Speculum al joder* (2000). Escrita en catalán a finales del siglo XIV o principios del XV, se desconoce si esta obra es una mera traducción de algún tratado en lengua árabe o hebrea, o bien una obra original escrita bajo influencia árabe. Sea como fuere, lo cierto es que el autor del *Speculum* trata con inusual desenfado múltiples aspectos relacionados con el acto sexual, dejando patente la herencia recibida de los pensamientos grecolatino y árabe. Así, se describen las consecuencias del coito (concebido como una potencia que consume y desestabiliza), se prescriben diversos regímenes alimenticios para atenuar sus efectos nocivos y se señala cómo y cuándo se deben mantener relaciones sexuales. Asimismo, y de aquí viene la excepcionalidad de este tratado de aparente índole médica, se presta una especial atención a la maximización del placer: se recomiendan ungüentos para el pene, juegos pre-coitales, artimañas para retardar el orgasmo masculino y hasta utensilios para la masturbación femenina. En la parte final de la obra, y sin que el autor lo haya anunciado

previamente en la introducción al texto, se describen breve y llanamente más de una veintena de posturas sexuales distintas a la considerada como la posición más natural y fecunda: aquella en que la mujer yace de espaldas y el hombre se le coloca encima.

Siguiendo la tradición androcéntrica, cuando los médicos del medioevo abordan los mecanismos fisiológicos del acto sexual y sus efectos para la salud piensan en clave masculina. La excepción la encontramos en la obra del siglo XI atribuida a la comadrona salernitana Trótula, titulada *Liber de sinthomatibus mulierum*, considerado el único texto medieval escrito por y para mujeres. En él se abordan algunos problemas ginecológicos y se prescriben remedios y ungüentos cosméticos²⁷ (Jacquart y Thomasset, 1985 y Moreno Jiménez, 1990).

Si los teólogos desconfían del placer sexual incluso si éste se produce entre esposos, los médicos hacen suyas las teorías de autores clásicos como Aristóteles y Galeno, para los cuales el placer tiene una finalidad biológica, ya que garantiza la conservación de la especie al convertir el acto reproductor en algo placentero: «A todos los animales los dotó la naturaleza de los órganos de reproducción y unió a esos mismos órganos una facultad especial para la producción de placer y dotó al alma que los iba a utilizar de un indecible y maravilloso deseo de servirse de ellos» (Galeno, 2010: 620).

Otra de las cuestiones sobre las que medicina y teología muestran sus discrepancias es la contracepción. Por un lado, la Iglesia equipara los métodos contraceptivos con la magia y los poderes diabólicos, por lo que los considera un pecado grave; por el otro, los conocimientos populares sobre fórmulas anticonceptivas se recogen en tratados de todo tipo. Sobre todo a partir del siglo XIII, cuando, gracias al legado de Aristóteles y Avicena, la contracepción queda vinculada al régimen alimenticio. Incluso al médico y filósofo Pedro Hispano, posterior papa Juan XXI, se le atribuye un manual repleto de recetas afrodisíacas y anticonceptivas que, para la razón contemporánea, se situarían a medio camino entre la magia y la medicina (Jacquart y Thomasset, 1985).

Y es que el saber científico medieval no es un saber estanco. Las interrogaciones sobre el cuerpo y el comportamiento humanos no solo están influenciadas por la filosofía y la teología, sino que a menudo se confunden con los saberes populares y esotéricos. Buen ejemplo de ello lo encontramos en *Les Secrets* (1895) de Alberto Magno, un tratado heterogéneo en el que convergen conocimientos relacionados con la astrología y la fisiognomía, se descubren las «virtudes mágicas» de vegetales, minerales y animales, y se presentan algunos experimentos que tendrán «efectos sorprendentes», tales como ver

27 Cabe destacar que durante la Baja Edad Media prolifera un subgénero literario, a medio camino entre la filosofía y la medicina, denominado *secreta mulierum* o «secretos de las mujeres». Bajo esta denominación genérica se incluyen textos dedicados al cuidado de la salud femenina y al desvelo de los misterios del proceso de la generación humana.

al diablo, dar caza a demonios o evitar la mala fortuna. Destacan las pócimas para el enamoramiento hechas a base de plantas (vincapervinca) o animales (alondra), el uso del imán para corroborar la autenticidad del amor de la mujer amada y el del polvo de flor de lirio para verificar la virginidad de una dama.

Si bien la medicina pretende abordar el coito desde el punto de vista de la fisiología y de la salud, podemos ver hasta qué punto resulta efectiva la mirada omnímoda de la Iglesia al observar las grandes reticencias mostradas por los médicos a la hora de abordar las relaciones sexuales que escapan a la norma religiosa, como las relaciones entre hombres. El hecho de que estas relaciones sean analizadas sin pudor ni condena en gran parte de los tratados que el Occidente medieval hereda de la tradición árabe, sitúa en una situación incómoda a los comentaristas y traductores cristianos de dichas obras. De este modo, si en el *Canon* de Avicena el sexo entre hombres aparece varias veces, siendo tratado con el mismo rigor desapasionado con que se trata a las relaciones heterosexuales, algunos comentaristas cristianos del *Canon* eluden o tergiversan estos pasajes para escapar de la herejía, mientras que otros deciden no ignorarlos y aprovechan para condenar explícitamente esta práctica en consonancia con los preceptos religiosos. Es de destacar que las relaciones entre mujeres, al igual que sucede con la masturbación femenina, no despiertan la misma animadversión que cuando estas prácticas son realizadas por hombres. El esperma masculino hay que preservarlo, a menos que sea estrictamente indispensable, por su gran valor generativo; los humores de la mujer, mucho menos preciosos, pueden evacuarse sin mayor preocupación (Jacquart y Thomasset, 1985 y Moreno Jiménez, 1990).

El medioevo también recibe del mundo grecolatino la controversia entre las dos grandes teorías sobre la generación del esperma: la hipocrática/galénica, que defiende la existencia de un esperma femenino indispensable para la fecundación, y la aristotélica, según la cual el esperma es una sustancia genuinamente masculina. En opinión de Moreno Jiménez (1990), este es un debate en el que se mezclan aspectos muy diversos que afectan a las relaciones entre los géneros, como la idea que se tiene de la mujer, la importancia concedida al placer femenino o la valoración de la contribución de la mujer en la concepción del nuevo ser. Y es que si la mujer no genera esperma, su papel en la fecundación es poco más que residual, por lo que la reflexión en torno al orgasmo femenino deviene una cuestión baladí. Con las tesis aristotélicas, la mujer perderá poder generador y derecho al placer²⁸.

28 Este debate sobre quién, mujer u hombre, es el protagonista principal de la fecundación cobrará una nueva dimensión en el siglo XVII con las fricciones entre los defensores del ovismo (encabezados por Harvey) y del spermismo (cuyo máximo exponente es Leeuwenhoek).

Tanto si defienden la oposición forma-materia aristotélica como si son partidarios de la teoría del doble esperma, los pensadores medievales coinciden al afirmar que el sexo del embrión dependerá tanto del resultado de una especie de combate, acaecido durante la gestación, entre las fuerzas paternas y maternas, como de la ubicación, en la parte izquierda o derecha de la matriz, del esperma evacuado. Además, cuando los médicos abordan estos condicionantes que determinan el sexo del futuro ser, suelen hacer referencia a los tipos sexuales intermedios, como el afeminado, la virago o el hermafrodita, con el fin de mostrar las consecuencias de una fecundación anómala. El siguiente fragmento de un *De spermate* pseudo-galénico sirve para ilustrar esta teoría de la determinación sexual que la Edad Media recupera de la Antigüedad:

Si el esperma cae en la parte derecha de la matriz, el neonato será niño...No obstante, si un esperma masculino débil se mezcla con un esperma femenino más fuerte, nacerá un niño frágil de cuerpo y de espíritu. También puede suceder que de la asociación de un esperma viril débil y de un esperma femenino fuerte nazca un niño dotado con los dos sexos. Si el esperma cae en la parte izquierda de la matriz, se formará una niña...y si el esperma masculino prevalece, se tratará de una mujer viril y fuerte, a veces velluda. También puede suceder que a causa de la debilidad del esperma femenino nazca un niño dotado con los dos sexos (en Jacquart y Thomasset, 1985: 195).

CAPÍTULO 3

Conocimiento, creencia y confesión en los albores de la Modernidad

Si bien es cierto que autores como Fernel, Paré, Falopio o Vesalio realizaron contribuciones destacables en el terreno de la anatomía y de la fisiología de la reproducción, hasta finales del siglo XVII no se sabía sobre la generación y la fecundación mucho más de lo que los griegos y los árabes habían enseñado (Moreno Jiménez, 1990). La Edad Media y el Renacimiento heredan de la Antigüedad tanto la fisiología de los humores como la economía del calor corporal, y la idea de que el hombre es el principal garante de la fecundación y el principio activo de la misma sigue ocupando un lugar preferente.

Antes de que la razón moderna niegue a Dios el poder de dar un sentido superior a la existencia humana y de que la creencia y la superstición no tengan más cabida en la búsqueda de la verdad, la medicina se imbrica en un conjunto de saberes hoy considerados peligrosos compañeros de viaje. Paracelso, convencido de que el cuerpo humano condensa a pequeña escala el orden macrocósmico, defiende la necesidad de aplicar el conocimiento de los astros para resolver los problemas médicos. Con la pretensión de aunar en sus tratados la descripción anatómica con la expresión artística, Vesalio contrata a los ayudantes de Tiziano para que realicen sus dibujos anatómicos. En una de sus obras, Ambroise Paré (1971 [1573]) combina descripciones de malformaciones congénitas (p.ej. manos con seis dedos) con fenómenos antrozoológicos de dudosa veracidad (p.ej. mujer que alumbró a un perro).

A partir del siglo XV se produce un aumento del interés por la representación pictórica de la anatomía humana. Ello es debido en gran parte a la extensión de la práctica de la disección de cadáveres humanos –iniciada a finales del siglo XIII– y a que varios pintores de renombre dirigen su atención hacia el interior del cuerpo humano. La anatomía y la disección se encuentran entre los múltiples intereses de Leonardo da Vinci, el cual destaca, entre otras muchas cosas, por sus precisas ilustraciones del corazón, el cráneo o el aparato urinario de la mujer.

A pesar de poder recurrir a las disecciones, la mirada renacentista sigue utilizando el prisma galénico a la hora de representar el aparato reproductor del hombre y de la mujer. La obra de Galeno sigue teniendo una gran influencia, y su teoría de la simetría inversa de

órganos, según la cual la mujer comparte los mismos genitales que el hombre, con la única diferencia de que éstos están situados en el interior del cuerpo femenino por la menor capacidad de la mujer de generar calor, determina los dibujos de los genitales femeninos en obras tan influyentes como la *Fabrica* de Vesalio. La ausencia de una nomenclatura anatómica precisa de los órganos genitales femeninos es otro de los signos que denotan la tendencia a ver el cuerpo de la mujer como una versión –imperfecta– del cuerpo del hombre.

Sin embargo, el siglo XVI vive uno de los descubrimientos que hubieran podido desarmar por completo la tesis galénica: el clítoris. El padre del descubrimiento de este órgano femenino no está nada claro, pues tanto Renaldo Colón como Gabriel Falopio reivindicaron su autoría²⁹. Sea como fuere, el alumbramiento del clítoris podría haber puesto en entredicho la teoría de la simetría inversa de órganos ya que, hasta entonces, era la cavidad vaginal la considerada como el reverso del pene. Pero esto no parece suceder. Algunos autores, como el mismo Colón, readaptan la teoría al concebir el clítoris como el homólogo femenino del pene, destacando para ello su condición de órgano eréctil; otros, ignorando su capacidad erógena, sortean la dificultad atribuyendo al clítoris la misma función que la úvula: ambos sirven para atemperar el aire que entra en el cuerpo.

Como vemos, el afán empirista renacentista no logra socavar el «modelo de sexo único». Laqueur (1994) recuerda que este modelo se inscribe en una concepción del cuerpo que rebasa la biología, una concepción tan general y compleja que ninguna observación puede directamente falsarla. El cuerpo unisexo es visto como una representación a pequeña escala del orden macrocósmico, pudiendo representar tanto la fecundidad de la naturaleza como la fuerza de los astros porque las fronteras entre el mundo natural y el espiritual, entre la tierra y el cosmos, el cuerpo y el resto de la creación, son constantemente elididas. Tal y como afirma Paracelso: «El hombre es el microcosmos, de tal modo que contiene y abarca todo lo que tiene el macrocosmos, lo que es sano y lo que es malsano. Pues el mundo exterior es el espejo del hombre, su teoría y su anatomía, por lo tanto aquello por lo que el hombre se conoce totalmente» (en Salamanca, 2007: 254-255). Es esta cosmovisión, esa «Gran Cadena del Ser» (Lovejoy, 1983), y no la exactitud de la observación, lo que determina la concepción que se tiene del hombre y de la mujer y lo que establece las diferencias a tener en cuenta.

En el terreno de la moral sexual, el auge del Humanismo trae consigo un renovado interés por la tradición griega, sobre todo por la filosofía de Platón. Si la Escolástica fue la corriente del clero y la nobleza, el Humanismo se orienta hacia una clase media urbana

29 Cuenta Laqueur (1994) que Kaspar Bartholin, anatomista del siglo XVII, considera que Falopio y Colón mienten al atribuirse este descubrimiento pues, en su opinión, el clítoris era conocido desde el siglo II.

con vocación artística, la cual va tomando conciencia de las actitudes positivas de los griegos hacia el erotismo y el amor entre hombres. En el campo del arte, la atracción por la desnudez y el erotismo provocan que la iconografía religiosa pierda fuerza en beneficio de las obras fundamentadas en la mitología clásica. Se renueva también el concepto del amor platónico, aunque vaciado de todo contenido sexual. Se proclama que el amor hacia otro hombre es más puro que el que tiene por objeto a la mujer, pues si el primero se basa en la pureza del intelecto, el segundo está contaminado por el deseo carnal.

No obstante, en opinión de Bullough (1976), la influencia del Humanismo sobre la moral sexual será efímera. Las autoridades de Florencia y Venecia, alarmadas ante la relajación moral de sus gentes, tratan de erradicar la sodomía instalando unos buzones (*tamburi*) en diferentes puntos de la ciudad con el objetivo de que se depositen denuncias anónimas (el mismo Leonardo da Vinci será acusado de sodomía). A la anterior tendencia inquisitorial de asociar a los herejes con la depravación sexual, se le suma la vinculación de la perversión con la brujería y los poderes diabólicos³⁰. Aumentan también los cinturones de castidad para controlar la supuesta sexualidad desahogada de las mujeres, mientras que la preocupación por las enfermedades venéreas –en especial, la sífilis– acrecienta la hostilidad hacia la prostitución. Ante la ofensiva reformista, el Concilio de Trento reafirma la moral sexual tradicional e intensifica la persecución de los desmanes obscenos en la literatura y el arte. Por su parte, los líderes protestantes como Lutero y Calvino no se muestran más condescendientes que sus homólogos católicos ante las relaciones no reproductivas.

En el siglo XVI, tanto en los países católicos como en los protestantes se inicia una mutación fundamental: la progresiva secularización de la gestión de las prácticas sexuales, tendencia consistente en una mayor intervención del Estado en cuestiones morales antes reguladas exclusivamente por la Iglesia. Según Bullough (1976), esto supone pasar del «pecado *contra natura*» al «crimen *contra natura*». El propio Martín Lutero defiende que, si bien la Iglesia tiene que combatir la prostitución, el adulterio o el rapto, estas prácticas han de ser castigadas principalmente por las leyes civiles.

Por otra parte, el viejo debate acerca de cual de los dos géneros contribuye decisivamente a la formación del nuevo ser toma un nuevo impulso en el siglo XVII con la controversia entre los defensores del ovismo y los partidarios del espermismo. Uno de los máximos exponentes del denominado «ovismo» es William Harvey, el descubridor de la circulación de la sangre. Harvey se aleja de Galeno al negar la existencia del esperma femenino, y para ello recurre a la concepción genital del paradigma unisexo: unos

30 Hacia el siglo XV, el principal enemigo de la Inquisición ya no es la herejía, sino la brujería y la magia. De la vecindad entre la perversión sexual y las fuerzas diabólicas surgen las figuras del íncubo y del súcubo, demonios que toman una apariencia de varón y de mujer, respectivamente, para tener comercio carnal con un humano del sexo opuesto.

genitales tan imperfectos como los de la mujer no pueden ser capaces de generar este fluido que requiere de un adecuado calor corporal. No obstante, el médico inglés tampoco suscribe la tesis aristotélica según la cual el principio activo masculino actuaría sobre una materia femenina concebida como el elemento pasivo. Bien al contrario, Harvey sostiene, apoyándose no tanto en la observación en humanos como en la especulación³¹, que todo desarrollo embrionario parte de un estado inicial que puede ser asimilado a un huevo³². Para el médico inglés, la contribución del macho a la generación es indirecta e incorpórea, pues su esperma no entra en el huevo para fecundarlo, sino que lo alumbró por contagio, de forma similar a como se transmite una enfermedad. Una vez alumbrado, dicho huevo –que Harvey sitúa en el útero– ya contendría el espíritu de la nueva vida. Con el ovismo, la mujer adquiere una importancia capital, ya que el huevo es visto como la causa primera –o *primordium*– de la generación.

Los más reacios a aceptar la fuerza vital del huevo cobran fuerza en 1677, año en que el óptico Anton von Leeuwenhoek afirma haber visto unos animálculos en el esperma de un hombre con la ayuda de su microscopio. Dichos seres infinitesimales son denominados «espermatozoides», esto es, animales del esperma. Con el surgimiento de los espermatozoides, el hombre recupera el protagonismo que el huevo le negaba y vuelve a ser el principio activo y determinante de la fecundación. Y es que para los defensores del spermismo, el nuevo ser ya está preformado en el espermatozoide, por lo que la función de la mujer se limita al mantenimiento del feto.

Este conflicto llega a su fin en el siglo XIX. Con el descubrimiento del óvulo de los mamíferos (Karl Ernst von Baer, en 1827) y el establecimiento de que la fecundación consiste en la fusión de la cabeza del espermatozoide con el núcleo del óvulo (Oskar Hertwig, en 1875), parece cerrarse el debate: el hombre y la mujer contribuyen conjuntamente a la fecundación. Con todo, sería interesante concebir las discusiones entre ovistas y spermistas no tanto como un vestigio de nuestra arqueología del saber, como si fuera un exponente más de la insuficiencia experimental y teórica de nuestros antepasados. Más bien deberíamos entender esta controversia en torno a cuál de los dos géneros es decisivo para la reproducción de la especie como otra muestra más de hasta qué punto el conocimiento científico ha estado y está embebido de género, siendo incapaz de desvincularse totalmente de las sucesivas luchas e intereses partidistas y de los debates ideológicos y morales. Hecho que nos tendría que hacer reflexionar sobre la imposibilidad de acceder al cuerpo desprendiéndonos de nuestras coordenadas culturales.

31 Harvey desarrolla su teoría a partir de la observación del desarrollo del embrión de pollo y del útero de la cierva en diferentes estadios del embarazo.

32 No se debe confundir el «huevo» de Harvey con los ovarios de la mujer o los huevos de los ovíparos. Con Harvey «se debe entender el “huevo” como un concepto teórico que explica el desarrollo embriológico y no como el resultado de una observación» (Moreno Jiménez, 1990: 72).

3.1. El monstruo antes de su naturalización

En uno de los cursos que imparte en el Collège de France, publicado con el título *Los anormales* (2001), Foucault sostiene que cada período histórico ha tenido sus formas privilegiadas de monstruos. Para el pensador francés, lo monstruoso se asocia, hasta el siglo XVIII, con la mezcla y la transgresión de las clasificaciones tenidas por naturales: la mezcla del reino animal con el humano (el hombre con cabeza de buey), la mixtura de dos especies (el cerdo con cabeza de cordero) o la confusión de los dos sexos (el hermafrodita)³³. El monstruo es visto como una manifestación extraordinaria que atenta contra el orden regular de la naturaleza y las leyes de la sociedad.

Según Salamanca (2007), en la época clásica el nacimiento de seres anormales es entendido como un presagio que hay que descifrar a través de la adivinatoria. La existencia del monstruo supone una transgresión del orden cósmico (otra vez aquí nos topamos con el estrecho vínculo entre micro y macrocosmos) que exige un ritual de reparación para poder recuperar el curso normal de la vida. A menudo, dicho ritual de expiación exige la eliminación del ser monstruoso (tal y como vimos anteriormente con el tratamiento del hermafrodita en la Antigüedad).

Con la Edad Media crece la fascinación por los seres extraordinarios, los cuales son concebidos como algo real, algo próximo a la realidad cotidiana, historias cercanas contadas por gente que asegura haberlos visto con sus propios ojos. Para el Cristianismo, el monstruo es fruto de la voluntad y la grandeza de Dios, pudiendo significar, tal y como afirma Ambroise Paré (1971 [1573]), tanto la gloria como la ira del Todopoderoso. Aunque si consideramos que en el Medioevo se asocia el orden con la bondad y el desorden con la maldad, lo más común es que se interprete lo monstruoso como algo negativo. Con todo, el buen cristiano condena los rituales paganos que dan muerte al monstruo, ya que para él todas las criaturas son hijas del Señor.

Durante el Renacimiento, si bien algunos empiezan a sostener una etiología naturalista para dar cuenta de lo que hoy denominamos «malformaciones congénitas», se sigue manteniendo la seducción por lo sobrenatural. Prueba de ello es la proliferación de las denominadas «Relaciones de Sucesos», obras impresas en pliegos de cordel que colman la curiosidad de un público numeroso. Estos impresos, rápidamente convertidos

33 Para Vázquez García y Moreno Mengíbar (1997), antes de la Modernidad el hermafrodita no pertenecía exactamente a la familia de los monstruos, pues mientras que a éste último se le atribuían vínculos satánicos, el primero era visto como una posibilidad de la naturaleza. Con todo, durante la Edad Media y el Renacimiento la inclusión, o no, del hermafrodita dentro de la familia de los monstruos generó múltiples discusiones.

en objetos de ocio, recogen historias de seres fantásticos, animales feroces de naturaleza híbrida, nacimientos de niños con deformidades y otros acontecimientos extraordinarios que pronostican desgracias venideras.

Antes de que la modernidad “desencante” al monstruo y lo relegue al terreno de la fantasía y la superchería, lo monstruoso fascina y genera respeto porque pertenece al dominio de lo oculto. El pensador medieval o renacentista admite sin rubor que en la naturaleza existen leyes cuyo funcionamiento escapa a su intelecto, fuerzas ocultas cuyos efectos son indescifrables para el ser humano, aunque no por ello se cuestiona su existencia. Y lo oculto se vuelve aún más inaccesible cuando intervienen los poderes divinos o demoníacos: «Las acciones de Satán son sobrenaturales e incomprensibles, van más allá del espíritu humano, y no se pueden explicar al igual que sucede con el imán que hace girar el hierro y atrae a la aguja» (Paré, 1971 [1573]: 83). Tal y como apunta Park (2000), la admiración suscitada ante un hecho milagroso o extraordinario es fruto del desconocimiento de los mecanismos que producen estos fenómenos.

Esta aceptación de lo inconmensurable y lo esotérico como parte integrante de la realidad explica que pensadores aún hoy respetados como Ambroise Paré, considerado uno de los padres de la cirugía moderna, muestren una fe inquebrantable en la existencia de fenómenos y seres que la razón moderna considera fruto de una imaginación supersticiosa. En *Des monstres et prodiges* (1971 [1573]), Paré presenta fenómenos antropológicos plenamente aceptados por la ciencia médica (como el nacimiento de gemelos siameses o de seres con genitales ambiguos) y realiza esbozos de animales ampliamente estudiados por la zoología (como el elefante, el camaleón o el avestruz), dejando patente que, para él, lo monstruoso está vinculado a lo extraordinario. Pero a parte de estos «monstruos posibles», este tratado también da cabida a lo que hoy denominamos «animales legendarios» como el Camphurch (una especie de unicornio), «híbridos mitológicos» como la sirena o el tritón, o «fenómenos inverosímiles» como la mujer que pare a un perro.

Al otorgar a todos estos fenómenos el mismo estatuto de veracidad, Paré choca frontalmente con sus colegas de profesión, que le recriminan ese deje supersticioso y tratan de expulsarlo de la carrera profesional (Solano, 2002). Y es que Paré es hijo de un periodo bisagra (su tratado sobre monstruos se publica en 1573) en el que el conocimiento experto todavía no ha logrado desvincularse completamente de lo religioso, lo esotérico y lo legendario, aunque cada vez son más los que advierten de los peligros de este vínculo anacrónico. Ya en pleno auge positivista, François Malgagne (médico e historiador de la medicina del siglo XIX) decide eliminar estas figuras sobrenaturales al encargarse de la edición de las obras completas de Paré, argumentando que así aumentará el interés del lector por su obra.

Esta aura sobrenatural que rodea al monstruo implica que, al tratar de esclarecer las causas que lo generan, se crea que su existencia obedece a algo más que a una negligencia humana. A menudo se ofrece una explicación naturalista que contiene una fuerte carga moralizante, con el fin de sancionar las sexualidades que escapan de la norma: la búsqueda incesante de los deleites carnales y el coito desenfrenado hacen que el esperma pierda cualidades, por lo que aumentan las posibilidades de engendrar a una criatura débil e imperfecta; la adopción de posturas anómalas durante el coito provoca que el semen se aloje en la cavidad equivocada de la matriz; del bestialismo surgen horrendas criaturas de naturaleza híbrida. Es esta laxitud moral la que puede desencadenar la ira divina o dar pábulo a las fuerzas diabólicas, sin descartar tampoco el influjo del macrocosmos. En *El ente dilucidado* (1978 [1676]), un fraile capuchino del siglo XVII llamado Antonio de Fuentelapeña nos aclara las múltiples causas de la generación de seres monstruosos:

el defecto, sobra, confusión, corrupción o cualidades del semen; descomposición del útero o angustia de la matriz; deformidad del principio; cópula ilegítima de diversas especies; la cópula en tiempo de Monstruo o fuera del modo ordinario; demasiada lujuria; la imaginación de los padres; y tal vez la fuerza de los Astros (Fuentelapeña, 1978 [1676]: 167).

3.1.1. Fenómenos de la labilidad sexual: el hermafrodita y la transmutación de sexo

Para Vázquez García y Moreno Mengíbar (1997), hasta los siglos XVII y XVIII el ser que aglutina los dos sexos es visto como una posibilidad inscrita en el orden de la naturaleza. Tanto la medicina medieval como la renacentista admiten la existencia de los dos sexos en un solo cuerpo, mientras que el saber popular dota a estos seres de ciertos poderes sobrenaturales. Y es que no es extraño que el hermafrodita se presente a través de una experiencia mágica y divinizada, representando la unificación del dualismo masculino/femenino. Si el hermafrodita ocupa un lugar destacado en la mitología clásica (recordemos la fábula de Salmacis y Hermafrodita), dentro del Cristianismo también encontramos rastros de una androginia mítica. En el siglo XII se difunde una herejía, perseguida por Inocencio III, que sostiene que Adán, antes de que Dios le extraiga una costilla para crear a Eva, era un varón con potencial bisexual.

Antes de la Modernidad, el hermafrodita no es tanto un problema médico como jurídico. Los derechos civil y canónico exigen optar por un sexo determinado antes de asumir obligaciones y derechos sociales como el bautismo, el matrimonio, las sucesiones

hereditarias o la testificación en un tribunal³⁴. Como recuerda Foucault (1980), en el momento del bautismo la elección del sexo recae sobre el padre o tutor. Al llegar a la edad adulta, es el propio afectado quien decide su sexo –jurídico–, que tendrá que mantener hasta el final de sus días: el hermafrodita «no puede casarse sin que primero elija sexo, y haga juramento ante el Obispo, o Juez Eclesiástico, de que no usará el otro» (Fuentelapeña, 1978 [1676]: 183).

Otra vez más, estamos ante la supremacía del género sobre el sexo característica del «modelo de sexo único» del que nos habla Laqueur (1994). Ante un hermafrodita, la cuestión no es determinar su verdadero sexo biológico apoyándose en un saber positivo, sino impedir que el sujeto vaya modificando el género en función a sus intereses. De lo que se trata es de mantener las fronteras de género y evitar transgresiones legales y morales:

A (los hermafroditas) las leyes antiguas y modernas les han hecho y les hacen aún escoger cual de los dos (sexos) quieren usar, de servirse tan solo de aquel que han elegido so pena de perder la vida, por los inconvenientes que pudieran causar. Y es que algunos han abusado de tal suerte, usando lujuriosamente uno y otro sexo, tanto el de hombre como el de mujer, pues tienen una naturaleza de hombre y de mujer, incluso, como describe Aristóteles, su pezón derecho como el de un hombre y el izquierdo como el de una mujer (Paré, 1971 [1573]: 24-25).

En cuanto a las causas que explican el nacimiento de hermafroditas, una de las tesis más recurrentes pivota en torno a la teoría de la generación de ascendencia galénica. Presuponiendo que tanto el hombre como la mujer segregan esperma, la generación es entonces concebida como una especie de batalla campal en la que la prevalencia de uno de los dos espermatozoides determinará el sexo del futuro ser. En caso de que las fuerzas masculinas y femeninas muestren el mismo vigor y ninguna de ellas logre imponerse, se producirá una sobreabundancia de esperma que dará lugar a la fecundación del hermafrodita. Por supuesto, este tipo de explicaciones fisiológicas coexisten y se complementan, al igual que sucede con el monstruo, con otras de índole ultramundana. Así, el hermafrodita es a veces entendido como la diabólica criatura forjada por las fuerzas satánicas que se desencadenan al cometerse un acto *contra natura*. Según una hipótesis astrológica que perdura hasta el siglo XVIII, los hermafroditas serían concebidos bajo la conjunción de dos planetas: Venus y Mercurio.

34 Algunas de las implicaciones legales de esta elección quedan perfectamente reflejadas en las Partidas alfonsinas: «Hermaphroditus en latin, tanto quiere decir en romance, como aquél que ha natura de varón, e de mujer. E este atal, dezimos, que si tira más a natura de mujer, que de varón, non puede ser testigo en testamento, nin en todas las otras mandas que ome fiziesse. Mas si se acostare más a natura de varón, estonce bien puede ser testigo en testamento, e en todas las otras mandas que home fiziesse» (en Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1997: 187-188).

A parte del hermafroditismo, otro de los fenómenos aceptados por expertos y profanos es el de la transmutación o metamorfosis sexual, esto es, cuando un ser humano, en algún momento de su vida, experimenta una súbita mutación de sexo. El mismo Ambroise Paré narra la historia de Marie, tenida por mujer hasta los 15 años. A esa edad, hallándose en el campo persiguiendo a su rebaño, Marie salta un foso y, al caer, se le aparecen «los genitales y la verga viril, habiéndose roto los ligamentos por los cuales habían estado antes cerrados y aprisionados» (Ibídem.: 30). Tras el examen de médicos y cirujanos, el obispo le concede el nombre de Germain y se le viste acorde a su nueva identidad masculina.

La explicación dada a este sorprendente fenómeno encaja a la perfección con la teoría de la simetría inversa de órganos: si la mujer tiene sus genitales en el interior de su cuerpo por no producir el suficiente calor, parece lógico que un aumento de la temperatura corporal impulse los genitales hacia el exterior del cuerpo:

La razón por la cual las mujeres pueden convertirse en hombres es que las mujeres tienen lo mismo escondido en su cuerpo que los hombres muestran fuera, y sucede solamente que ellas no tienen tanto calor ni fuerza para expulsar hacia el exterior lo que por la frialdad de su temperatura se queda en el interior. Pero si, con el tiempo, la humedad de la infancia que impide al calor realizar su deber se debilita, y el calor se vuelve más robusto, agrio y activo, no resulta increíble que éste, ayudado por un movimiento violento, pueda empujar hacia el exterior lo que estaba escondido dentro (Ibídem.: 30).

Si bien la mutación de mujer a hombre es mayoritariamente aceptada, no sucede lo mismo con el caso contrario. Se considera que la Naturaleza tiende siempre hacia la perfección, por lo que no se puede concebir que un hombre experimente un retroceso en la escala jerarquizada de los seres convirtiéndose en mujer. Sin embargo, esta opinión no es unánime. Algunos, como Antonio de Fuentelapeña, si bien admiten que el movimiento hacia lo más perfecto es la dinámica más común en la naturaleza, aplican también una lógica inversa: si por el incremento de calor el sexo femenino se torna viril, una falta de calor en el hombre debe provocar la transmutación contraria. Con todo, el mismo fraile admite que los casos documentados de mutaciones de hombre a mujer son muy escasos.

Según la ciencia biomédica actual, para la cual el hombre y la mujer ya no forman parte de un continuo jerarquizado, entender este fenómeno como una mutación repentina de sexo es el resultado de dejarse llevar por las apariencias y las falsas creencias. De este modo, la Marie de la que nos habla Paré nunca fue mujer, sino un varón desde el principio. En opinión de Salamanca (2007), un descenso repentino de los testículos criptorquídicos (situados en el abdomen o en el canal inguinal) debido a una fuerte contracción de los músculos abdominales podría explicar su aparente transformación en hombre. En otros casos, el supuesto pene salido al exterior por un aumento de calor corporal sería un mero

prolapso uterino, a saber, un descenso del útero a través de la vulva. Por su parte, la mujer barbuda y el hombre con pechos ya no son seres intermedios que denotan la existencia de ese *continuum* jerarquizado que vincula al hombre con la mujer, sino sujetos afectados por alteraciones hormonales tratables: el hirsutismo y la ginecomastia. Con la Modernidad, el monstruo será plenamente naturalizado.

3.2. La usurpación de género. Prácticas travestistas antes de la vorágine patologizadora

En el último tercio del siglo XIX, el uso de una vestimenta socialmente asociada con el otro género es un fenómeno que forma una de las ramas del naciente y cada vez más espeso árbol taxonómico de las perversiones sexuales. No es hasta 1918 que el sexólogo alemán Magnus Hirschfeld acuña el término «travestismo» para referirse a aquellas personas que utilizan ropas características del género contrario³⁵. Al igual que sucederá con otras prácticas no normativas, la categoría «travestismo» no se referirá tanto a una práctica puntual como a un tipo de sujeto patológico –el «travestido»–, cuya personalidad e historia serán fiscalizadas por los expertos con el fin de corroborar su patología.

Antes de la psiquiatrización de esta práctica no fueron pocas las personas que, desde la Edad Media, adoptaron de forma temporal o permanente la apariencia del género opuesto. Como veremos, los motivos e intereses que les llevaron a infringir los códigos estéticos fueron múltiples. Y mientras que la reacción mayoritaria del entorno social al descubrirse el engaño fue de condena formal e informal, tampoco escasearon las reacciones de tolerancia y hasta de admiración. Si bien en el rastreo de estas historias singulares nos podemos sentir tentados a utilizar nuestros términos clasificatorios, tratando así de discernir si un hombre del siglo XVIII con tendencia a vestir ropas y abalorios femeninos era un verdadero «fetichista travestista» o bien una «mujer transexual» nacida prematuramente para poder beneficiarse de las cirugías de reasignación de sexo, no debemos olvidar que estas vidas transcurrieron en otro mundo, fueron hijas de otra episteme en la que la sexualidad no se había establecido como mecanismo fundamental e identificativo de la persona. Por consiguiente, el uso de las categorías que conforman nuestro universo sexo-lógico para entender otras realidades denota algo más que un error epistemológico: es una muestra de que nuestra racionalidad puede imponerse soberbia y violentamente hacia un Otro pretérito o cultural.

35 Antes de la aportación teórica de Hirschfeld, el deseo erótico-sexual hacia personas del mismo género y el uso de una vestimenta típica del género contrario se confundían en una única categoría. Uno de los mayores esfuerzos de Hirschfeld consistirá en delimitar el travestismo de la homosexualidad.

Uno de los principales estudios sobre casos de mujeres que vistieron como hombres es el de Dekker y Van de Pol (2006). Tras un título sugerente, *La doncella quiso ser marinero*, los autores analizan este fenómeno en los Países Bajos entre los siglos XVI y XIX, aunque afirman que ésta fue una tradición muy arraigada en todo el noroeste de Europa –especialmente en los siglos XVII y XVIII–, del que existen varias referencias en el cancionero popular, los grabados, la ópera y las novelas.

En las sociedades de la época existían espacios y situaciones en los que estaba socialmente aceptado que las mujeres se travistieran, como los carnavales, las representaciones teatrales o los viajes (por razones de seguridad, se recomendaba a las mujeres que iban a viajar solas que adoptaran una apariencia masculina). Sin embargo, también hubo mujeres que, desafiando las normas religiosas y civiles, adoptaron el género masculino de forma temporal o permanente. La mayoría de ellas se travistió para ejercer de marineros o soldados, las únicas formas de sortear la pobreza y el hambre que tenían los hombres de origen humilde (la principal vía de escape para las mujeres era el trabajo sexual). Otras, con el fin de legitimar socialmente su atracción hacia las mujeres en unas sociedades en las que no existían espacios de visibilidad para el homoerotismo femenino, adoptaban el género masculino, pudiendo así mantener relaciones con otras mujeres³⁶. Finalmente, encontramos prácticas travestistas vinculadas a la religiosidad y a la voluntad de conservar la virginidad: en la hagiografía medieval figuran santas que escapaban de un matrimonio forzoso disfrazándose de hombres, mientras que la voluntad de Juana de Arco de vestir atuendos masculinos se debía a su empeño por mantener a toda costa su virginidad.

En nuestras tierras, el caso más célebre es el de Catalina de Erauso, más conocida como la Monja Alférez, cuya vida transcurre mayoritariamente durante el siglo XVII. Siendo una joven novicia, Catalina escapa del convento donde estaba internada y se viste de hombre para buscar aventuras en el Nuevo Mundo, donde se alista como soldado y participa en varias batallas coloniales, llegando a alcanzar el grado de alférez. Una vez descubierta su femineidad originaria, recibe del rey Felipe IV una pensión militar por su heroísmo y del papa Urbano VIII un permiso para vestir como hombre el resto de su vida. En un relato autobiográfico (aparecido alrededor de 1630 y del que se duda si fue escrito por ella misma o bien se trata de un apócrifo) son constantes las referencias que legitiman la obtención de la masculinidad social por parte de Catalina, enfatizándose para ello su

36 Según Dekker y Van de Pol (2006), antes del siglo XIX existen pocos casos documentados sobre relaciones lésbicas, y en la mayoría de ellos una de las dos mujeres de la pareja se travestía de hombre, respetando de este modo el esquema heterosexual. La hipótesis de los autores es que, ante la ausencia de un papel social para las lesbianas, aquellas mujeres que se sentían atraídas por otra mujer dudaban de su género y decidían adoptar el género masculino. Por ello concluyen que el travestismo femenino podría ser visto como una etapa en la historia de la homosexualidad femenina.

carácter gallardo y arrojado. Baste un ejemplo. En Nápoles, paseando por el muelle, el alférez se cerciora de las risotadas de dos damiselas que charlan con dos mozos. Al mirarlas, una de las mujeres le pregunta maliciosamente: «Señora Catalina, ¿adónde se camina?»; a lo que nuestro protagonista asegura haber respondido: «Señoras putas, a darles ustedes cien pescozones y cien cuchilladas a quien las quiera defender» (de Erauso, 1988: 85).

A pesar de ejemplos como el que acabamos de narrar, en los que el fervor patriótico hacía que se juzgase con indulgencia y hasta elogiosamente la transgresión de género de estas mujeres, lo cierto es que existieron muchas otras que no corrieron la misma suerte y fueron sancionadas por invadir el espacio social reservado a los hombres. En opinión de Santamaría (2000), estamos ante la evocación de la monstruosidad femenina: mujeres que traspasan las fronteras de género y son por ello presentadas como peligrosas para el orden androcéntrico. Ante el rechazo de la pasividad sexual y de la subordinación al deseo masculino, aparece la «mujer sobremujerizada», aquella que emplea sus armas seductoras y demás artificios femeninos para aprovecharse de los hombres. Ante la reivindicación de una existencia autónoma y desvinculada de las esferas subalternas de la feminidad, emerge la «mujer desmujerizada», cuya sanción es debida al abandono de sus obligaciones femeninas y a la resistencia al control masculino.

En cuanto a hombres que se hicieron pasar por mujer, Dekker y Van de Pol (2006) apuntan que antes de 1800 apenas se encuentran casos documentados. En opinión de los autores, ello es debido posiblemente a que el travestismo masculino todavía suscitaba más reprobación que el femenino, pues si bien la mujer trataba de progresar socialmente con esta artimaña, el hombre que decidía representar el género femenino se estaba degradando. Sin embargo, existen algunas excepciones –casi siempre entre los estratos superiores de la sociedad– que conviene mencionar. La primera de ellas es la de Charles de Beaumont, más conocido como el Caballero de Éon, un espía, diplomático y militar al servicio de Luis XV. A parte de recibir la Cruz de San Luís por sus logros en el frente de batalla, Beaumont también se ganó el favor real por varias misiones de espionaje realizadas bajo una apariencia femenina. Tras prestar sus servicios al reino pasó el resto de sus días entre la aristocracia londinense viviendo como mujer³⁷.

Otro de los casos sorprendentes lo constituye la vida de François-Timoléon de Choisy, un abad y hombre de letras que vivió buena parte de su vida como mujer. Siendo el menor de cuatro hijos varones, ya desde pequeño su madre le viste de niña para frecuentar los círculos de la reina Ana de Austria, e incluso le aplican lociones para impedir

37 Como veremos más adelante, el sexólogo Havelock Ellis se inspirará en este personaje para crear la categoría «conismo», utilizada para definir el sentimiento de pertenencia al género contrario y la adopción de los roles correspondientes.

el crecimiento del vello facial. Tras cursar estudios de filosofía y teología y obtener el título de abad, vive como mujer durante algún tiempo entre las capas más nobles de la sociedad, siendo admirada por su refinamiento y elegancia y llegando a mantener relaciones con varias damas. De sus memorias (1884) se desprende una personalidad marcadamente narcisista, coqueta y juguetona, que gusta de desafiar las normas de género. En este sentido, resulta revelador que, viviendo él como mujer, vista de varón a una de sus amantes para experimentar el entrecruzamiento de roles en la esfera pública, provocando con ello el escándalo y la desaprobación de algunos. Si bien otras personas, una vez descubiertas, justifican el recurso al travestismo por una firme convicción de pertenecer al género que estaban representando³⁸, de Choisy explica que su conducta es debida a una cuestión de gusto estético, a la pretensión y al placer de acercarse a un ideal de belleza que él asocia exclusivamente a la feminidad:

Cuando los hombres tienen o creen tener algunos rasgos de belleza por los que pueden ser amados, tratan de resaltarlos con adornos típicos de mujeres, que son más favorecedores. Ellos sienten entonces el placer de ser amados. He sentido esto que digo en más de una ocasión como una dulce experiencia, y cuando en los bailes o en el teatro, llevando bonitos vestidos, diamantes y lunares postizos, he escuchado susurrar cerca de mí: “¡He aquí una bella persona!”, he experimentado un placer tan grande que no tiene comparación alguna (de Choisy, 1884: 7).

3.3. La confesión: tecnología constituyente del Sujeto

Convencido de que el Sujeto moderno es una realidad histórica y cultural, Foucault destina buena parte de sus esfuerzos intelectuales en establecer su génesis. Para ello, cree necesario analizar las tecnologías de dominación establecidas en la época moderna, ese entramado de relaciones complejas y multiformes entre unos determinados saberes y unos mecanismos de poder mediante el cual los seres humanos se gobiernan los unos a los otros. Años más tarde, y en plena tarea de interrogación sobre el modo en que el ser humano se reconoce en tanto que poseedor de una sexualidad, Foucault se convence de que las tecnologías disciplinarias, por sí solas, no explican la totalidad de las formas de gobierno existentes en nuestras sociedades. Es por ello que decide emprender el análisis de los mecanismos por los que el sujeto es inducido a observarse y a analizarse, convirtiéndose así en objeto de conocimiento para sí mismo. El pensador francés denomina a estos mecanismos para el

38 Es el caso de Maria van Antwerpen (siglo XVIII), que tras haber cortejado como varón a varias mujeres y ser descubierta, afirma ante el tribunal: «La madre naturaleza me ha tratado con gran dureza contra mis inclinaciones y pasiones» (en Dekker y Van de Pol, 2006: 88).

conocimiento y gobierno de uno mismo «tecnologías del yo» o «técnicas de uno mismo» (*techniques de soi*)³⁹. Dichas tecnologías:

permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad» (Foucault, 1988: 48).

Una de las tecnologías del yo determinantes en la producción del Sujeto es la confesión. Mediante este procedimiento discursivo, las personas son incitadas a descubrir la verdad acerca de sí mismas, a conocer lo que está pasando dentro de ellas, localizar sus faltas, descifrar deseos, para luego verbalizarlo todo ante una figura de autoridad. Según Jeremy Tambling (1990), las prácticas de confesión ayudan a crear una individualidad marcada por una interioridad profunda y plagada de sentimientos, forman sujetos que sienten la necesidad de narrar y poner al descubierto los secretos más recónditos de sus vidas. Y en esta búsqueda de la verdad acerca de uno mismo, la sexualidad desarrolla un papel fundamental. Con el Cristianismo, el sexo se sitúa en la base de la producción de la verdad: en especial a partir del Concilio de Trento, tendrán que confesarse las prácticas sexuales llevadas a cabo, pero también, y sobre todo, los vaivenes del deseo. Será esta misma práctica confesional –una vez apropiada y readaptada por las ciencias médicas y humanas– la que se erigirá en uno de los grandes mecanismos de la moderna «*scientia sexualis*».

Para Foucault (1978), la principal aportación del Cristianismo a la historia de la moral no son las prohibiciones sexuales (que, como hemos visto, ya están presentes en el ascetismo pagano), sino el establecimiento de un mecanismo para el conocimiento de uno mismo –la confesión– que ha generado una subjetividad atenta a las debilidades y tentaciones de la carne. En *La voluntad de saber* (2003) y en la sesión impartida el 12 de febrero de 1975 en el Collège de France⁴⁰, Foucault sostiene que la evolución de la pastoral católica y del sacramento de la penitencia producida tras el Concilio de Trento es un hito fundamental no solo para la técnica de la confesión, sino también para la constitución de una subjetividad moderna que tiene en la sexualidad a uno de sus principales puntos de anclaje. La penitencia confesional post-tridentina abandona la minuciosidad de las preguntas formuladas en los manuales de confesión de la Edad Media, que obligaban al penitente a trazar un recorrido detallado del acto sexual (posturas, gestos, caricias,

39 El concepto de «governabilidad» foucaultiano resulta de la interacción entre las tecnologías de dominación de los demás y las tecnologías aplicadas a uno mismo (Foucault, 1981b y 1988).

40 Dicha sesión ha sido publicada junto con las otras clases del curso 1974-1975 bajo el título de *Los anormales* (2001).

momento exacto del placer). En adelante, lo que se tendrá que confesar ya no será tanto los actos cometidos, sino más bien los «pensamientos, deseos, imaginaciones voluptuosas, delectaciones, movimientos conjuntos del alma y del cuerpo» (Foucault, 2003 [1976]: 27). Estamos en el cénit del sujeto deseante, del que tiempo más tarde se ocupará el psicoanálisis.

En opinión de Didier Eribon (2004 [1989]), la voluntad de identificar los antecedentes históricos de esta práctica confesional con la que el sujeto elabora un discurso verdadero sobre su sexualidad, obliga a Foucault a modificar su plan inicial para una historia de la sexualidad y a retroceder en el tiempo más allá de lo que tenía previsto inicialmente. De este modo, emprende el análisis de las tecnologías del yo predominantes en la Grecia Clásica y en la cultura grecorromana de los siglos I y II, en las que el principio ético del «conócete a ti mismo» está subordinado a la necesidad del «ocúpate de ti mismo». Lamentablemente, este recorrido histórico se ve truncado por su muerte, por lo que el cuarto volumen de la *Historia de la sexualidad* –que tenía por título *Les aveux de la chair*–, en el cual iba a abordar las tecnologías del yo características del Cristianismo primitivo, nunca saldrá a la luz.

Con todo, en *Las tecnologías del yo* (1988) y en la mencionada clase de 1975, Foucault examina brevemente dos de las formas con las que los primeros cristianos propician la búsqueda de la verdad acerca de uno mismo, y cuyo tratamiento resulta fundamental para entender el largo recorrido que culmina con la confesión postridentina. Por un lado, la *hexomolougesis*, aparecida alrededor del siglo II de nuestra era. En esta técnica, el pecador revela las faltas cometidas ante el obispo para que le sea otorgado el estatuto de penitente. Tras obtener dicho estatuto, el penitente exhibe públicamente su condición recurriendo a una vestimenta andrajosa, usando el cicilio y sometándose a cierto número de prohibiciones (abstinencia sexual, ayuno, celibato). Para Foucault, esta técnica no es exactamente una confesión, sino más bien una dramatización pública del estatuto de penitente. Por otra parte, en el siglo IV aparece una técnica monástica inspirada en las técnicas estoicas para el examen de uno mismo, la *exagouresis*, que tendrá una influencia mucho mayor que la *hexomolougesis* sobre las tecnologías confesionales modernas porque pone el acento, no en la exhibición del cuerpo corrupto, sino en los movimientos del alma del penitente. Y es que con esta técnica, el monje realiza un análisis profundo y una continua verbalización de sus pensamientos ante el maestro espiritual. En ambos casos ya se puede detectar la estrecha relación que el Cristianismo establecerá entre la revelación del yo y la renuncia a uno mismo: si en la *hexomolougesis* el penitente renuncia al yo mediante una revelación teatralizada de su condición de pecador, en la *exagouresis* dicha renuncia se efectúa mediante la obediencia al maestro y la revelación verbal de los pensamientos.

Si para Foucault el momento crucial en la historia de la práctica confesional se produce en tiempos de la pastoral tridentina y la Contrarreforma, con el paso de una confesión centrada en los actos cometidos a otra en la que los deseos del penitente ocupan un lugar preferente, para Jeremy Tambling (1990) la mutación fundamental tiene lugar en el siglo XIII, con la celebración del IV Concilio de Letrán (1215 - 1216). Según este autor, los cambios introducidos durante el Concilio vendrían a ser la culminación de un proceso iniciado en el siglo IX, consistente en una progresiva privatización de la penitencia. Así, se pasaría de las técnicas vinculadas con la *hexomolougesis*, en las que la exposición pública del cuerpo mortificado del penitente delata su condición de pecador, a la práctica regular de la confesión auricular, con la que se enfatiza la interioridad del pecado y la contrición. Según Tambling, con el establecimiento de la confesión anual obligatoria y el abandono de las ordalías –ambos hechos acaecidos en 1215–, el cuerpo deja de ser el lugar donde se prueba la culpabilidad o inocencia del creyente. En adelante, la verdad se localizará en el interior de cada uno y deberá ser revelada verbalmente.

En un sentido similar a Tambling se expresa Jacques Le Goff (1964), aunque para el medievalista francés la evolución decisiva se produce en el siglo XII. Le Goff caracteriza la Alta Edad Media como un «mundo extravertido» dominado por los trabajos con fines materiales. En este periodo, las gentes son juzgadas por sus actos, no por sus sentimientos. De ahí que la Iglesia trate de encauzar las almas sancionando los actos corporales: los Penitenciales tratan antes al pecado que al sujeto pecador. Esto es así hasta el siglo XII, momento en que se produce una interiorización, o subjetivación, de la vida espiritual, una mutación íntimamente relacionada con la evolución de la confesión:

En adelante, se considera menos al pecado que al pecador, la falta que la intención, se busca menos la penitencia que la contrición. Subjetivación, interiorización de la vida espiritual que está en el origen de la introspección y, por ello, de toda la filosofía moderna en Occidente (Le Goff, 1964: 170-171).

Basándose en buena parte en el trabajo de Foucault, Vázquez García y Moreno Mengíbar (1997) establecen una tipología de las prácticas confesionales con el fin de rastrear la genealogía de este Sujeto saturado de sexualidad. Para estos autores, la práctica de la confesión surgida del Concilio de Trento debe en buena medida su estructura, significación y funcionamiento a la técnica de la *exagouresis* del siglo IV y a la penitencia sacramental salida del IV Concilio de Letrán. De la *exagouresis*, la confesión postridentina hereda la noción del cuerpo, el cual es visto como fuente de representaciones viciadas y no tanto como motor de actos prohibidos: «El mal no reside exactamente en los movimientos culpables del cuerpo, sino en la articulación de éstos con determinados estados del alma:

percepciones, sensaciones, imágenes, consentimientos, recuerdos, sueños (Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1997: 80-81). Dado que el pecado a menudo permanece oculto en lo más profundo de cada uno y dada su tendencia a manifestarse de forma engañosa, la tarea del director espiritual consiste en sacarlo a la luz y contribuir a la elaboración de un relato verdadero. Por otra parte, con el IV Concilio Lateranense la penitencia confesional adquiere la personalidad canónica y teológica que persiste hasta hoy. Se dará a la confesión el estatuto de sacramento, siendo en adelante la representación simbólica de una relación establecida entre el pecador que confiesa y se arrepiente y un Dios misericordioso que perdona. En medio de la relación, la figura del sacerdote, cuya función consiste en aplicar el perdón divino con la absolución. Con esta evolución, la verbalización de las faltas será la parte más importante de la tecnología penitencial, pasando a un segundo plano la satisfacción de los pecados.

El sacramento de la confesión que se va configurando a partir del siglo XVI es un acto de fe cada vez más individualizado, interior, que se va aproximando a la forma de la confidencia. El Concilio de Trento inviste al confesor de una imagen bondadosa, confortante, dispuesta a ayudar y a transmitir tranquilidad a un alma perturbada. El sacerdote ha de escuchar con atención la confesión, sin interrumpir ni reprender hasta que el fiel haya finalizado. Pero el confesor tiene asimismo la obligación de someter al penitente a una interrogación profunda, tiene que incitarlo a escrutar en lo más profundo de su conciencia para que pueda elaborar un relato minucioso de sus pecados, sin olvidar en ningún momento los embates de la carne (Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1997 y González Marmolejo, 2002). El sacerdote postridentino se convierte en una figura esencial para el gobierno de las almas. Si durante la Edad Media se esperaba de él que escuchara los pecados y decidiera una penitencia, en adelante sus responsabilidades serán mayores:

A esos simples requisitos se suma toda una serie de condiciones complementarias que van a calificar al sacerdote como persona que interviene en cuanto tal, no tanto en el sacramento como en la operación general de examen, análisis, corrección y guía del penitente (...) No se tratará simplemente de dar la absolución; ante todo, tendrá que favorecer y suscitar las buenas disposiciones del penitente (Foucault, 2001: 167)⁴¹.

41 Foucault (2001) admite que esta evolución del dispositivo de la confesión no es representativo de lo que fue realmente esta práctica en las sociedades católicas de la época. Para la gran mayoría de la población, la confesión era un ritual que solía realizarse una vez al año en iglesias masificadas, por lo que poco tenía que ver con la minuciosidad y la complejidad de la técnica analizada por Foucault. La confesión, en tanto que tecnología sutil y exhaustiva de control del cuerpo deseante, se aplica sobre todo entre las capas más altas de la sociedad, en especial en los seminarios. Aún siendo una práctica minoritaria, su importancia no es desdeñable, puesto que su estructura inspirará a las instituciones disciplinarias posteriores.

CAPÍTULO 4

El establecimiento de la racionalidad sexológica

Se nos dice que, con el establecimiento del orden moderno, los dioses se vieron obligados a bajar de sus altares. Emisarios del más allá, brujos, profetas y curanderos fueron colocados en la picota ante la emergencia de la Razón moderna, principal arma para desentrañar, de una vez por todas, los misterios del mundo (razón científico-técnica), a la vez que condición de posibilidad de la libertad, la justicia y el bienestar común (razón jurídico-política). Cerrando las puertas a lo precario y lo incierto, los hijos del Iluminismo, los primeros en reconocerse como integrantes de una época «que no es una época histórica entre otras, sino que es propiamente *la época de la historia*⁴², la primera en afirmar el carácter esencialmente *epocal* o histórico de la existencia humana» (Campillo, 2001a: 45), creyeron poder descifrar las leyes de la naturaleza “tal cual son”. Con una fe inquebrantable en el conocimiento científico, el hombre ilustrado emprendió la tarea de comprender las estructuras subyacentes y las constantes antropológicas, cuya lógica había permanecido oculta a lo largo de los siglos.

Con todo, autores como Antonio Campillo (2001b), que conciben la religión en un sentido amplio durkheimiano, a saber, como el universo simbólico necesario para que toda sociedad pueda pensarse, legitimarse y trascenderse a sí misma, se resisten a aceptar esa visión hegemónica de la Modernidad como la época en que se produce un «desencantamiento» del mundo mediante la racionalización de la existencia y del conocimiento. Frente a la tesis de la secularización, Campillo sostiene que con el transcurrir del Iluminismo la «religión teológica» va perdiendo peso en la esfera pública, siendo reorganizada por un nuevo sistema de creencias fundamentado en la idea de progreso: la «religión tecnológica»⁴³. La Modernidad se interpreta a sí misma mediante una visión teleológica de la historia basada en los postulados del positivismo y del evolucionismo, aunando la fe en el valor absoluto

42 Los subrayados son del autor.

43 Campillo no olvida la importancia del cristianismo en la configuración de la sociedad capitalista: «No hay que olvidar que la expansión mundial de los Estados europeos, de la economía capitalista y de la correspondiente tecnología militar, médica, agraria e industrial estuvo acompañada y legitimada en todo momento (...) por la difusión de la religión judeocristiana» (Campillo, 2001b: 295). Por tanto, y siguiendo los razonamientos del autor, no es que el cristianismo desaparezca completamente de las esferas de poder, sino que va perdiendo peso ante la pujanza de esa nueva «religión tecnológica».

del conocimiento científico con la certeza de que ese conocimiento es el motor del progreso ascendente de la humanidad: «Lo sagrado ya no está situado en lo alto de los cielos sino en el “final de la historia”, y el movimiento de perfeccionamiento ya no se dirige hacia el mundo divino del espíritu sino hacia el futuro terrenal de la humanidad» (Campillo, 2001b: 302). Así pues, el dualismo entre lo sagrado y lo profano deja de pensarse según la escala espacial «superior/inferior» para hacerlo en función de la secuencia temporal «anterior/posterior». Si en el pasado era el sacerdote el que actuaba de mediador entre lo mundano y lo sagrado, en adelante serán los detentadores del conocimiento racional los que impulsarán a la humanidad, ya no hacia el reino de los cielos, sino hacia su futuro perfeccionamiento y completitud. Sumergidos en este «metarrelato» (Lyotard, 2000), un sinfín de especialistas pasarán a gestionar las relaciones que el individuo mantiene con su propio cuerpo, con el producto de su trabajo y con el resto de la sociedad.

4.1. El «dispositivo de sexualidad»

La episteme moderna posibilita la apertura de un nuevo dominio de experiencia que aglutina comportamientos, palabras, gestos, deseos, frustraciones; un nuevo dominio recubierto por un conjunto de saberes fundamentados en el conocimiento racional: la sexualidad. Establecer su génesis histórica no es tarea fácil, ya que tendemos a concebir la sexualidad como una estructura antropológica más, como si fuera una cualidad inherente del ser humano con unos mecanismos ocultos que hay que comprender: «Bajo la diversidad de experiencias individuales y consecuencias sociales, subyace un complejo proceso natural que debía ser entendido bajo todas sus formas» (Weeks, 1993: 118).

Recurriendo a la terminología foucaultiana, diríamos que es a través de su sexualidad que el ser humano se constituye a la vez como sujeto y objeto de conocimiento. Por un lado, la sexualidad funciona como criterio de inteligibilidad y mecanismo de identificación de las personas, pues es a través de ella que el sujeto se piensa y es pensado por otros. Por el otro lado, y dada su naturaleza esencial y críptica, se la considera como una zona de especial fragilidad, pudiendo ser la causa de múltiples patologías y disfunciones del individuo. Ello motivará la institución de la sexualidad como objeto privilegiado de estudio por parte de disciplinas como la medicina, la sexología o la psicología, que tratarán de desentrañar las relaciones oscuras y complejas que median entre la verdad y la sexualidad partiendo a menudo del estudio de sus variaciones mórbidas.

Siguiendo con el trabajo de Foucault (2003 [1976]), con la Modernidad se va gestando una nueva forma de ejercer el poder menos brutal pero mucho más efectiva y constante que la existente hasta entonces. El poder arbitrario y violento del soberano,

concedido por voluntad divina y cuya máxima expresión consistía en el derecho a decidir la muerte de sus súbditos, es desplazado paulatinamente por un poder que administra la vida y que tiene como uno de sus principales mecanismos el «dispositivo de sexualidad»⁴⁴. Dicha forma de poder, basado no tanto en la ley y el castigo como en la normalización y el control, se ejerce en gran parte través de dos ejes corpóreos interrelacionados: el cuerpo-individuo y el cuerpo-población.

De un lado, a partir del siglo XVII va tomando forma una «anatomopolítica del cuerpo humano», un conjunto de tecnologías disciplinarias que abordan el «cuerpo como máquina», es decir, tienen como objetivo la educación del cuerpo, el aumento de sus aptitudes, la maximización de su utilidad y el mantenimiento de su docilidad. Se trata de una «microfísica del poder» para «asegurar presas al nivel mismo de la mecánica: movimientos, gestos, actitudes, rapidez; todo un poder infinitesimal sobre el cuerpo activo» (Foucault, 1999 [1975]: 140). Esta nueva forma de poder consiste en algo más que la mera represión y negación, ya que se caracteriza mayormente por su capacidad de producción: producción de discursos con pretensiones de verdad, construcción de nuevas arquitecturas de control, conformación de nuevas subjetividades, aumento de la productividad corporal, etc.

Paralelamente, a mediados del siglo XVIII se activa una «biopolítica de la población» centrada en el «cuerpo-especie». No se trata aquí de actuar sobre el cuerpo individualizado, sino de dispositivos destinados al conocimiento y control de todo el cuerpo social o de grupos sociales específicos. Los nacimientos, las muertes, la vida sexual, las enfermedades o la higiene son considerados fenómenos sociales –y, por tanto, de interés público– por unos saberes emergentes que sirven de fundamento para la puesta en marcha de todo tipo de intervenciones y controles reguladores sobre las poblaciones. Pretextando razones filantrópicas, como el control de los nacimientos para garantizar los medios de subsistencia (maltusianismo), el combate contra el hacinamiento y la pobreza para evitar enfermedades (higienismo) o la selección artificial para la mejora de la raza (eugenismo), las nuevas tecnologías de gestión se infiltrarán en todos los rincones de la vida social.

Este «biopoder» centrado en el cuerpo individual y el poblacional tendrá en la confesión a su «tecnología del yo» por excelencia⁴⁵. A partir del siglo XVIII esta técnica

44 Foucault (1977: 299) concibe el concepto «dispositivo» como un «conjunto heterogéneo que incluye discursos, instituciones, planificaciones arquitecturales, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas».

45 Según Foucault este «biopoder» fue determinante para asegurar el buen desarrollo del capitalismo, el cual no hubiera podido consolidarse sin la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y sin un control de las poblaciones de acuerdo a las necesidades del sistema económico: «Si el desarrollo de los grandes aparatos de Estado, como *instituciones* de poder, aseguraron el mantenimiento de las relaciones de producción, los rudimentos anatómo y biopolítica, inventados en el s.XVIII como *técnicas* de poder presentes en todos los niveles del cuerpo social y utilizadas por instituciones muy diversas (...) actuaron en el terreno de los procesos económicos, de su desarrollo, de las fuerzas involucradas en ellos y que los

cristiana de producción de la verdad será reformulada por el conocimiento científico para aplicarse a todo tipo de relaciones sociales: entre padres e hijos, alumnos y maestros, enfermos y psiquiatras o delincuentes y jueces. Si en el confesionario de lo que se trataba era de construir un relato verdadero sobre las tentaciones de la carne, fuera de él la confesión será un mecanismo al servicio del conocimiento racional de la sexualidad. Los nuevos poderes y las instituciones secularizadas requieren, tanto para su correcto funcionamiento como para la consecución de sus objetivos, la multiplicación discursiva sobre todo tipo de cuestiones sexuales, y dicha multiplicación se producirá en buena medida a través de las modalidades de confesión existentes: interrogatorios, declaraciones, relatos autobiográficos, confidencias verbales y epistolares, historiales médicos, etc.

Quizá no haya mejor ejemplo para observar cómo la sexualidad actúa como nexo de unión entre las disciplinas individuales y las regulaciones colectivas que el de la gestión experta de la masturbación que se realiza durante los siglos XVIII y XIX. Tras constituir, según Flandrin (1984), una de las principales insinuaciones de la carne que los confesores del siglo XV debían sacar a la luz, en el siglo XVIII la vigilancia de la masturbación pierde su contenido teológico-moral para pasar a ser uno de los principales arietes de las formas modernas de gobernabilidad.

Aunque no fue la primera de este género, la obra de Auguste Tissot sobre el onanismo, aparecida a mediados del siglo XVIII, contribuye decisivamente a la censura de la masturbación en base a supuestos médicos. Tissot (1905 [1758]) define la masturbación como un «acto de suicidio» y una «enfermedad mortal», puesto que conlleva la emisión espuria del líquido seminal, un humor esencial del que dependen todas las fuerzas del cuerpo y de la mente. A hombres y mujeres que se entregan a esta práctica mórbida⁴⁶, el médico francés les vaticina el padecimiento de todo tipo de enfermedades presentes y futuras. Si durante la Edad Media se consideraba el deseo del adolescente como algo irreprimible, a partir del siglo XVII se defiende la necesidad de controlar dicho deseo con el fin de prevenir posibles patologías en la adultez:

Los jóvenes que se han librado a esta deshonra (onanismo) durante su infancia y durante su desarrollo puberal, un periodo crítico de la naturaleza durante el cual todas las fuerzas son necesarias (...) estos jóvenes no pueden esperar nunca ser vigorosos ni robustos, y deben sentirse satisfechos si pueden disfrutar de una salud mediocre, exenta de grandes males y dolores (Tissot, 1905 [1758]: 163).

sostienen; operaron también como factores de segregación y jerarquización sociales, incidiendo en las fuerzas respectivas de unos y otros, garantizando relaciones de dominación y efectos de hegemonía» (Foucault, 2003 [1976]: 170-171).

⁴⁶ Aunque Tissot considera que el «humor» de las mujeres es menos precioso y está menos trabajado que el de los hombres, su emisión descontrolada les puede acarrear mayores consecuencias al tener un sistema nervioso más débil.

El asentamiento de esta visión catastrofista de la masturbación en el imaginario colectivo motivará la aplicación de mecanismos disciplinarios para controlar a niños y adolescentes: se les someterá a una vigilancia continua en internados y centros educativos, se realizarán visitas sorpresa y exhaustivos registros en sus dormitorios y se les expondrá al ejercicio violento y a la incomodidad física, sin descartar tampoco métodos quirúrgicos como la ablación del clítoris o la infibulación del prepucio. Con la exigencia impuesta a los padres para que ejerzan también esta mirada omnímoda sobre los impulsos libidinosos de sus hijos, la vigilancia de la «locura masturbatoria» se convierte en el medio a través del cual la sexualidad y sus técnicas disciplinarias se infiltran en la esfera familiar⁴⁷ (Flandrin, 1984; Moreno Jiménez, 1990; Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1997).

A parte de constituir un problema de disciplina e higiene privada, la masturbación será también entendida como un problema de salud pública. Se cree que la extensión de esta práctica tiene efectos funestos para el conjunto de la población, provocando el crecimiento de la mortalidad infantil, el descenso de la natalidad y el aumento de la morbilidad. En la España de finales del siglo XIX, deprimida por la pérdida del poder colonial y por verse en los vagones de cola del progreso industrializador, se concibe la decadencia nacional también en clave biológica. Se defiende la necesidad de regenerar el país, concebido éste como una entidad orgánica, como un ser vivo del que hay que depurar cualquier dinámica morbosa. Con esta voluntad de regeneración, «las consecuencias individuales del onanismo se convierten en calamidades colectivas: decadencia de la nación, estrago de la raza, degeneración de la especie» (Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1997: 125).

Entre las corrientes de pensamiento más preocupadas por el control de la masturbación destaca el Higienismo. Para no pocos pensadores higienistas, que conciben la salud como un fenómeno social que abarca todos los aspectos de la vida personal y colectiva, la erradicación de la masturbación es una prioridad porque provoca un sinnúmero de disfunciones orgánicas, a la vez que constituye una de las principales causas de la deriva lujuriosa que corrompe los cimientos de las sociedades. En *Elementos de Higiene Pública*, el español Pedro Felipe Monlau define la masturbación como «la forma más importante y temible de la lujuria» (Monlau, 1847:742), cuyas consecuencias afectan negativamente tanto a los individuos como a las naciones. Monlau reclama una profunda reforma del sistema educativo al ser la masturbación «un vicio casi endémico en los colegios, en toda

47 Según Vázquez García y Moreno Mengíbar (1997), a finales siglo XIX las técnicas disciplinarias de carácter correccional ceden su primacía a un conjunto de estrategias reguladoras de vocación pedagógica. La familia y la escuela se convierten en agencias de una educación sexual asentada sobre bases científicas. Con la pedagogización del sexo infantil, se asienta una nueva forma de poder basada en la palabra y no tanto en la mirada.

reunión de jóvenes» (Ibídem.:742). Para combatir este «vicio hipócrita» entre los jóvenes, recomienda el ejercicio físico intenso y regular, porque «cuando en ellos despunta el sentido genésico (...) solo la actividad muscular puede amortecer la susceptibilidad orgánica» (Ibídem.:743). La aplicación de polvos de alcanfor en las ingles o en la región genital del joven puede ser también un remedio eficaz.

De las razones esgrimidas por Monlau en *Elementos de Higiene Privada* (1857) para desaconsejar vivamente el recurso a la masturbación, se desprende una concepción del acto sexual heredera del mundo grecolatino. Al igual que sus antepasados, el higienista español destaca las poderosas fuerzas desencadenadas durante el coito, recurriendo a una analogía de Demócrito que comparaba el orgasmo con «una pequeña epilepsia»: «Durante la satisfacción de esta necesidad el sistema nervioso entra en una actividad asombrosa: el placer que la acompaña es imponderable, vivísimo, infinitamente más intenso que el que se experimenta cuando se satisfacen las otras necesidades» (Monlau, 1857: 351). Dada su potencia desestabilizadora, Monlau sostiene que la «necesidad de reproducción no debe satisfacerse sino cuando el individuo se siente llamado a ello naturalmente» (Ibídem.: 351), por lo que desdeña cualquier forma de excitación “artificial”, como las caricias, las lecturas lascivas o la asistencia a espectáculos voluptuosos. Y si bien advierte que la abstinencia prolongada es nociva para la salud, se centra principalmente en destacar los fatales resultados de una «incontinencia immoderada» porque piensa que en la sociedad de su época es mucho más frecuente la lascivia que la continencia. A pesar de esto, el pensamiento del higienista estaría más cerca de la obra de pensadores como Galeno que de los preceptos de los autores cristianos, puesto que no pretende expulsar el deseo y el placer de la existencia humana, sino más bien regularlos para preservar la salud individual y colectiva. Aunque tampoco podemos olvidar una diferencia significativa: en la obra de Monlau, la necesidad de controlar las pulsiones está vinculada a los imperativos de la salud pública, y no ya a la idea clásica del virtuosismo o gobierno de uno mismo.

4.2. El paradigma del dimorfismo sexual

El sexo se suele concebir como la realidad anatómica y fisiológica que actúa de soporte para las diversas manifestaciones de la sexualidad. Sin embargo, Foucault invierte los términos al afirmar que el sexo (con sus leyes naturales que establecen la oposición entre el hombre y la mujer) es una idea que se ha formado en el interior del «dispositivo de sexualidad»: «(El dispositivo de sexualidad) ha producido, en un momento dado, a modo de piedra angular de su propio discurso y posiblemente de su propio funcionamiento, la idea del sexo» (Foucault, 1977: 313).

En un sentido similar se expresa Laqueur (1994) cuando muestra la contingencia histórica de nuestra concepción del dimorfismo sexual. Si, como vimos anteriormente, desde la cultura grecorromana había predominado el modelo de sexo único, a finales del siglo XVII empieza a imponerse un modelo que defiende la existencia de un dimorfismo radical. Aunque Laqueur se muestra reticente a adoptar una concepción lineal y progresiva del devenir histórico, afirmando que las dos concepciones sobre el sexo han coexistido a lo largo de la historia occidental⁴⁸, admite no obstante que el antiguo eje vertical de perfección corporal va perdiendo fuerza en beneficio de la idea de los dos polos sexuales netamente diferenciados: «Una anatomía y una fisiología de lo inconmensurable sustituyó a una metafísica de la jerarquía en la representación de la mujer en relación al hombre» (Laqueur, 1994: 24). Con el nuevo paradigma, el cuerpo deja de ser una metáfora del orden social para tornarse su fundamento mismo.

A diferencia de lo que se podría pensar, la consolidación del modelo de los dos sexos no fue debida simplemente a la evolución de la biología o de la medicina, a la verdad arrojada por los datos empíricos, sino que fue posible, principalmente, por una serie mutaciones ajenas a la objetividad científica: «La biología de la reproducción, la medicina y las disciplinas vecinas dieron su lenguaje y su infraestructura al modelo de los dos sexos, pero no lo crearon» (Laqueur, 1992: IV). Y es que el nuevo modelo de la inconmensurabilidad sexual está tan íntimamente vinculado a las determinaciones culturales como lo estuvo el modelo del sexo único.

Para Laqueur, dos parecen ser los factores que posibilitan la hegemonía de nuestra actual concepción del sexo. El primero de ellos es de índole epistemológica. A finales del siglo XVII, la Revolución Científica separa definitivamente la razón de la creencia, depura del lenguaje científico todo tipo de metáforas y corta el cordón umbilical que mantenía el cuerpo unido a un orden más vasto. El cuerpo deja de ser visto como el espejo del cosmos y se convierte en una entidad aislada sujeta a las leyes de la biología, la fisiología y la medicina. Recurriendo de nuevo a la tipología de Descola (2005), se produce en Occidente el paso de un modo de identificación de tipo «analogista», caracterizado por un sistema de correspondencias que vinculan jerárquicamente a todos los elementos del mundo, a un modo de identificación «naturalista», esto es, una episteme dualista que rompe la «Gran Cadena del Ser» al separar definitivamente la sociedad de la naturaleza, el hombre de todas las fuerzas que lo rodean.

48 Con su rechazo a admitir la existencia del esperma femenino, Aristóteles podría ser visto como un disidente en tiempos del paradigma unisexo. Por su parte, los estudios sobre el hermafroditismo de Saint-Hilaire, la bisexualidad primigenia freudiana o el concepto de «estados sexuales intermedios» en Marañón o Hirschfeld nos remiten a la idea del sexo único en una época dominada por el dimorfismo sexual.

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

En una época obsesionada con la posibilidad de justificar y distinguir los roles sociales de mujeres y hombres, la ciencia parece haber descubierto en la diferencia radical de pene y vagina no sólo un signo de la diferencia sexual, sino su verdadero fundamento (Laqueur, 1994: 400).

4.3. «A cada uno, su verdadero sexo»

Si durante siglos Occidente había aceptado la posibilidad de que un mismo individuo encarnara la duplicidad sexual, a partir del siglo XVIII esta idea es desterrada del reino de la Razón: «La naturaleza, con sus juegos, da a algunas mujeres un cierto parecido con los hombres, lo que, mal examinado, ha hecho creer durante siglos en la quimera de los hermafroditas» (Tissot, 1905 [1758]: 51). El hermafroditismo deja de ser concebido como una posibilidad –más o menos monstruosa– ofrecida por la naturaleza, para convertirse en una figura engañosa cuya verdad, esto es, su verdadero sexo, hay que desvelar: «A cada uno su identidad sexual primera, profunda, determinada y determinante» (Foucault, 1980: 936). Este rechazo a admitir la existencia de los hermafroditas en tanto que seres bisexuados se inscribe en la tendencia ilustrada consistente en combatir el conocimiento mágico y supersticioso. Ya no habrá más supercherías ni explicaciones fantásticas sobre hermafroditas y demás seres monstruosos. El conocimiento médico despojará a estos seres de toda aura de sobrenaturalidad.

Estamos ante la progresiva racionalización y naturalización del monstruo, un proceso que culmina en el siglo XIX con la aparición de la Teratología: la ciencia de las anomalías o deformidades. Situado en el campo de lo teratológico, el hermafroditismo dejará de ser entendido como una mezcla de sexos para pasar a ser una especie de imperfección: una malformación genital producida por una detención o un error del desarrollo evolutivo. El estudio y la clasificación de las anomalías es una constante decimonónica. Se considera que el conocimiento del ser deforme es la mejor manera de entender al ser de conformación regular. Dado que a menudo las leyes que rigen lo normal se resisten al intelecto, una buena forma de acceder a ellas consiste en prestar atención a sus manifestaciones patológicas

(Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1997; Foucault, 2001; Canguilhem, 2005 [1966]; Salamanca, 2007).

Uno de los primeros esfuerzos de sistematización epistemológica y análisis y clasificación de las deformidades lo realiza Isidore Geoffroy Saint-Hilare, uno de los principales referentes de la Teratología. En los tres tomos de su *Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux...*⁴⁹, más conocida como *Traité de Tératologie* (1832-1837), Saint-Hilare sienta las bases para una ciencia de las anomalías. Si bien recuerda que desde la Antigüedad muchos pensadores se han ocupado de las monstruosidades, el francés sostiene que estos conocimientos no pueden ser «honrados con el nombre de ciencia» (Saint-Hilare, 1832: 2) al no sustentarse en datos empíricos y estar contaminados por la superstición. Para él, los siglos XVI, XVII y parte del XVIII constituyen la «larga infancia de la ciencia». Poniendo como ejemplo el pensamiento de Ambroise Paré, lamenta que los seres monstruosos hayan sido vistos como prodigios, fruto de los poderes divinos o diabólicos. Saint-Hilare defiende la Teratología como una disciplina científica autónoma. En su opinión, esta nueva ciencia de la monstruosidad ha de formar el campo de las ciencias de la organización junto con la fisiología, la anatomía, la filosofía natural y la zoología.

En cuanto al hermafroditismo, Saint-Hilare (1836) lo sitúa dentro de las anomalías complejas⁵⁰, al lado de las monstruosidades y las heterotaxias (disposiciones anormales de los órganos corporales). Siguiendo su teoría, existen dos grandes tipos de hermafroditismo: el «hermafroditismo con exceso» y el «hermafroditismo sin exceso». Mientras que en el primero se reúnen, de forma más o menos completa, los órganos de uno y otro sexo en un mismo individuo, en el segundo tipo el aparato sexual es esencialmente único –por lo que no se puede hablar de presencia simultánea de los dos órganos sexuales–, aunque la persona presenta rasgos femeninos y masculinos⁵¹.

Esta clasificación del hermafroditismo en función de si se produce, o no, un exceso de órganos deja entrever una «concepción cuantitativa» de la enfermedad, que fue analizada y criticada por Georges Canguilhem en su famosa obra *Le normal et le pathologique* (2005 [1966]). Canguilhem apunta que en el siglo XIX se asienta la tesis de que los fenómenos

49 El nombre completo de la obra es *Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux: recherches sur les caractères, la classification, l'influence physiologique et pathologique, les rapports généraux, les lois et les causes des monstruosités, des variétés ou vices de conformation ou Traité de tératologie*.

50 Saint-Hilare define la anomalía como «toda particularidad orgánica que presenta un individuo si se lo compara con la mayoría de individuos de su especie, edad, sexo» (Saint-Hilare, 1832: 30). Divide las anomalías en simples y complejas, siendo estas últimas las más graves y aparentes.

51 El hermafroditismo por exceso presenta tres subtipos: hermafroditismo masculino complejo, hermafroditismo femenino complejo y hermafroditismo bisexual. Por su parte, el hermafroditismo sin exceso está formado por cuatro subtipos: el masculino, el femenino, el neutro y el mixto (Saint-Hilare, 1836).

patológicos son idénticos a sus fenómenos normales correspondientes, salvo por diversas variaciones cuantitativas. Entender lo patológico como variación cuantitativa de lo normal es para Canguilhem una de las múltiples concepciones de la enfermedad que han existido a lo largo de la historia, pues toda sociedad ha de reaccionar para neutralizar la angustia provocada por el padecimiento: «Ver a todo enfermo como un hombre aumentado o disminuido es una forma de tranquilizarse. Lo que el hombre ha perdido se puede restituir, lo que ha entrado en él puede salir» (Canguilhem, 1995 [1966]: 11). El hombre moderno destina sus esfuerzos en comprender las relaciones entre las enfermedades y los estados de normalidad, así como la lógica inherente al campo de lo patológico. De este modo, se desarrolla una patología científica basada en un tratamiento localizacionista –no holista– de la enfermedad, movida por el mismo ímpetu taxonomizador que impulsa a la botánica o la zoología: «Existen especies mórbidas como existen especies vegetales o animales. Existe un orden en las enfermedades, según Sydenham, como existe una regularidad en las anomalías según I. Geoffroy Saint-Hilare» (Ibídem.: 13).

Lo que parece alejar a Saint-Hilare de sus contemporáneos es su convencimiento de que los dos sexos pueden reunirse en un solo ser. Es el caso de uno de los subtipos de «hermafroditismo con exceso», denominado «bisexual», que se caracteriza por la coexistencia de dos aparatos sexuales, uno de cada sexo. Afirma además que ante casos de hermafroditismos «neutro» (un aparato sexual que presenta unas condiciones intermedias) y «mixto» (un aparato sexual mitad masculino y mitad femenino) los caracteres sexuales suelen estar tan combinados que resulta muy difícil y hasta imposible determinar el sexo del sujeto. Esta aceptación de la duplicidad sexual por parte de Saint-Hilare parece una consecuencia lógica de su pensamiento si nos atenemos a su idea de la diferencia entre los sexos, deudora de la analogía anatómica establecida por Galeno y de los desarrollos de la embriogénesis:

(...) si cada parte del aparato masculino es esencialmente análoga por su composición elemental a una parte del aparato femenino, si su diversidad aparente es solo el resultado de algunas diferencias en el modo o en el grado de su desarrollo, nada es más fácil que concebir la existencia de estados intermedios entre los dos estados extremos (...) (Saint-Hilare, 1836: 44).

Sin lugar a dudas, Saint-Hilare se sitúa más cerca del antiguo modelo de sexo único que del concepto moderno de dimorfismo radical. Aunque si para Galeno la teoría de la simetría inversa de órganos pivota en torno a las coordenadas interior/exterior, el francés se apoya en el mayor/menor grado de desarrollo de los órganos sexuales. Así, considera que algunos órganos masculinos están más desarrollados que los órganos femeninos equivalentes (el pene es una evolución del clítoris), mientras que la mujer presenta avances evolutivos

en otras partes del cuerpo (la matriz es un órgano más desarrollado que la próstata y las vesículas seminales).

A pesar de existir casos como el de Saint-Hilare, que defienden la posibilidad de seres bisexuados, lo cierto es que a partir del siglo XVIII se destinan no pocos esfuerzos para conocer el verdadero sexo que se oculta tras la morfología engañosa de los hermafroditas. Los médicos son llamados como peritos ante los tribunales en aquellos casos en los que la determinación del sexo de una persona resulta crucial para anular/validar un matrimonio o para condenar/exculpar a la persona por mantener relaciones *contra natura*. El cambio es notorio: si antes los médicos eran solicitados por el juez como simples testigos, con el objetivo de determinar si el acusado era o no un verdadero hermafrodita, en adelante se les otorgará la potestad de definir la identidad monosexual de las personas (Foucault, 1980 y 2001). El desarrollo de la Medicina legal será posible gracias a la creciente colaboración entre jueces y médicos. Los facultativos ya no solo ayudan al poder judicial a resolver determinados casos, también son determinantes en la elaboración de leyes: «La ley y la medicina se convertirán (...) en dos tecnologías cruciales y complementarias de la emergente “gubernamentalidad” liberal» (Vázquez García y Cleminson, 2010: 32).

El hermafrodita se convierte en uno de los objetos principales de la pujante Medicina legal. En este campo destaca Ambroise Tardieu, quien en *Question médico-légale de l'identité dans ses rapports avec les vices de conformation des organes sexuels* (1874) defiende a capa y espada la intervención experta del médico para resolver el enigma planteado por la figura del hermafrodita. Tardieu rechaza el uso del término «hermafrodita» porque sostiene que estas personas, lejos de poseer los órganos y las funciones de los dos sexos, solo presentan órganos incompletos e incapaces de toda función sexual: «No existe un solo caso auténtico en el que se haya constatado, con un examen anatómico e histológico completo, la coexistencia de todos los órganos esenciales y necesarios de los sexos masculino y femenino» (Tardieu, 1874: 38). Recurriendo a la terminología teratológica, define estos casos como «vicios de conformación» de los órganos sexuales, al tratarse de una detención del desarrollo corporal. Con el fin de prevenir futuros problemas judiciales y morales, Tardieu celebra que su país haya confiado a los médicos la constatación del sexo del recién nacido, por lo que tilda de «negligencia inexplicable» el que algunos facultativos todavía confíen en la declaración de padres o comadronas sin verificar, por ellos mismos, el sexo del neonato.

Para ayudar al médico legalista a reconstituir el «estado civil verdadero» de una persona a la que le han atribuido un sexo erróneo, Tardieu elabora un protocolo basado en un examen completo de los órganos sexuales, la fisonomía y la constitución física. Este análisis pormenorizado puede completarse con otra herramienta cuya implantación progresiva constituirá un hecho fundamental: el examen moral del sujeto. Y es que Tardieu sostiene que estos «vicios de conformación» no solo afectan a la morfología de la persona,

sino también a su carácter y comportamiento. Así, «no se puede esperar encontrar un carácter y una inteligencia viril en hombres tan imperfectos» (Ibídem.: 43), es decir, con órganos sexuales poco desarrollados. Tardieu confirma esta tesis en su análisis de las memorias de Herculine Barbin –publicadas por él mismo–, el famoso caso que atraerá el interés de Foucault. Recordemos telegráficamente su historia. Herculine vive como mujer hasta los 22 años, periodo durante el cual muestra inclinaciones eróticas hacia otras mujeres. Tras el fallo de un tribunal, que decide modificar su estado civil después de evaluar el peritaje médico, decide acabar con su vida por la incapacidad de adaptarse al papel social de hombre que le habían impuesto. En opinión de Tardieu, de esta trágica historia se pueden extraer dos importantes enseñanzas:

De un lado, la influencia que ejerce sobre las facultades afectivas y sobre las disposiciones morales la malformación de órganos sexuales; de otro lado, la gravedad de las consecuencias individuales y sociales que puede entrañar la constatación errónea del sexo del neonato (Tardieu, 1874: 62).

El hermafrodita se está convirtiendo en algo más que una anatomía ambigua que transgrede las leyes de la naturaleza. Estamos también ante un carácter laxo, potencialmente peligroso para las leyes de la moral. Y es que la imperfección corporal de estos seres puede ser la causa –o el pretexto– de conductas sexuales anormales, perversas. Ya no se trata tanto de una monstruosidad física, sino más bien de comportamiento. Como apuntan Vázquez García y Moreno Mengíbar (1997), con el paso de la ambigüedad anatómica a la moral, el hermafrodita quedará emparentado con los perversos sexuales, convirtiéndose en antepasado genealógico del invertido. Con las palabras que siguen a continuación, formuladas por el higienista Pedro Felipe Monlau, podemos constatar que se percibe al andrógino como un «varón feminizado» o como una «hembra virilizada» cuyas inclinaciones atentan contra la naturaleza esencial de los géneros:

¿Existen en la especie humana verdaderos hermafroditas o individuos que reúnan los dos sexos? No. Lo que hay es uno que otro varón imperfecto que presenta muchos de los caracteres exteriores de las hembras, así como una que otra hembra con varios de los atributos masculinos. Lo que hay son algunos maricas, u hombres de textura floja, de facciones mujeriles, voz afeminada, carácter tímido y aparato genital poco desarrollado; y también algunas marimachos o mujeres hombrunas (*viragines*), de costumbres masculinas, voz ronca, barba poblada, clítoris muy abultado (en Vázquez García y Cleminson, 2010: 42-43).

Esta psicologización o moralización del hermafrodita iniciada a mediados del siglo XIX se produce en buena medida por las dificultades surgidas a la hora de esclarecer el verdadero sexo de algunas personas de compleja ambigüedad. La extrema confianza de

los médicos se convierte en frustración ante la imposibilidad de resolver los casos más complejos a través del estudio de la morfología genital. Salamanca (2007) recuerda que la determinación del sexo en algunos neonatos se revela a menudo como un problema insoluble, mientras que cada vez es más frecuente que un mismo cuerpo genere opiniones discrepantes entre los peritos que lo observan. Son estas dificultades las que propiciarán la extensión del análisis psicológico de los hermafroditas. Al no establecer diferencia alguna entre sexo, género y sexualidad, puesto que se considera que las gónadas sexuales predeterminan las características conductuales y emocionales de la persona, se utilizarán sus inclinaciones sexuales como un marcador más para establecer su verdadero sexo⁵².

Las duplicidades asociadas al hermafrodita constituyen uno de los marcos de referencia utilizados para pensar las nacientes perversiones sexuales. De su psicologización nacerá el «hermafrodita del alma»; de su generización, el «hombre afeminado». Como veremos, ambas imágenes quedarán íntimamente asociadas a la figura del invertido. Y hay más. Será este mismo invertido el que, en su grado máximo de perversidad, actuará como antepasado del transexual. Por todo ello, se puede decir que el estudio científico del hermafroditismo –cuya progresión provocará la autonomización de la ambigüedad moral respecto a la somática– representa un hito en la historia de la moderna *scientia sexualis*:

Las controversias decimonónicas acerca del hermafrodita fueron uno de los diversos medios por los que se introdujo la polémica acerca de todos aquellos cuerpos y prácticas que no se ajustaban a las morfologías y, por tanto, a las conductas masculinas y femeninas. Esos “vicios de conformación” (...) les permitían a los médicos someter a discusión cuestiones más directamente relacionadas con las prácticas sexuales (Vázquez García y Cleminson, 2010: 87).

52 Dreger (1998) analiza las fases por las que atraviesa el análisis experto del hermafrodita. En un primer momento, los médicos se basan en el aspecto externo de los genitales. En el último tercio del siglo XIX, con la introducción del examen microscópico, se toma como referencia el tejido gonadal. No será hasta el primer cuarto del siglo XX que se asentará el análisis neuroendocrino y cromosómico. En este último periodo surge el vocablo con que actualmente se conoce al hermafroditismo: intersexualidad.

CAPÍTULO 5

La taxonomización de las perversiones sexuales

Hasta el siglo XVIII, los dispositivos normativos existentes –tanto civiles como religiosos– trazaban la línea divisoria entre lo lícito y lo ilícito con el fin de controlar, principalmente, las relaciones matrimoniales. Buena parte de los esfuerzos coercitivos recaían sobre la sexualidad conyugal (deberes de los esposos, régimen erótico-sexual, periodos de fecundidad y abstinencia) y sobre aquellos actos que trastocaban el régimen de alianzas y el sistema de transmisión de bienes, como el rapto, el estupro o el adulterio. El resto de conductas eran tratadas de forma confusa. Pensemos por ejemplo que, durante la Edad Media, la sodomía era un concepto difuso que servía para denominar a toda emisión de semen en un vaso equivocado –no destinada a la procreación–, lo que englobaba a las relaciones carnales con individuos del mismo sexo, mujeres o animales. Por lo demás, los códigos normativos no establecían una clara distinción entre los atentados a las leyes de las alianzas y las conductas *contra natura*:

Lo que se tomaba en cuenta, tanto en el orden civil como religioso, era una ilegalidad de conjunto. Sin duda el “*contra natura*” estaba marcado por una abominación particular. Pero no era percibida sino como una forma extrema de lo que iba “*contra la ley*”; infringía, también ella, decretos tan sagrados como los del matrimonio y que habían sido establecidos para regir el orden de las cosas y el plano de los seres (Foucault, 2003 [1976]: 50).

Ahora bien, a lo largo del siglo XVIII la sexualidad conyugal dejará de estar en el centro de atención institucional. Su lugar será ocupado por toda una serie de conductas que se irán autonomizando de las leyes matrimoniales hasta adquirir su propia especificidad: «No sin lentitud y equívoco, leyes naturales de la matrimonialidad y reglas inmanentes de la sexualidad comienzan a inscribirse en dos registros diferentes» (Ibídem.: 52). Con esta disociación, se apartará la mirada del lecho conyugal para focalizarla en los deseos y placeres que se alejan del desarrollo normal de la sexualidad.

Más aún, las transgresiones del sexo trascenderán el dominio jurídico-religioso de lo permitido/condenado para situarse en el dominio científico-normativo de la normalidad/patología. Saberes emergentes como la psiquiatría o la sexología situarán en la órbita de lo patológico conductas que hasta entonces habían pertenecido a distintos registros de

experiencia o que ni siquiera habían sido consideradas como comportamientos desviados: amar desenfrenadamente, tener una libido ingobernable, copular con animales, penetrar cadáveres, exhibir los genitales, gozar al infligir o al experimentar dolor, excitarse con un determinado objeto o parte corporal. Nuevas categorizaciones y terminologías serán creadas –recuperándose viejos vocablos– para dar cuenta del potencial patógeno atribuido a la sexualidad: erotomanía, satiriasis, ninfomanía, zoofilia, necrofilia, exhibicionismo, sadismo, masoquismo, fetichismo. Sin lugar a dudas, serán las desviaciones de género y de la orientación sexual las que acapararán la atención teórica y taxonómica, dando lugar a una multitud de neologismos: androginia, sentimiento sexual contrario, uranismo, unisexualidad, inversión sexual, homoerastia, pseudopornia, singenesia, eviratio, philopédie, metamorphosis sexualis paranoica, travestismo, eonismo. Como veremos a continuación, antes de que la ciencia médica trace una clara distinción entre la inversión sexual y la de género, creando para ello las categorías diagnósticas de «homosexualidad» y «transexualidad», estos dos fenómenos serán tratados confusa e indistintamente.

De lo que se trata ahora es de hacer emerger a las sexualidades singulares, de nombrar y clasificar a todas las desviaciones, no tanto para prohibirlas o reprimirlas, sino más bien para convertirlas en objetos de conocimiento y de gestión. Recordemos que lo normal necesita de su contrario para otorgarse la fuerza y la legitimidad necesarias; que lo normal y lo patológico se nutren y refuerzan mutuamente. Este ímpetu clasificatorio y analítico llegará a su cenit a finales del siglo XIX, cuando las múltiples sexualidades periféricas quedarán unificadas bajo el concepto de «perversión sexual».

De la mirada detallada del saber científico surgirá algo más que una amalgama de conductas desviadas. Y es que las rarezas del sexo se irán internando en los cuerpos, hasta convertirse en carácter profundo de los individuos. Los actos desviados, como mantener relaciones con personas del mismo sexo, serán entendidos como rasgos inherentes a una personalidad pervertida. De este proceso de subjetivación de las anomalías sexuales nacerán nuevos sujetos patológicos, como el homosexual, para cuyo conocimiento será necesario conocer tanto sus actos como su historia personal:

La sodomía –la de los antiguos derechos civil y canónico– era un tipo de actos prohibidos; el autor no era más que un sujeto jurídico. El homosexual del siglo XIX ha llegado a ser un personaje: un pasado, una historia, una infancia, un carácter, una forma de vida; asimismo una morfología, con una anatomía indiscreta y quizás misteriosa fisiología. Nada de lo que es *in toto* escapa a su sexualidad (Foucault, 2003 [1976]: 56).

Las antiguas teorías sobre la sodomía se referían a los actos sexuales y sus efectos. Las nuevas teorías de la homosexualidad versarán sobre las identidades y sus causas (Hekma, 1993). El artículo de Westphal, publicado en 1870, sobre las «sensaciones (o sentimientos)

sexuales contrarias» supondrá el alumbramiento del sujeto homosexual⁵³. Las relaciones sexuales con personas del mismo sexo ya no serán aprehendidas como meros actos puntuales, sino como la expresión de un determinado psiquismo, como si fueran signos externos de un desorden interior. Las identidades sexuales nacerán con la nueva racionalidad sexológica, que concibe la sexualidad como una verdad profunda y problemática del sujeto que hay que desvelar a toda costa.

5.1. La prehistoria de las perversiones: el alienismo y la medicina legal

Antes de 1860, las conductas sexuales desviadas no estaban unificadas ni eran conceptualizadas por una teoría psiquiátrica con capacidad de síntesis, existiendo focos de discusión de orígenes diversos. Buena parte de las conductas que a finales del siglo XIX quedarán integradas bajo el concepto de «perversión» todavía no habían sido identificadas ni abordadas de forma conjunta: «Esta experiencia fragmentada (...) sólo empezará a unificarse en torno al concepto de perversión sexual cuando la herencia y sus avatares se conviertan en recurso explicativo de todas las anomalías sexuales» (Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1997: 234).

La primera forma de medicina mental que tratará algunos tipos de desviación sexual será el alienismo. Esta corriente de pensamiento creada en Francia sacó al loco de ese Gran Encierro descrito por Foucault en la *Historia de la Locura* (2000 [1964]), en donde se amalgamaban todos aquellos que suponían una amenaza para el nuevo orden burgués y su valor supremo del trabajo: ociosos, vagabundos, criminales, alcohólicos. Como señala Robert Castel (1976), el acto fundador de la primera medicina mental consistirá en hacer emerger de la masa polimorfa de reclusos a un nuevo personaje social y tipo humano, el alienado, que será medicalizado con tecnologías específicas en un lugar exclusivo de encierro: el asilo.

El pensamiento de Philippe Pinel (1798 y 1809) conectará esas tres dimensiones cuya articulación se conoce como la «síntesis alienista»: ordenación del espacio hospitalario (las figuras del infortunio –vejez, locura y enfermedad– son internadas en edificios distintos); refinamiento nosográfico de las enfermedades mentales (clasificar las enfermedades por sus síntomas, definiendo el rango que ocupa cada una de ellas en una tabla nosográfica); imposición de una relación específica de poder entre el médico y el alienado (mediante

53 A pesar de que se considera el artículo de Westphal como la obra fundacional de la homosexualidad, la invención de los vocablos «homosexual» y «heterosexual» se atribuyen al escritor Kart-Maria Kertbeny, quien los acuña por vez primera a finales de los años 60 del siglo XIX (Katz, 2007 [1995]).

el tratamiento moral). Y es que el alienismo muestra un espíritu filantrópico y optimista, convencido en poder tratar el exceso y la desmedida que caracterizan a la alienación mental mediante el sometimiento del enfermo al poder soberano del médico: el tratamiento moral consiste en «el arte de subyugar y domeñar (...) al alineado, colocándolo en estrecha dependencia de un hombre que, por sus cualidades físicas y morales, ejerza sobre él un influjo irresistible y rompa la cadena viciosa de sus ideas» (Pinel, 1798: 9). Según Pinel, para quien importa menos la calidad del delirio que lo que traiciona –esto es, la humanidad y la sociabilidad–, el médico ha de mantener una actitud paternalista y compasiva hacia el alienado, pero al mismo tiempo ha de erigirse en una figura de autoridad e imponer sus métodos disciplinarios: horarios fijos, trabajos programados, diversiones regladas, etc.

El interés de la medicina mental por las alteraciones relacionadas con la sexualidad es más bien escaso, en buena medida porque los psiquiatras no quieren minar su reputación abordando pasiones vergonzosas e impuras (Hekma, 1993 y Foucault, 2001). Aún así, el alienismo realiza una de las primeras tentativas para explicar algunos comportamientos sexuales desviados recurriendo a un concepto psiquiátrico particular –«monomanía erótica» o «erotomanía»–, aunque su abordaje se caracteriza por su escasa exhaustividad y sistematización. Es Esquirol quien conceptúa algunas formas de desviación sexual como un subtipo de «monomanías», a saber, delirios o lesiones parciales de la inteligencia, las afecciones o la voluntad. Así, mientras que el maníaco está afectado por un delirio generalizado, el monomaniaco «conserva la integridad del entendimiento sobre todo lo que se sitúa fuera de la esfera de su delirio» (Esquirol, 1838: 31). La «monomanía erótica» o «erotomanía» es una «afección cerebral, crónica, caracterizada por un amor excesivo, ya sea hacia un objeto conocido o un objeto imaginario» (Ibidem.: 32). Este «desorden de la imaginación», en el que las ideas amorosas son fijas y dominantes, afecta especialmente a los jóvenes con temperamento nervioso y una imaginación viva y ardiente, que llevan una vida ociosa y han recibido una educación «poco estricta y afeminada». Esquirol también se refiere a la ninfomanía y a la satiriasis, aunque no las conceptualiza como tipos de alienación mental porque cree que son el producto de un desorden físico (en concreto, una alteración o irritación de los órganos genitales). Mientras que la erotomanía se mantiene en los límites de la decencia, la ninfomanía y la satiriasis son para él formas de libertinaje que conllevan acciones «vergonzosas y humillantes».

El alienismo acabará desarrollando un papel indispensable en el funcionamiento del aparato judicial por el influjo que ejercerá sobre los médicos legalistas de la época. La aplicación de las tesis alienistas permitirá resolver algunas cuestiones legales en las que resulta fundamental determinar el estado mental de la persona, como las relativas al ejercicio de los derechos civiles o a las conductas delictivas. Como recuerda Castel (1976), en la segunda mitad del siglo XVIII se asienta la idea de que una racionalidad calculadora

está en el origen de todo acto criminal, por lo que la falta de cordura –o sinrazón– exime al sujeto de toda responsabilidad penal:

El legislador ha previsto muchos casos en que hallándose mas o menos privado el hombre, de instrucción, de razón o de libertad moral, se modifica el carácter legal de sus acciones, privándosele en todo o en parte del ejercicio de sus derechos civiles, al mismo tiempo que no es tampoco responsable de los actos que cometa como lo había sido antes (Mateo Orfila, 1847: 329).

Si ya es horrible la idea de que todavía se sostenga en nuestra sociedad el repugnante espectáculo de los cadalsos, ¿cuánto más no lo ha de ser si se le añade la de que su cuchilla se ensangrienta en el cuello de un infeliz enajenado? (Pedro Mata, 1866: 357).

En el campo de la sexualidad, el perito ha de establecer si la conducta transgresora constituye simplemente un delito, o bien es fruto de un delirio parcial –o monomanía–, en cuyo caso ya no se estará ante un criminal sino ante un loco, y se tendrá que sustituir la prisión o el cadalso por el asilo. Hay que destacar que para esta medicina legal fundamentada en el alienismo, la sodomía o pederastia⁵⁴ (que a finales del siglo XIX se erigirá en la forma paradigmática de la perversión bajo la denominación de «inversión sexual») no se inscribe en el espacio de la enfermedad mental sino en el terreno exclusivo de las conductas delictivas (Vázquez García y Cleminson, 2010). De este modo, autores como Mateo Orfila, Pedro Mata o Teodoro Yáñez sitúan a la pederastia en el grupo de «delitos contra la honestidad», junto a la violación, el estupro o el rapto. La compasión y el paternalismo alienistas no pueden aparecer ante una transgresión que es definida como un «ultraje a la moral» (Yáñez) o una «abominable aberración de la voluptuosidad» (Mata), un simple «producto del libertinaje más escandaloso» (Orfila). Por consiguiente, la tarea del médico legalista ante la pederastia no consiste en determinar la capacidad de raciocinio del acusado, sino en rastrear las huellas físicas del delito: «Todo lo que no sea físico u objetivo, no es de nuestra incumbencia y es ocioso consultarnos» (Mata, 1857: 290). Durante el peritaje forense se examinarán al detalle los vestigios del acto sodomítico en el cuerpo de la víctima, en especial su ano: tumefacciones, desgarraduras, callosidades. Estamos ante el delito contra la honestidad que más fácilmente puede probarse, al no estar destinada «la abertura inferior del canal intestinal a semejantes usos» (Ibíd.: 287).

54 Siguiendo a los grandes referentes europeos de la medicina legal, como Ambroise Tardieu o Johannes Casper, los médicos legalistas españoles de mediados del XIX usarán el término «pederastia» como sinónimo de sodomía (Vázquez García y Cleminson, 2010). Si bien en este periodo la sodomía es un concepto amplio que incluye todo acto realizado por «vías no naturales» (Mata, 1857: 287), cuando estos autores la abordan en sus tratados suelen centrarse en las relaciones entre hombres.

Ahora bien, la medicina legal irá considerando progresivamente como enfermedades mentales a un número cada vez mayor de conductas sexuales desviadas. En la cuarta edición de su *Tratado de Medicina y Cirugía Legal* (1866)⁵⁵, Pedro Mata reformula la teoría de Esquirol y defiende la inclusión de la satiriasis y la ninfomanía dentro de la categoría «erotomanías» o «enajenaciones mentales eróticas», argumentando que se trata de las afecciones sexuales que dan lugar «con más frecuencia a ciertos actos calificados de delitos por los códigos» (Mata, 1866: 295). Recogiendo las primeras aportaciones del degeneracionismo francés, Mata aboga por elaborar una teoría médica con la que explicar todas las formas de aberración sexual, e intuye la necesidad de abordar la sodomía como una enfermedad mental más: «Tal vez deberían figurar aquí (dentro de las monomanías) como tipos de esas horribles aberraciones ciertos hechos de amor socrático y lésbico, y de sodomía tan fuera del orden común, que no parecen posibles en un estado de razón» (Ibídem.: 304).

En el tratamiento de la sodomía, uno de los médicos legalistas que trastocará más fuertemente los cimientos de la medicina forense de mediados del siglo XIX será el francés Ambroise Tardieu. Con él, se aborda por primera vez al sodomita o pederasta en términos anatómicos y sociológicos, proporcionando «el campo abonado donde surgirá una protosexología de las perversiones» (Vázquez García y Moreno Mengíbar, 1997: 238). Anteriormente otros autores habían dado algunas pistas sobre las huellas corporales del acto sodomítico (desgarraduras anales), sus víctimas habituales (niños obligados a prostituirse) y los lugares predilectos para la realización de «tan inmunda crápula» (como los cuarteles, las cárceles o los buques), pero no habían descrito al detalle la morfología, el carácter, la apariencia o las costumbres del pederasta⁵⁶.

En su *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs* (1859), Tardieu se muestra firmemente dispuesto a romper el silencio y a ensuciar su pluma con «la infame ignominia de los pederastas»: «Ninguna miseria física o moral (...) por muy corrompida que sea, puede asustar a alguien dedicado a la ciencia del hombre y al ministerio sagrado de la medicina, estando obligado a verlo y conocerlo todo, pudiendo hablar de cualquier cosa» (Tardieu, 1859: 2-3). Es por ello que dedica un extenso capítulo de la obra al tratamiento de la pederastia en sus múltiples dimensiones. De acuerdo con Kaan⁵⁷, Tardieu cree que la pederastia es una «perversión moral». Aunque no

55 El texto, que aparece por primera vez en 1846, será objeto de importantes modificaciones por parte del autor en ediciones posteriores.

56 Para Tardieu (1859), el término «pederastia» ha de utilizarse para hacer referencia específicamente a las relaciones entre hombres, mientras que «sodomía» es un término más general que engloba a todas las relaciones «*contra natura*», esto es, todas las relaciones anales con independencia del sexo de los practicantes. Con todo, muchos autores utilizarán ambos términos como sinónimos.

57 Nos estamos refiriendo a Heinrich Kaan y a su *Psychopathia Sexualis* (1844), texto escrito en latín que supone uno de los primeros intentos de explicar las desviaciones sexuales como trastornos mentales, y

pretende comprender «aquello que es incomprensible ni penetrar las causas de la pederastia» (Ibídem.: 133), se pregunta –al igual que Mata– si este vicio es algo más que un atentado a la moral:

Si observamos la degradación profunda y la indignante suciedad de aquellos individuos que buscan (...) hombres en apariencia distinguidos por su educación y su fortuna, podríamos estar tentados a creer que su sensatez y su razón están alteradas (Ibídem.:134).

Uno de los aspectos de su estudio que dejará una mayor impronta es la asociación que establece entre la pederastia y la criminalidad. Para Tardieu, la pederastia no es tan solo un mal en sí mismo, también es el motor de múltiples crímenes. Y es que la baja moral que caracteriza a aquellos que se entregan a esta práctica les habilita para cometer todo tipo de fechorías. Parafraseando a un magistrado de su época, afirma: «Se puede decir que (...) la pederastia es la escuela donde se forman los más hábiles y audaces criminales» (Ibídem.:120). Esta idea sobre la potencia criminal del pederasta será desarrollada por las teorías organicistas finiseculares, como el degeneracionismo o el lombrosianismo.

En cuanto al estudio anatómico de la pederastia, Tardieu también ofrece algunas ideas innovadoras e influyentes. En su opinión, resulta esencial distinguir entre el rol pasivo y el activo, pues las huellas físicas del acto diferirán en función del papel adoptado. En el caso de los individuos pasivos, los signos más evidentes se concentran en la región anal. También identifica los estigmas corporales característicos del pederasta activo, habitualmente ignorados por los profesionales. En este caso, el órgano delator es el pene. Tardieu está convencido de que la mayoría de activos tienen un falo de formas y dimensiones características, tendente a la delgadez y la gracilidad⁵⁸.

Pero la principal novedad de su pensamiento es que va más allá de la descripción de las huellas corporales que delatan a pederastas activos y pasivos. Hay algo más que prácticas distintas y complementarias: cada rol denota un perfil social determinado, es producto de un carácter específico que puede deducirse de los gustos, la vestimenta, los ademanes y el aspecto del sujeto. Importante será el vínculo establecido entre la pederastia –en especial, la pasiva– y el afeminamiento, fácilmente observable si nos atenemos a su descripción del denominado «maricón» (*tante*, en francés): pelo bien cuidado, prendas ceñidas para resaltar la figura, joyas de todo tipo, perfumes penetrantes, pañuelo y flores a modo de complementos. A este respecto, el español Teodoro Yáñez se deja influir por el

no en clave teológica. Influenciado por Tissot, Kaan considera que la masturbación está en el origen de la mayoría de comportamientos sexuales aberrantes.

58 Tardieu realiza su estudio a partir de una muestra de 212 individuos. Según sus cálculos, 103 de ellos son solo pasivos, 18 son exclusivamente activos, 74 intercambian roles, mientras que 17 no están caracterizados.

pensamiento de los grandes referentes europeos en la materia –como Johannes Casper o el mismo Tardieu– para efectuar una aportación conceptual a esta cuestión de la actividad/pasividad:

Los pederastas son de dos especies, activos y pasivos, según que dan o que reciben; esto es, según que buscan los placeres en los muchachos y hombres o en las mujeres por el ano, o según que, de uno u otro sexo, se prestan a ser víctimas de semejantes ataques. Algunos autores quieren reservar el nombre de *pederasta* o *anófilo*, solo al activo, y el de *andrógino*, *kinodo* ó *pático*⁵⁹ al pasivo, pero entendiendo que sólo cuando este vicio es habitual en ellos; pues cuando un individuo es víctima de un atentado de esta especie por un pederasta, a la manera que una joven es forzada por un hombre, no merece ciertamente ese dictado denigrante (Yáñez, 1878: 333).

Si nos apoyamos en Vázquez García y Cleminson (2010), de estas palabras podemos extraer dos lecciones relevantes. En primer lugar, la necesidad de distinguir entre culpables –sean éstos activos o pasivos– e inocentes –esas víctimas cuyas marcas corporales requieren del peritaje experto para que se haga justicia. En segundo lugar, y sin duda lo más importante, que la distinción entre activos y pasivos empieza a ser algo más que una referencia a distintas posiciones durante el acto sexual: sirve para crear diferentes clases de personas. Aún así, será necesario pasar de la mirada anatómica de la medicina forense a la mirada psiquiátrica de la medicina mental para que surja el «invertido» como figura predilecta de la perversión sexual:

El pederasta pasivo es un simulacro de mujer; aparece ya en el registro de la desviación de género, pero ésta permanece aún en el plano de la fisonomía, en la superficie visible del individuo. Será necesaria una nueva vuelta de tuerca conceptual, el paso de un estilo anatómico a un estilo psiquiátrico de razonamiento para que esta androginia se interiorice y convierta en un psiquismo peculiar, en un «hermafroditismo del alma» descrito por Foucault (Vázquez García y Cleminson, 2010: 39).

5.2. «Alma de mujer atrapada en un cuerpo de hombre». La inversión sexual como tercer género

La ambigüedad del hermafrodita constituyó el marco de referencia que hizo posible el proceso de subjetivación del homosexual: «La homosexualidad apareció como una de las figuras de la sexualidad cuando fue rebajada de la práctica de la sodomía a una suerte de androginia interior, de hermafroditismo del alma» (Foucault, 2003 [1976]: 57). A

59 Los subrayados son del autor.

mediados del siglo XIX, la homosexualidad empezó a ser vista no tanto como una inversión de la orientación sexual, sino más bien como una inversión de género. Se presuponía que solo existía un tipo de deseo erótico, el heterosexual, por lo que aquellas personas que mostraban un deseo hacia los de su mismo sexo debían tener, lógicamente, rasgos psíquicos y conductuales del sexo opuesto⁶⁰. Así pues, el varón atraído por otros hombres aparecía como un hombre afeminado –o con alma de mujer–, mientras que la mujer que deseaba a otras mujeres era vista como una mujer virilizada. Esta visión de la homosexualidad como una especie de hermafroditismo anímico –o psíquico– fue defendida por algunos de los grandes nombres del pensamiento sexológico: Westphal, Magnan, Krafft-Ebing, Möll, etc. No será hasta mediados del siglo XX que se bifurcará definitivamente el concepto de «inversión», dando lugar a dos fenómenos netamente diferenciados: la inversión de la orientación sexual quedará vinculada a la homosexualidad; la inversión de género, a la transexualidad y al travestismo.

Como vimos anteriormente, la medicina forense fue de las primeras disciplinas en identificar algunos rasgos femeninos en la figura del pederasta. En este campo destacamos la obra de Tardieu, quien observó un marcado afeminamiento en la apariencia de los pederastas pasivos. No obstante, Tardieu pertenecía a una tradición de la medicina forense más interesada en las consecuencias de los crímenes que en las causas de la desviación. De ahí que sus estudios sobre la pederastia se centraran en la detección de los signos somáticos de la transgresión, y no tanto en el análisis de los factores que la generaban. La psiquiatría forense, propiamente dicha, surgirá con la obra de autores como Johannes Casper y Claude-François Michéa, que dedicaron parte de sus esfuerzos en averiguar las causas del comportamiento desviado. Si bien Casper fue más allá que Tardieu al sostener que la pederastia podía deberse, en algunos casos, a una anomalía congénita, su teoría no rompió del todo con el pasado, dado que creía que la mayoría de las veces era consecuencia de la lascivia y el libertinaje. Quien ayudó a asentar las bases para una teoría de las perversiones fue Michéa. A mediados del siglo XIX acuñó el término «*philopédie*» –amor hacia los muchachos– y definió a esos sujetos como hombres afeminados que mantenían relaciones homoeróticas. Dejando de lado el neologismo, su principal contribución consistió en considerar este fenómeno como algo innato y producto de un error fisiológico, lo que suponía un primer paso para el desarrollo de las explicaciones biológicas de la homosexualidad (Hekma, 1993).

60 A propósito del concepto de «heterosexualidad», el análisis histórico de Jonathan Ned Katz (2007 [1995]) nos enseña que no siempre ha sido un término asociado a la conducta sexual normal y deseable. En un primer momento, el término fue utilizado por algunos para referirse a un tipo de perversión sexual vinculado al hermafroditismo psíquico: «Los heterosexuales experimentaban, al mismo tiempo, una atracción erótica masculina hacia las mujeres y una atracción erótica femenina hacia los hombres. Es decir, los heterosexuales se sentían atraídos por ambos sexos» (Katz, 2007 [1995]: 20).

Será el abogado y periodista Karl Heinrich Ulrichs quien contribuirá decisivamente a difundir la visión del homosexual como un ser afeminado. Su obra, elaborada a partir de la propia experiencia y al margen de la mirada patologizante de la psiquiatría, causa un gran impacto en su época, tanto por sus aportaciones innovadoras como por sus esfuerzos por lograr la igualdad de derechos para los homosexuales. En los años 60 del siglo XIX, Ulrichs envía una serie de cartas a sus familiares en las que confiesa su atracción por los hombres, dando a esa inclinación el nombre de «uranismo»⁶¹. En su opinión, los uranistas forman un «tercer sexo»: son hombres con un alma femenina. Esta afirmación deriva de la creencia de que la orientación sexual es inexorablemente heterosexual; es decir, para Ulrichs, el hecho de sentirse atraído hacia un hombre solo es posible si se posee una psique femenina⁶². Dicha feminidad anímica es congénita y se manifiesta tempranamente a través del comportamiento: los niños uranistas muestran sus preferencias por las actividades y pasatiempos femeninos, tales como jugar con muñecas. La teoría de Ulrichs está influenciada por los estudios sobre el hermafroditismo físico de su tiempo, que defienden que la ambigüedad genital se produce durante el primer trimestre de gestación. En el caso de los uranistas, es el alma, y no los genitales, lo que se feminizaría.

De acuerdo con Kennedy (1997), las tesis de Ulrichs fueron desacreditadas por médicos y psiquiatras, que nunca vieron con buenos ojos que no perteneciera al gremio. Además, si tenemos en cuenta que Ulrichs era un uranista confeso, los psiquiatras no podían dar credibilidad a un discurso que provenía de una mente enferma, de un paciente potencial. A su vez, Ulrichs criticó a figuras eminentes de la psiquiatría como Westphal o Krafft-Ebing por ofrecer una visión sesgada del uranismo, argumentando que sus estudios se elaboraban exclusivamente a partir de las observaciones de pacientes recluidos en centros psiquiátricos, y no a partir del estudio de personas mentalmente sanas. A pesar de que Ulrichs, Westphal y Krafft-Ebing compartían la visión de la homosexualidad como un fenómeno innato caracterizado por el hermafroditismo psíquico, existían diferencias notables entre ellos en lo referente al lugar desde donde emitían sus discursos y a la carga política de sus teorías: Ulrichs, que era abogado, creó una categoría autorreferencial y la dotó de contenido para luchar por la tolerancia social hacia los suyos; Westphal y Krafft-Ebing pertenecían a una pujante psiquiatría que estaba convencida del carácter neuro-psicopatológico de las transgresiones sexuales, hecho que legitimó su posterior medicalización y asentó la imagen amenazante del perverso sexual.

61 Ulrichs publicará sus primeros escritos bajo el pseudónimo de «Numa Numantius».

62 Aunque Ulrichs se dedica principalmente al análisis del uranismo masculino, admite que entre las mujeres también se produce este fenómeno (Kennedy, 1997).

Ulrichs es hoy visto como uno de los grandes precursores del movimiento de liberación gay. Dedicó su vida a reclamar la igualdad de derechos y oportunidades entre uranistas y dionistas⁶³ (heterosexuales), y luchó por lograr una reforma legal que despenalizara las prácticas homosexuales. Su teoría del uranismo tenía por objeto borrar la marca del pecado y la lujuria que recaía sobre la homosexualidad subrayando su carácter innato, lo que allanó el camino para todos aquellos que, todavía hoy, recurren a una etiología congénita para defender la respetabilidad y la desculpabilización de las personas homosexuales⁶⁴. Asimismo, sus intentos por generizar la clásica dicotomía cuerpo/alma (cuerpo de varón y alma de mujer, y viceversa) han dejado una impronta en la imaginería que acompaña a la actual gestión biomédica de la transexualidad. El legado uranista se hace patente en la visión hegemónica de la transexualidad, que es presentada como una suerte de dualismo psico-corpóreo: como el producto de la «discrepancia» entre la mente y el cuerpo de la persona. Como tendremos ocasión de observar, la metáfora utilizada por Ulrichs para describir su existencia («alma de mujer atrapada en un cuerpo de hombre») es hoy la frase más utilizada por médicos y algunas personas transexuales. En fin, sus especulaciones acerca de las causas del uranismo (esa feminización de la psique durante las primeras fases del proceso de gestación) han sido retomadas por las actuales investigaciones etiológicas de la transexualidad.

Por otra parte, Trumbach (1989 y 1993) y van der Meer (1993) afirman que la idea de Ulrichs sobre la existencia de un tercer género tenía su origen en las prácticas y concepciones populares de la época. De acuerdo con estos autores, hasta finales del siglo XVII la mayoría de relaciones entre personas del mismo sexo eran protagonizadas por un hombre adulto y un adolescente. La distribución de los roles activo y pasivo, siguiendo la lógica clásica, se efectuaba en función de la edad: el adulto penetraba al joven. Consecuentemente, el adulto mantenía su hombría y las fronteras de género quedaban intactas. Pero a partir de dicha época se produjo en los países del norte de Europa un cambio notable al extenderse las relaciones entre hombres adultos, que tendían a intercambiarse las posiciones durante el acto sexual. Al adoptar el rol pasivo, el hombre perdía socialmente su virilidad y se feminizaba. Esta vinculación entre homosexualidad y afeminamiento se

63 Ulrichs elabora estos términos a partir de un diálogo sobre el amor que aparece en *El Banquete* de Platón (2004). En dicho diálogo, Pausanias distingue entre dos tipos de amor, simbolizados por dos versiones diferentes de la diosa Afrodita. La primera Afrodita nace de Urano, sin participación alguna de una figura femenina. En la segunda versión, la diosa del amor aparece como hija de Zeus y Dione. La Afrodita Urania simboliza el «amor celeste», que pertenece al alma y, por tanto, es duradero. La segunda Afrodita, denominada Pandemos, es la del «amor ordinario», que es corporal y efímero. Mientras que este amor ordinario corresponde al vínculo heterosexual, el amor celeste representa el amor entre hombres.

64 Uno de los ejemplos actuales del legado de Ulrichs lo tenemos en el neurobiólogo, y declarado homosexual, Simon LeVay (1991 y 1998), quien sostiene la existencia de diferencias en el hipotálamo de homosexuales y heterosexuales.

vio reforzada por la adopción, por parte de algunos homosexuales, de una apariencia y una gestualidad característicamente femeninas, y por el hecho de compartir, a causa de la opresión y la persecución, determinados espacios públicos con otro colectivo marginalizado, las prostitutas, utilizando ambos el mismo lenguaje secreto de seducción e invitación al acto sexual. Nos situamos, pues, ante un cambio de paradigma: si antes había tres sexos (recordemos la aceptación de la duplicidad hermafrodítica) y dos géneros, a principios del siglo XVIII surge un nuevo modelo con dos sexos (por la consolidación del dimorfismo sexual) y tres géneros. El género intersticial será el representado por el homosexual pasivo, travestido y afeminado (*molly*, en inglés). Las mujeres también contarán con una figura virilizada: las denominadas *tommies* o *sapphists*.

Ante el asentamiento de las teorías que concebían la homosexualidad como un hermafroditismo psíquico y al homosexual como un ser afeminado, surgió un movimiento díscolo que defendía la virilidad de los homosexuales. Una de sus figuras más representativas fue el pintor y poeta Elisar von Kupffer, conocido por la publicación de una antología poética de temática homoerótica (la obra abarca épocas y lugares tan dispares como la Grecia Clásica, el mundo árabe, Japón, la Italia renacentista o la Inglaterra victoriana). Von Kupffer criticó la influencia de la psiquiatría en la difusión de la teoría del tercer género y también la consideración de la homosexualidad como un hecho patológico. Ferviente defensor de la cultura masculina, se inspiró en el ideal griego del amor pederasta para ensalzar la pureza y la virilidad de las relaciones entre hombres, a la vez que lamentó el excesivo culto que, en su opinión, su sociedad rendía a la mujer (Aldrich y Wotherspoon, 2002).

En este debate sobre la inherente masculinidad o feminidad del sujeto homosexual, el poeta y ensayista francés Marc André Raffalovich ofrece un punto de vista intermedio y, ciertamente, original. Conocido por su tensa relación con Oscar Wilde y por su amor hacia John Gray (quien, supuestamente, sirvió de inspiración para la archiconocida obra de Wilde), Raffalovich realiza una importante contribución a la teorización de la homosexualidad en *Uranisme et unisexualité: étude sur différentes manifestations de l'instinct sexuel* (1896). En esta obra defiende que tanto la heterosexualidad como la homosexualidad –llamada por él «uranismo» o «unisexualidad»– son expresiones normales de la naturaleza humana. En su opinión, el vicio y la virtud no son propiedades exclusivas de homosexuales o heterosexuales. Es el sentido del deber y de la responsabilidad de cada hombre, sea cual sea su orientación sexual, lo que dará lugar a una vida virtuosa o bien a una existencia licenciosa y poco decorosa. Por todo ello, «el invertido sexual no es necesariamente ni un enfermo ni un criminal» (Raffalovich, 1896: 25). Rompiendo estereotipos añejos, sostiene que el coito anal y el deseo hacia el impúber no constituyen el fin natural del instinto sexual del uranista, sino su desviación y corrupción. Católico convencido, Raffalovich recomienda al unisexual huir de la perversión mediante la castidad y el desdén de los impulsos sexuales,

cultivando un amor hacia los hombres de corte sentimental e intelectual.

La sentencia «alma de mujer en un cuerpo de hombre» no refleja para Raffalovich los diversos tipos de uranistas existentes: los hay «ultra viriles, viriles, afeminados y pasivos» (Ibídem.: 5). Creer en la feminidad de todos los unisexuales es un error reduccionista que olvida que algunos de ellos «son más masculinos que los hombres normales (...) desprecian demasiado a las mujeres como para ser afeminados» (Ibídem.:15). A pesar de admitir la diversidad de expresiones uranistas, Raffalovich no les concede la misma consideración: mientras que el unisexual masculino acostumbra a destacar por sus «elevados valores morales», el afeminado lleva consigo la marca de la degeneración. Es, por tanto, la adecuación a las normas de género, y no la orientación sexual, lo que separa aquí al hombre normal del perverso sexual.

Como señala Hekma (1993), la disputa entre defensores y detractores de la homosexualidad en tanto que tercer género se resolverá a favor de los primeros. La insistencia de muchos homosexuales en presentarse como sujetos situados entre el binomio hombre-mujer contará además con el respaldo del estamento psiquiátrico, que verá en esta concepción una buena forma de cortocircuitar la amenaza que la homosexualidad suponía para el mantenimiento del sistema de género. Y es que si se transformaba al sodomita en un hombre afeminado, en un hombre con alma mujer; en fin, en un no-hombre, la decencia y la virilidad del hombre “normal” quedaban intactas⁶⁵.

5.3. La teoría de la degeneración: el campo fértil para las perversiones sexuales

La disciplina psiquiátrica experimenta una mutación sustancial a partir de los años 60 del siglo XIX. Tanto los fundamentos teóricos como la metodología terapéutica del alienismo son cuestionados por una pujante psiquiatría de corte organicista e inspirada en los avances de la medicina clínica. Esta nueva psiquiatría ya no es tanto un saber sobre la enfermedad, pues tiene como foco principal de atención a la anomalía: «La psiquiatría abandona a la vez el delirio, la alienación mental, la referencia a la verdad, y luego la enfermedad. Lo que toma en cuenta en ese momento es el comportamiento, sus desviaciones, sus anomalías;

65 Esta estrategia simbólica de preservación de la masculinidad podríamos también encontrarla en aquellos países que, en la actualidad, persiguen severamente la homosexualidad pero ofrecen una cobertura para aquellas personas que desean someterse a las técnicas transexualizadoras. Es el caso de Irán, donde la homosexualidad está penada con la pena capital al mismo tiempo que se reconoce el derecho de los transexuales a operarse y obtener una nueva identidad jurídico-administrativa. La lógica que subyace a esta situación sería similar a la aplicada el siglo XIX: si a todo hombre que no se adapta al rol social masculino se le aplican técnicas de feminización corporal y se le otorga una identidad femenina, se logra salvaguardar la esencia masculina.

hace de un desarrollo normativo su referencia» (Foucault, 2001: 281). Toda una serie de conductas desviadas serán unificadas bajo un único paradigma nosográfico y etiológico: el degeneracionismo.

La noción alienista de «monomanía» se refería a un delirio parcial, a un desorden puntual que podía ser tratado mediante el tratamiento moral. Con el paradigma organicista de la degeneración aparece la noción de «estado anormal», esto es, un núcleo patológico permanente –y, por tanto, irreducible a la pedagogía racional– a partir del cual puede desarrollarse una infinidad de procesos mórbidos. El individuo afectado por este estado de anormalidad o degeneración puede sufrir cualquier tipo de desviación o patología, pues «su fecundidad etiológica es total» (Ibídem.: 285). Dicho estado se concibe como una detención, retraso o regresión del desarrollo evolutivo que se transmite hereditariamente. Así pues, la degeneración activa un círculo vicioso que hace peligrar la evolución del individuo y de la especie: una patología puede producir cualquier otra patología en un mismo individuo, a la vez que puede reproducirse y agravarse en los descendientes (Castel, 1976; Foucault, 2001; Vázquez García y Cleminson, 2010).

El primer gran teórico del degeneracionismo es Bénédicté-Auguste Morel. Para este médico francés, las degeneraciones son «desviaciones mórbidas del tipo normal humano» (Morel, 1860: II) que se transmiten hereditariamente. En *Traité des degenerescences* (1857), Morel explora las múltiples causas de la degeneración: si bien pueden ser el producto de una patología congénita, en la mayoría de los casos las degeneraciones constituyen la prueba palpable de la deriva y el mal obrar de la humanidad, pudiendo ser provocadas por un entorno físico y social inadecuado (como las hambrunas, las epidemias o el hacinamiento), los malos hábitos (el alcoholismo o una mala alimentación) o la inmoralidad (las bajas pasiones o una educación inapropiada)⁶⁶. El sujeto degenerado puede sufrir deformidades corporales, disfunciones orgánicas y hasta «las aberraciones más extrañas en el ejercicio de las facultades intelectuales y de los sentimientos morales» (Morel, 1857: 62); una amplia variedad de anomalías que le impedirán «cumplir con su función en la humanidad» (Ibídem.: 5).

Pero el gran peligro de la degeneración es que no solo afecta al sujeto individual: también conlleva graves consecuencias para las generaciones futuras. Aunque en un primer momento las patologías pueden deberse a factores adquiridos, éstas acaban fijándose en el individuo y constituyendo ese núcleo o estado patológico que se transmite a las generaciones venideras, las cuales podrán sufrir la misma u otras patologías distintas. De este modo, los

66 Ferviente católico, Morel ofrece una interpretación bíblica de la degeneración. Recurre al Génesis para entender los orígenes del mal, principal causante de la degeneración del hombre creado a imagen y semejanza de Dios.

descendientes de una persona alcohólica pueden padecer, a causa de la herencia, imbecilidad, idiocia, «perversiones de los sentimientos» o «aberraciones de la inteligencia». Esta secuencia incesante entre patología–herencia–degeneración crea, según Morel, variedades mórbidas de la especie humana, auténticas «razas enfermizas». Si el alienismo concibió una terapéutica individual dentro de los muros del asilo, el degeneracionismo priorizará las acciones preventivas sobre la sociedad en su conjunto, en especial en aquellas zonas donde reina el desorden y la inmoralidad. Es necesario «combatir las causas de las enfermedades y prevenir sus efectos» (Ibídem.: 690), lo que implica actuar sobre los procesos patógenos con regulaciones sociales y medidas higiénicas. Ante un núcleo patológico permanente y hereditario, la prioridad ya no es tanto la curación del individuo, sino la protección y gestión de todo el cuerpo social.

El paradigma de la degeneración permitirá unificar el abordaje de todas las desviaciones sexuales, superando las disparidades teóricas y taxonómicas existentes hasta entonces. Basándose en una concepción evolutiva de lo patológico, el degeneracionismo servirá para pensar el amplio espectro de las anomalías de la sexualidad, que serán vistas como perversiones del instinto sexual normal (que es heterosexual y reproductivo). El degeneracionismo confiere a la sexualidad una responsabilidad biológica y genética fundamental: las desviaciones sexuales producen todo tipo de enfermedades en el individuo, pero también pueden entrar en una espiral de degradación evolutiva que determine la decadencia de la especie. Con el fin de controlar y gestionar esta doble vertiente de la degeneración –individual y colectiva– surgirán dos de las grandes tecnologías del siglo XIX: la psiquiatría de las perversiones y la eugenesia.

El concepto de «perversión sexual» es difundido por el otro gran nombre del degeneracionismo francés: Valentin Magnan. Con un enfoque más secular y biólogo que el de Morel, en *Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles* (1885) Magnan se muestra dispuesto a superar la confusión provocada al contemplar la enorme diversidad de anomalías sexuales determinando sus vínculos recíprocos. Para abarcar toda esta diversidad, elabora una tipología formada por tres categorías: «espinales», «espinales cerebrales posteriores» y «espinales cerebrales anteriores». Los individuos encuadrados en esta última categoría tienen afectado el «centro genito-espinal», a saber, la región que determina las funciones sexuales. Esta disfunción provoca que las ideas, las inclinaciones y los sentimientos estén pervertidos, lo que aleja a estas personas del «acto fisiológico indispensable para la conservación de la especie» y les lleva a cometer las «aberraciones más extrañas» (Magnan, 1885: 11). En su grado máximo de desviación, esta perversión puede dirigir el instinto sexual hacia las personas del mismo sexo: es lo que Magnan –siguiendo a Charcot– denomina «inversión del sentido genital». El hecho de que esta perversión tienda a manifestarse antes de que una «educación viciosa» o una «actitud depravada»

puedan corromper al niño, demuestra su carácter congénito. Magnan se alinea con la corriente encabezada por Ulrichs al concebir a la persona invertida como un ser cuya alma y morfología corporal están inversamente sexuadas, aunque en su definición sustituye el término filosófico-religioso «alma» por el término biólogo «cerebro»: «cerebro de mujer en un cuerpo de hombre y cerebro de un hombre en el cuerpo de una mujer» (Ibíd.: 18). La visión del invertido como un ser afeminado, fruto de la conceptualización conjunta de las inversiones de sexo y de género, queda patente en el relato de un profesor universitario recogido por Magnan:

Mi sensualidad se manifestó cuando tenía siete años por un violento deseo de ver desnudos a los niños de mi edad o a los adultos (...) Me encanta el acicalamiento femenino; me gusta ver a una mujer bien arreglada, porque pienso que me gustaría ser mujer para vestirme así. A los 17 años me disfrazaba de mujer en carnaval y sentía un intenso placer al arrastrar las faldas por los salones, al ponerme pelucas y al lucir un vestido escotado (Ibíd.: 16).

Tal y como señalan Plumed y Rey (2002) y Vázquez García y Cleminson (2010), las ideas degeneracionistas se asentaron en España tardíamente. Hasta el primer cuarto del siglo XX, el degeneracionismo no se establece como paradigma de referencia, época en la que todavía tiene que coexistir con las categorías del alienismo (como la erotomanía), la medicina legal (pederastia) e incluso con las antiguas nociones teológico-morales (sodomía). Este eclecticismo teórico-conceptual queda reflejado en los estudios criminológicos de principios del XX, como es el caso de los célebres tratados sobre la «mala vida»: *La mala vida en Madrid* (1998 [1901]) de Bernaldo de Quirós y Llanas Aguinaliedo, y *La Mala vida en Barcelona* (1912) de Max-Bembo. En estos textos, que analizan las múltiples dimensiones de la criminalidad y la inmoralidad en las dos grandes ciudades españolas (prostitución, delincuencia, homosexualidad o miseria), se puede ver el influjo del degeneracionismo francés y de su escuela homóloga italiana (el lombrosianismo), pero también es visible la impronta de la medicina legal y de los primeros teóricos de la inversión. Max-Bembo muestra sus múltiples y variados conocimientos teóricos (de Westphal y Raffalovich hasta Krafft-Ebing y Moll) cuando aborda la inversión sexual en su *Mala Vida en Barcelona*. Para este pedagogo catalán, que dedica parte de la obra a identificar los espacios públicos en donde se producen encuentros sexuales entre hombres y a analizar la liturgia que gobierna dichos contactos, la inversión es fruto de una degeneración del instinto sexual normal:

Sabemos que la normalidad es la herencia del instinto de reproducción, lo masculino uniéndose a lo femenino para continuar la perfección del tipo de la especie. Este instinto puede desviarse, es decir, es anómalo desde el momento que no cumple la herencia; se pervierte en tanto que disminuye la atracción de seres contrarios; hay aberración en tanto que se anula el fin primero de la vida (Max-Bembo, 1912: 21-22).

Asimismo, las teorías de la degeneración constituyen una de las corrientes teóricas que alimentan al movimiento regeneracionista español. Algunos de sus autores atribuyen la mayoría de los problemas que asolan el país a finales del siglo XIX (la pérdida del poder colonial, la inestabilidad y la corrupción políticas, el aumento de la pobreza urbana y la práctica desaparición de la pequeña agricultura) a la degradación de la raza ibérica. Dicha degradación se habría producido, en buena medida, por una supuesta pérdida de virilidad entre los hombres españoles. Un ejemplo de ello lo encontramos en Lucas Mallada, quien en *Los males de la Patria y la futura revolución española*, a parte de identificar la pereza, la fantasía, la falta de patriotismo y la ignorancia como los «grandes defectos del carácter nacional», sospecha que «el pueblo español posee menor virilidad en el presente que en otros tiempos pasados» (Mallada, 1969 [1890]: 37).

5.4. Krafft-Ebing: el padre de la sexología contemporánea

Como bien apuntan Vázquez García y Moreno Mengíbar (1997: 247), «el paso de una noción de enfermedad concebida como desorden puntual y excepcional (monomanía) a un concepto evolucionista de lo patológico que sitúa en la sexualidad y en sus sinuosidades más cotidianas la clave interpretativa de la subjetividad, marca la ruptura que hace posible a una teoría de las perversiones». El paradigma organicista posibilita la aparición de teorías que unifican, bajo un único modelo explicativo, a un número cada vez mayor de conductas sexuales anómalas. Se desencadena entonces, a finales del siglo XIX, una vorágine sexológica caracterizada por un aumento exponencial de publicaciones, taxonomías y conceptos con los que se tratan de esclarecer los mecanismos y (dis)funciones de la sexualidad.

Es cierto que existen importantes diferencias entre los autores: algunos, como Krafft-Ebing, defienden el carácter esencialmente patógeno de la sexualidad, mientras que otros, como Havelock Ellis o Magnus Hirschfeld, se apartan de esta patologización de lo sexual y hasta consideran ciertas desviaciones sexuales como legítimas expresiones de la naturaleza humana; Freud y sus discípulos se aproximan a la sexualidad desde una vertiente simbólica, mientras que Kinsey y los suyos inauguran el estudio sociológico del comportamiento sexual. Pero a pesar de estas diferencias palpables, lo cierto es que todos ellos utilizan la misma racionalidad sexo-lógica, gravitan en un universo en el que la sexualidad aparece

como una verdad esencial, como el principal determinante de la identidad del sujeto, como un sustrato que casi todo lo explica.

Los pioneros de la sexología científica solían presentarse como adalides de la verdad sexual en una sociedad que la ensombrecía con tabúes, eufemismos y sanciones. Sus trabajos estaban motivados por una voluntad filantrópica y la mayoría de ellos apoyó la despenalización de la homosexualidad en países con leyes restrictivas y mentalidades cerradas. Sin embargo, tal y como defiende Weeks (1993: 126), esta emergente sexología, «lejos de estar en una situación conflictiva con las tendencias del siglo XIX, fue muy complaciente con ellas». Y es que como ya adelantó Foucault (2003 [1976]), a pesar de las restricciones y los silencios estratégicos, el siglo XIX colocó al sexo en el corazón del discurso y entre los engranajes del poder. La sexualidad aparecía en los principales debates de la época y estaba en el núcleo mismo de las grandes tecnologías de gestión y control social, como el higienismo, el maltusianismo o el eugenismo. Al respecto, Weeks (1993) sugiere que la sexualidad actuó como un «campo de batalla simbólico» en el que se dirimieron la mayoría de conflictos sociales: la preocupación ante el potencial desestabilizador de la pobreza y del hacinamiento entre la clase obrera, se traducía en campañas que advertían de los peligros del incesto y la promiscuidad; la inquietud ante las reivindicaciones del feminismo y las proclamas de igualdad, se neutralizaba con teorías sobre la irreductibilidad del dimorfismo sexual; con la alarma provocada por la pérdida del poder colonial, se acusaba a la prostitución y a la homosexualidad de ser las causantes de la decadencia de la nación. La sexología surgió entre estos problemas y luchas sociales, y sirvió para conferirles una base teórica.

En el año 1886 el psiquiatra Richard von Krafft-Ebing publica *Psychopathia Sexualis*⁶⁷, el gran tratado médico que aborda de forma sistemática y exhaustiva las desviaciones sexuales. En esta obra se analiza y clasifica una amplia gama de fenómenos, que son agrupados bajo el concepto comprensivo de «perversiones sexuales». Tras la primera edición de la obra, relativamente breve, Krafft-Ebing recibe numerosas cartas de personas que le explican detalladamente sus problemas sexuales. En ediciones posteriores, estos testimonios son convertidos en estudios de casos clínicos, hecho que permite al autor afinar y profundizar sus análisis sobre las perversiones, en los que cada vez cobran mayor importancia las experiencias subjetivas del paciente (Moreno Jiménez, 1990; Weeks, 1993; Hauser, 1994).

Con *Psychopathia Sexualis*, Krafft-Ebing pretende «conocer los síntomas psicopatológicos de la vida sexual, determinar sus orígenes y deducir las leyes de su desarrollo» (Krafft-Ebing, 1895 [1866]: VI-VII). Si bien la literatura o la religión se han

67 El título es una clara referencia a la obra de Kaan, aparecida 42 años antes.

ocupado de la vida sexual y de los sentimientos amorosos a lo largo de los siglos, cree que ha de ser la medicina la encargada de desvelar los misterios de la sexualidad, estudiando para ello sus dimensiones psicológica, anatómica y fisiológica. Aunque las disposiciones patológicas pueden ofender al «sentido moral y estético», el médico está predestinado a ocuparse de la debilidad y la miseria humanas para «salvar a la humanidad ante el juicio de la moral»; está obligado a «buscar la verdad, objetivo supremo de todas las ciencias humanas» (Ibídem.: VIII). Las palabras de Krafft-Ebing reflejan el sentir de una disciplina que persigue la respetabilidad dotándose de un halo de científicidad y objetividad; reflejan el sentir de una época para la cual la sexualidad está incrustada en el corazón de la existencia, pues todo lo recubre, impulsa y explica:

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

En opinión de este sexólogo austro-alemán, la monogamia y el matrimonio instaurados por el cristianismo son la prueba de la superioridad moral e intelectual de la civilización occidental. El principal objetivo del instinto sexual ha de ser la procreación. Cualquier desviación lujuriosa del mismo resulta especialmente peligrosa porque destruye las bases de la sociedad. Ahora bien, para Krafft-Ebing es esencial distinguir entre «perversidad» y «perversión»: mientras que la primera es fruto del vicio y ha de ser castigada, la segunda es el resultado de una «predisposición mórbida» que afecta al sistema nervioso central, por lo que constituye una psicopatología que ha de ser estudiada y tratada por el especialista: «El perverso sexual es un desgraciado y no un criminal (...) no merece mayor desprecio que un individuo venido al mundo con una malformación física» (Krafft-Ebing, 1891: IV). Con esta convicción despenalizadora, Krafft-Ebing clasifica y analiza múltiples perversiones sexuales (sadismo, masoquismo, fetichismo, exhibicionismo, homosexualidad, pedofilia, zoofilia, gerontofilia, autoerotismo, etc.) y recurre a la hipnosis para reducir el sufrimiento del enfermo (pues cree que, en la mayoría de casos, la curación completa es todavía imposible).

El trabajo de Krafft-Ebing representa uno de los primeros intentos por dotar de una base científica al supuesto según el cual existe una estrecha correlación entre la morfología corporal, la identidad y la orientación sexual de la persona (p.ej. cuerpo de varón-identidad masculina-deseo hacia las mujeres). Considera que con el desarrollo físico y psíquico de la pubertad, y con el influjo recibido a lo largo de las primeras etapas de la vida por factores externos como la educación, el adolescente toma conciencia de sus caracteres

sexuales primarios y secundarios –pues el recién nacido es de *generis neutrius*– y adquiere una «individualidad sexual», es decir, forma su carácter «conforme a la naturaleza de su sexo» (Krafft-Ebing, 1895 [1866]: 244). Si no hay factores que entorpezcan el desarrollo físico y psicosexual, esta individualidad sexual –que es una de las partes más sólidas de la conciencia de uno mismo– dirige su deseo hacia las personas del otro sexo. Pero si alguna fuerza entorpece el proceso, el individuo puede desarrollar un deseo sexual equivocado, que podrá dirigirse hacia un objeto (fetichismo) o hacia una persona del mismo sexo (inversión sexual u homosexualidad). La zona donde se origina esta desviación es el cerebro, un órgano que es:

la base de las manifestaciones y de las sensaciones sexuales, de las imágenes y de los deseos, el lugar donde se originan todos los fenómenos psicosomáticos que denominamos de ordinario con los nombres de sentido sexual, sentido genésico e instinto sexual (Ibídem.: 34).

Otra creencia muy arraigada en el imaginario occidental que las teorías de Krafft-Ebing elevan al rango de axioma científico es la que vincula la masculinidad con el elemento activo y la feminidad con el pasivo. Como se ha comentado con anterioridad, esta doble vinculación representa ahora algo más que un mero reparto de papeles en el acto sexual o en la vida cotidiana: crea distintos tipos de sujetos patológicos. Esto se hace evidente en dos de las famosas categorías creadas por Krafft-Ebing, el masoquismo y el sadismo, que son concebidas como intensificaciones patológicas del carácter sexual femenino (pasivo) y masculino (activo), respectivamente. De este modo, mientras que le resulta «indudablemente patológico» el que un hombre desarrolle un papel subordinado durante el acto sexual y experimente placer al ser maltratado por la mujer (masoquismo), considera menos anómalo el goce de la mujer ante el dolor infligido por el hombre, puesto que la subordinación e, incluso, el padecimiento de violencia física, se adecuan a la naturaleza femenina. En cuanto al sadismo, afirma que es un fenómeno mucho más raro en la mujer que en el hombre, al estar éste mucho mejor dotado para la dominación y la agresividad.

Krafft-Ebing se servirá de estos dos postulados (la correlación sexo-género-orientación sexual y la doble vinculación hombre-activo y mujer-pasivo) para elaborar su teoría de la inversión sexual. Basándose en el paradigma degeneracionista, define la inversión como una «disposición psicosexual anómala» que debe ser entendida como «un estigma de una degeneración funcional» (Ibídem.: 246). Esta patología puede ser de dos tipos: congénita o adquirida. Krafft-Ebing es otro de los que recurre a la imagería hermafrodítica para entender la inversión congénita: ésta podría deberse a un desarrollo anormal del feto, el cual adquiriría los caracteres físicos de un sexo y los caracteres psíquicos del sexo contrario (aunque también desarrolla la idea de una configuración cerebral bisexual). En lo referente

a la homosexualidad adquirida, el sexólogo reconoce que las causas son todavía un misterio, pero se decanta por la práctica onanística y la abstinencia sexual como posibles factores.

Uno de los aspectos más importantes e influyentes de su teoría de la inversión es el establecimiento de tipologías gradacionales en función de la intensidad que adquiere el fenómeno. Si muchos de sus predecesores tendían a concebir la inversión como una doble desviación de la orientación sexual y la identidad de género (de ahí la visión del homosexual como sodomita a la vez que afeminado), Krafft-Ebing dará un paso adelante para la definitiva separación de estas dos vertientes, pues en vez de conceptualizarlas conjuntamente establece entre ellas una relación de grado. Así, mientras que en los casos menos graves la inversión se limita a la orientación del deseo sexual, en los que revisten mayor severidad «toda la personalidad moral, e incluso las sensaciones psíquicas se transforman en el sentido de la perversión sexual» (Ibídem.: 247).

Veamos esto con más detalle aproximándonos a la homosexualidad adquirida. El grado menos pronunciado es la denominada «inversión sexual simple». Con ella, una persona siente un deseo sexual hacia alguien de su mismo sexo, «pero el carácter y el tipo de sentimientos permanecen conformes al sexo del individuo» (Ibídem.: 251). Esto significa que siente y actúa como un hombre, ejerciendo en todo momento un papel activo. Si el invertido tiene «sentimientos e inclinaciones femeninas», es decir, desarrolla un papel pasivo en el acto sexual, estaremos ante el segundo grado de homosexualidad, la «*eviratio*» o «afeminamiento». Finalmente, el grado más acentuado es la «*metamorphosis sexualis paranoica*», con la que el hombre no solo desea y mantiene relaciones sexuales pasivas con otros hombres sino que, además todo, su yo experimenta una «*transmutatio sexus*»: siente, vive y actúa como una persona del sexo opuesto⁶⁸. La autobiografía de un hombre utilizada por Krafft-Ebing para ejemplificar este «síndrome paranoico», sería hoy considerada por un psiquiatra versado en la materia como un claro testimonio de alguien que padece un «trastorno de la identidad de género» o «transexualidad»:

De pequeño me gustaba estar con las hermanas de mis amigos porque me trataban como si fuera una chica (...) sentía una predilección por los vestidos de mujer, que me ponía en secreto en cuanto se presentaba la ocasión (...) a la edad de doce o trece años tuve el sentimiento bien pronunciado de que prefería ser mujer (...) cuando, en la Universidad, pude tener una relación sexual con una chica, ella tuvo que tratarme como si yo fuera una chica y como si yo tuviera que

68 En el caso de la inversión congénita, Krafft-Ebing (1895 [1866]) también establece una gradación. De menor a mayor intensidad: hermafroditismo psicosexual (junto a una orientación homosexual predominante hay signos de deseos heterosexuales); homosexualidad (solo existe deseo homosexual); afeminamiento (deseo homosexual junto con carácter y conducta femeninas); androginia y ginandria (también la morfología corporal se asemeja a la del sexo contrario).

desarrollar su rol (...) comprendía a las mujeres mejor que cualquier otro hombre (...) desde la noche de bodas sentí que funcionaba como una mujer dotada de un cuerpo masculino (...) soy paciente y nada agresivo, soy tenaz y testarudo como un gato y, al mismo tiempo, dulce y conciliador; en una palabra: me he convertido en una mujer (...) el pene me parece un clítoris y la uretra una vagina (...) el coito con mi mujer solo es posible si ella se comporta de forma viril (Ibídem.: 266-281).

La idea de que existen diversos grados de homosexualidad en función de si la inversión se limita a la orientación sexual, o también se extiende a la identidad de género (aumentando así el afeminamiento del invertido a medida que se avanza en la escala tipológica) está bien presente en el ámbito científico, pero también en el imaginario popular. En sus estudios sobre la homosexualidad masculina, Oscar Guasch (1991, 2011 y 2013) muestra que la concepción social de la homosexualidad durante la España franquista y los primeros tiempos de la Transición se basaba en el grado de afeminamiento del sujeto. De este modo, el transexual (más conocido como «travestí») era concebido como un tipo extremo de homosexual tan marcadamente afeminado que intentaba aproximarse a las formas estereotipadas de ser mujer:

En cuanto a su consideración social, en aquella época, la transexualidad era algo completamente desconocido y las mujeres transexuales eran vistas como hombres a los que les gustaba vestirse de mujeres, como travestis, e imitar el prototipo más exagerado de la feminidad (Garaizábal, 1998: 51).

5.5. Freud y el psicoanálisis

Comprender de forma holística el pensamiento freudiano es poco menos que una quimera, pues sus teorías no son monolíticas ni uniformes. Autor altamente especulativo, Freud rehace constantemente su pensamiento a lo largo de su vida, enmienda lagunas, perfila conceptos, admite errores e incurre en no pocas contradicciones, hecho que para algunos es signo de honestidad intelectual ante un saber emergente tan dependiente de la praxis, pero para otros es la prueba de su incapacidad. Sea a modo de advertencia o de justificación, lo cierto es que él insiste en ello:

La investigación psicoanalítica no podía emerger como un sistema filosófico con un edificio doctrinal completo y acabado, sino que debía abrirse el camino hacia la intelección de las complicaciones del alma paso a paso, mediante la descomposición analítica de los fenómenos tanto normales como anormales (Freud, 1923a: 14).

Quizá no haya mejor forma de definir el psicoanálisis freudiano que decir que se trata de un pensamiento marcadamente ambivalente. En este sentido, Weeks (1993: 210) afirma que «la obra de Freud representa el punto culminante de una supuesta sexología científica y, al mismo tiempo, la fuente de su desintegración potencial». Por un lado, Freud pertenece de lleno a esta tradición decimonónica que sitúa a la sexualidad en la base para el conocimiento de uno mismo. Es precisamente la creencia de que el sujeto desconoce en gran medida su deseo y su sexualidad lo que constituye el punto de partida de esta «tecnología del yo» fundada sobre la confesión (Foucault, 1978, 1984 y 2003 [1976]). La interacción mantenida en ese confesionario secular que es el diván parece la única forma de acceder a la dimensión más oscura e inaccesible de nuestro ser, de dar cierta coherencia a ese volcán en permanente erupción que es nuestro inconsciente. Nadie antes que Freud había dado tanta importancia al análisis de la sexualidad como mecanismo para lograr la inteligibilidad del sujeto.

Como destaca Flax (1995), aunque Freud toma distancia respecto a las teorías racionalistas y empiristas, rechaza que el psicoanálisis sea tratado como una ficción narrativa u otro más de los sistemas filosóficos sobre la vida humana, y se esfuerza, en cambio, para que su disciplina sea aceptada como una ciencia: «Hablando estrictamente, sólo hay dos ciencias: la psicología, pura y aplicada, y la ciencia natural (...) el psicoanálisis es una ciencia especializada, una rama de la psicología» (Freud; en Flax, 1995:135). Al igual que el mundo natural, la mente humana puede ser objeto de conocimiento científico, por lo que el psicoanalista, del mismo modo que el biólogo, está obligado a aplicar métodos técnicos para aproximarse a los mecanismos que la gobiernan. Con todo, su posicionamiento intelectual le sitúa en la órbita del realismo crítico: si bien «la realidad siempre permanecerá incognoscible, el científico puede obtener “percepciones” de las conexiones y relaciones dependientes que se hallan (realmente) presentes en el mundo» (Ibíd.:135). En cuanto a la realidad psíquica, otorga distintos estatutos ontológicos a los recuerdos –basados en hechos objetivamente acaecidos– y a las fantasías –productos del inconsciente subjetivo.

Por otro lado, no se puede olvidar que el psicoanálisis resquebraja, en buena medida, la confianza inquebrantable en el proyecto ilustrado. Freud muestra las limitaciones del sujeto cartesiano, ese ser pensante plenamente consciente de sí: «El psicoanálisis no puede situar en la consciencia la esencia de lo psíquico» (Freud, 1923a: 2). Y es que el sujeto del *cogito* es tan solo la superficie del sujeto freudiano, la punta de un iceberg. Al sujeto hay cosas que se le escapan, todo un universo de impulsos y deseos inconscientes que condicionan su forma de obrar y de sentir, los cuales no son cognoscibles directamente, sino que se filtran a través de errores discursivos como los lapsos, los olvidos o las equivocaciones, elementos todos ellos obviados por el conocimiento positivo. Para Freud han existido tres grandes afrentas al «ingenuo amor propio» de la especie humana: la primera afrenta, la copernicana,

mostró al hombre que su Tierra no era el centro del universo; la segunda, darviniana, que el hombre era otra especie más del reino animal; la última, y quizá «el más grande atentado a la megalomanía humana», es la que provoca el psicoanálisis: «demostrarle al yo que ni siquiera es el amo en su propia casa, sino que depende de unas mezquinas noticias sobre lo que ocurre inconscientemente en su alma» (Freud, 1916: 13).

Más aún, la teoría freudiana trastoca los cimientos de la sexología científica de su tiempo. Aunque Freud nunca abandona del todo la idea de que existe una base biológica que determina la mente humana⁶⁹, tratará de desvincular la enfermedad psíquica de la biología (recordemos que el psicoanálisis inicia su actividad negando que la histeria tenga algo que ver con el útero). Sostiene que las personas no son el simple producto de condicionantes biológicos o ambientales: existe un ámbito psíquico, regido por sus propias leyes, en el que la biología y la cultura se encuentran y adquieren significado. Debilita además el supuesto de que el individuo está irremediamente vinculado a un fin sexual –la reproducción– y a un objeto –la heterosexualidad–, poniendo de manifiesto que en todo individuo habitan pulsiones capaces de escandalizar al moralista y desconcertar al científico (el niño, ese «perverso polimorfo»).

La forma en que Freud conceptúa las perversiones y, muy especialmente, la inversión sexual, le sitúa en un lugar característico dentro del Olimpo de la sexología. Inicia sus *Tres ensayos sobre teoría sexual* (2009 [1905]) tomando distancias respecto a los grandes teóricos de las perversiones de su tiempo. Niega que la inversión sea el producto de una herencia degenerada –como creía Magnan– ya que considera que se manifiesta en personas que no presentan otras anormalidades, cuya «capacidad funcional» no está alterada e, incluso, algunas de ellas destacan «por un gran desarrollo intelectual y elevada cultura ética» (Freud, 2009 [1905]:13). Tampoco cree –refiriéndose a Ulrichs– que debamos entenderla como una especie de hermafroditismo psíquico porque, de ser así, la inversión tendría que ir acompañada de una modificación de los demás caracteres de la persona. Si bien reconoce que algunas mujeres presentan caracteres masculinos, cree en cambio que, en los hombres, la inversión coexiste generalmente «con la más completa virilidad». Y es que, como apunta en otro lugar (1920), la mayoría de estudios sobre la homosexualidad no distinguen con nitidez la cuestión de la «elección de objeto sexual» del «carácter y la actitud sexuales».

69 Su teoría innatista de los estadios del desarrollo de la libido (oral, anal, fálica y genital) es una de las partes –aunque no la única– más biológicas de su obra. Vázquez García y Moreno Mengíbar (1997: 267) señalan que la psiquiatría española de los años 20 y 30 del siglo pasado pudo conjugar la etiología organicista de las perversiones con la etiología psicosexual del psicoanálisis, gracias a que «los términos utilizados para referirse al desarrollo de las estructuras orgánicas (glándulas sexuales, sistema nervioso) podían ser traducidos a conceptos usados para describir el desarrollo de las estructuras psíquicas (las etapas de la libido definidas por Freud)».

A aquellos que defienden que el invertido combina centros cerebrales masculinos y femeninos (como Krafft-Ebing), les replica que nada ha demostrado la existencia de zonas cerebrales específicas para la función sexual. Considera asimismo que las explicaciones monocausales de la inversión son demasiado simplistas. Es para él una «burda explicación» sostener que «una persona trae ya establecida al nacer la conexión de su instinto sexual con un objeto sexual predeterminado» (Freud, 2009 [1905]:15), a la vez que duda de que los condicionantes ambientales puedan, por sí solos, determinar la orientación sexual.

Freud difumina, hasta límites insospechados, las fronteras entre la normalidad y la perversión. No hay motivo para considerar las perversiones –entendidas como actos y deseos que escapan al fin reproductivo– como una patología, puesto que éstas son un elemento constitutivo de la sexualidad normal: «En ningún hombre normal falta una agregación de carácter perverso al fin sexual normal» (Ibidem.: 32). En su opinión, las perversiones han habitado y habitan en cada uno de nosotros: son perversos los impulsos sexuales infantiles porque parten de zonas erógenas no sometidas a la primacía de los genitales (como la boca o el ano), y lo son igualmente varias prácticas que los adultos incluimos en el juego erótico-sexual (como los besos o las caricias). Como apuntan muy acertadamente Vázquez García y Moreno Mengíbar (1997: 266), con Freud «el perverso no es un ser tan singular, pero, en contrapartida, todos somos un poco perversos, y, por tanto, un poco más psiquiatrizables».

En cuanto a la inversión, es de sobra conocido que, para Freud, el ser humano no nace con un objeto de deseo preestablecido, pudiendo decantarse hacia el hombre o la mujer. Esta bisexualidad primigenia no solo explica el hecho de que alguien realice una elección homosexual de objeto, sino también el que todos nosotros la hayamos llevado a cabo, siendo niños, en nuestro inconsciente. Parece que estamos ante un argumentario incontestable para la normalización de la homosexualidad: «El interés sexual exclusivo del hombre por la mujer constituye también un problema, y no algo natural» (Freud, 2009 [1905]: 154).

Sin embargo, los característicos titubeos freudianos permiten a los escépticos cargarse de razones para dudar de este perfil despatologizador. Como tantos otros autores de su época, para Freud no existe una sola homosexualidad sino múltiples tipos, los cuales se distinguen unos de otros en función de su origen, intensidad y frecuencia. No resulta problemático que el niño tenga al padre como objeto de deseo, ni tampoco que al inicio de la sexualidad puberal los adolescentes sientan una atracción mutua. Ahora bien, tras criticar toda visión de la perversidad como algo despectivo, Freud afirma: «Cuando la perversión (...), alentada por circunstancias que la favorecen y que se oponen en cambio a las tendencias normales, logra reprimir y sustituir por completo a estas últimas; esto es, cuando presenta los caracteres de exclusividad y fijación, es cuando podremos considerarla justificadamente como un síntoma patológico» (Ibidem.: 32). Además, para el padre del psicoanálisis los

impulsos homosexuales forman parte del normal desarrollo psicosexual del sujeto, pero sostiene que dicho desarrollo ha de finalizar con la adopción de un deseo heterosexual: «La formación de esta primacía (la unión, en el coito, de los genitales masculinos y femeninos) en aras de la reproducción es, por tanto, la última fase de la organización sexual» (Ibídem.: 69). Así pues, si para los degeneracionistas la homosexualidad constituye una regresión filogenética, para Freud parece representar una paralización del desarrollo de la psique:

No hay duda de que la homosexualidad no supone ninguna ventaja; pero no hay que avergonzarse de ello, no es un vicio, ni es una degradación; no puede clasificarse como enfermedad; nosotros lo consideramos como una variación de la función sexual producida por cierta *detención en el desarrollo sexual*⁷⁰ (Freud; en Weeks, 1993: 251-252).

El psicoanálisis no puede solucionar el problema de la homosexualidad, sino que «tiene que conformarse con revelar los mecanismos psíquicos que han llevado a decidir sobre la elección de objeto» (Freud, 1920: 48). Para ello, resulta indispensable escudriñar lo sucedido durante los años de la infancia, pues ahí se produce la génesis de nuestra constitución psicosexual. Es durante los primeros años de nuestras vidas que aparecen el deseo, el amor, los celos y otras pasiones, de las que hoy tan solo conservamos algunos recuerdos fragmentarios, pero que han dejado una profunda huella en nuestro ser. Es en este periodo vital que se desarrollan dos fenómenos interrelacionados, el complejo de Edipo y la amenaza –o constatación– de la castración, que serán determinantes para la configuración de la vida sexual adulta. Si bien estos fenómenos aparecen tanto en la vida sexual del niño como de la niña, Freud sostiene que actúan de forma distinta en cada caso, por lo que teoriza el desarrollo sexual infantil de forma diferenciada en función del sexo. Vayamos, pues, por partes.

Desde sus inicios, la persona se va configurando en la relación dinámica de las elecciones de objeto sexual con las identificaciones. Freud define la «identificación» como la manifestación más temprana de enlace afectivo a otra persona, un movimiento que «aspira a conformar el propio yo análogamente al otro tomado como modelo» (Freud, 1984 [1921]: 43). En el caso del varón, la identificación más temprana es con el padre, que se convierte en un modelo a imitar. Paralelamente a esta identificación paterna, o algo más tarde, el niño toma a la madre como objeto de deseo sexual. Tenemos por tanto dos órdenes de enlace: una identificación (con el padre) y un objeto de deseo (la madre). El conflicto edípico surge cuando el niño empieza a ver al padre como un obstáculo para la realización del deseo que siente por su madre. La identificación con el progenitor adquiere

70 El subrayado es mío.

entonces un matiz hostil, hasta el punto de que el niño deseará sustituirlo.

Para que el complejo de Edipo quede sepultado, es necesario el desarrollo de un proceso asociado a la fuerza simbólica atribuida al pene. Durante los primeros años de su vida, el niño se encuentra bajo la primacía del Falo, esto es, ignora la diferencia genital al suponer que todos los seres tienen pene. Pero a medida que aumenta su curiosidad sexual, lo que Freud denomina «pulsión de investigación», se va dando cuenta de que no todos los seres tienen pene, y esta falta es entendida como el resultado de una castración. La constatación de que su madre o su hermana no lo tienen, y sí en cambio el padre, creará en él la «amenaza de castración», es decir, el miedo a perder su pene si persiste en sus deseos incestuosos. La disyuntiva entre el interés narcisista por mantener el pene y el deseo de satisfacer el amor que siente por la figura materna se resolverá a favor de la primera opción. Esto supone la resolución del conflicto edípico y la institución del «superyó»: la instancia moral que constriñe al yo y le permite acceder a la comunidad cultural^{71 72}. Con la fuerza coercitiva del «superyó» se refuerza la masculinidad del varón: «así (como el padre) debes ser»; a la vez que se establece una prohibición fundamental, el tabú del incesto: «así (como el padre) no te es lícito ser, esto es, no puedes hacer todo lo que él hace, pues muchas cosas le están reservadas» (Freud, 1923a: 13).

Sin embargo, no todo resulta tan sencillo. En *El yo y el ello* (1923a), Freud sostiene que el yo puede incorporar en su estructura misma al objeto perdido –en este caso, la madre–. Dicho de otro modo, el yo transformaría una investidura de objeto –el deseo hacia la madre– en una identificación –con la madre–; como si el yo tratara de superar la pérdida del otro interiorizando sus atributos, tratando de asemejarse a él. Así pues, la pérdida del objeto-madre que conlleva la resolución del complejo de Edipo puede desembocar en dos tipos de identificación: un reforzamiento de la identificación primera con el padre que consolidará la masculinidad del niño, o bien una identificación con la madre como consecuencia de haber introyectado el objeto perdido. Freud nos indica –aunque de forma imprecisa– que la salida y desenlace del complejo de Edipo en una identificación-padre o una

71 Para Butler (2007 [1999]) el miedo a la castración debe ser entendido como un miedo al afeminamiento, que en las culturas occidentales se relaciona con la homosexualidad masculina. Por tanto, «la solución del complejo de Edipo atañe a la identificación de género no sólo mediante el tabú del incesto sino, previamente, mediante el tabú contra la homosexualidad» (Ibíd.: 147).

72 En *El sepultamiento del complejo de Edipo* (1924), Freud pone sobre la mesa otras dos explicaciones alternativas a la resolución del conflicto edípico. En la primera de ellas, el conflicto se resolvería «como resultado de su imposibilidad interna» (Ibíd.: 44), es decir, el niño desistiría ante la constante falta de satisfacción del amor que siente por la madre. La segunda explicación parte de la consideración del complejo de Edipo como un fenómeno determinado por la herencia, por lo que tendría que «desvanecerse de acuerdo con el programa cuando se inicia la fase evolutiva siguiente» (Ibíd.: 44). Desde este punto de vista, el complejo caería del mismo modo que lo hacen los dientes de leche. Estas distintas explicaciones del Complejo de Edipo son, para Freud, perfectamente complementarias.

identificación-madre dependerá de la «intensidad relativa de las dos disposiciones sexuales» (Ibídem.: 7) que se manifiestan en el sujeto, si bien cree que el primer tipo de identificación (la heteronormativa) se produce con mayor frecuencia. Risman (1982) recuerda que es esta segunda alternativa (el afeminamiento del niño a causa de su identificación con la madre) la que es utilizada por los psicoanalistas freudianos para entender la transexualidad femenina.

Y la cosa se complica aún más si tenemos en cuenta que, dada la naturaleza bisexual del ser humano, el niño puede también mostrar una actitud femenina y tener al padre como objeto de deseo sexual, adoptando, por consiguiente, una actitud celosa y hostil hacia la madre. Este complejo de Edipo «inverso o negativo» puede coexistir en un mismo individuo con el complejo «positivo o normal» (actitud hostil hacia el padre y deseo hacia la madre). En este caso, estamos ante un «complejo de Edipo completo». Como afirma Butler (2007 [1999]) con agudeza, lo que Freud entiende como una disposición bisexual primigenia es en realidad la coincidencia de dos deseos heterosexuales en una misma psique. Es decir, es necesaria una disposición masculina para tener como objeto de deseo a las mujeres; mientras que para tener como objeto sexual al hombre, se requiere una disposición femenina. Como vemos, Freud es otro más de los que consideran que solo los opuestos se atraen.

En relación a la homosexualidad masculina, Freud no es capaz de decantarse por ninguna de las dos hipótesis que formula. La primera hipótesis sugiere que la homosexualidad se produce por una identificación del hombre con la figura materna acompañada de una investidura narcisista de objeto: estos sujetos buscarían a hombres que se les asemejaran, y a los que amarían como su madre les amó a ellos. La segunda explicación se contrapone a la primera. En este caso, la homosexualidad se produciría no por una identificación femenina, sino por un marcado rechazo de la mujer derivado de la amenaza de castración: «Es notorio, asimismo, cuánto menosprecio por la mujer, horror a ella, disposición a la homosexualidad, derivan del convencimiento final acerca de la falta de pene en la mujer» (Freud, 1923b: 37).

Freud cree que la orientación sexual definitiva se establece después de la pubertad y es el producto de múltiples factores, tanto congénitos como adquiridos, que todavía no han sido completamente determinados. Supone que la orientación heterosexual se da en mayor medida a causa «de la atracción que manifiestan los caracteres sexuales opuestos» (2009 [1905]: 99). Aunque afirma que este determinismo genital no basta por sí solo, llegando a admitir el influjo de las normas sociales (recuerda que en sociedades que no penalizan la inversión, ésta aparece con mayor frecuencia) y de los recuerdos infantiles (el recuerdo de la ternura maternal y de la rivalidad con el padre llevarían al hombre a una

elección heterosexual de objeto⁷³). Advierte además que en bastantes casos de inversión se revela el predominio de «mecanismos psíquicos arcaicos», como la elección narcisista de objeto y la persistencia de la significación sexual en la zona anal.

En el caso de las mujeres, el desarrollo psicosexual es aún más complejo. Al igual que el niño, la niña también tiene a su madre como primer objeto de deseo, pues debemos tener en cuenta que es la madre quien más intensamente cuida a los niños –dándoles además de mamar– durante las primeras etapas de sus vidas. Mientras desea a su madre, la niña está dominada por impulsos activos, teniendo al clítoris como órgano privilegiado de placer sexual (Freud lo considera un órgano masculino, equiparable al pene). Pero entonces la niña toma conciencia de un hecho capital: ella no tiene pene como su padre o sus hermanos y desearía tenerlo, lo que le genera el sentimiento denominado «envidia de pene». Dado que su madre tampoco tiene pene, ésta es vista por su hija como la principal culpable de haberla traído al mundo con tal execrable falta, por lo que se desvanecerá el deseo que siente por ella. Entre tanto, la niña acaba resignando el deseo de tener un pene por el deseo de tener un hijo, y por ello toma al padre como objeto de amor. El conocimiento de la diferencia anatómica de los sexos fuerza a la niña a apartarse de la masculinidad –activa y clitoridiana– y encaminarse hacia la feminidad –pasiva y vaginal⁷⁴. Como se puede observar, si la «amenaza de castración» permite la resolución del complejo de Edipo en el caso del varón, en la mujer es la «castración consumada» lo que precede y desencadena el conflicto edípico.

Pero es que, además, hay que tener en cuenta que cuando la niña adquiere conciencia de su falta de pene puede tomar otro camino diferente al del complejo de Edipo normal, un camino que para algunos psicoanalistas puede desembocar en lo que actualmente llamamos «transexualidad masculina». Y es que la niña también puede negarse a aceptar el hecho de la castración. Se trata del «complejo de masculinidad», con el que la niña «acaricia la convicción de que (...) posee un pene, y se ve compelida a comportarse en lo sucesivo como si fuera un varón» (Freud, 1925: 62). En *Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina* (1920), Freud presenta el caso de una mujer que, a parte de haber elegido un objeto de deseo femenino, también ha adoptado una «actitud masculina» en el amor, hecho que se evidencia porque presenta «la humildad y la enorme sobrestimación sexual que es propia del varón amante» y porque prefiere «amar antes que ser amada» (Freud,

73 Por eso considera que la ausencia de un padre enérgico durante la infancia favorece en muchos casos la inversión. Sin embargo, tampoco en este punto las cosas parecen estar muy claras, puesto que el mismo Freud afirma en otro lugar: «la educación del niño por personas masculinas (en la antigüedad los esclavos) parece favorecer la homosexualidad» (Freud, 2009 [1905]: 99).

74 Para Freud, la disposición bisexual es más acentuada en la mujer, ya que su aparato genital es en sí mismo bisexual: el clítoris (masculino) y la vagina (femenino).

1920: 43). En este caso «muy acentuado» de complejo de masculinidad, la inversión sexual viene acompañada de una inversión (aunque también podríamos llamarlo «usurpación») de género. Las palabras que siguen, referidas a la personalidad de esta mujer, han sido citadas repetidas veces para criticar lo que se considera un pensamiento androcéntrico que se muestra receloso ante las reivindicaciones del movimiento feminista:

De genio vivo y pendenciero, nada gustosa de que la relegase ese hermano algo mayor, desde aquella inspección de los genitales había desarrollado una potente envidia del pene cuyos retoños impregnaron más y más su pensamiento. Era en verdad una feminista, hallaba injusto que las niñas no gozaran de las mismas libertades que los varones, y se rebelaba absolutamente contra la suerte de la mujer (Ibídem.: 47).

Sea como fuere, la importancia concedida al pene como referente simbólico que vehicula el desarrollo psicosexual de hombres y mujeres es, sin duda alguna, uno de los aspectos del pensamiento freudiano que más críticas ha suscitado –siendo por ello tildado de falocéntrico. Pese a ello, los defensores del método psicoanalítico no se cansan de repetir que a la mujer no le falta nada, que de la teoría de la castración no se puede inferir una concepción jerarquizada de los sexos, que no hay privilegio instituido por la diferencia anatómica:

Tener el pene, para el hombre, no significa ventaja alguna: si lo tiene, puede perderlo. Su situación no es mejor a la de la mujer, quien sumida en la referencia fálica, envidia el pene. No hay privilegio que venga a sellar entonces la diferencia anatómica (Masotta, 2006: 38).

Llegados a este punto, la cuestión lanzada por Weeks (1993) resulta de lo más pertinente: ¿Freud hace pivotar toda su teoría de la sexualidad alrededor del pene porque éste es un órgano superior por naturaleza, o bien debido a su importancia simbólica en una sociedad dominada por hombres? La respuesta dada por Freud no apacigua a sus detractores: «El pene (...) debe su investidura narcisista extraordinariamente alta a su significación orgánica para la supervivencia de la especie» (Freud, 1925: 64). Como si fuera el órgano de más elevada sustancia de todos los que intervienen en la reproducción de la especie. El pensamiento de Freud ya no es aquí tan genuino. Las diferencias en el desarrollo psicosexual de mujeres y hombres –bien delimitadas por la amenaza, o la constatación, de la castración– son consustanciales a las diferencias anatómicas:

La exigencia feminista de igualdad entre los sexos no tiene aquí mucha vigencia; la diferencia morfológica tiene que exteriorizarse en diversidades del desarrollo psíquico. Parafraseando una sentencia de Napoleón, “la anatomía es destino” (Freud, 1924: 45).

Freud parece haber encontrado en la morfología genital la base de todo el sistema de género (Laqueur, 1994). Si para algunos, las diferencias psicoconductuales entre los géneros se fundamentan en unos genitales –en especial, las gónadas– que segregan hormonas sexuales, para Freud dichos genitales –en especial, el pene– son igualmente determinantes porque “segregan” símbolos. En el psicoanálisis freudiano, las proclamas feministas de igualdad tampoco tienen razón de ser, puesto que la naturaleza femenina parece poco indicada para ocupar las esferas de poder y controlar los procesos de toma de decisiones:

Uno titubea en decirlo, pero no es posible defenderse de la idea de que el nivel de lo éticamente normal es otro en el caso de la mujer. El superyó nunca deviene tan implacable, tan impersonal, tan independiente de sus orígenes afectivos como lo exigimos en el caso del varón. Rasgos de carácter que la crítica ha enrostrado desde siempre a la mujer –que muestra un sentimiento de justicia menos acendrado que el varón, y menor inclinación a someterse a las grandes necesidades de la vida; que con mayor frecuencia se deja piar en sus decisiones por sentimientos tiernos u hostiles– estarían ampliamente fundamentados en la modificación de la formación-superyó (Freud, 1925: 64).

Pese a ello, no haríamos justicia al pensamiento freudiano si únicamente advirtiéramos estos esencialismos de índole genital o psíquica, e ignorásemos el hecho de que es posible apoyarse en el mismo Freud para cuestionar la dicotomía excluyente «masculino/femenino». Y es que la masculinidad y la feminidad no son para él puntos de partida del desarrollo del sujeto, sino puntos de llegada. Recordemos que el instinto sexual no tiene un objeto predeterminado y es de naturaleza bisexual. El hecho de que la sexualidad infantil sea inexorablemente perversa, más libre de ataduras que una sexualidad adulta enfrentada a sus diques, permite que tanto el niño como la niña puedan desear al padre o a la madre e identificarse con cualquiera de ellos. Estos primeros objetos de deseo e identificaciones acaecidas durante la infancia condicionarán para siempre el porvenir del adulto, por lo que no es posible hallar la pura masculinidad ni la pura feminidad en un sujeto, y sí en cambio distintas proporciones de caracteres masculinos y femeninos:

Concederemos de buen grado que también la mayoría de los varones se quedan muy a la zaga del ideal masculino, y que todos los individuos humanos, a consecuencia de su disposición bisexual, y de la herencia cruzada, reúnen en sí caracteres masculinos y femeninos, de suerte que la masculinidad y feminidad puras siguen siendo construcciones teóricas de contenido incierto (Freud, 1925: 64).

En resumen, estamos ante un autor fuertemente ambivalente. Por un lado, está el Freud que universaliza los procesos psíquicos y genitaliza el género; el de la primacía simbólica del pene y el que desautoriza las exigencias de igualdad. Pero también tenemos al

Freud que normaliza la perversión y concibe un deseo primigenio carente de objeto (aunque rigiéndose por una lógica heterosexual, ya que el niño desea a su padre feminizándose y la niña desea a su madre desde su masculinidad clitoridiana); al Freud que desdibuja la dicotomía de género (esas «construcciones teóricas de contenido incierto») y concibe en su lugar un continuo de masculinidad-feminidad. Por todo ello, no resulta extraño que Weeks (1993) afirme que en Freud podemos encontrar tanto elementos para construir una teoría radical de la sexualidad como poderosos argumentos normalizantes, y que Laqueur (1994) estime que el fundador del psicoanálisis encarna como nadie la sempiterna dialéctica occidental entre el paradigma del sexo único y el de la diferencia sexual.

5.6. Marañón y los estados intersexuales

«Pocos libros de este autor habrán sido tan adelantados para su tiempo como lo fue éste. En él se afirmaban cosas que entonces parecieron fantásticas y que hoy en día se dan como absolutamente ciertas» (Botella Llusí y Fernández de Molina, 1998: IX). Con estas palabras se inaugura la presentación de un volumen que compila las conferencias realizadas durante la Semana Marañón de 1995, dedicada enteramente a una de las obras más célebres del autor: *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales* (1930)⁷⁵. Los autores que participan en el evento pertenecen a la alta alcurnia del saber biológico-sexual: encontramos a Simon Le Vay, quien defiende la existencia de diferencias hipotalámicas entre homosexuales y heterosexuales; también está Günter Dörner, convencido de que la impregnación del cerebro por hormonas heterólogas durante la vida fetal puede ocasionar la homosexualidad; Louis Gooren, que de forma similar a Le Vay, sostiene que el hipotálamo de una mujer transexual se asemeja más al de una mujer que al de un hombre; y tampoco falta Doreen Kimura, una eminencia entre los que creen que es un supuesto dimorfismo sexual del cerebro lo que determina las diferencias psicoconductuales entre mujeres y hombres. Para todos aquellos que buscan incansablemente el sustrato biológico del comportamiento sexogénico humano, Marañón es un referente, todo un pionero que les señaló el camino a seguir.

Es cierto que Marañón no se cansó de insistir en el poderoso influjo de los factores biológicos –en especial, de las secreciones hormonales– sobre la sexualidad. Pero no es menos cierto el que su obra contiene elementos que tendrían difícil encaje en teorías de

75 Cuando se cita a esta obra, generalmente se está haciendo referencia a la segunda edición, aparecida en 1930. Durante el tiempo que transcurre entre la publicación de la edición original y esta segunda edición –menos de un año– Marañón realiza un cambio fundamental: pasa de una visión estática de la sexualidad a considerarla como un fenómeno evolutivo a lo largo de la vida del sujeto (Botella Llusí, 1998).

marcado cuño biologista. Para Marañón los determinantes psicosociales juegan también un papel determinante, por lo que no pierde de vista en ningún momento los desarrollos de sus coetáneos psicólogos y psiquiatras. Pero es que, además, su rechazo a conceptualizar la masculinidad y la feminidad como entidades discretas y mutuamente excluyentes, para, en cambio, concebirlas como distintas etapas de un mismo desarrollo evolutivo –regulado por las secreciones internas–, lo sitúa de lleno en la tradición del paradigma del sexo único en una época más preocupada por encontrar la base explicativa de las diferencias entre los sexos:

Lo masculino y lo femenino no son dos valores terminantemente opuestos, sino grados sucesivos del desarrollo de una función única, la sexualidad, que entre la niñez y la ancianidad –en las que está apagada– se enciende durante el periodo central de la vida, con diferencias puramente cuantitativas y cronológicas, de un sexo a otro (Marañón, 1930: 1).

También para Marañón el ser humano, en sus orígenes, pasa por una fase de sexualidad indiferenciada, de «primitiva ambigüedad»⁷⁶. Esta fase de indiferenciación (de ahí la apariencia andrógina de los infantes) se mantiene hasta la pubertad, época en la que sobreviene la primera de las dos «crisis de la evolución sexual». Durante este periodo, hombres y mujeres presentan una apariencia feminoide. Sin embargo, la fase femenina del desarrollo sexual en el caso del varón es episódica, pues a lo largo de la pubertad va desarrollando su virilidad. En el caso de la mujer, la feminidad ocupa casi todo el ciclo vital, aunque durante el climaterio se ve afectada por la segunda crisis de la evolución: hombres y mujeres se vuelven a asemejar, pero esta vez son ellas las que tienen una morfología viril. De esta teoría del desarrollo sexual se deriva que la masculinidad y la feminidad no pueden ser vistas como valores antagónicos ni absolutos:

Todo organismo, aun el más normal, posee caracteres del sexo contrario, si bien atenuados; es decir, que todo organismo es, en cierto sentido, intersexual, ya que posee esos rasgos anatómicos, y sus correspondencias funcionales, del otro sexo, particularmente ostensibles en la infancia; y, más adelante, en la pubertad del varón y en el climaterio de la mujer (Marañón, 1984 [1943]: 589).

Tenemos, de nuevo, a hombres y mujeres situados en una relación de continuidad. Si antaño los que se valían del marco conceptual aristotélico situaban al varón en el lugar más elevado de la «Gran Cadena del Ser», ahora Marañón se apoya en Darwin para emplazarlo

76 A este respecto, Marañón acepta la tesis de Freud sobre la libido de potencia bisexual, aunque cree que esta bisexualidad psíquica tiene menos fuerza en el individuo normal de la que creía Freud. Marañón insiste, sobre todo, en la bisexualidad embrionaria, esto es, en la primigenia indiferenciación gonadal.

en el estadio más desarrollado de la «cadena evolutiva»⁷⁷. En la teoría marañoniana, el hombre representa «la etapa sexual terminal»; la mujer, por su parte, es vista como un organismo intermedio entre el organismo infantil o adolescente y el organismo viril. Esta «superevolución masculina» se refleja en la mayoría de caracteres sexuales primarios y secundarios (los testículos están, por ejemplo, más evolucionados que los ovarios). Marañón defiende la idea de que esta detención evolutiva del organismo femenino es debida a que, en la adolescencia, «la energía morfogenética se canaliza en el sentido de fomentar el auge de los órganos maternos, con detrimento de la evolución total» (Marañón, 1930: 42).

Incluso en el hombre y la mujer normales, los estados de confusión sexual son tan numerosos que «a penas hay ser humano cuyo sexo no esté empañado por una duda concreta o por una sombra de duda» (Ibídem.: 3). El problema reside, entonces, en detectar dentro de esta «escala de infinitas gradaciones» los casos de intersexualidad patológica, una tarea nada fácil porque el paso de la normalidad a la anomalía es puramente cuantitativo. A pesar de esta dificultad, Marañón aúna las concepciones sobre los hermafroditismos físico y psicológico para elaborar una tipología diagnóstica de los estados sexuales dudosos: los denominados «estados intersexuales». Dentro de esta amplia clasificación encontramos desde casos de marcada intersexualidad física (como el hermafroditismo o el pseudohermafroditismo), otros en los que la confusión morfológica es de menor intensidad (como la virilización en la mujer o la feminización en el hombre), y también el caso de la «intersexualidad del instinto» o «desviación del erotismo», esto es, la homosexualidad.

La inclusión de la homosexualidad dentro de los estados intersexuales «supone un enorme progreso en la comprensión de la anomalía del instinto» (Ibídem.: 128). Para entender el por qué de esta inclusión, debemos tener en cuenta que para Marañón los caracteres sexuales que distinguen al hombre de la mujer se dividen en «anatómicos» y «funcionales» (ambas categorías se subdividen, a su vez, en «primarios» y «secundarios»). Entre los caracteres anatómicos primarios, encontramos el aparato genital y las mamas; en los secundarios, la estructura ósea, la distribución de la grasa, el aparato locomotor o el sistema piloso. La gran aportación de Marañón y la clave para entender su amplio y particular concepto de «intersexualidad» reside en esos caracteres «funcionales», compuestos por una amalgama de instintos, aptitudes y conductas que diferirían en función del sexo. Así, la mujer se caracterizaría por dirigir la libido hacia el hombre, tener una aptitud para la concepción, un instinto de maternidad y cuidado de la prole, mayor sensibilidad a los estímulos afectivos y menor disposición para la labor abstracta y creadora. Por el contrario, el hombre dirige la libido hacia la mujer, presenta una aptitud fecundante, tiene un instinto

77 Para un lúcido análisis sobre el surgimiento e interrelaciones de los tres conceptos (raza, cultura y evolución) que, a partir de 1830, vertebrarán el pensamiento antropológico, cf. Stoking Jr. (1968).

«de la actuación social», menor sensibilidad a los estímulos afectivos y mayor capacidad para la abstracción mental y la creación. La observación de estas diferencias constitutivas lleva a Marañón a afirmar que la tradicional división sexual del trabajo es una división «de profundo sentido sexual». En este sentido, la mujer «es pura maternidad», hecho que la incapacita para el trabajo y el progreso intelectual. Sucede lo contrario con el hombre, que está hecho «para luchar con el medio cósmico».

Dentro del esquema marañoniano, la homosexualidad sería entonces un estado intersexual en el que el trastorno funcional sería más intenso que el anatómico. Aún así, considera que en no pocos homosexuales pueden detectarse signos de intersexualidad somática, aunque éstos no son de la misma envergadura que en los casos de hermafroditismo: el hombre homosexual puede presentar un esqueleto feminoide, voz aguda, escasez de vello o piel fina, pero sus genitales son indudablemente masculinos. Estos rasgos irían acompañados de ademanes, actitudes y gestos afeminados. En cuanto a las causas que la originan, Marañón no admite la distinción entre homosexualidad congénita y adquirida, y se decanta por una explicación que mezcla factores «constitucionales» (sobre todo, endocrinológicos) y «ocasionales» (o sea, adquiridos). Lamenta que psicólogos y psiquiatras no hayan tenido en cuenta hasta fechas recientes el influjo de las hormonas en la génesis del fenómeno. Pero admite que la bisexualidad hormonal que caracteriza los primeros estadios de la vida humana es una condición necesaria, pero no suficiente, para que se desarrolle el instinto homosexual⁷⁸.

Critica, por otra parte, la criminalización de la homosexualidad, puesto que los homosexuales «son seres tan fieles a su instinto como aquellos que buscan a los del sexo contrario (...) cada cual en este mundo no ama lo que quiere, sino lo que puede» (Ibídem.: 130). En vez de castigarla, la sociedad ha de destinar esfuerzos para entender sus «orígenes profundos» y tratar de rectificarlos. Cuando habla de los factores adquiridos o ambientales que la favorecen, subraya la importancia de una buena pedagogía, en especial durante la pubertad, época en la que se consolida la libido. Como medidas concretas, apuesta por intensificar la vigilancia en colegios e internados para controlar «la seducción hacia las relaciones homosexuales» y, en el caso del varón, aconseja evitar una exposición excesiva al ambiente maternal durante su adolescencia.

78 La importancia dada a los factores culturales queda patente en el prólogo que escribe para la edición en castellano de *La vida sexual de los salvajes* de Malinowski. En dicho texto, Marañón destaca que entre los salvajes apenas se desarrollan las perversiones sexuales: «El sadismo, la homosexualidad, la bestialidad, no son, como entre nosotros, plagas, sino enfermedades esporádicas y rarísimas que afectan solo a algunos individuos degenerados» (Marañón, 1932: 16). Está de acuerdo con Malinowski cuando señala que el progreso es un factor estimulador de las conductas homosexuales: «Las sociedades civilizadas (convierten) en homosexuales a muchos seres humanos que, en un medio propicio –no civilizado–, se conducirían con rectitud» (Ibídem.: 22).

Marañón estima que la homosexualidad masculina⁷⁹ constituye una detención del normal desarrollo evolutivo del hombre: «en la misma psicología y carácter generales del invertido hay, con frecuencia, mucho de puerilismo» (Ibídem.: 146). En el caso de la mujer –que ocupa un lugar intermedio en la evolución– la inversión puede situarla en dos estadios distintos del desarrollo: hay una «inversión regresiva» que la acercaría a la infancia y una «inversión superativa» tendente a la virilidad. En el primer tipo de inversión, la libido sería incluso más pasiva que la de la mujer heterosexual (de ahí la similitud con la infancia) y se expresaría por el sentimiento de amor tierno hacia otras mujeres. En cambio, en el segundo tipo de inversión las mujeres se acercarían a la masculinidad: tendrían una libido activa y una morfología varonil, características de la virago. A pesar de estas diferencias, uno y otro tipo comparten una característica fundamental: la «extremada debilidad o la ausencia del instinto materno» (Ibídem.: 161).

79 En Manual de Diagnóstico Etiológico (1984 [1943]), Marañón subdivide la homosexualidad masculina en: 1) Homosexualidad verdadera o permanente, que está compuesta por dos grandes grupos: los que exhiben su condición y la practican con naturalidad, y los vergonzantes, que, o bien la ocultan, o no la practican. 2) Homosexualidad latente o con brotes accidentales: individuos con una conducta habitual heterosexual pero que recurren a la homosexualidad en determinados momentos. 3) Homosexualidad de los prostituidos: su conducta anormal es debida principalmente a un envilecimiento moral. 4) Falsa homosexualidad: neuróticos que llegan a convencerse de que son homosexuales.

CAPÍTULO 6

El surgimiento de la transexualidad

Al iniciarse el siglo XX se han asentado buena parte de los cimientos que harán posible la construcción de la transexualidad como categoría médica y del transexual como nuevo tipo –patológico– humano. La sexualidad funciona como mecanismo predilecto de subjetivación y como objeto de conocimiento científico. Un conocimiento que trata de establecer los fundamentos biológicos de las diferencias entre hombres y mujeres, además de identificar y clasificar las desviaciones sexuales. Con todo, todavía serán necesarios algunos desarrollos tecnológicos fundamentales. De acuerdo con Hausman (1992), utilizamos el término «tecnología» en un doble sentido: como práctica técnica específica dentro de un campo de conocimiento y como práctica social de representación que está determinada por discursos institucionales, ideológicos y epistemológicos⁸⁰. Podemos decir entonces que la transexualidad surge definitivamente tras el desarrollo de tres procesos tecnológicos interrelacionados. Primeramente, el concepto amplio y multiforme de «inversión» es resignificado y acotado, pasando a referirse exclusivamente a la desviación de la orientación sexual. Esto posibilita la aparición de categorías específicas para abordar las anomalías de género (como «travestismo» y «eonismo»). En segundo lugar, aparecen los conceptos de «identidad de género» y «rol de género», con los que se define el sentimiento individual de pertenencia a un determinado sexo y los comportamientos adoptados para exteriorizar dicha pertenencia. Finalmente, se desarrollan los conocimientos en endocrinología y cirugía plástica, con sus técnicas correspondientes.

80 Hausman se apoya en Teresa de Lauretis (quien, a su vez, se basa en las teorías de Foucault) para desarrollar su concepto de «tecnología». De Lauretis (1989) plantea el concepto de «tecnología del género» al entender que el género no es la manifestación natural de la diferencia sexual, sino el producto de un conjunto de tecnologías sociales. Entre estas tecnologías del género encontramos los discursos institucionales, las epistemologías, el sistema educativo, el cine y las prácticas críticas o cotidianas. Son estas tecnologías las que nombran, definen y representan la masculinidad y la feminidad. Asimismo, considera que el género debe ser entendido como un sistema de representación que asigna posiciones sociales (identidad, poder, prestigio) a los individuos: «El género construye una relación entre una entidad y otras entidades que están constituidas previamente como una clase, y esa relación es de pertenencia; de este modo, el género asigna a una entidad, digamos a un individuo, una posición dentro de una clase y, por lo tanto, también una posición *vis-a-vis* con otras clases preconstituidas» (De Lauretis, 1989: 10).

La transexualidad surge en la intersección de las tecnologías que conforman nuestro sistema de sexo/género con las tecnologías biomédicas. En un contexto sociocultural en el que la dualidad de género es entendida como la prolongación natural del dimorfismo sexual, las personas transexuales sienten que su identidad de género no se corresponde con su morfología corporal, por lo que quieren adaptar su cuerpo y apariencia a los estándares asociados al género que sienten como propio. Pero, además, no podemos olvidar que la insatisfacción transexual cobra significado a través de las conceptualizaciones biomédicas, y que el deseo de modificación corporal se va configurando en función a la disponibilidad de los medios técnicos para llevarlo a cabo. De este modo, el hecho de que se conciba la demanda de cirugías plásticas y de tratamientos hormonales como hecho constitutivo (y, como veremos, criterio diagnóstico) de la transexualidad, es el producto «de una relación doctor-paciente en la que el paciente desea aliviar lo que se presenta como una aberración sexual y el doctor tiene a su disposición tecnologías médicas nuevas» (Hausman, 1992: 194).

6.1. La descomposición de la categoría «inversión sexual»: el travestismo y el eonismo

Desde que el conocimiento científico seculariza el abordaje de la inversión, la mayoría de pensadores conciben este fenómeno como una doble desviación: sexual y de género. De este modo, el invertido (léase también «pederasta», «hermafrodita psíquico» o «uranista») se presenta como un hombre que desea a los de su mismo sexo, de carácter afeminado y que puede adoptar una apariencia y ademanes de tintes femeninos. Esto empieza a cambiar a finales del siglo XIX, cuando surgen las primeras voces que defienden la necesidad de desdoblarse el concepto de «inversión» porque consideran que ha sido utilizado para aglutinar fenómenos de distinta índole que requieren un tratamiento particularizado. Entre estos autores destacan Magnus Hirschfeld y Havelock Ellis, quienes insisten en que el hecho de vestir y comportarse como una persona del sexo opuesto no va necesariamente acompañado de una inversión de la orientación sexual. Para estos casos en los que la «aproximación al otro sexo (...) es mucho más acentuada que en las manifestaciones más comunes de la inversión sexual» (Ellis, 1933: 251-252), crean dos nuevas categorías: «travestismo» (Hirschfeld) y «eonismo» (Ellis).

Hirschfeld y Ellis no solo tienen en común el haber cuestionado la noción bicéfala de «inversión». Ambos pensadores destacan por su posición tolerante ante las desviaciones de la sexualidad. Coinciden en señalar que la mayoría de las perversiones sexuales no son psicopatologías ni tampoco el germen de conductas delictivas, sino variaciones normales de la conducta sexual humana. Este posicionamiento lo fundamentan con estudios históricos

y antropológicos, con los que quieren mostrar que la diversidad sexual es consustancial a la especie humana, siendo consentida por una amplia variedad de pueblos. Destacan asimismo los beneficios de la relación sexual aunque ésta no tenga un fin reproductivo, y reclaman medidas educativas e higienistas con el objetivo de alejar a la sociedad tanto de la ignorancia represiva como del libertinaje desbocado.

Su postura contestataria ante la rígida moral victoriana y la mirada patologizadora de la psiquiatría se hace especialmente visible cuando tratan la inversión sexual. Para Ellis (1900), la homosexualidad es un fenómeno innato profundamente enraizado en el instinto, por lo que resulta imposible, y hasta indeseable, tratar de corregirlo una vez se ha consolidado durante la pubertad (época en que se establece la orientación sexual)⁸¹. Es por ello que rechaza la aplicación de métodos curativos como la hipnosis o la castración, y si bien no se muestra tan beligerante ante aquellos –como Raffalovich– que tratan de llevar al homosexual por la senda de la castidad, les recuerda que el ser humano no está hecho para una vida de absoluta abstinencia. Cree que la labor del experto no ha de consistir en tratar de normalizar los impulsos del invertido, sino en informar y asistir adecuadamente para que éste viva saludablemente y pueda tomar decisiones de forma responsable: «Si somos capaces de lograr que un invertido tenga buena salud, sea comedido y se respete a sí mismo, habremos conseguido mucho más que si tratamos de convertirlo en un débil simulacro de hombre normal» (Ellis, 1900: 146). Recuerda que el invertido no es solo víctima de su «obsesión anormal», sino también de la hostilidad social.

La homosexualidad es un fenómeno natural e incorregible. Por consiguiente, las leyes represivas son injustas y nada pueden hacer para disminuir su prevalencia. Ellis y Hirschfeld trasladan su postura intelectual al activismo político, siendo conocidos por su lucha por la despenalización de la homosexualidad. Hirschfeld funda en 1897 el Comité Científico Humanitario, considerado uno de los primeros movimientos organizados a favor de los derechos de los homosexuales. Funda asimismo, en 1919, el Instituto de las Ciencias Sexuales, donde recibe y recopila información de muchos homosexuales y travestidos. Con el fin de evitar arrestos, da a estos últimos un certificado médico donde se explican las razones por las que pueden vestir con ropas del sexo opuesto. Dicho instituto será quemado por los nazis en 1933 (Mercader, 1997).

81 Ellis (1900) comparte la tesis de la naturaleza bisexual del ser humano (defiende que cada sexo contiene caracteres del sexo contrario en estado de latencia). Cree que cuando aparece el instinto sexual –durante las primeras etapas de la juventud– éste está débilmente dirigido hacia un objeto sexual, por lo que son frecuentes los escauceos homosexuales entre adolescentes. Son estas manifestaciones que Hirschfeld denomina de «homosexualidad espuria» (que se producen en entornos en los que solamente conviven personas del mismo sexo, tales como escuelas, cárceles, cuarteles o barcos) las únicas que pueden ser corregidas con medidas preventivas.

Es el mismo Hirschfeld quien difunde en 1910 los términos «travestismo» y «travestido» para referirse a aquellas personas que sienten un impulso por utilizar ropas asociadas al otro sexo. Según King (1981), Hirschfeld crea la categoría «travestismo» para diferenciarla de la homosexualidad, y así poder desmarcarse de las teorías de corte psicoanalítico, para las cuales la tendencia a utilizar ropas no acordes con el propio sexo denota una homosexualidad latente y reprimida. Hirschfeld insiste en separar ambos fenómenos, destacando que la mayoría de travestidos analizados por él son heterosexuales. Algunos de ellos hasta se muestran airadamente contrariados cuando se les compara con el homosexual.

El travestismo «no es la expresión de un capricho arbitrario, sino más bien una forma de expresión de la personalidad interior» (Hirschfeld, 1991 [1910]:124). Esa forma de expresarse del travestido implica a menudo algo más que la utilización de ropa femenina: prefiere trabajar en ocupaciones femeninas, rodearse de la compañía de mujeres y divertirse con sus pasatiempos (no son pocos los que afirman que, de pequeños, preferían las muñecas a los violentos juegos de niños). Con todo, es el acto de travestirse el principal rasgo definitorio de este fenómeno, y lo que verdaderamente colma el impulso de estos sujetos:

Con la ropa de su propio sexo se sienten confinados, atados, oprimidos; sienten que esas ropas son extrañas, que no les pertenecen; por otra parte, no tienen palabras para describir la sensación de paz, seguridad y exaltación, felicidad y bienestar que experimentan cuando utilizan la vestimenta del sexo contrario (Ibíd.:125).

Hirschfeld prefiere hablar de «variedades sexuales» en vez de «anomalías». Él es otro de los que defiende que la pura masculinidad y la pura feminidad son «abstracciones», «extremos inventados» que no reflejan la enorme diversidad humana: «El número de las variedades sexuales imaginables es casi interminable; en cada persona hay una mezcla diferente de sustancia masculina y femenina, y así como no podemos encontrar dos hojas iguales en un mismo árbol, es altamente improbable que encontremos a dos humanos con características masculinas y femeninas iguales en número y especie» (Ibíd.: 228). Esta diversidad sexual trata de aprehenderla con la elaboración de una tipología que agrupa a los cuatro principales «estados sexuales intermedios»: el genital (hermafroditismo), el relativo a los caracteres sexuales secundarios (fenómenos como la ginecomastia o la andromastia), el de la orientación sexual (homosexualidad) y el del carácter y comportamiento (travestismo)⁸².

82 Hirschfeld identifica 5 tipos de travestismo: 1) tipo heterosexual; 2) tipo bisexual (con una atracción hacia los hombres afeminados y las mujeres viriles); 3) tipo homosexual; 4) tipo narcisista (los componentes femeninos de la naturaleza del sujeto satisfacen a sus componentes masculinos); 5) tipo asexual (acompañado

Aunque Hirschfeld desvincula al travestismo de la «*metamorphosis sexualis paranoica*» analizada por Krafft-Ebing, en alguno de los relatos en primera persona recopilados en su obra, a parte del gusto por la vestimenta y las actividades asociadas a la mujer, también se reivindica una forma de ser y de sentir genuinamente femenina. A este respecto, destacan los testimonios de los sujetos que protagonizan los casos 3 y 9. El primero afirma: «Mi deseo no se limita a la vestimenta femenina, también se extiende a una vida absoluta como mujer» (Ibídem.: 28). El segundo no es menos contundente: «Desde mi infancia siempre me he sentido profundamente femenino» (Ibídem.: 61). El mismo Hirschfeld acabará por evocar la conocida metáfora dualista: «Todos ellos saben muy bien que existe una profunda contradicción entre sus cuerpos y sus almas. Por tanto, uno puede entender que la mayoría de ellos desee haber nacido mujer» (Ibídem.: 129).

Similar sensibilidad analítica parece guiar a Havelock Ellis. Mientras explora las diversas manifestaciones de la inversión sexual, se percató de la existencia de individuos que se comportan y visten como personas del sexo opuesto, sin por ello ser homosexuales. Con la voluntad de tratar adecuadamente este fenómeno y resaltar las diferencias respecto a la inversión sexual, decide dedicarle un volumen completo de su monumental *Studies in the Psychology of Sex* (escrita entre los años 1896 y 1928). A pesar de conocer las novedades teóricas de Hirschfeld y de coincidir con muchas de ellas, a Ellis no le acaba de convencer el término «travestismo», pues cree que en algunos casos la vestimenta juega un papel secundario o, incluso, ningún papel. Tampoco le gusta la categoría creada por Näcke de «impulso por disfrazarse» ya que está convencido de que estos individuos, «lejos de utilizar la ropa del otro sexo para disfrazarse, sienten al contrario que, adoptando este nuevo aspecto, se quitan el disfraz y son ellos mismos» (Ellis, 1933: 29). En un primer momento utiliza término «inversión estético-sexual», pero posteriormente lo abandona porque cree que el uso de la palabra «inversión» puede inducir a confusión con la homosexualidad. Finalmente, decide crear un neologismo basándose en la vida del Caballero de Eon⁸³: «eonismo».

El eonismo es una condición anormal que se da en personas mentalmente sanas, que a menudo destacan por su educación, inteligencia y calidad moral. Por ello, disiente de Krafft-Ebing cuando éste considera la «*metamorphosis sexualis paranoica*» (Ellis está convencido de que se trata del mismo fenómeno que él denomina «eonismo») como una

a menudo de impotencia, la cual se contrarresta desarrollando una actividad femenina) (Ellis, 1933).

83 Según nos cuenta el mismo Ellis (1933), Charles-Geneviève, caballero de Eon de Beaumont, fue un noble de la Francia del siglo XVIII que vestía y se comportaba como una mujer. Desarrollando un rol femenino, adquirió fama y reconocimiento internacional por su labor diplomática.

psicopatología grave. También se aleja de los psicoanalistas, para los cuales es un trastorno importante del desarrollo psicosexual, al tiempo que critica sus pretensiones de universalizar la perversión: «Tenemos que empezar a entender el escepticismo de aquellos que ven a los psicoanalistas como tejedores de una tela de araña patológica tan grande y fina que existen muchas posibilidades de que, un día u otro, una mosca quede atrapada» (Ibídem.: 52).

Al igual que las demás «aberraciones del impulso sexual», el eonismo se debe, según Ellis, a una causa orgánica profunda que podría tener un componente hereditario. Le parece probable que el origen de esta anomalía provenga «de un ordenamiento excepcional de las células del sistema endocrino» (Ibídem.: 271). De ahí que lo compare con el eunucoidismo, una feminización del varón asociada a un trastorno de la hipófisis. Resulta paradójico que, aunque no considere el eonismo como una enfermedad sino como una variedad humana, se muestre confiado de que, en un futuro, se tengan los medios necesarios para implantar al eonista «las glándulas (endocrinas) adecuadas».

De un modo similar a Hirschfeld, Ellis clasifica al eonismo entre las «anomalías sexuales intermedias», al lado del «hermafroditismo físico» y del «ginandromorfismo» o «eunucoidismo» (hombres que poseen caracteres femeninos y mujeres virilizadas). Sitúa a estos fenómenos en un mismo grupo porque cree que en todos estos casos los sujetos tienen impulsos sexuales débiles (que él asocia a cierto grado de afeminamiento). Insiste también en subrayar las diferencias entre el eonismo y la homosexualidad: muchos homosexuales no adoptan una estética invertida, mientras que la mayoría de eonistas no son invertidos sexuales. En los casos de eonismo en los que aparece la inversión sexual, ésta «parece ser el resultado secundario del estado psíquico estéticamente invertido» (Ibídem.: 252).

En opinión de Ellis existen, al menos, dos tipos de eonismo: «En el primero, y más común, la inversión se limita a la vestimenta; en el otro, menos común pero más completo, el cambio de vestimenta parece tener escasa importancia, pero el sujeto se identifica de tal forma con los rasgos físicos y psíquicos del otro sexo que llega a creer que pertenece al otro sexo, aunque no se hace ninguna ilusión respecto a su conformación anatómica» (Ibídem.: 79)⁸⁴. Vemos que Ellis establece una diferencia similar a la que existe actualmente entre el travestismo –inversión estética– y la transexualidad –inversión psíquica o de la identidad de género. Sin embargo, a esta inversión psíquica no se le reserva todavía un término específico, siendo una simple acepción de términos con significados más amplios: si antes era una manifestación extrema de la inversión sexual, ahora se incluye entre los tipos de eonismo y travestismo.

El relato de un eonista que presentamos a continuación es en este sentido revelador, pues nos muestra que el significado de las nuevas categorías creadas por Ellis y Hirschfeld

84 Cree asimismo que existen muchas gradaciones de eonismo, siendo más débil entre las mujeres y durante la infancia que entre los hombres adultos.

desborda la mera inversión estética. Revela además otro hecho fundamental: que la disponibilidad tecnológica configura el deseo de las personas. En la época en que fueron formuladas las siguientes palabras, ni la vaginoplastia ni las hormonas feminizantes eran una posibilidad real. Por ello, tanto el deseo de ser mujer, como la presunción de felicidad que va asociada a la realización de este deseo, tenían que estructurarse alrededor de la castración:

Me gustaría convertirme en mujer y no ser más un hombre. Y este deseo no ha hecho más que aumentar en los últimos tiempos (...) Mi tendencia a la feminidad me ha hecho pensar a menudo en la castración. Solo el peligro que podría correr al castrarme me ha hecho desistir. Sé que sería mucho más feliz si me extrajeran mis órganos sexuales (Ibídem.: 157).

6.2. La aparición del género: una base sólida para la demanda de la persona transexual

En los años 50 del siglo XX, especialistas en el tratamiento de la intersexualidad⁸⁵ introducen una serie de cambios tecno-conceptuales que trastocarán el estudio de la sexualidad y de las anomalías sexuales. El sexo psicológico empieza a ser tratado como una categoría independiente del sexo biológico, que muestra su maleabilidad ante el avance de las cirugías de reasignación genital aplicadas a niños intersexuales. Surgen nuevas categorías, tales como «género», «identidad de género» o «rol de género», con las que se pretende enfatizar la cuestión de la reflexividad o de la conciencia del sujeto (Preciado, 2003). Las importantes consecuencias que de ello se derivan para el ámbito científico y el activismo son de sobra conocidas. Lo que ahora nos interesa señalar es que el advenimiento del género permitirá, además, que las personas transexuales puedan organizar su discurso y presentar sus demandas de forma legítima: destacando la falta de correspondencia entre su identidad de género –vista como algo verdadero e inmutable– y su morfología corporal –un error de la naturaleza susceptible de ser modificado quirúrgicamente.

John Money y sus colegas Joan y John Hampson, que trabajan en la universidad Johns Hopkins, publican durante los años 50 una serie de artículos sobre la intersexualidad cuya influencia trascenderá su campo de estudio. Estos autores defienden que el sexo de asignación es más importante que las hormonas o los cromosomas a la hora de determinar lo que ellos denominan «rol de género», a saber, todo lo que uno dice o hace para mostrar a los demás que se es un hombre o una mujer. Alejándose de las tesis puramente biologistas,

85 Ya no nos referimos aquí a la amplia categoría marañoniana de «estados intersexuales», sino al término biomédico con que se designa a las discrepancias cromosómicas, gonadales y genitales en un individuo, tradicionalmente conocidas como «hermafroditismo» o «pseudohermafroditismo».

sostienen que un individuo se comporta como un hombre o como una mujer en función de la diferenciación psicosocial que se hace de su anatomía corporal desde el mismo momento de su nacimiento. Dicho de otro modo, los genitales y los caracteres sexuales secundarios de una persona son determinantes, sobre todo, porque señalizan cuál de los dos roles de género tiene que interiorizar (Hausman, 1992; Fausto-Sterling, 2006; Nieto, 2008).

Años más tarde –y una vez que Stoller habrá introducido el término «identidad de género»– Money matiza y desarrolla su posicionamiento⁸⁶. Se propone superar la dicotomía herencia-medio social adoptando un enfoque «interaccionista». En su opinión, la identidad de género se consolida en un periodo crucial del desarrollo de la persona en el que interactúan tanto factores congénitos como adquiridos: «En el cerebro, el aprendizaje y la memoria representan tanta biología como los genes, las hormonas y los neurotransmisores» (Money y Ehrhardt, 1982: 17). Y es que la identidad de género es el resultado de la interacción entre un «programa filogenético» (desarrollado durante el periodo embrionario) y un «programa de biografía social» (que se desarrolla durante la fase neonatal). Ambos programas dejan en el individuo una profunda huella o «*imprinting*» (traducido como «impronta» o «troquelado»), es decir, se fijan en el individuo profunda y permanentemente⁸⁷.

Los genes y las hormonas prenatales hacen que el sistema nervioso central sea sexualmente dimorfo, hecho que influye en la conducta sexual de hombres y mujeres. Sin embargo, este influjo no define completamente la identidad de género. La biología completa su labor dotando al neonato de una morfología genital, que será percibida por aquellas personas responsables de su crianza como el principal indicio para la asignación de un sexo: en función de los genitales del neonato, se le inculcarán los roles masculinos o femeninos. Es importante que tanto el padre como la madre presenten al niño los roles propios de su género, porque así se facilita la identificación con las personas del mismo sexo y la complementación –o contraste– con las del sexo contrario. Una vez que la identidad de género ha dejado definitivamente su *imprinting* (Money estima que esto sucede sobre los 18 meses de edad) no puede ser modificada, siendo además consolidada con los cambios físicos de la pubertad (que acentúan el dimorfismo corporal).

Money elabora su teoría partiendo del estudio de niños intersexuales. Cree firmemente que la anatomía ambigua del hermafrodita debe ser corregida quirúrgicamente

86 Con la difusión y plena aceptación del término añadido por Stoller, Money afinará conceptos: «La identidad de género es la experiencia personal del papel de género, y éste es la expresión pública de la identidad de género» (Money y Ehrhardt, 1982: 24).

87 Money se basa en los estudios sobre las aves de Konrad Lorenz, quien defiende que durante un periodo crítico del desarrollo de las crías de ganso o de pato se les puede introducir –improntar– nuevas pautas de comportamiento que adquirirán la fuerza de un instinto.

antes de que finalice el periodo crítico durante el cual se establece la identidad de género⁸⁸. De no ser así, su morfología incierta desconcertará a sus padres, que no podrán transmitirle un rol de género preciso y, por consiguiente, condenarán al niño a vivir para siempre sin una identidad de género clara. La confianza de Money en su método es total: sostiene que todos los casos de niños que han sido reasignados antes de los 18 meses han interiorizado correctamente el género que les corresponde en función a su nueva configuración genital. El pensamiento de Money es claramente «genitocentrista», pues «la nueva edificación genital del intersexual, a manera de arbotante, sirve de soporte y sujeción al género del niño o de la niña en su desarrollo biográfico» (Nieto, 2008: 238). La firme creencia de que su bisturí actúa como una suerte de Hacedor del género, llevará a Money a conferirse la fuerza creativa de un personaje mitológico: «Como en la fábula de Pigmalión, el escultor puede crear aquí la estatua de un dios, o bien de una diosa» (Money y Ehrhardt, 1982:150).

No obstante, con el paso del tiempo empezará a desvanecerse ese halo de infalibilidad, ya que tanto los métodos de Money como los resultados de sus intervenciones serán fuertemente cuestionados. Por un lado, algunos colegas le censuran cuando surgen testimonios de antiguos pacientes que aseguran rechazar el género que les asignó una vez operados. Por el otro, amplios sectores del cada vez más activo «colectivo intersex» critican duramente las cirugías infantiles, porque con ellas se ignora la voluntad de los interesados (y, a menudo, se realizan sin el beneplácito de unos progenitores a los que se les oculta el por qué de la operación) y por considerar que son un instrumento normalizador al servicio del binarismo de género⁸⁹.

Apoyándose en las investigaciones de Money, el médico y psicoanalista Robert Stoller formulará el concepto todavía hoy predominante de «identidad de género», que define como «el conocimiento y la percepción, conscientes o inconscientes, de que se pertenece a un sexo determinado y no al otro» (Stoller, 1968: 10). Mientras que reserva el término «rol de género» para referirse al comportamiento, masculino o femenino, que se muestra en sociedad. En opinión de Stoller, el desarrollo de la identidad de género puede complicarse, pues un individuo puede sentirse no solo un hombre, sino también «un hombre masculino o un hombre afeminado, o incluso un hombre que fantasea con ser mujer» (Ibídem.: 10).

Para Stoller, analizar los fenómenos patológicos (como el travestismo, la intersexualidad o la transexualidad) es la mejor forma de entender los mecanismos que

88 El tratamiento se completa con la administración de hormonas sexuales cruzadas durante la pubertad.

89 Para profundizar en el acalorado debate científico entre Money y sus coetáneos (en especial, Milton Diamond), *cf.* Fausto-Sterling (2006). Para adentrarse en los discursos y sensibilidades del colectivo intersex, *cf.* Cabral (2009).

configuran la normalidad. Así, el estudio del travestismo (*cross-dressing*) le permite ahondar en la conceptualización de la identidad de género. Estar ante alguien que afirma sentirse un hombre a la vez que recurre a una vestimenta femenina, le lleva a pensar que la identidad de género está compuesta por dos fases o tiempos. Existe un «núcleo de la identidad de género» (*core of gender identity*) que permite al sujeto pensar: «soy un hombre»; pero también se observa una fase posterior o secundaria de la identidad, que es la que posibilita el sentimiento: «soy femenino». Si bien estas dos fases quedan al descubierto al aproximarse a esta «perversión», son difícilmente identificables en un sujeto normal, pues presuponemos que el hecho de ser masculino (identidad secundaria) es consustancial al hecho de sentirse un hombre (núcleo de la identidad).

Esta forma primitiva de pertenencia a un género que es la identidad nuclear se configura durante los primeros tres años de vida a partir de varios factores: «la anatomía y la fisiología de los genitales; las actitudes de los padres, hermanos y del grupo de pares que asignan el rol de género; y una fuerza biológica que puede modificar en mayor o menor medida las fuerzas ambientales» (Ibídem.: 40). También influyen las sensaciones (orales, anales o genitales) experimentadas durante la alimentación, el juego o la interacción con la madre. La interiorización de este núcleo identitario siempre es aporosa, ya que el neonato es un organismo básicamente fisiológico que todavía carece de una estructura psíquica. Es por ello que actúan de forma tan eficaz mecanismos como el *imprinting*. Al igual que Money, Stoller sostiene que la identidad nuclear es inalterable una vez se ha configurado plenamente.

Las aportaciones de Money –y colaboradores– y Stoller resultan determinantes para la configuración del paradigma biomédico de la transexualidad. La consideración del género como categoría diferenciada del sexo permite que tanto el estamento médico como las propias personas transexuales estructuren sus razonamientos y estrategias alrededor de una idea central: el problema consiste en una incongruencia entre la identidad de género y el sexo biológico de la persona. La frase de Ulrichs es reformulada de nuevo y situada en el prólogo de todo discurso sobre la transexualidad: identidad femenina atrapada en un cuerpo de hombre, y viceversa. Asimismo, el convencimiento en la inalterabilidad de la identidad de género abrirá las puertas a un cambio de terapéutica: si la mente del transexual no puede ser corregida con psicoterapia, queda la opción de intervenir sobre el cuerpo. Y la experiencia con personas intersexuales ya ha mostrado el éxito de las tecnologías hormonoquirúrgicas de reasignación sexual. Paulatinamente, la gestión del fenómeno irá cambiando de manos, siendo relegado el psicoanálisis por la biomedicina.

6.3. Harry Benjamin y *The Transsexual Phenomenon*

El sexólogo David Cauldwell (1949) emplea el término «*psychopathia transsexualis*» para referirse al caso de una mujer que mostraba un deseo obsesivo de convertirse en hombre. Cauldwell considera que esta psicopatía es el resultado de una predisposición hereditaria combinada con una infancia disfuncional. Sin embargo, tal y como recuerda King (1981), este neologismo no causa un gran impacto en el ámbito científico, como lo demuestra el hecho de que a principios de la década de los 60 todavía se usa el término «travestismo» para hablar del deseo de pertenecer al sexo opuesto. Es el endocrinólogo Harry Benjamin quien acuña por vez primera, en un artículo de 1953, el término «transexualidad», y quien contribuye a difundirlo mundialmente con la publicación, en 1966, del considerado libro fundacional: *The Transsexual Phenomenon*.

Con esta obra, Benjamin sienta las bases de la actual gestión biomédica de la transexualidad. Analiza con detalle el fenómeno y delimita sus contornos. Lanza hipótesis acerca de las causas –congénitas– de la transexualidad, que todavía hoy guían las investigaciones etiológicas. Defiende las cirugías de reasignación sexual y la terapia hormonal como el tratamiento más adecuado, y esboza los primeros protocolos para la diagnosis, la terapéutica y el seguimiento. Y es también uno de los primeros en defender la necesidad de un cambio de sexo legal una vez que la persona transexual se ha sometido a la cirugía de reasignación genital. Es cierto que durante la primera mitad del siglo XX se habían realizado algunas operaciones de cambio de sexo con procedimientos más o menos rudimentarios. Destaca especialmente el caso de Christine Jorgensen, cuya operación en 1952 atrajo el interés del gran público y del estamento médico tras ser portada del *Daily News*⁹⁰. Sin embargo, con anterioridad a Benjamin ni las cirugías de reasignación sexual ni la terapia hormonal eran unánimemente aceptadas por los profesionales, los cuales se decantaban mayoritariamente por una atención psicoterapéutica destinada a corregir los deseos del paciente. Cabe destacar las severas críticas vertidas desde el ámbito psicoanalítico hacia aquellos médicos que practicaban la cirugía de cambio de sexo, los cuales eran acusados de contribuir al deseo de castración de psicóticos extremos (Billings y Urban, 1982)⁹¹.

90 El “efecto llamada” del caso Jorgensen parece evidente. Bullough (1975) recuerda que, una vez que la historia ha sido publicada por la prensa, el doctor que lleva el caso, Christian Hamburger, recibe 465 cartas de hombres y mujeres pidiendo un cambio de sexo. Un caso anterior al de Jorgensen, aunque menos conocido, es el de Lili Elbe, quien se somete a varias operaciones de reconstrucción genital a finales de los años 20. Los detalles que rodean el caso son confusos y contradictorios, llegándose a especular con que Elbe es intersexual. Parece ser que muere en 1931 como consecuencia de una vaginoplastia.

91 En un estudio de 1965, tan solo un 3% de los cirujanos americanos se mostraba dispuesto a realizar una cirugía de cambio de sexo (Billings y Urban, 1982). Por otra parte, un buen ejemplo de la hostilidad del psicoanálisis hacia las terapias de modificación corporal lo tenemos en el pensamiento del psicoanalista lacaniano Henry Frignet (2000). Para este psicoanalista francés, la transexualidad es una forma «bastante

La vocación filantrópica que impregna *The Transsexual Phenomenon* se adivina desde el principio de la obra. Benjamin lamenta que ni las leyes ni las convenciones sociales traten de forma tolerante y racional a aquellas personas «cuya naturaleza o vida (de forma innata o adquirida) ha creado una disonancia en su sexualidad» (Benjamin, 1966: 9). Denuncia que transexuales, travestidos, homosexuales y bisexuales tengan una existencia desafortunada a causa de la incomprensión y la ignorancia social, legal y médica. Estos fenómenos plantean problemas de «salud, comportamiento y carácter», que requieren medidas terapéuticas y educativas antes que punitivas. Benjamin visita varias veces el Instituto de las Ciencias Sexuales de Hirschfeld, y hace suya la idea de elaborar certificados médicos para que transexuales y travestis eviten ser detenidos por travestirse en la vía pública.

Si Hirschfeld y Ellis habían dado vida propia a las transgresiones –o inversiones– de género, que durante largo tiempo habían permanecido confundidas dentro de esa nebulosa categoría de «inversión sexual», Benjamin, a su vez, creará la transexualidad con el fin de otorgar una especificidad a esas manifestaciones del travestismo –o eonismo– en las que predomina una marcada identificación con el sexo contrario. Siguiendo la corriente teórica de su época, Benjamin cree necesario distinguir entre «sexo» y «género»: en el sexo está implicada «la sexualidad, la libido y la actividad sexual»; el género es «la parte no sexual del sexo». Como expresa de forma gráfica, «el género está localizado arriba del cinturón, mientras que el sexo está por debajo» (Benjamin, 1966: 6). Con esta distinción, la diferencia entre homosexualidad y transexualidad se le hace evidente: mientras que el homosexual tiene un problema de orientación sexual, el problema del transexual radica en su identidad de género. En cuanto al travestismo, piensa que no es una desviación de sexo ni de género (ya que la mayoría de ellos se sienten hombres heterosexuales), sino un problema eminentemente social y legal (por la prohibición de travestirse en lugares públicos) que no requiere asistencia profesional (pues la persona satisface sus impulsos por sus propios medios, esto es, travestiéndose) a menos que el impulso se torne insoportable para el sujeto⁹². No sucede lo mismo con la persona transexual, que «pone su fe y su futuro en manos del médico» (Ibídem.:11) a causa de su «deseo irreversible de pertenecer al sexo contrario al genéticamente establecido (...) y de recurrir a un tratamiento hormonal y quirúrgico encaminado a corregir la discordancia entre la mente y el cuerpo» (Ibídem.: 30).

singular» de psicosis tratada de forma muy inadecuada por unos cirujanos que permiten la amputación de órganos sin resolver con ello un problema cuya génesis radica en la subjetividad del sujeto: «Los males del transexualismo no desaparecen por un golpe de varita mágica hormono-quirúrgica, ya que su problema fundamental proviene de la identidad sexual, y esta identidad es tributaria del lenguaje» (Frignet, 2000: 9).

92 Benjamin cree que el travestismo no es necesariamente una desviación o perversión sexual porque puede manifestarse sin impulsos fetichistas. El travestismo no fetichista ha de ser visto como el producto de un «malestar de género» que el sujeto trata de aliviar recurriendo a la vestimenta cruzada, sin que ello le provoque excitación sexual.

Con todo, Benjamin advierte que no hay «métodos diagnósticos objetivos» para diferenciar el travestismo de la transexualidad, por lo que acaba por admitir que «la separación nítida y científica de los dos síndromes es imposible» (Ibídem.:15). Si, de forma somera, podemos definir al travestido como alguien que se siente hombre, acepta su morfología genital y tan solo se aproxima al género femenino adoptando de forma temporal su forma de vestir, un estudio pormenorizado revela, en cambio, la heterogeneidad del fenómeno, es decir, la existencia de casos complejos y confusos que cuestionan la rigidez de las categorías. Es posible que ese mismo travestido, una vez establecida una relación de confianza con el terapeuta, revele cierta aversión hacia su anatomía masculina y una identificación con el otro género que trasciende el uso de ropajes, llegando incluso a tantear la posibilidad de recurrir a algún tratamiento de modificación corporal.

Una forma práctica de abordar estas dificultades consiste, según Benjamin, en situar al travestismo y la transexualidad en una misma escala tipológica. Con este fin elabora una clasificación de los distintos tipos de «indecisión y desorientación en el rol de género y el sexo» (Ibídem.: 19) en el hombre, tomando como referencia la famosa escala de Kinsey (1998 [1948])⁹³. La escala benjaminiana está formada por 6 tipos (3 de travestismo y 3 de transexualidad) que están ordenados siguiendo una lógica gradacional. El tipo I o «pseudo-travestido» es alguien con una clara identidad masculina, que acepta su morfología corporal y se traviste de forma muy esporádica. En el otro extremo, tenemos el tipo VI o «transexual verdadero de alta intensidad», que se caracteriza por tener una identidad femenina consolidada, sentir un rechazo profundo hacia su anatomía masculina –siendo candidato para la automutilación o el suicidio– y un intenso deseo de someterse a una terapia de reasignación sexual. La imposibilidad de separar la transexualidad del travestismo queda reflejada en los tipos intermedios: el tipo III o «verdadero travestido» y el IV o «transexual no quirúrgico». El verdadero travestido es alguien con una débil identidad masculina, que se traviste siempre que sea posible y, aunque rechaza la cirugía genital, puede obtener cierto confort tomando hormonas. Por su parte, el transexual no quirúrgico presenta una identidad de género poco definida, no logra contrarrestar totalmente su malestar con el travestismo esporádico y por ello trata de vivir como mujer durante periodos continuados de tiempo, reclama una terapia estrogénica para lograr cierta feminización corporal y le resulta atractiva, aunque no lo solicite o admita, la idea de recurrir a la cirugía de reasignación genital⁹⁴. Como buen portador del estandarte biomédico, Benjamin

93 Kinsey *et. al.* (1998 [1948]) no conciben la orientación sexual con categorías estancas y excluyentes, sino como un *continuum* con el que se visibiliza la diversidad sexual humana. Establecen siete rangos de la orientación sexual, que van del 0 (que representa la heterosexualidad exclusiva) al 6 (homosexualidad exclusiva).

94 Los dos tipos restantes son: el tipo II o «travestido fetichista», que se traviste y obtiene por ello

decide abordar la diversidad sexogenérica humana multiplicando y refinando las categorías diagnósticas.

Aunque cree que el transexual tiene un problema de género, también considera que la identidad de género es algo fundamental e inmodificable, por lo que defiende una intervención sobre el sexo del paciente: «Si la mente del transexual no puede ajustarse al cuerpo, es lógico y justificable intentar lo opuesto, esto es, ajustar el cuerpo a la mente» (Ibídem.: 53). Ante los defensores de la psicoterapia, Benjamin argumenta que los transexuales no son psicóticos con impulsos castradores, sino personas totalmente conscientes de su anatomía que quieren desprenderse de sus genitales por considerarlos inútiles y desagradables, y substituirlos por otros con los que se identifican plenamente. La psicoterapia puede servir para «aliviar las tensiones del paciente», nunca para modificar algo tan sustancial como la identidad de género.

En opinión de Benjamin, cuatro motivos incuestionables hacen de la cirugía genital el tratamiento idóneo para la mujer transexual⁹⁵: podrá corregir la discordancia entre su cuerpo y su identidad de género, mantener relaciones sexuales satisfactorias, evitar arrestos por travestismo cambiando su sexo registral y lograr la plena aceptación social como miembro del género femenino. La operación es presentada como la única forma de acabar con los múltiples problemas psicológicos y sociales de estas personas, cuya vida de infelicidad y sufrimiento se hace más llevadera cuando vislumbran la posibilidad de pasar por el quirófano. Las cifras aportadas son a todas luces concluyentes: solo una de sus 54 pacientes afirma sentirse insatisfecha tras la cirugía⁹⁶. A muy pocas transexuales parece importarles el hecho de no poder llegar al orgasmo tras la operación, ya que anteriormente apenas habían tenido vida sexual a causa de unos genitales que detestaban. Ahora, con una neovagina, tienen garantizada la sensibilidad y, sobre todo, sienten el placer y el confort de relacionarse sexualmente con el cuerpo que la naturaleza les negó. Benjamin también aborda otras técnicas de feminización corporal, como la hormonación (muy deseada porque impide la erección a la persona no operada), la depilación por electrolisis, la cirugía de la

placer sexual; y el tipo V o «transexual verdadero de intensidad moderada», en el cual el malestar corporal y la urgencia por iniciar el tratamiento feminizador son algo menores que en el caso del «transexual verdadero de alta intensidad».

95 En tiempos de Benjamin, el sexo de nacimiento era lo que primaba a la hora de distinguir entre hombres y mujeres transexuales. Así, la «transexualidad masculina» o el «hombre transexual» servían para referirse al “hombre que se siente mujer”. Hoy en día, en cambio, se prioriza el género de destino, de tal forma que, para este mismo caso, hablamos de «transexualidad femenina» o «mujer transexual». Para no crear confusión y, sobre todo, para respetar el género de adscripción de la persona, a lo largo de este estudio se utilizará la lógica actual de clasificación.

96 Sus pacientes se someten a una cirugía de reasignación genital que consta de 3 pasos: castración, amputación del pene y construcción de la neovagina y la bolsa escrotal. Dicha operación cuesta entre 2.000 y 4.000 dólares, y precisa de 5 a 6 años de seguimiento postoperatorio.

nuez de Adán, los injertos capilares para combatir la calvicie o la mamoplastia de aumento, que no recomienda por sus complicaciones postoperatorias y sus malos resultados a nivel estético.

En cuanto a la transexualidad masculina, destaca en primer lugar su menor prevalencia (un hombre transexual cada seis mujeres), hecho que podría deberse, según él, a lo difícil que resulta para una mujer repudiar la feminidad tras estar nueve meses en el vientre de su madre recibiendo estrógenos y mantener con ella una relación muy estrecha durante los primeros meses de vida. No obstante, admite que si los medios de comunicación publicitaran la historia de un transexual masculino, tal y como hicieron con Jorgensen, aparecerían muchos más casos. Al igual que las mujeres transexuales, los hombres también desean la cirugía con todas sus fuerzas, pero muchos renuncian a ella porque son conscientes de sus malos resultados y elevado precio⁹⁷. Es por ello que priorizan la hormonación, la mastectomía y la histerectomía.

Por otra parte, Benjamin será uno de los primeros que tratará de esclarecer la etiología del fenómeno basándose en factores biológicos. Reconoce que esta es «una de las partes más controvertidas y oscuras del libro» (Ibídem.: 43) porque la ciencia todavía se encuentra en la fase inicial de sus investigaciones. Sostiene, no obstante, que es «una predisposición innata, biológica, aunque no necesariamente hereditaria» (Ibídem.: 92) la que ocasiona la transexualidad. Al explorar la naturaleza de esta predisposición innata, se decanta por dos tipos de causas: genéticas y endocrinas. Benjamin no descarta un origen genético aunque no existan hallazgos que lo confirmen, pues cree que la genética es una ciencia joven con un enorme potencial que todavía ha de desarrollar sus herramientas. En cuanto a la tesis endocrina, apunta a una mala hormonación del feto que afectaría a la morfología y fisiología del hipotálamo, ese sospechoso habitual de ser el «centro sexual» del cerebro.

Evalúa asimismo las dos principales hipótesis psicológicas de la transexualidad: el troquelado (*imprinting*)⁹⁸ y el condicionamiento infantil (*conditioning*)⁹⁹. Según Benjamin, si bien un mal troquelado o un erróneo condicionamiento debido a un ambiente familiar desfavorable pueden influir en el desarrollo y la intensidad del fenómeno, éstas no son

97 Como veremos más adelante, todavía hoy la cirugía de reasignación genital para hombres transexuales tiene un precio mucho más elevado y ofrece resultados bastante menos satisfactorios que la cirugía de feminización.

98 Money se verá obligado a adaptar su teoría del *imprinting* para poder explicar la transexualidad. Para ello, relativiza la importancia del sexo de asignación introduciendo un factor congénito: una influencia hormonal durante la fase prenatal condicionaría la posterior adquisición identitaria de la persona transexual.

99 Para la teoría del condicionamiento infantil, la transexualidad femenina es debida a un ambiente familiar que refuerza la feminidad del niño a la vez que desalienta su conducta masculina. Ello puede deberse a un contacto desmesurado con la madre y a la poca personalidad o ausencia física del padre.

sino causas secundarias cuyo influjo sería nulo de no existir el sustrato biológico. Además, advierte que la tesis del *imprinting* es muy difícil de demostrar porque los padres son incapaces de recordar todos los detalles que rodearon los primeros meses de la vida de su hijo transexual. Y si bien reconoce que las experiencias negativas durante la infancia pueden dejar secuelas psicológicas (traumas infantiles), destaca que la mayoría de travestidos y transexuales no se educaron en ambientes especialmente adversos.

6.4. La búsqueda del «transexual verdadero»

Con la influyente obra de Harry Benjamin, la transexualidad cae en el dominio exclusivo de la biomedicina. La psicoterapia cede su lugar al que en adelante será el tratamiento privilegiado: la terapia hormonal y las cirugías de reasignación sexual¹⁰⁰. En 1966, John Money inicia en el mismo hospital en el que llevaba tiempo operando a intersexuales, el Johns Hopkins de Baltimore, un programa destinado a la realización de cirugías genitales a personas transexuales. Dicho hospital se convierte durante los años 70 en el centro de referencia a nivel mundial en el tratamiento de la transexualidad. Paralelamente a la proliferación de clínicas de atención a la transexualidad y al perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, se van elaborando las herramientas diagnósticas y los criterios de elegibilidad para la cirugía (King, 1981; Billings y Urban, 1982; Garaizábal, 1998; Nieto, 2008; Green, 2010).

El mismo Benjamin opina que, dado que la cirugía tiene un carácter irreversible, hay que tomar «grandes precauciones» a la hora de determinar la idoneidad de cada paciente. El estamento médico de la época coincide en la necesidad de realizar una evaluación psiquiátrica de la persona solicitante, con el fin de descartar trastornos psicóticos, valorar su estabilidad emocional e inteligencia y asegurarse de que no se está ante «una moda erótica pasajera o una personalidad inmadura, sino ante una profunda y sincera convicción que se ha formado tras una reflexión meditada» (Benjamin, 1966: 60). Las discrepancias entre especialistas surgen una vez que se tiene el convencimiento de no estar ante un psicótico con deseos autodestructivos. Y es que al no existir evidencias fisiológicas o morfológicas para diagnosticar la transexualidad, se depende principalmente del relato ofrecido por el mismo paciente.

100 Se entiende por «cirugías de reasignación sexual» a todas aquellas intervenciones quirúrgicas destinadas a modificar los caracteres sexuales primarios y secundarios de la persona. Dentro de este grupo encontramos las «cirugías de reasignación genital», popularmente conocidas como «operaciones de cambio de sexo», de entre las que destacan las técnicas de la vaginoplastia (construcción de una neovagina) y la faloplastia (construcción de un neopene).

Cuando está exponiendo los problemas para diferenciar de un modo científico la transexualidad del travestismo, Benjamin sugiere una posible salida que a la postre se convertirá en el requisito médico indispensable para acceder a la operación: «La solicitud de una cirugía de conversión es exclusiva del transexual, por lo que puede servir actualmente como definición» (Ibídem.:15). Benjamin reservará su quirófano para lo que él denomina el «transexual verdadero», esa persona cuyo «deseo de la operación de cambio de sexo es un impulso que todo lo consume» (Ibídem.:15) porque desde que tiene uso de razón detesta sus genitales y quiere adoptar los roles asociados al otro género:

Los transexuales verdaderos sienten que pertenecen al otro sexo, quieren ser y funcionar como miembros del otro sexo, y no solo parecerlo. Para ellos, sus órganos sexuales primarios (testículos) y secundarios (el pene y otros) son repugnantes deformidades que deben ser extirpadas con el bisturí (Ibídem., 1966: 11).

Tomando como referencia este concepto de «transexual verdadero», Robert Stoller elabora en *Sex and Gender* (1968) unos rígidos criterios de acceso a la cirugía para mujeres transexuales que tendrán gran repercusión e influencia. Para Stoller, la selección de pacientes es un proceso de máxima importancia para garantizar el éxito de la operación y preservar la honorabilidad y reputación del médico, por lo que tan solo deben ser aceptadas aquellas personas que cumplan estrictamente con el siguiente perfil: hombres que desde siempre han sido muy afeminados, nunca han vivido de forma satisfactoria en el rol de género masculino –por lo que no pueden estar casados ni tener hijos– y cuyo pene no ha sido fuente de placer sexual.

Resulta interesante que nos detengamos por un instante en la teoría etiológica de la transexualidad ofrecida por Stoller, ya que es uno de los principales exponentes de las tesis psicologistas. En el segundo tomo de *Sex and Gender*, titulado *The Transsexual Experiment* (1975), Stoller sostiene que es el influjo de un entorno familiar inadecuado durante la fase crítica de formación del «núcleo de la identidad de género», el principal causante de una identidad transexual que, en su opinión, constituye una «identidad *per se*». En el caso de la transexualidad femenina, las causas hay que buscarlas en el contacto desmedido (habla de «simbiosis prolongada») con una madre con problemas de identidad de género (ya que presenta una «muy acentuada envidia de pene») que adquiere demasiado protagonismo debido a la ausencia o pasividad de la figura paterna. Valiéndose del andamiaje psicoanalítico, Stoller afirma que la mujer transexual adquiere su identidad de forma aproblemática, puesto que no experimenta conflicto edípico alguno debido a la imposibilidad de establecer una rivalidad con el padre. El terapeuta puede crear artificiosamente dicho conflicto si actúa antes de los 3 o 4 años de edad pero, pasado ese tiempo, ya no puede generar ningún

cambio identitario (de ahí que defienda la terapia de modificación corporal). En el caso de la transexualidad masculina, Stoller (1972) dibuja un panorama en el que la madre está psicológicamente ausente y se muestra incapaz de educar a la niña, mientras que el padre, en vez de apoyar a su esposa, tiende a sustituirla.

Volviendo al concepto de «transexual verdadero», durante largo tiempo se distingue esta figura paradigmática de homosexuales, travestidos y de aquellas personas que solicitan el cambio de sexo tras una larga trayectoria masculina¹⁰¹. A aquellas personas que se identifican con el género femenino pero no se quieren operar por no sentir aversión hacia sus genitales, se las considera menos auténticas y más patológicas que aquellas que se ajustan a los estándares establecidos (Mejía, 2006 y Nieto, 2008). De esta forma, la transexualidad es concebida como una identidad esencial, como algo ya dado en el momento de nacer, que se expresa desde la más tierna infancia y que conlleva un rechazo frontal de los caracteres sexuales y de los roles de género asociados al sexo originario.

Sin embargo, la aceptación del «transexual verdadero» entre la clase médica va disminuyendo a medida que se hace evidente que los pacientes adecuan sus historias personales para poder cumplir con los estrictos requisitos de acceso a la cirugía. El transexual imaginado por Stoller es más bien un tipo ideal que difícilmente puede encontrarse en la realidad, por lo que aquellas personas que desean operarse, que dominan la literatura médica y conocen los entresijos del proceso diagnóstico, reconstruyen sus psicobiografías con el fin de presentarse ante el médico como un caso ejemplar. Una vez desvelado este engaño generalizado, los médicos optarán por priorizar los criterios de índole práctica (con los que evaluar la capacidad de la persona para adaptarse al nuevo rol de género), en detrimento de los criterios diagnósticos.

El doctor Norman Fisk (1974) es uno de los que aboga por este cambio de modelo, pues cuestiona la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial para distinguir la «transexualidad verdadera» de otras formas de desviación de género. Basándose en un estudio de la Universidad de Stanford realizado en 1968, destaca que las psicobiografías de los pacientes son mucho más diversas de lo que Benjamin y Stoller habían pensado, por lo que no resulta adecuado excluir del proceso quirúrgico a todas aquellas personas incapaces de aproximarse al ideal transexual. Con el objetivo de visibilizar esta diversidad de vidas y experiencias, y en aras de lograr una relajación de los requisitos quirúrgicos, elabora el concepto de «disforia de género». Dicho concepto incluye una amplia variedad

101 Person y Oversey (1974 a, b) elaboran otra clasificación jerarquizada de la transexualidad, distinguiendo al «transexualismo primario» del «transexualismo secundario». En el primer grupo incluyen a todas aquellas personas asexuales que desde siempre han mostrado su condición transexual; el segundo tipo se refiere a aquellos que desarrollan la transexualidad tras un periodo de tiempo viviendo como homosexuales afeminados o travestidos.

de fenómenos que tienen en común cierto grado de insatisfacción, ansiedad o inquietud (disforia) de género, siendo la «transexualidad verdadera» su manifestación más extrema.

Los datos aportados por Fisk son otra prueba más de que los pacientes ensayan y preparan sus psicobiografías: casi 30 de las 40 personas estudiadas presentan ante el médico «casos de manual». Fisk asegura que algunos de estos supuestos transexuales ejemplares son, en realidad, homosexuales afeminados y travestidos, que demandan la cirugía de reasignación genital porque «socialmente es mucho más aceptable y menos estigmatizante padecer una enfermedad reconocida médicamente que sufrir una supuesta perversión moral, desviación sexual o fetichismo» (Fisk, 1974: 389). Por todo ello, Fisk recomienda dejar el diagnóstico en un segundo plano y centrarse en lo que John Money denomina el «test de la vida real», que consiste en establecer un periodo de prueba de entre 12 y 18 meses durante el cual se evalúa la capacidad de la persona solicitante de vivir a tiempo completo en el rol de género deseado. Para Fisk o Money, no es tan importante lo que el paciente ha sido, sino hacia dónde quiere ir.

Los conceptos de «transexual verdadero» y de «disforia de género» todavía perduran en la actualidad. Recientemente hemos asistido a una revalorización de la «disforia de género», ya que la Asociación Norteamericana de Psiquiatría ha decidido denominar de esta forma, en su quinta versión del Manual Clasificador y Estadístico de los Trastornos Mentales (aparecida en 2013), a la transexualidad. Además, la ley española de 2007 que regula la modificación de la mención «sexo» de todos los documentos y registros oficiales exige, como condición indispensable para solicitar el cambio de sexo, la presentación de un informe médico que acredite el diagnóstico de «disforia de género»¹⁰². Por su parte, y como tendremos ocasión de observar posteriormente, si bien el empleo del término «transexual verdadero» ha caído en desuso, en el imaginario médico actual todavía perduran algunos de los principios constitutivos del concepto. Ya no se les niega la operación a aquellas personas que han gozado con su pene y/o que han adoptado el rol masculino de forma más o menos satisfactoria durante buena parte de sus vidas. Pero quienes obtienen el diagnóstico más fácilmente y acceden antes al tratamiento son aquellas personas cuyo perfil mejor se ajusta al antiguo ideal.

102 Estamos hablando de la «Ley 3/2007, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas».

CAPÍTULO 7

Los estudios socioculturales y el activismo de género. Crítica del paradigma biomédico y problematización del sistema de sexo/género

Desde que la transexualidad se convierte en categoría científica, las aproximaciones de corte biologista y psicologista dominan completamente el panorama intelectual. Esta tendencia empieza a cambiar a partir de los años 70 del siglo XX, con la aparición de las primeras interpretaciones socioculturales de la transexualidad. Se abren nuevas perspectivas desde las que se destaca la necesidad de contextualizar el fenómeno, se revisa críticamente el paradigma biomédico y se reivindica la legitimidad de aquellos cuerpos y subjetividades que no desean someterse a la lógica bipolar. Esta lectura en clave social de lo trans se verá enriquecida por las iniciativas políticas e intelectuales que cuestionan nuestro sistema de sexo/género. Los trabajos, entre otros, de Foucault, Laqueur o Vázquez García y Moreno Mengíbar, que nos han permitido articular el análisis de los condicionantes históricos del fenómeno transexual y mostrar la contingencia histórica del cuerpo, el deseo y la sexualidad, fueron motivados por este espíritu revisionista y crítico.

7.1. Algunos trabajos significativos desde las ciencias sociales

Uno de los primeros análisis sociales de la transexualidad lo realiza Harold Garfinkel desde la etnometodología. Para Garfinkel (2006 [1968]), el estudio de este fenómeno permite observar los mecanismos mediante los cuales las personas tratan de adquirir una identidad socialmente reconocida, presentándose como hombres o mujeres «naturales y normales» en la interacción social cotidiana. Para desarrollar su teoría, Garfinkel analiza el caso de Agnes, una paciente de Robert Stoller que solicita una cirugía de reasignación genital (una vaginoplastia) por considerarse intersexual. Garfinkel comenta que Agnes tiene un pene y unos testículos «normalmente desarrollados» y unos caracteres secundarios femeninos (como pechos prominentes y menor vello corporal) que supuestamente aparecieron de

forma natural durante la pubertad¹⁰³.

Según Garfinkel, si Agnes desea «pasar» socialmente por una mujer normal debe llevar a cabo lo que Goffman denomina un «manejo de las impresiones», esto es, una tarea constante de vigilancia, planificación y gestión de las distintas situaciones sociales que pueden poner en entredicho su normalidad de género. Estas estrategias de gestión de las apariencias, que en el caso de las personas normales son difícilmente perceptibles porque tienen un carácter rutinizado, muestran «la importancia de los estatus sexuales (...) como trasfondo relevante pero no percibido de la textura que constituye las escenas concretas de la vida diaria» (Garfinkel 2006 [1968]: 137).

Parece evidente que nuestra sociedad está formada por «hombres naturales, mujeres naturales y personas que están en posición moralmente contrastante con ellos, es decir, incompetentes, criminales, enfermos y pecadores» (Ibíd.: 141). Incluso las personas como Agnes, que ven cómo se cuestiona su normalidad, comparten esta definición del mundo porque todos creemos que es un «hecho natural». Aunque para Garfinkel, tal naturalidad conlleva, «como parte constitutiva de su significado, el sentido de ser correcta o incorrecta, es decir, moralmente apropiada» (Ibíd.: 142). De este modo, la persona normal –que se inscribe sin ambigüedad en uno de los dos géneros naturalizados– juzga a una mujer con pene o a un hombre con vagina como a un ser extraño, un «*freak*», que merece algún castigo o, en su defecto, asistencia médica. La dicotomía de género emerge entonces como un hecho moral, cuya «existencia es decidida por parte de la población como un asunto de obediencia a un orden legítimo» (Ibíd.: 141).

Las personas perciben los genitales como insignias esenciales para realizar la asignación de género. No obstante, para Garfinkel es importante distinguir entre «penes y vaginas biológicos» (que son casi siempre imperceptibles cuando nos relacionamos con los demás) y «penes y vaginas culturales» (que son los que atribuimos a la persona en función de su apariencia cuando interactuamos con ella). Son estos «genitales atribuidos» los que proporcionan estabilidad a la interacción social porque permiten a las personas reconocerse unas a otras como pertenecientes al orden sexual normal.

En consecuencia, para lograr el derecho a ser tratada como una persona del género femenino, Agnes tiene que mostrar constantemente su capacidad para sentir y vivir como una mujer natural, evitando en todo momento, mediante el uso de estrategias evasivas y persuasivas, la posibilidad de que alguien detecte su error y pueda así arruinar su puesta en escena. Ante la imposibilidad de presentar sus genitales como signos de su feminidad, Agnes insiste en su identificación «consistentemente femenina». Con este fin, presenta

103 Años más tarde se descubre que Agnes no es intersexual, ya que admite haber tomado estrógenos por su cuenta para feminizar su cuerpo.

su pene como un apéndice inútil y molesto, destaca el desarrollo de sus pechos, describe sus gustos y preferencias como si fueran hechos innatos y no el fruto de su elección, y reformula su biografía: «Una biografía notablemente idealizada en la cual las evidencias de feminidad original eran exageradas mientras que las evidencias de una posible mezcla de características (...) eran rigurosamente suprimidas» (Ibídem.: 148). Agnes considera que el cirujano ha de reparar un error de la naturaleza, construyendo artificialmente una vagina que «debió de haber estado allí siempre». La experiencia de Agnes sirve a Garfinkel para mostrar que las personas sexuadas son «eventos culturales» que se configuran a través de unas prácticas cotidianas de reconocimiento, las cuales obedecen a reglas socialmente compartidas:

Esas prácticas producen por sí mismas a la persona normalmente sexuada, observable y capaz de ser narrada, y lo hacen única, exclusiva y completamente en ocasiones concretas, singulares y particulares a través de demostraciones testimoniales de habla y conducta comunes (Ibídem.: 200-201).

Las tesis de Garfinkel son corroboradas por el estudio también etnometodológico de Suzanne Kessler y Wendy McKenna (1985)¹⁰⁴. Al igual que Garfinkel, estas autoras se aproximan a la transexualidad al creer que es un caso idóneo para ilustrar el proceso de construcción social del género. Las personas transexuales planifican conscientemente su puesta en escena porque comparten con los demás miembros de la sociedad lo que Garfinkel llama una «actitud natural» hacia el género, que está formada por varios axiomas incuestionables: tan solo existen dos géneros, a cada género le corresponden unos genitales, el género es invariable y la ambigüedad no puede tomarse seriamente. De ahí que la apariencia dudosa de aquellas personas que se encuentran al inicio del proceso de modificación corporal suscite tanta confusión y reprobación social. La transexualidad sirve entonces para «aliviar la ambigüedad», permitiendo a las personas transexuales ajustarse a la lógica dicotómica.

Para decidir si la persona con la que estamos interactuando es hombre o mujer, realizamos una «atribución de género» a partir de unos estereotipos socialmente aceptados. Dicha «atribución de género» es un proceso complejo e interactivo que se realiza sin contar con información respecto a los genitales: «Los genitales físicos tan solo pertenecen a los cuerpos, por lo que no forman parte del mundo social» (Kessler y McKenna: 154). Son esos «genitales culturales» de los que hablaba Garfinkel, que Kessler y McKenna denominan «genitales atribuidos», los que importan en la interacción social: lo que uno dice y cómo lo

104 Las autoras realizan 15 entrevistas en profundidad a personas transexuales.

dice, la apariencia, los gestos, etc. Una vez que se ha realizado la atribución de género en función de estos elementos resulta muy difícil cambiarla, aún descubriendo posteriormente que la persona no tiene los genitales biológicos que se presuponían por su apariencia. La relación entre los genitales culturales y la atribución de género es reflexiva: «La realidad de un género queda probada por el genital que se le atribuye y, al mismo tiempo, el genital atribuido solo adquiere significado a través de la construcción social compartida del proceso de atribución de género» (Ibídem.: 155).

La «actitud natural» hacia el género y el proceso de atribución de género son construcciones sociales que «los científicos llevan consigo cuando entran al laboratorio a “descubrir” las características de género» (Ibídem.:162). La ciencia establece la dicotomía allí donde existen continuidades. Las hormonas, los cromosomas, las características físicas y psicológicas son los elementos que parecen justificar dicha dicotomía. Aunque, en realidad, es nuestra visión preexistente del género lo que nos ayuda a “descubrir” las diferencias entre mujeres y hombres.

Si la etnometodología se interesa por la transexualidad con el objetivo de analizar la forma en que el género es construido socialmente, otros autores, como Dwight Billings y Thomas Urban (1982), se acercan al fenómeno para realizar una lectura crítica de la gestión biomédica de los procesos de salud-enfermedad. Para estos autores, la transexualidad es una práctica socialmente construida que solo existe en –y a través de– la práctica médica. La legitimación y el perfeccionamiento de las operaciones de reasignación sexual «han originado una nueva categoría de identidad –transexual– para un grupo diverso de desviados sexuales y víctimas de un desequilibrio grave en el rol de género» (Billings y Urban, 1982: 92). Siguiendo la estela trazada por Ivan Illich (1978), Billings y Urban creen que los profesionales médicos no curan ni el cuerpo ni la mente sino que realizan una función moral que les ha sido otorgada por la sociedad, al promover la transición de un estatus sexual a otro. La cirugía es vista como un ritual de tránsito entre identidades sexuales que «reafirma de manera implícita los roles tradicionales masculino y femenino» (Ibídem.: 114), manteniéndose así la organización social del género.

Billings y Urban destacan que si los médicos querían que la cirugía de reasignación genital fuera aceptada como el tratamiento más apropiado para la transexualidad, tenían antes que combatir las objeciones realizadas por los defensores de la psicoterapia. Con este fin, elaboraron una teoría etiológica centrada en el carácter no psicopático de la transexualidad, racionalizaron las estrategias de diagnóstico y defendieron la capacidad de la medicina para resolver –quirúrgicamente– el sufrimiento del paciente. Este triunfo de las tesis médicas, debido en gran medida al éxito de la obra de Benjamin, facilitó la mercantilización de la transexualidad. Más aún, muchos médicos ensombrecían los efectos nocivos de la cirugía y realizaban una lectura cada vez más laxa de los requisitos necesarios para la operación, con

el objetivo de ganar pacientes a toda costa y obtener beneficios económicos y reputación profesional. La plenitud sexual y la armonía sexogenérica, convertidas en artículos de consumo, parecían quedar plenamente garantizadas con la cirugía: «Los médicos ofrecían a los hombres algo más que la oportunidad de deshacerse de su odiada insignia masculina, se les prometía la experiencia de la sexualidad femenina» (Ibídem.: 103).

Richard Ekins (1993) realiza otra importante contribución con su estudio sobre *cross-dressers* y personas que desean cambiar de sexo en base a los principios metodológicos de la «teoría razonada» (o «fundamentada»). En opinión de este autor, la gran mayoría de trabajos existentes sobre la transexualidad siguen el modelo médico, que se caracteriza por la recogida de datos biográficos y psicológicos con el fin de clasificar, diagnosticar y realizar una teorización etiológica. Estos trabajos se apoyan en teorías biológicas o psicológicas preexistentes sobre el proceso de adquisición de la identidad y los roles de género, y tienden a no reconsiderar sus presupuestos. Por el contrario, trabajar con los criterios de la teoría razonada conlleva «establecer un corpus teórico a partir de los datos obtenidos de forma sistemática y analizados desde la investigación social» (Ekins, 1993: 160). Hay que estudiar a travestidos y transexuales más allá de la consulta médica, mientras interactúan y generan significados en el trabajo, la familia o los entornos asociativos, y todo ello sin estar demasiado condicionado por las teorías existentes.

Una vez recogidos y analizados los datos de la observación participante, las entrevistas en profundidad y las historias de vida, Ekins acuña un concepto significativo con el que pretende reflejar la naturaleza dinámica del travestismo y la transexualidad, el «varón feminizante». Al desarrollar este concepto, identifica tres dimensiones interrelacionadas de la feminización: el «cuerpo feminizante» (prácticas efectivas o simuladas para feminizar caracteres sexuales primarios y/o secundarios), la «erótica feminizante» (prácticas feminizantes que tienen por objeto despertar la excitación propia o ajena) y el «género feminizante» (adopción de conductas y emociones culturalmente asociadas a las mujeres). Ekins también elabora una secuencia temporal para dar cuenta de la evolución de este «varón feminizante», que empieza por las primeras prácticas de feminización, a las que no se les da un significado especial porque se las considera un hecho puntual y no recurrente, y finaliza con la consolidación de la feminización, fase en la que se elabora un marco más o menos exhaustivo y coherente para desarrollar el yo feminizado.

Existen muchos otros estudios sociológicos y antropológicos destacables sobre la transexualidad, algunos de los cuales ya han guiado la presente investigación o lo harán más adelante. Es el caso de Dave King (1981), quien sostiene que la transexualidad o el travestismo son conceptos contemporáneos y no fenómenos universales y ahistóricos, por lo que no debemos rastrear la historia para encontrar sus manifestaciones pretéritas, sino más bien relacionarlos con su contexto histórico y cultural. Por su parte, Hausman (1992

y 1995) historiza las relaciones entre la endocrinología, las cirugías de reasignación sexual y las teorías de la identidad de género, cuyo desarrollo proporciona las bases tecnológicas e ideológicas para el surgimiento de la transexualidad. Desde la antropología, sobresale el análisis sociocultural de Anne Bolin (1988), que aborda el proceso de transexualización de hombre a mujer apoyándose en la teoría de los ritos de paso, o el trabajo de Dan Kulick (1998) sobre la subjetividad y corporalidad intersticiales de las «travestís» brasileñas, las cuales feminizan su cuerpo con hormonas y cirugías pero preservan su pene como rasgo identitario característico.

7.2. Las personas trans toman la palabra

Tras haber sido largo tiempo objeto predilecto de estudio de un amplio elenco de expertos (médicos, sexólogos, psicólogos, psicoanalistas y, más recientemente, investigadores sociales), las personas categorizadas como «transexuales» o «travestidos» deciden tomar la palabra para que su voz sea escuchada más allá de la consulta o el diván. Estas personas harán uso de su experiencia vital, política e intelectual para generar conocimiento y reivindicar otras formas de pensar su existencia que a menudo chocarán con los saberes existentes. Desde el derecho a la autorreferencialidad, empezarán a proliferar estudios académicos y encendidos panfletos políticos, de los que surgirán nuevos conceptos, significados y luchas. Al igual que sucede con las otras minorías sexogénéricas, las personas trans son hoy grandes generadoras de un conocimiento imprescindible que se ha convertido en todo un referente para numerosas disciplinas. Sin embargo, han existido grandes dificultades para que se reconozca a estas personas como agentes capaces, no solo de narrar sus propias experiencias, sino también de realizar aportaciones teóricas relevantes. A este respecto, Stephen Whittle (2006) sugiere algunos factores que han hecho que el conocimiento aportado por las/ los trans haya sido largo tiempo deslegitimado: su condición de seres patológicos, las dificultades sociales y legales para visibilizarse o la mirada desacreditadora y recelosa de algunos colectivos feministas.

Una de las primeras personas trans que destacan por su quehacer político e importante legado intelectual es Virginia (nacida Charles) Prince. Doctora en farmacología, Prince domina perfectamente la literatura médica de su tiempo respecto al travestismo y la transexualidad y conoce personalmente a algunas de las grandes figuras de la disciplina, como Harry Benjamin, a quien agradece en alguno de sus textos el haberle ayudado con sus problemas personales. Prince será recordada especialmente por su capacidad para crear nuevos términos. En un primer momento, rechaza la palabra «travestido» y se define a ella misma como «feminófilo» (*femmiphile*) para resaltar su «amor por lo femenino». Utiliza

este término para referirse a todo hombre heterosexual al que le gusta vestirse de mujer de vez en cuando (Ekins y King, 2005). Sus primeros ensayos científicos representan otro esfuerzo más para delimitar las fronteras que separan el travestismo, la homosexualidad y la transexualidad. En un artículo de 1957 presenta estas «desviaciones» como el resultado de una identificación con diversos aspectos de la feminidad:

Aquellos hombres que se identifican con el lado sexual de la mujer y tienden a expresar su feminidad a través del comportamiento sexual, son los homosexuales. Aquellos que se identifican con el aspecto psicológico, creen que son mujeres en un cuerpo de hombre y sienten como ellas (...) Son transexuales. Finalmente, aquellos que se identifican con los aspectos sociales de la mujer y tratan de emularla adoptando su vestimenta, peinados, gestos, etc., son los travestidos (en Benjamin, 1966: 17).

La parte de la obra de Prince más recordada e influyente la escribe cuando decide vivir como mujer a tiempo completo. Para ello, empieza a tomar hormonas y a realizar la depilación por electrolisis pero, contrariamente a lo establecido por el saber médico de la época, decide conservar sus genitales masculinos. El hecho de no sentirse identificada con los conceptos «travestido» y «transexual» le lleva a crear, a mediados de los años 70, dos nuevos términos que trastocarán profundamente el conocimiento y las experiencias trans: «He acuñado las palabras “transgenerismo” y “transgenerista” para describir a la gente, como yo misma, que tiene pechos y vive a tiempo completo como mujer sin tener intención alguna de someterse a la cirugía genital» (Prince, 1997: 469).

Y es que, en su opinión, la solución para muchas de estas personas hay que buscarla en el género psicosocial y no en los genitales. Prince está convencida de que la cirugía de reasignación genital no es apropiada para el 90% de mujeres transexuales. La operación puede ser de alguna ayuda tan solo para aquellas personas asexuales, incapaces de sentir placer sexual alguno. Se puede ser perfectamente mujer con un pene entre las piernas, tan solo hay que buscar formas alternativas de satisfacer los deseos de feminidad, como cambiarse el nombre o el sexo civil: «La cirugía no es necesaria para ser mujer. Es tan solo un doloroso, caro, peligroso y equivocado intento de tener entre las piernas aquello que debe tenerse, final e inevitablemente, entre las orejas» (Prince, 2005 [1978]: 34-35).

La feminidad se aprende viviendo y sintiendo; no es una cuestión de sexo sino de género. Pero este hecho es a menudo ignorado por expertos y profanos, a los que la sociedad patriarcal les induce a pensar la mujer como el «producto de su anatomía». A ello hay que añadirle la agresiva y sugerente publicidad que se hace de la cirugía, que resulta seductora hasta para los travestidos. Prince admite que estuvo tentada de pasar por el quirófano tras conocerse la historia exitosa de Jorgensen, y que tardó 15 años en darse cuenta de que la cirugía no era necesaria. La experiencia de Virginia Prince supondrá un espaldarazo para

muchas personas trans que veían cómo se dudaba de su autenticidad por no ajustarse a los estándares establecidos, además de un claro cuestionamiento de la visión genitalizada del género mantenida por los especialistas. Con todo, y tal y como apunta King (1981), se acusará a Prince de ser poco crítica con el estereotipo femenino dominante, pues a menudo, en su revista *Transvestia*, insta a los travestidos a que sigan los adecuados modelos femeninos en cuanto al comportamiento y al vestir se refiere.

Si Virginia Prince crea la palabra «transgénero», es Leslie Feinberg quien le confiere su actual significado en un importante y revolucionario panfleto para los estudios y el activismo trans, publicado en 1992. Para Feinberg, es necesario iniciar una alianza política que incluya a todas aquellas personas oprimidas y marginadas por no ajustarse a las normas de género, tales como travestidos, transexuales, *drag queens*, *drag kings*, andróginos, hombres afeminados, *butch*, etc.: «Muchas de estas palabras no las hemos escogido. No todos nos sentimos incluidos en ellas. Es difícil combatir una opresión sin un nombre que connote orgullo, sin un lenguaje que nos honre» (Feinberg, 1992: 206). Y es justamente el vocablo «transgénero» el paraguas y símbolo de orgullo de este movimiento pangenérico. En opinión de este marxista, las sociedades precapitalistas se caracterizan por aceptar y honrar al transgénero, mientras que las capitalistas sancionan y oprimen cualquier transgresión normativa. Es por ello que, para Feinberg, es importante que la emergente alianza transgénero recupere su legado histórico y aproveche este conocimiento para luchar por una sociedad más justa.

Presentar las ideas de todas las personas trans con una obra descollante excedería en demasía las posibilidades e intenciones de la presente investigación. Nombres como los de Jason Cromwell, Henry Rubin, Jamison Green, Pat Califia, Jack Halberstam, Stephen Whittle, Sandy Stone, Vivian K. Namaste, Susan Stryker o Kate Bornstein, por citar solo a algunos, se han convertido en grandes referentes dentro de ese «campo académico interdisciplinar y socialmente comprometido» (Stryker, 2006: 3) de los estudios trans. Aunando el saber de la academia con el vigor del activismo y situándose en primera línea de las luchas *queer* y transfeminista, las personas trans han aportado herramientas decisivas para impugnar los postulados de nuestro sistema de sexo/género. Una buena muestra de esta potencia intelectual y política la tenemos en los conceptos revolucionarios y desencializadores, como los de «*gender fucking*» (joder al género), «*gender blur*» (enturbiar el género), «*gender bending*» (torcer el género) o «*gender blending*» (mezclar el género) (Soley-Beltran, 2009).

Detengámonos brevemente en este último concepto. Es el sociólogo Aaron (antes Holly) Devor quien acuña el término «*gender blending*» en un estudio publicado en 1989. Devor analiza las experiencias de 15 mujeres que mezclan de forma consciente los roles femeninos con los masculinos, por lo que a menudo se les atribuye el género masculino en

las interacciones cotidianas: «Cuando existe una duda respecto al género de una persona, la gente tiende a ver a un hombre» (Devor, 1989: 49). Esta mezcla de géneros hace que las mujeres estudiadas puedan experimentar el poder del estatus masculino en una sociedad patriarcal: cuando son tomadas por hombres en el espacio público, ello les reporta mayor seguridad y respeto, a la vez que observan la cohibición de la mujer ante la mirada masculina. Devor se aproxima al fenómeno de la mezcla de géneros para cuestionar el supuesto común de que la dicotomía sexual es la base innata del género. Bien al contrario, son las señales de género asociadas con la masculinidad y la femineidad las que nos ayudan a inferir el sexo biológico. Devor también desafía la categoría clínica «transexualidad», presentando la identidad de género como algo dinámico que se embebe de una compleja red de significados e interacciones.

7.3. Transexualidad, transgenerismo y feminismos

La transexualidad surge como categoría médica en el momento en que la llamada «Segunda Ola» feminista se encuentra en plena ebullición. El feminismo se interesa rápida y profundamente por lo trans, pues tiene múltiples implicaciones para sus estudios y combates. El posicionamiento del feminismo ante la transexualidad o el transgenerismo no ha sido unánime, dependiendo en buena medida de las corrientes dominantes en cada periodo. De este modo, el esencialismo y universalismo con que algunas conciben la categoría «mujer» durante la Segunda Ola posibilita la aparición de voces que cuestionan la autenticidad de las mujeres transexuales y las acusan de reproducir los estereotipos conservadores y opresivos de la femineidad. En cambio, para el feminismo postestructuralista cercano a las teorías *queer*, el transgénero constituye una figura transgresora necesaria para cuestionar las categorías dominantes.

El feminismo que considera la transexualidad como algo políticamente reaccionario tiende a pensarla como una suerte de caballo de Troya ideado por el hombre para dinamitar las reivindicaciones y el potencial de las mujeres. Uno de los máximos exponentes de este posicionamiento es el controvertido libro *The Transsexual Empire* de Janice Raymond (1994 [1979]). Esta feminista norteamericana afirma que la transexualidad «es básicamente un problema social cuya causa radica en los roles sexuales y las identidades que genera una sociedad patriarcal» (Raymond, 1994 [1979]:16). En su opinión, las explicaciones biológicas, psicoanalíticas y psicológicas de la transexualidad son otro intento más de individualizar el tratamiento de la alienación social.

En *The Transsexual Empire*, la transexualidad es presentada como un programa sociopolítico creado por los hombres que atenta contra los esfuerzos del movimiento

feminista para acabar con la opresión de los roles sexuales. La solución médica refuerza dicha opresión porque alienta a la persona transexual a conformarse con los estereotipos de género: no le permite «vivir más allá de estos dos contenedores de la personalidad» (Ibídem.: 123) que son la masculinidad y la feminidad. Raymond aduce cinco razones para explicar el hecho de que haya muchas más mujeres que hombres transexuales: primero, la cirugía genital femenina es más fácil, menos costosa y se publicita mejor que la masculina; segundo, las técnicas de reasignación sexual han sido creadas por –y para– los hombres; tercero, en nuestra sociedad patriarcal, el hombre es más libre de experimentar que la mujer; cuarto, mientras que las mujeres son capaces de afrontar la opresión a nivel personal y sociopolítico, la transexualidad es la única vía que ha encontrado el hombre para escapar de la rigidez de los roles de género; quinto, y quizá el punto más importante, el hombre está socializado para la objetivación, por lo que objetiva el cuerpo de la mujer mediante la violación o la pornografía y objetiva su propio cuerpo a través de la transexualidad. Según Raymond, la existencia de mujeres que desean iniciar una terapia masculinizadora es una mera coartada que permite presentar «un problema exclusivo de hombres» como si fuera un fenómeno inherente a la especie humana.

Pero Raymond no acaba aquí su análisis implacable. Afirma que la transexualidad es otro más de los mecanismos androcéntricos (como la fecundación in Vitro) que tienen por objeto «arrancarles a las mujeres los poderes inherentes a la biología femenina» (Ibídem.: 29). La mujer transexual no puede considerarse una mujer ya que, entre otras cosas, resulta médicamente imposible cambiar el sexo cromosómico. Se trata más bien de un «hombre-convertido-en-mujer-fabricada» (*male-to-constructed-female*) que ha transformado su cuerpo en un artefacto (implantes de silicona, vagina artificial, terapia estrogénica, etc.). El «hombre-convertido-en-mujer-fabricada» que se presenta además como una lesbiana feminista, trata de capturar «la poderosa energía de la mujer», su consciencia feminista y su sexualidad. En definitiva, las mujeres han de estar siempre alerta y desconfiar de las transexuales, pues aunque éstas «hayan perdido su miembro físico, ello no quiere decir que hayan perdido su habilidad para penetrar a las mujeres –su mente, su espacio, su sexualidad–» (Ibídem.: 104).

Esta actitud hostil hacia las mujeres trans la podemos encontrar más allá de la Segunda Ola y, además, no es exclusiva del feminismo. En cuanto a lo primero, quien escribe fue testimonio directo de las protestas y presiones de algunas asociaciones feministas cuando el ayuntamiento de París adjudicó por vez primera, en el año 2005, un puesto informativo a la asociación trans PASTT¹⁰⁵ en el recinto en donde se exhibían las asociaciones durante

105 Recordemos que el PASTT (acrónimo de *Prévention, action, santé et travail pour les transgenres*) es la asociación creada por mujeres trans con la que pude colaborar durante siete meses.

el Día de la Mujer. Protestas que se convirtieron en escaramuzas en el momento en que la PASTT, de forma conscientemente provocativa, organizó un pase de modelos con mujeres trans que fue boicoteado¹⁰⁶. En cuanto a lo segundo, hay que recordar que existen también algunos sectores del movimiento gay que han mirado con desprecio a la mujer transexual por considerarla como «un tipo especial de “reina del armario”, que intercambia los roles de género para eludir la etiqueta de homosexual» (King, 1981: 152). Si nos remitimos al caso español, en otro lugar (Guasch y Mas, 2014) recuerdo que, durante los años noventa del siglo XX, la visibilidad social de travestís y transexuales era vista con desconfianza por parte de algunos colectivos gays que buscaban la aceptación social tratando de presentar una imagen respetable de la homosexualidad¹⁰⁷.

Por otra parte, las reacciones al libro de Janice Raymond no se hicieron esperar, siendo las mujeres trans quienes reaccionaron más rápida y contundentemente. Una de las primeras y más furibundas críticas la realiza Carol Riddell en 1980 (tan solo un año después de publicarse *The Transsexual Empire*) en un texto que representa una de las primeras expresiones del feminismo transgenerista. Riddell se defiende de las principales acusaciones vertidas por Raymond y afirma sentir cólera y amargura al constatar que hay feministas que niegan su existencia como mujer: «Como mujer transexual y feminista, ni he buscado publicidad ni soy un agente del patriarcado. Mi derecho a existir y el de otras mujeres transexuales se ve amenazado por este libro» (Riddell, 1980:145). Advierte que la obra de Raymond tiene consecuencias muy negativas para las personas trans, pero también para el propio movimiento feminista.

Riddell utiliza su propia experiencia para impugnar todos los aspectos del libro. A nivel empírico, critica a Raymond por su desconocimiento de la realidad transexual, pues con sus afirmaciones alarmistas y «paranoicas» acerca del peligro que supone la mujer transexual para el feminismo está sobreestimando un fenómeno que no es «un gran problema social» en términos cuantitativos. Cuestiona asimismo la metodología, basada en 15 entrevistas a personas transexuales (de las cuales solo dos son hombres) cuyas experiencias y narrativas vitales son obliteradas excepto cuando las utiliza tendenciosamente para fortalecer sus argumentos. También lamenta el tono dogmático utilizado por Raymond,

106 Escenas como la narrada, que reflejan la oposición frontal de algunas feministas a la participación de las mujeres trans en espacios y eventos reservados a las mujeres cis, se han repetido a lo largo de las últimas décadas, aunque cada vez son más escasas. Susan Stryker (2006) recuerda que en el año 1991 la transexual post-operatoria Nancy Burkholder fue expulsada del Festival de Música de las Mujeres de Michigan por considerarse que no era “realmente” una mujer.

107 En opinión de Guasch (1991), esta hostilidad o desconfianza por parte de algunas organizaciones gays hacia travestís y transexuales, manifestada a partir de los años 90, contrasta con la situación de la España de la Transición. En ese periodo, las cabezas visibles del movimiento homosexual acostumbraban a ser travestís y “locas” (afeminados).

hecho que le impide explorar otras posibles causas de la transexualidad más allá del sistema de género patriarcal. En fin, apunta varias contradicciones: mientras que Raymond ataca a los científicos por asumir que la biología o la socialización son destino, niega que la transexual se convierta en mujer tras la operación porque resulta biológicamente imposible cambiar su sexo cromosómico. Raymond también acusa a las transexuales de dividir al movimiento feminista con «disputas improductivas» sobre quién es, o no, una mujer, pero ella misma establece una división al cuestionar la inclusión de la mujer trans entre los grupos de mujeres, feministas y lesbianas.

Según Riddell, la obra de Raymond es una clara muestra de la táctica patriarcal consistente en desviar la atención de la fuente del problema identificando un chivo expiatorio inocente e indefenso con el que poder canalizar todo el resentimiento, tal y como hicieron antes los nazis o el macartismo con judíos y supuestos comunistas para gestionar el descontento social. En vez de sentir hostilidad, el feminismo tiene que aprovechar muchas de las ideas progresistas aportadas por el movimiento transgenerista. Recuerda que la cultura feminista de resistencia se ha de caracterizar por «la empatía, el respeto por la identidad de las demás, la habilidad para compartir y crecer desde la experiencia de una opresión común, la aceptación del otro como un igual (...)» (Ibíd.:156).

Las polémicas sobre el modo en que el feminismo debe situarse ante la transexualidad y el transgenerismo acabarán por inscribirse en reflexiones de mayor calado en las que se problematizan los parámetros que conforman la categoría «mujer» así como el estatuto ontológico del género. Ello sucede cuando el pensamiento postestructuralista y la crítica *queer* sitúan en un primer plano la necesidad de dudar del Sujeto prediscursivo, de desnaturalizar categorías (ahora ya no solo el género, sino también el sexo), de cuestionar los binarismos, de mostrar la violencia inherente a toda formación identitaria y de poner la atención en la performatividad antes que en una supuesta esencia subyacente del género. Se cree conveniente descentrar al sujeto feminista monolítico –encarnado por esa mujer cromosómica, blanca, de clase media y occidental– porque genera nuevas jerarquías y formas de exclusión: «Toda teoría feminista que limite el significado del género en las presuposiciones de su propia práctica dicta normas de género excluyentes en el seno del feminismo, que con frecuencia tienen consecuencias homófobas» (Butler (2007 [1999]): 8)¹⁰⁸.

108 Hausman (2001) apunta que desde mediados de los años 90 el pensamiento *queer* ha dominado casi por completo el abordaje de la transexualidad y el transgenerismo, relegando a un segundo término a los estudios más explícitamente feministas. Lamenta además que en algunos de los textos *queer* se critique al feminismo por haberse apropiado de la categoría «mujer» e ignorado los problemas de aquellas mujeres “no biológicas”.

El Imperio contraataca. Un manifiesto postransexual de Sandy Stone (2004 [1991]), representa un buen exponente de la aplicación de las críticas planteadas por esta corriente anti-esencialista al estudio de la transexualidad. Este texto es deudor del pensamiento de Donna Haraway y Judith Butler, así como de los estudios literarios de Barthes y Derrida. Stone considera que las transexuales han de hacer frente tanto a los teóricos de la identidad sexual, que las infantilizan y las conciben como personas irresponsables, como a las feministas radicales, que las presentan como el enemigo masculino que se ha infiltrado entre las mujeres para pervertirlas y destruirlas. Sin embargo, las personas transexuales no han sido capaces de elaborar un contradiscurso efectivo a causa de su voluntad de «desaparecer», es decir, de tratar de esconder su pasado y confundirse con la población normal para lograr ser aceptadas. Lamenta la complicidad de las transexuales en la reproducción de los estereotipos femeninos y el binarismo de género: «Pasan de ser hombres sin ambigüedad, aunque infelices, a ser mujeres también carentes de ambigüedad. No hay terreno intermedio» (2004 [1991]: 20). En lugar de tratar de pasar a toda costa por mujeres normales, las personas trans han de recuperar ese pasado muchas veces negado, evitar la reivindicación de una identidad «totalizada y monista» y aprovechar su potencial para generar «nuevas e impredecibles disonancias»:

Intentar ocupar un espacio como sujeto hablante en el marco tradicional del género es volverse cómplice del discurso que uno/a desea deconstruir. Más bien, podemos apropiarnos de la violencia textual inscrita en el cuerpo transexual y transformarla en fuerza reconstructiva (Ibíd.: 29).

Las teorías y políticas *queer* defienden que las identidades son productos históricos y sociales en lugar de fenómenos naturales o intrapsíquicos, y se esfuerzan en combatir las dicotomías existentes (hombre/mujer, masculino/femenino, heterosexual/homosexual) al considerarlas fuente de opresiones. La ambigüedad transgresora del/la transgenerista encaja perfectamente en esta corriente crítica, pero no sucede lo mismo con la voluntad de normalización de la persona transexual. Desde algunos sectores del movimiento transexual se ha criticado la concepción butleriana del género que ha impregnado el pensamiento *queer*: ese género que no ha de ser entendido como una esencia o una posesión, sino más bien como el resultado de un conjunto de acciones que, al repetirse de acuerdo a unas normas, acaban produciendo el fenómeno mismo que anticipan, esto es, crean el efecto de un núcleo interno o una identidad esencial. Ciertos colectivos transexuales tachan de frívolas, a veces injustamente, a figuras relevantes del movimiento *queer* al considerar que entienden el género como una mera *performance*, como algo que puede cambiarse y redefinirse a voluntad. Para algunas/os transexuales cuestionar el fundamento ontológico del género pone en peligro sus estrategias para lograr reconocimiento y derechos sociales,

los cuales tratan de obtenerse mediante la reivindicación de una identidad esencial. Creen además que las proclamas a favor de la ambivalencia corporal y el ensalzamiento de las manifestaciones de género lúdico-festivas (como la *performance drag*) son propias de un movimiento elitista ilustrado que a menudo olvida o subestima la violencia transfóbica cotidiana.

Antes de finalizar este apartado tenemos que referirnos a ese cruce de caminos llamado «transfeminismo». Surgido de la complejidad de los actuales retos y luchas sexogenéricas y de la necesidad de establecer alianzas para la resistencia, el transfeminismo refleja la actual interacción del pensamiento feminista con las teorías *queer*, transgeneristas y postcoloniales. Puede ser visto como la aplicación del discurso transgénero al feminismo, pero también como la constatación de que las mujeres trans se han comprometido con las luchas feministas. Ya no se debe articular el combate a partir de un sujeto político unitario, sino a través de «micropolíticas de género» que visibilicen la inmensa variedad de experiencias y opresiones:

No hay ni puede haber un programa feminista único y exportable, derivado de una identidad esencial o de opresión común. Podríamos decir que, en este sentido, el paisaje del feminismo contemporáneo es deleuziano: está hecho de minorías, de multiplicidades y de singularidades, y todo ello a través de una variedad de estrategias de lectura, reapropiación e intervención irreductibles a los eslógans de defensa de la “mujer”, la “identidad”, la “libertad”, o la “igualdad” (Preciado, 2009: 25).

Una contundente declaración de principios del transfeminismo la encontramos en *Transfeminist Manifesto* de Emi Koyama (2001), una de las principales impulsoras de este movimiento junto con Diana Courvant o Pat Califia. Koyama celebra que a finales del siglo XX se haya asistido a una ampliación sin precedentes del feminismo, gracias en buena medida a la participación de diversos grupos de mujeres antes excluidas: «Somos cada vez más conscientes de que la diversidad es nuestra fuerza, no nuestra debilidad» (Koyama, 2001:1). Si bien reconoce que es un movimiento impulsado por mujeres trans, subraya que su fuerza radica en las nuevas políticas de coaliciones con mujeres cisgénero¹⁰⁹, *queer*, intersex, hombres trans y cis; en fin, con toda aquella persona que simpatice con su causa.

Para el transfeminismo «hay tantas formas de ser mujer como mujeres hay» (Ibídem.: 3). Las «pruebas de pureza» femenina realizadas por algunas feministas han sido un factor de exclusión que ha desacreditado a las mujeres alejadas de la ortodoxia y les ha

109 El término «cisgénero», por oposición a «transgénero», designa a aquellas personas cuya identidad genérica se corresponde con el género atribuido en función a su morfología corporal. Se distingue así a mujeres y hombres «trans» de mujeres y hombres «cis».

arrebatado su agencia. Ante las acusaciones de que las mujeres trans se han beneficiado de los privilegios de la masculinidad, Koyama responde que, si bien es cierto que algunas veces han podido gozar del beneficio de ser hombres en una sociedad patriarcal, han sufrido también la opresión por ser trans y por no poder ajustarse a los estándares de la virilidad. Este manifiesto es también una reivindicación de la soberanía de las personas trans sobre sus cuerpos e identidades y una crítica al modelo médico de atención a la transexualidad. En este sentido, defiende el derecho exclusivo a tomar decisiones sobre el propio cuerpo, sin coacciones de ningún tipo por parte de las autoridades políticas, médicas o religiosas. De ahí que critique a la comunidad médica por presionar a las mujeres trans para que se ajusten a los estereotipos de la feminidad si desean ser aceptadas para iniciar el tratamiento hormonoquirúrgico, hecho que constituye un mecanismo de opresión con el que se niega la singularidad de cada mujer así como la heterogeneidad del mundo trans.

7.4. El transgénero en contextos no occidentales

La transversalidad –o variancia– de género es un fenómeno multiforme presente en no pocas sociedades pasadas y actuales. Anne Bolin (2003) identifica sus principales expresiones transculturales, cuya existencia trastoca nuestra concepción biologizada y bipolar del género. En algunas de estas sociedades se confiere un género especial a los individuos intersexuales o hermafroditas, tal y como le ocurre al *sererr* entre los pokot de Kenia. En otras, se institucionaliza el matrimonio entre mujeres (los nandi) o entre muchachos (los azande), con el añadido de que uno de los esposos invierte su género (por lo que hay mujeres-marido u hombres-esposa). También podemos encontrar personas que desarrollan roles de género cruzado, como es el caso de la mujer tiburón *mako* de las Marquesas, que se caracteriza por su sexualidad activa y vigorosa, una cualidad generalmente atribuida al hombre. Finalmente, en algunas sociedades existen hombres biológicos que, por una serie de factores que varían de un pueblo a otro, adquieren una posición ambivalente reconocida culturalmente, es decir, se adscriben a un tercer género –o género intermedio– al no ser considerados ni hombres ni mujeres. Con este estatus especial, se visten parcial o completamente como una mujer y adoptan conductas asociadas al género femenino, o bien combinan los roles femeninos con los masculinos. Estas personas suelen mantener relaciones sexoafectivas con hombres¹¹⁰.

110 Bolin elabora una tipología con cinco formas de transversalidad de género: 1) géneros hermafroditas; 2) tradiciones dos-espíritus; 3) roles de género cruzados; 4) matrimonio entre mujeres; 5) rituales de género cruzado.

En este apartado nos centraremos en este último tipo de variancia de género, ya que su visibilización nos ayuda a desuniversalizar el concepto biomédico «transexualidad» y a poner en entredicho nuestra visión genitalizada del género. La antropología nos muestra que hay sociedades en las que existen espacios genéricos alternativos que trascienden el binomio hombre/mujer; pueblos que atribuyen una función social significativa a seres intersticiales. Existen múltiples figuras no occidentales del transgénero, cuyo estatus, roles, denominación y connotaciones simbólicas varían de una sociedad a otra: el *xanith* omaní, el *kathoey* tailandés, el *mahu* tahitiano y demás manifestaciones polinesias, como el *fāʻafafine* samoano, el *fakaleiti* de Tonga, el *fakafafine* de Tuvalu o el *wakawawine* de Pukapuka (Nieto, 2011). Con todo, focalizaremos nuestra atención en dos de las figuras más conocidas y analizadas: el *dos-espíritus* norteamericano y el *hijra* indio.

En prácticamente todos los pueblos de la parte central y occidental de Norteamérica podíamos encontrar a los «dos-espíritus», también conocidos como «berdaches»¹¹¹, un término empleado por los colonizadores, y posteriormente adoptado por los antropólogos, para referirse a todos aquellos hombres biológicos –y algunos intersexuales– que no encajaban dentro del estándar social masculino y que adquirirían un estatus intermedio entre la masculinidad y la feminidad. Esta figura podía diferir de un pueblo a otro (en lo referente a sus funciones, su prestigio o su inscripción en el universo simbólico), por lo que utilizar la palabra «berdache» para designarlos a todos por igual supone una simplificación de una realidad más compleja y heterogénea. Sea como fuere, estos pueblos contaban con individuos que sobrepasaban la división binaria de los géneros, sin por ello transgredir ninguna convención social. Varios eran los términos que los nativos utilizaban para designar a estas personas: *nadle* (entre los navajos), *kanyotsa-yotse* (tewa), *winkte* (sioux), *wi-kovat* (pima) o *mixuga* (winnebago y omaha).

Williams (1992) adopta la noción «*go-between*s» cuando se refiere al género de estos seres limítrofes, pues podían moverse libremente entre los grupos de mujeres y de hombres. El berdache ocupaba una posición perfectamente codificada en el universo simbólico y social de estos pueblos: las cosmogonías destacaban su importante papel en el mantenimiento de la armonía cósmica y social, desarrollaban funciones importantes en los ritos ceremoniales y en las tareas cotidianas, gozaban de un estatus social elevado y se les reconocían poderes y habilidades sobrenaturales por su condición de «dos-espíritus», es decir, seres que aglutinaban lo mejor de la masculinidad y de la feminidad. En opinión de Cardín (1985), era el carácter ambiguo del berdache, la imposibilidad de considerarlo

111 En opinión de Déssy (1980), la palabra «berdache» proviene del vocablo francés «*bardache*», del español «berdaje» y del árabe «bardaj». Con esta denominación los colonizadores franceses y canadienses nombraban despectivamente a aquellos aborígenes que, a su entender, practicaban la sodomía.

simplemente como un hombre o como una mujer, lo que motivaba que sus sociedades le situaran en el ámbito de lo sagrado. Con frecuencia dirigían las danzas rituales y, aunque en general, no desarrollaban el papel de chamanes, éstos frecuentemente solicitaban su ayuda. Asimismo, daban buena suerte a los guerreros, a los cazadores y a los cónyuges, se les consideraba proclives a las visiones y a los sueños premonitorios y, en algunos pueblos (como entre los tewa o los winnebago), eran valorados por sus poderes terapéuticos.

También destacaban en las ocupaciones de carácter mundano. En unas sociedades en las que la división sexual del trabajo y la simbología de los objetos eran las principales señas de una oposición sexual que, según parece, no estaba jerarquizada, los dos-espíritus realizaban muchas –pero no todas– de las tareas socialmente atribuidas a las mujeres, a la vez que desarrollaban algunos roles masculinos –pero de forma distinta a como lo hacían los hombres. Realizaban algunos trabajos en el hogar, pero no se encargaban del cuidado de los recién nacidos porque no podían amamantarlos; podían participar en las contiendas bélicas, siendo conocidos por su bravura, aunque en general utilizaban el garrote y no el arco y las flechas al ser ésta un arma reservada a los hombres; solían acompañar a las expediciones de caza, pero nunca como cazadores. Tanto los informantes como los mismos nativos subrayaban su excepcional destreza y eficiencia a la hora de cumplir con sus obligaciones (Désy, 1980; Cardín, 1985; Williams, 1992).

Por otra parte, Nanda (1996 y 2003) señala que la variancia de género en la India hinduista, al igual que sucede con los nativos norteamericanos, se inscribe en buena medida en un contexto religioso. Aunque a diferencia de las comunidades amerindias, la transversalidad de género en la India tiene lugar en un sistema binario de sexo/género que no es igualitario sino jerárquico y patriarcal. El hombre y la mujer son categorías en oposición complementaria, cuya naturaleza biológica y esencial queda reflejada en los textos médicos y los rituales del hinduismo clásico. Si bien las sociedades occidentales tratan de corregir, reprimir o ignorar las contradicciones y ambigüedades sexogenéricas, el hinduismo posee una gran capacidad para abrazar la diversidad y lo andrógino, lo que motiva que se confiera «un sentido positivo a la vida de muchos individuos con una variedad de identificaciones de género, condiciones físicas y preferencias eróticas alternativas» (Nanda, 2003: 262).

De entre las múltiples variantes de género existentes en la India, el caso más visible y culturalmente institucionalizado es el de los hijras, una comunidad formada por aproximadamente medio millón de personas¹¹² que habita principalmente en las ciudades del norte de la India y en el estado de Gujarat (si bien es cierto que los podemos encontrar

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

por todo el territorio indio y también en Pakistán). Veneradores de la diosa *Bahuchara Mata*, asociada al transgenerismo, los hijras son definidos culturalmente como «ni hombres ni mujeres»: han nacido con los genitales masculinos o con atributos de ambos sexos (es decir, pueden ser también intersexuales) y, tras una emasculación ritual, adquieren un género alternativo. Los (o las) hijras son considerados como varones incompletos al ser impotentes sexualmente o incapaces de procrear, siendo el término «hijra» traducido habitualmente por «eunuco». Su incapacidad para adoptar el rol de penetrador es la razón principal por la que no se les considera hombres. Al igual que los dos-espíritus, los hijras mantienen relaciones sexuales con hombres, adoptando un papel pasivo. Sin embargo, a los hijras no se los define por sus prácticas sexuales sino principalmente por su impotencia sexual y su estatus de sexo/género intermedio (Nanda, 1996 y 2003; Nieto, 2008).

Mientras que un hijra es un hombre incompleto, podríamos decir que es, asimismo, una casi-mujer, pues se le permite adoptar la vestimenta, el comportamiento y las ocupaciones de las mujeres sin ser completamente equiparados a ellas. Llevan ropas, peinados y accesorios de mujer, imitan su modo de andar, los gestos y la voz, y adoptan nombres femeninos. Pero no son completamente mujeres porque no tienen los órganos reproductores femeninos y, lógicamente, no pueden tener hijos. Esta casi-feminidad o incapacidad para ser mujeres “completas” es representada mediante una exageración de las formas de ser y de comportarse de las mujeres: «Las actuaciones de los hijras no pretenden ser imitaciones realistas de las mujeres sino más bien una parodia» (Nanda, 2003: 264). De este modo, exageran la vestimenta y la gestualidad femeninas, muestran una agresividad sexual impropia de una mujer india y utilizan un lenguaje grosero, provocador e injurioso.

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

Existe un amplio consenso en afirmar que la llegada de los europeos a los nuevos mundos, y el posterior establecimiento de regímenes coloniales, supuso el fin, o el deterioro, de la elevada consideración social del transgénero. Portando como estandarte los dogmas del cristianismo e ignorando la significación social de estas expresiones transgenéricas, las

potencias colonizadoras se escandalizaron al ver a unos hombres que vestían como las mujeres, se comportaban como ellas y, peor aún, cometían reiteradamente uno de los más terribles pecados: la sodomía. Como apunta Nieto (2011: 305): «La mirada misionera no busca significados en prácticas sexuales de otras culturas. En su lugar, en las explicaciones de la sexualidad, trasmite *leyes*¹¹³ universales de adoctrinamiento». Y el hecho de que esos seres infames fueran aceptados por sus conciudadanos era interpretado como una prueba más de que la barbarie, la ignorancia y la depravación estaban instaladas entre esos pueblos. El transgénero fue perseguido y obligado a comportarse “como un hombre”, portando desde entonces la marca de la deshonra por su condición pecaminosa y extravagante. Los berdaches tuvieron que cortarse el pelo y acatar la norma heterosexual tras la independencia de los Estados Unidos (Désy, 1980). Los hijras, que gozaban del reconocimiento de los estados principescos (tenían derechos hereditarios sobre las tierras), perdieron hasta el derecho a mendigar con la dominación británica al ser un grupo que violaba las leyes de la decencia pública (Nanda, 2003).

El hecho de sumergirse brevemente en la realidad dos-espíritus e hijra nos permite extraer algunas valiosas lecciones. En primer lugar, que existe la posibilidad de replantear la lógica de nuestro sistema de sexo/género. Hijras y dos-espíritus son manifestaciones genéricas que escapan del determinismo genital y se inscriben, no obstante, en el sistema cultural de sus respectivas sociedades¹¹⁴. Son sujetos de género ambivalente cuyo aspecto externo y funciones sociales prevalecen sobre la morfología de sus cuerpos. En opinión de Williams (1992) y Nieto (2008), fue esta preponderancia de lo social sobre lo biológico lo que inspiró al movimiento transgenerista occidental. En este sentido, el dos-espíritus norteamericano, pero también el *mahu* polinesio o el *fa'afafine* samoano, signos inequívocos de que existían o habían existido culturas en las que los genitales no marcaban necesariamente el destino identitario, sirvieron de modelo para aquellas personas occidentales que no se sentían cómodas con nuestras categorías identitarias y no querían utilizar las tecnologías médicas para normalizar sus cuerpos.

La segunda lección que podemos obtener es de índole epistemológica. Se trata de la imposibilidad de exportar –e imponer– nuestro marco conceptual para entender prácticas y fenómenos sexogénicos característicos de otros contextos culturales. Hijras y dos-espíritus no pueden ser tipificados como «travestidos», «transexuales» u «homosexuales», categorías

113 El subrayado es del autor.

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

todas ellas que han cobrado significado dentro del paradigma de la modernidad occidental. Por su vocación universalista, la ciencia aplica sus propias categorías de inteligibilidad y anula con ello la particularidad de estos fenómenos transgenéricos. Ya vimos que muchos artículos médicos tienen como denominador común un capítulo introductor en el que se destaca que la transexualidad existe desde tiempos inmemoriales. A esta opinión se suman las profesionales de la UTIG entrevistadas. Ante la pregunta de si creen que la transexualidad ha existido desde siempre, tanto la psicóloga como la psiquiatra de la UTIG, que durante las entrevistas hacen gala de un buen conocimiento de otras realidades transgenéricas (comentan algunos episodios de la mitología griega relacionados con la androginia y citan a los hijras, los berdaches y al kathoey tailandés), responden con un escueto y rotundo «sí», si bien una de ellas matiza al decir que «existen diferencias en cuanto a la forma de expresión y la aceptación social» del fenómeno.

Sin duda alguna, defender la universalidad de la transexualidad puede entenderse como un acto de buena voluntad en aras de lograr la aceptación social de un grupo de personas estigmatizadas: no se puede culpar a las personas transexuales de sufrir un “trastorno” que es consustancial a la especie humana. No obstante, tras esta sana intención se esconde la violencia inherente a todo esencialismo. Para la ciencia biomédica, el transexual constituye la verdadera esencia del transgénero. Y éste, a su vez, no es otra cosa que un transexual no diagnosticado por unas sociedades que carecen de las herramientas y los conocimientos necesarios para tratarlo en su justa medida. De este modo, hijras y berdaches son presentados como meras anécdotas exóticas de un pasado o un Otro cultural más o menos romantizados, lo que ensombrece la significación social de unos sujetos cuya expresión de género trasciende la lógica bipolar sostenida y reproducida por la biomedicina.

Y en el mismo error etnocéntrico se incurre cuando se definen como «homosexuales» las relaciones que hijras y berdaches mantienen con hombres. Otra vez aquí nuestros conceptos rechinan al tratar de describir realidades ajenas a la nuestra. Y es que tenemos que leer la conducta sexual en clave genérica. En otras palabras, las relaciones sexuales de los transgéneros estudiados no deberían interpretarse en función de los cuerpos que las ejecutan, sino en función del género que expresan. Ya hemos visto que los berdaches y los hijras no son ni exactamente hombres ni completamente mujeres, sino que constituyen un género intermedio ante el cual los apelativos «homo» o «heterosexual» pierden todo su poder definidor.

Del mismo modo, tampoco se puede equiparar el ritual de emasculación hijra con la cirugía de reasignación transexual. La persona que se somete a una vaginoplastia quiere obtener unos genitales con los que adecuar su cuerpo a una identidad de género inequívocamente femenina. Por su parte, al hijra que se somete a la emasculación no se le implanta una neovagina ni se le equipara a las mujeres, sino que pasa a ocupar un espacio

intersticial de «tercer género». Además, siguiendo a Nieto (2008), no podemos olvidar que la castración hijra es la expresión máxima de su «enculturación», mientras que la cirugía de reasignación sexual es la expresión máxima de la «medicalización». La primera está asociada a la emasculación mitológica de *Arjuna*¹¹⁵ y constituye el gran ritual de iniciación a través del cual un hijra pasa a ser vehículo del poder de la diosa *Bahuchara Mata*. Por el contrario, la cirugía transexualizadora es concebida como una tecnología surgida de un conocimiento científico que es impermeable a todo sesgo cultural. Se nos dice que la biomedicina no trabaja con creencias, sino con conocimientos. No obstante, tanto este apartado genealógico como los análisis que vienen a continuación tratan de mostrar que nuestros métodos y conceptos están tan histórica y culturalmente determinados como aquellos que juzgamos con indulgencia paternalista:

La tecnología occidental aplicada a la cirugía, además de representar una instrumentalización puesta al servicio de la ciencia médica, constituye una *creencia*¹¹⁶ en la que se basa el modelo médico para la resolución del “conflicto genital” de la transexualidad. Y como tal *creencia*, la práctica tecnologicada y quirúrgica de la medicina especializada en transexualidad debe interpretarse en términos culturales; en otras palabras, la tecnología se reviste de cultura y, así, se transforma en creencia cultural, razón por la cual la cirugía de reasignación genital de Occidente no debe interpretarse como si su acción se diera en sociedades carentes de cultura (Nieto, 2008: 156).

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

116 Los énfasis son del autor.

SEGUNDA PARTE

**La (re)construcción identitaria y corporal
de las personas trans**

CAPÍTULO 1

La patologización del transgénero. Un mecanismo legitimador de nuestro sistema de sexo/género¹

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

(Ángel Martínez Hernández, 2000)

Al advertir de la necesidad de una «evaluación psiquiátrica antes de realizar cualquier tipo de operación para descartar no solo la existencia de un trastorno psicótico (...), sino también para comprobar el nivel de inteligencia y la estabilidad emocional del paciente» (Benjamin, 1966: 60), Harry Benjamin está confiando a la psiquiatría la facultad, no ya para reconducir la mente del paciente, sino para validar el acceso a la terapia de modificación corporal y supervisar su desarrollo. En su opinión, el proceso diagnóstico ha de acompañarse de una evaluación exhaustiva del paciente que determine el nivel de apoyo familiar y su capacidad para adaptarse al nuevo rol de género. Pero la labor de los profesionales de la salud mental no acaba aquí. Y es que si bien la mayoría de los pacientes «se sienten mejor que nunca tras la operación», Benjamin admite que algunos muestran síntomas de inseguridad y precariedad emocional, por lo que es preciso un seguimiento posquirúrgico con el fin de evitar «depresiones, la promiscuidad, la prostitución o adicciones» (Ibidem.: 72). Esta legitimación de la mirada psiquiátrica se consolida en 1980 con la inclusión de la transexualidad en la tercera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (en adelante DSM), el manual clasificatorio de los trastornos mentales más influyente a nivel mundial que elabora la *American Psychiatric Association* (en adelante APA)².

1 Parte de este capítulo ha sido publicado previamente en un artículo. Cf. Mas (2013).

2 El otro manual de referencia es la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y

El análisis de la patologización de la transexualidad constituirá el objetivo principal de este capítulo. Para ello, analizaremos la categoría diagnóstica de «disforia de género», denominación que se da al fenómeno en la quinta y última edición del DSM (2013). Asimismo, examinaremos el posicionamiento de los profesionales de la UTIG así como de las personas trans ante la inclusión de la transexualidad en los manuales clasificatorios de los trastornos mentales. En último lugar, presentaremos algunas de las alternativas propuestas por los críticos de la patologización para desclasificar la transexualidad sin poner en peligro la cobertura pública o privada del tratamiento (ya que dicha cobertura queda garantizada actualmente al considerarse un trastorno mental), y abordaremos la Ley 3/2007, de 15 de marzo, que regula el cambio de sexo en el Registro Civil, puesto que constituye una buena oportunidad para observar que la visión patologizante del transgénero tiene consecuencias más allá del ámbito médico.

1.1. Introducción al DSM

La razón inicial para llevar a cabo una clasificación de los trastornos mentales en Estados Unidos fue la necesidad de recoger información de tipo estadístico. En 1917 el Comité de Estadística de la APA, junto con la Comisión Nacional de Higiene Mental, diseñó un plan para reunir datos estadísticos uniformes de distintos hospitales de salud mental. Más adelante, el ejército norteamericano y la Administración de Veteranos confeccionaron una nomenclatura psiquiátrica con el fin de tipificar los trastornos mentales de los combatientes en la Segunda Guerra Mundial. Al mismo tiempo, la OMS incluía por vez primera un apartado dedicado a los trastornos mentales en su sexta edición de su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Siguiendo la tendencia marcada por la OMS, la APA publicó en 1952 la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I), consistente en un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas (APA, 2002a).

De acuerdo con Martínez Hernández (2000), la publicación en 1980 de la tercera edición del DSM supuso una ruptura epistemológica respecto a sus dos predecesores, aparecidos en 1952 y 1968 respectivamente. Tanto el DSM-I como el DSM-II eran manuales diagnósticos con una orientación psicosocial y psicodinámica que dejaban

Problemas de Salud (CIE), elaborado por la OMS. En su décima edición, aparecida en 1992, se incluye al «transexualismo» dentro del apartado de los trastornos mentales. En el presente capítulo focalizaremos nuestra atención en el DSM porque es el manual más citado a lo largo de las entrevistas que hemos realizado. Además, como señala Martínez Hernández (2000), la OMS tiende a elaborar su Clasificación teniendo en cuenta las modificaciones introducidas previamente por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría.

entrever la influencia de las escuelas psicoanalíticas. Con la elaboración del DSM-III, la APA se alineó con la orientación biomédica en psiquiatría, también conocida como «neokraepelianismo», que se caracteriza «por el énfasis en la clasificación, la descripción precisa de los cuadros clínicos, la oposición a la perspectiva psicoanalítica, el interés por la investigación clínica y epidemiológica, y el reduccionismo biológico o psicobiológico de los trastornos mentales» (Martínez Hernández, 2000: 251). Este cambio de paradigma no fue debido a los avances en el estudio y la comprensión de las enfermedades mentales. Y es que el modelo psicosocial de inspiración psicodinámica perdió credibilidad porque sus métodos de evaluación y tratamiento eran, en palabras de un psiquiatra norteamericano, «demasiado fluidos y poco sistematizados», por lo que tanto la administración como las compañías privadas tenían que destinar ingentes recursos para financiar la asistencia a la salud mental (Uribe, 2000).

Se nos dice que el DSM mantiene un «enfoque descriptivo que pretende ser neutral respecto a las teorías etiológicas» (APA, 2002a: XXIV). Ante la imposibilidad de establecer una etiología clara para la mayoría de los trastornos mentales, la APA se limita a «ofrecer la mejor descripción disponible sobre la forma en que los trastornos mentales se expresan y son reconocidos por los clínicos» (APA, 2013a: XLI). La neutralidad del manual parece garantizada porque en su elaboración han participado centenares de profesionales provenientes de múltiples disciplinas y orientaciones científicas. Además, han podido realizar aportaciones y críticas los propios pacientes, sus familiares, las organizaciones de usuarios y las asociaciones de defensa de derechos civiles y sanitarios.

Dicho esto, si realizamos un repaso a sus taxonomías podemos observar un marcado sesgo biologista. Los trastornos mentales son aprehendidos como si fueran entidades biológicas, mientras que los factores psicosociales y socioculturales son «convertidos en criterios diagnósticos y utilizados como realidades físicas que responden a un orden de realidad universal y reconocible» (Martínez Hernández, 2000: 270). El enfoque eminentemente descriptivo y clasificatorio del DSM parece obedecer a una voluntad científica desapasionada, neutral, alejada de prejuicios. Se destaca que la mayoría de los esfuerzos realizados durante los 12 años que ha durado el proceso de revisión y redacción del nuevo DSM se han destinado a mejorar la utilidad clínica, la fiabilidad y la capacidad descriptiva de las categorías diagnósticas. No obstante, esta asepsia epistemológica no parece tal cuando nos adentramos en los criterios diagnósticos que definen algunos trastornos mentales. Constataremos esto en el caso de la transexualidad, pero antes merece la pena realizar un alto en el camino para detenernos en el denominado «trastorno antisocial de la personalidad», un caso paradigmático que nos muestra que lo moral y lo normativo también tienen cabida en el DSM.

El «trastorno antisocial de la personalidad» es un tipo de «trastorno de la personalidad» que se caracteriza por un «patrón de comportamiento repetitivo y persistente en el que se violan los derechos fundamentales de los demás o importantes normas sociales propias de la edad» (APA, 2013a: 659). Dicho trastorno debe diagnosticarse si la persona cumple con, al menos, tres de los siguientes criterios:

- (1) fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.
- (2) deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.
- (3) impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.
- (4) irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.
- (5) despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
- (6) irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
- (7) falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros (Ibídem.: 659).

Un simple vistazo a estos criterios permite constatar las serias dificultades –o la intensa confusión– con que se encuentran los profesionales que han elaborado el DSM a la hora de delimitar la patología mental de la desviación social. Sorprende la forma en que elementos socioculturales son tratados como si fueran síntomas biológicos de un trastorno que tiene, además, un componente hereditario: «El trastorno antisocial de la personalidad es más frecuente en los familiares de primer grado de quienes tienen el trastorno que en la población en general» (Ibídem.: 661). Sorprende igualmente la facilidad con que se confirma el diagnóstico: con tan solo el cumplimiento de tres criterios. Pero esta sorpresa se convierte en estupor cuando en el mismo manual se afirma que «ni el comportamiento desviado (p.ej. político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o conflicto sean síntomas de una disfunción» (Ibídem.: 20).

Con esta categoría diagnóstica se psiquiatriza el comportamiento social desviado (recordemos, por ejemplo, el «fracaso para adaptarse a las normas sociales») y los principios amorales (fijémonos en los términos «deshonestidad», «despreocupación» o «falta de remordimientos») y, de paso, se ensalza su reverso al deducirse que solo el comportamiento que se ajusta a nuestros imperativos sociales es síntoma de buena salud mental. De esta forma, este trastorno opera como una poderosa herramienta de legitimación del orden social, pues exime a la sociedad de toda responsabilidad presentando las transgresiones normativas y morales como disfunciones individuales que requieren un tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico. En el mismo DSM se insiste en ello: todo trastorno, «cualquiera

que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica» (APA, 2002a: XXIX). Es el individuo, en tanto que entidad orgánica, y no la sociedad, el foco principal de disfunciones.

En la explicación del diagnóstico queda bien claro. El trastorno puede manifestarse a través de un «comportamiento laboral irresponsable» caracterizado por «largos periodos de desempleo a pesar de existir oportunidades laborales o por abandonar varios trabajos sin tener un plan realista para conseguir otro trabajo» (APA, 2013a: 660). Ni los ideólogos del neoliberalismo lo hubieran hecho mejor. Y es que no estamos ante un rechazo consciente o ante la incapacidad de soportar trabajos precarios y mal remunerados, sino ante un síntoma que denota un trastorno sociopático. Y parecida tranquilidad debe embargar a los guardianes de la moral sexual conservadora: las personas que padecen el trastorno «pueden haber tenido muchas parejas sexuales sin haber nunca mantenido una relación monógama» (Ibídem.: 661). Se aporta asimismo información de utilidad epidemiológica al detectarse las zonas de la estructura social con una mayor prevalencia: el trastorno «parece estar asociado con un bajo estatus socioeconómico y un entorno urbano» (Ibídem.: 662). Aunque si tenemos en cuenta que estas personas «son mentirosas y manipuladoras con el fin de obtener beneficios o placeres personales (p.ej. ganar dinero, sexo o poder)», y que se caracterizan por la «ausencia de empatía, la tendencia a ser cruel(es) y cínico(s), y por desdeñar los sentimientos, derechos y sufrimientos de los demás» (Ibídem.: 660), bien podríamos apuntar que esta patología también se ha extendido de forma preocupante, en los últimos tiempos, entre las personas provenientes de las capas más pudientes de nuestra sociedad, como banqueros, ingenieros financieros o políticos.

1.2. El papel de la cultura en el DSM

A partir de la segunda edición del DSM, la APA empieza a ganar influencia más allá de sus fronteras. Prueba de ello es que los psiquiatras norteamericanos colaboran estrechamente con la OMS en la redacción de la octava edición de la CIE. Este hecho supone un primer paso en el reconocimiento de la psiquiatría estadounidense como gran referente global. La confianza del comité científico de la APA en la validez y, sobre todo, la fiabilidad³ de sus

3 Siguiendo a Martínez Hernández (2000: 253-254), «en epidemiología la validez de una categoría es su capacidad de adecuación a la realidad; es decir, su potencialidad para definir aquello que tiene que definir; por otro lado, la fiabilidad se entiende como la concordancia de los dictámenes de diferentes profesionales sobre una serie de casos». Ante las dificultades para establecer la validez de las categorías diagnósticas psiquiátricas, la APA se decantó por reforzar la fiabilidad. De esta forma, «y aunque la validez requiere siempre de una cierta fiabilidad, las categorías defendidas por la mayoría emergieron como las categorías más fiables» (Ibídem.: 254).

categorías va en aumento, como lo demuestran estas palabras realizadas en 1968: el DSM refleja «la idea de que la gente de todas las naciones vive en un solo mundo» (en Matte *et al.* 2009).

Aún así, tras la publicación del DSM-III arrecian las críticas por la escasa atención prestada a los factores culturales. En consecuencia, la APA organiza en 1991 un comité formado por psiquiatras y científicos sociales con el fin de revisar el papel de la cultura en el diagnóstico de la enfermedad mental y evaluar toda la información transcultural disponible (Uribe, 2000). Fruto de este trabajo, en el DSM-IV se añade, en algunas categorías diagnósticas, un apartado con consideraciones relativas a las particularidades culturales y algunas variables sociales (como la edad y el género). Asimismo, se introduce un apéndice sobre los denominados «síndromes relacionados con la cultura», en el que se presentan fenómenos que «denotan patrones de comportamiento aberrante y experiencias perturbadoras, recurrentes y específicas de un lugar determinado» (APA, 2002a: 1004). Con la introducción de estas novedades, los redactores del DSM-IV pretenden dotarse de nuevas herramientas para entender «el modo en que (los) trastornos mentales se manifiestan en las diferentes culturas», reduciendo «el posible sesgo ocasionado por la formación cultural del clínico» (APA, 2002a: XXXIII).

A pesar de esta nueva sensibilidad proclamada en el DSM-IV, el tratamiento dado a la cultura a lo largo del manual resultó para muchos decepcionante. Los principales reproches provinieron de una corriente crítica para la cual resultaba imprescindible analizar las bases culturales de la psiquiatría biomédica, en lugar de universalizar su marco teórico y conceptual. Uribe (2000) recuerda que la APA alteró o ignoró muchas de las recomendaciones efectuadas por el grupo de trabajo encargado de los aspectos culturales en el DSM. En un sentido similar, Mezzich *et al.* (1999) lamentan que el comité científico de la APA prestara tan poca atención a las propuestas que cuestionaban la universalidad de las nosologías y defendían la necesidad de contextualizar la enfermedad, el diagnóstico y la atención a la salud. Por su parte, Aggarwal (2013) destaca que la inmensa mayoría de los datos epidemiológicos y fenomenológicos que sirvieron de base para las clasificaciones del DSM provenían de estudios cuantitativos realizados a la población blanca y de clase media norteamericana, mientras que los datos etnográficos y cualitativos recibían un tratamiento marginal. En fin, Martínez Hernández (2011: 69) nos ofrece la clave para entender el escaso protagonismo concedido a la cultura en el DSM: «La construcción social de la enfermedad (...) se vincula a las creencias, la ignorancia o a posiciones anticientíficas, más que a un proceso que afecte a aspectos de la enfermedad tan importantes como el curso, el pronóstico y el tratamiento».

En cuanto a la *Guía para la formulación cultural y glosario de los síndromes dependientes de la cultura*, lo primero que salta a la vista es el poco peso que tiene este nuevo apartado:

ocupa tan solo 7 páginas (de la 1003 a la 1009) de las 1049 que conforman la edición española del DSM-IV-TR (la revisión del DSM-IV). En este apéndice se incluyen 25 «síndromes dependientes de la cultura», y el síndrome que cuenta con un redactado más extenso tiene 19 líneas. Si nos fijamos en algo más que en su extensión, constatamos que este apartado desprende un aire etnocéntrico. Las categorías del DSM son «el resultado de la participación de muchos *expertos* internacionales», lo que garantiza que puedan «aplicarse y usarse en todo el mundo» (APA, 2002a: XXII). No sucede lo mismo con los «síndromes dependientes de la cultura», pues «se limitan a sociedades específicas o a áreas culturales y son categorías diagnósticas *populares*⁴ localizadas» (APA, 2002a: 1004). Así pues, mientras que el conocimiento occidental produce categorías universalmente válidas, parece que es solo el Otro cultural el que alberga creencias que pueden recogerse en un apéndice de patología folklórica. Y recordemos la diferencia de valor que existe en nuestra sociedad entre el conocimiento y la creencia: «El conocimiento requiere certeza y rectitud de juicio; creencia implica incertidumbre, error o ambas cosas» (Good, 2003 [1994]: 47).

Por todo ello, los denominados «consultores transculturales» que habían asesorado a la APA durante la elaboración del DSM-IV (entre los que se encontraban Byron Good o Arthur Kleinman), y no pocos expertos externos, cuestionaron la fiabilidad de muchas categorías diagnósticas y exigieron un reconocimiento explícito del influjo de la cultura en la elaboración misma del DSM (Mezzich *et al.*, 1999). Si a ello le añadimos que el comité redactor del DSM se vanagloria de su visión imparcial y no dogmática, y de estar constantemente abierto a las críticas, parecía lógico esperar un papel más determinante de la cultura en la quinta versión del manual⁵. Veamos hasta qué punto esto es cierto.

En la introducción se afirma que «aspectos fundamentales de la cultura relacionados con la clasificación diagnóstica y la evaluación han sido tenidos en cuenta en el desarrollo del DSM-5» (APA, 2013a: 14). Este interés renovado por la cultura se expresa de tres formas distintas: un apartado con «consideraciones diagnósticas relacionadas con la cultura» para la gran mayoría de categorías del manual, un glosario de «conceptos culturales del malestar» (denominación que sustituye a los «síndromes relacionados con la cultura») y un capítulo destinado a la «formulación cultural», en el que se teoriza sobre la relación entre la cultura y el diagnóstico y se incluyen herramientas para una «evaluación cultural exhaustiva».

Es en este último apartado donde podemos encontrar una afirmación impactante –por inesperada– con la que la APA reconoce al fin la determinación cultural de su propio conocimiento: «Todas las formas de aflicción (*distress*) están determinadas localmente,

4 El énfasis es mío.

5 Por vez primera, la APA abrió un espacio en su página web en el que los profesionales y el público en general podían realizar comentarios y sugerencias para el DSM-5. Se recibieron más de 13.000 aportaciones que fueron trasladadas a los 13 grupos de trabajo (APA, 2013a).

incluidos los trastornos del DSM» (Ibídem.: 758). Parece que las críticas recibidas han hecho que los redactores del manual adopten una postura epistemológica más modesta al admitir el carácter contextual de sus clasificaciones. Sin embargo, justo en la frase siguiente defienden que este reconocimiento no invalida la aplicabilidad universal de sus categorías: «Desde esta perspectiva, muchos diagnósticos del DSM pueden entenderse como prototipos operativos que surgen como síndromes culturales, y llegan a ser ampliamente aceptados debido a su utilidad para la clínica y la investigación» (Ibídem.: 758). Es decir, el DSM defiende su universalidad no desde una visión «representacionalista» (en el sentido de ofrecer la representación más ajustada a la realidad), sino «pragmatista» o «instrumentalista» (al destacar su utilidad práctica como motor del consenso interpersonal). Aunque esta «amplia aceptación» de las categorías del DSM parece haber sido el producto de la colonización del saber biomédico –y, en concreto, de la psiquiatría norteamericana–, antes que del consenso neopragmatista imaginado por Richard Rorty, para el cual la obtención de creencias compartidas ha de ser fruto «de un acuerdo no forzoso en el curso de un encuentro libre y abierto con personas que sustenten otras creencias» (Rorty, 1996: 65).

Es esta utilidad universal de las categorías del DSM lo que justifica que no se las conceptualice en tanto que «conceptos culturales del malestar»⁶. Por consiguiente, en la nueva versión del glosario vuelven a estar ausentes los síndromes propios del Occidente post-industrial, como la bulimia, la anorexia nerviosa o la fatiga crónica⁷. Tal y como sugiere Hugues (1998), con la colocación de estos síndromes culturales en un reducido apartado del manual (en el que no están los síndromes característicos de la cultura occidental) se está destacando su genuina especificidad, lo que los convierte en simples manifestaciones del exotismo patológico de un Otro cultural. Además, para cada uno de estos síndromes se han señalado las categorías diagnósticas equivalentes en el DSM-5, hecho que refuerza la creencia de que estas últimas tienen, efectivamente, una aplicabilidad global.

Ciertamente, si lo comparamos con las ediciones anteriores, existen argumentos para defender que el DSM-5 presenta una mayor sensibilidad cultural. Han desaparecido, por ejemplo, los subtipos de la esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual), que para Aggarwal (2013) estaban basados en los arquetipos occidentales. Se ha ampliado –o añadido por vez primera– el apartado de «consideraciones diagnósticas relacionadas con la cultura» en muchas de las categorías del manual. Podemos encontrar también varias sentencias sobre la necesidad de contextualizar toda forma de

6 Este nuevo concepto, que sustituye a los «síndromes relacionados con la cultura», es más amplio que el anterior, ya que incluye a los «síndromes culturales», los «lenguajes culturales del malestar» y las «explicaciones culturales o causas percibidas».

7 La lista de síndromes culturales ha sido reducida significativamente con respecto al DSM-IV (de 25 a 9) pero se mantiene la misma extensión (7 páginas).

aflicción: se afirma que «los trastornos mentales son definidos en relación a las normas y valores culturales, sociales y familiares» (APA, 2013a: 14); y se admite que «entender el contexto cultural de la experiencia de la enfermedad es esencial para una evaluación diagnóstica exhaustiva y para el tratamiento clínico» (Ibídem, 2013a: 749). Pero a pesar de cambios puntuales y declaraciones de principios, se mantienen las presuposiciones nosológicas básicas que estructuran el DSM.

Si nos fijamos en el capítulo sobre «formulación cultural», en el que se incluye un modelo de entrevista semiestructurada para una «evaluación exhaustiva de los factores culturales» que intervienen en el encuentro clínico, vemos que la cultura sigue siendo concebida en buena medida como un sesgo que dificulta una correcta diagnosis. Sesgo que, además, parece ser provocado principalmente por «inmigrantes y minorías étnicas o raciales», con los que es necesario evaluar su «grado y tipo de implicación con la cultura de origen y con la cultura de acogida o mayoritaria» (APA, 2013a: 750). Si centramos nuestra atención en el apartado de «consideraciones diagnósticas relativas a la cultura» que acompaña a la mayoría de categorías del DSM, observamos que los factores sociales y culturales siguen siendo entendidos como «factores de riesgo para la psicopatología» (Shear *et al.*, 2009: 63); como elementos secundarios que modelan o predisponen al trastorno. Ésta puede ser la razón que explique el tan escaso peso de estos apartados “culturales”, tanto en términos cuantitativos como cualitativos. En el caso del «trastorno antisocial de la personalidad», dicho apartado ocupa tan solo 5 líneas, y ya vimos que servía principalmente para convertir en meros factores de riesgo «un bajo estatus socioeconómico y un entorno urbano». En una de las categorías diagnósticas más claramente determinadas por la cultura occidental, la «anorexia nerviosa», se limitan a afirmar que es un trastorno cuya expresión e interpretación de los síntomas dependen del contexto sociocultural y a destacar, muy someramente, su «mayor prevalencia» en entornos en los que se valoriza la delgadez (como las sociedades post-industriales). A lo largo de las 15 líneas del apartado nada se nos dice sobre la construcción social del cuerpo, el género, el deseo o los imperativos estéticos.

Si realmente se quiere introducir la cultura como un elemento transversal del DSM es necesario concebirla como algo más que un factor de riesgo psicopatológico o un factor que condiciona la interpretación de síntomas, ya que es un elemento esencial para la constitución de la enfermedad como realidad humana: «La biología, las prácticas sociales y el significado se interrelacionan en la organización de la enfermedad como objeto social y experiencia vivida» (Good, 2003 [1994]: 109-110). Desde esta nueva perspectiva, se tendría que emprender una revisión completa de la estructura y composición del DSM con el fin de exponer detalladamente todos los factores culturales que constituyen cada categoría diagnóstica. Aunque bien es cierto que esta empresa conllevaría, inexorablemente, una problematización de los principios nosológicos de la psiquiatría biomédica, por lo que

la misma lógica clasificatoria y muchas de las categorías diagnósticas del manual quedarían en entredicho. Y la APA no parece dispuesta a perder su *statu quo*⁸.

Frente a la tranquilizadora seguridad que nos ofrecen las categorías del DSM, no estaría de más recordar la ya famosa clasificación que un personaje borgiano toma prestada de una enciclopedia china, y que sirvió de inspiración a Foucault para escribir *Las palabras y las cosas*: «Los animales se dividen en: a) pertenecientes al Emperador, b) embalsamados, c) amaestrados, d) lechones, e) sirenas, f) fabulosos, g) perros sueltos, h) incluidos en esta clasificación, i) que se agitan como locos, j) innumerables, k) dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, l) etcétera, m) que acaban de romper el jarrón, n) que de lejos parecen moscas» (Borges, 2007 [1952]: 164). Si abandonamos nuestra sonrisa de incredulidad, esbozada por la «imposibilidad de pensar esto» (Foucault, 2002 [1966]: 1), podremos extraer una lección fundamental: que no existe una única y verdadera forma de ordenar el mundo, por lo que toda clasificación (incluso aquellas que nos parecen más adecuadas que otras en un determinado contexto) contiene importantes dosis de arbitrariedad y precariedad: «La imposibilidad de penetrar el esquema divino del universo no puede disuadirnos de planear esquemas humanos, aunque nos conste que éstos son provisionarios» (Borges, 2007 [1952]: 165-166). Teniendo en cuenta esto, resulta necesario realizar un ejercicio de responsabilidad epistemológica y reconocer sin ambages que toda nosología es hija de un universo sociocultural determinado.

1.3. Del «transexualismo» a la «disforia de género». Cambios terminológicos, misma esencia patologizadora

Como se ha comentado anteriormente, la transexualidad entra en el DSM en la tercera edición de 1980. Casi al mismo tiempo se excluye a la homosexualidad gracias a la presión ejercida por los movimientos de gays y lesbianas, que llevaban tiempo reivindicando la despatologización de las orientaciones sexuales no normativas. Tanto la desclasificación de la homosexualidad como los sucesivos cambios de denominación y de criterios diagnósticos que ha experimentado la transexualidad desde que fue incluida por vez primera en el DSM, constituyen una excelente oportunidad para recuperar y desarrollar el concepto de

8 Sin embargo, el prestigio inviolable del DSM empieza a tambalearse. El Instituto Nacional de Salud Mental norteamericano se ha desvinculado por primera vez del DSM y ha anunciado su intención de elaborar su propia clasificación. En palabras de su director: «Los pacientes con enfermedades mentales se merecen algo mejor». Tras las muchas críticas recibidas, David J. Kupfer, coordinador de los grupos de trabajo del DSM y responsable último de su edición, responde con soberbia en un comunicado: «No se puede suplantar al DSM-5» (El Confidencial, 14/05/2013). Cf:<http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2013/05/14/el-dsm5-la-nueva-biblia-de-los-psiquiatras-atacada-por-los-psicologos-120829/>

«nominalismo dinámico» creado por Ian Hacking (1986). Recordemos que, para Hacking, la creación de una nueva categoría humana –como la homosexualidad o la transexualidad– tiene efectos sobre las personas etiquetadas, puesto que cada categoría configura un nuevo espacio para la autointeligibilidad, para que los sujetos se ajusten a ella. Pero hemos de tener en cuenta que las personas no aceptan de forma acrítica las nuevas categorías, ya que pueden resignificarlas o rechazarlas. Se produce así una constante interacción dialéctica –aunque, a menudo, asimétrica– entre las personas y las formas en que son categorizadas.

Y esto es justamente lo que sucede con el DSM y las personas tipificadas como «homosexuales» y «transexuales». La APA crea categorías que, indudablemente, influyen sobre las personas diagnosticadas, pues la fuerza y legitimidad que rodean al manual facilita la interiorización de los criterios diagnósticos, en una clara muestra de la eficacia de esa «violencia simbólica» de la que hablaba Bourdieu (2003). Con todo, existen personas que rechazan este tutelaje experto y pretenden librarse de la visión patologizante que se tiene de ellas, por lo que la instancia creadora de la categoría –en este caso, la APA– recibe presiones para eliminarla –del DSM. Lo que aquí resulta especialmente interesante es observar la reacción que ha tenido históricamente la APA ante estas presiones. Y es que siempre ha mostrado grandes reticencias a la hora de eliminar un diagnóstico de sus clasificaciones, por lo que antes tiende a realizar concienzudos esfuerzos de reconceptualización y a meterse en importantes embrollos terminológicos, lo que Nieto (2008) denomina «camouflage o travestissement semántico», con el objetivo de ofrecer una versión más edulcorada de la patología sin modificar con ello su esencia.

En el caso de la homosexualidad, en 1974 los miembros de la APA deciden sustituir este diagnóstico por la categoría eufemística de «perturbación de la orientación sexual». En el DSM-III, se crea el término de «homosexualidad egodistónica» para referirse a aquellas personas que sufren a causa de su orientación homosexual. Pocos años más tarde, en la edición revisada del DSM-III, se elimina este concepto por considerarse que dicho sufrimiento, de estar presente, es producto de la homofobia social y no de la condición homosexual *per se*. Pero la APA se resiste a retirar sus tentáculos y crea entonces los «trastornos sexuales no especificados», una categoría paraguas con la que seguir psiquiatrizando las desviaciones sexuales y de género que no tienen un diagnóstico específico. Con ella, puede ser diagnosticada toda aquella persona que siente una «sensación profunda de inadecuación con respecto a la actitud sexual u otros rasgos relacionados con los estándares autoimpuestos de masculinidad o feminidad» o un «malestar profundo y persistente en torno a la orientación sexual» (APA, 2002b: 247). Como veremos acto seguido, la evolución de la transexualidad en el DSM presenta grandes paralelismos con el recorrido que ha tenido la homosexualidad.

La *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBIGDA), hoy denominada *The World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), jugó un importante papel en la inclusión de la transexualidad en el DSM. Esta asociación, con sede en Estados Unidos, fue creada en 1979 por un grupo de profesionales que trabajaban con transexuales, y desde entonces ha venido elaborando los *Standards of Care*, el principal protocolo de atención a la transexualidad a nivel mundial. Con esta inclusión, la WPATH quería abrir nuevas posibilidades legales y sociales para las personas transexuales en Estados Unidos (Matte *et. al.*, 2009).

Los criterios diagnósticos del «transexualismo» en el DSM-III reflejan el influjo del pensamiento de los primeros teóricos, como Benjamin o Stoller. A parte de haber alcanzado la pubertad⁹, para confirmar el diagnóstico era necesario el cumplimiento de dos requisitos más: un malestar persistente respecto al propio sexo anatómico y «una preocupación de por lo menos dos años de duración sobre cómo deshacerse de las características sexuales primarias y secundarias y de cómo adquirir las características sexuales del otro sexo» (APA, 1989: 94). Con estos criterios se estaba validando el concepto benjaminiano de «transexual verdadero», cuyo principal rasgo definidor era la firme voluntad de someterse a la cirugía de reasignación genital. A aquellas personas que no cumplían con este requisito de autenticidad (pues no mostraban esta preocupación persistente por adquirir los caracteres sexuales «del otro sexo») se les reservaba otro diagnóstico: el «trastorno de la identidad sexual en la adolescencia o en la vida adulta», lo que contribuía a que fueran vistas como pseudotransexuales. Por otra parte, si nos fijamos en los «factores predisponentes» al trastorno, observamos que el DSM-III hacía suyas las teorías etiológicas basadas en el entorno social: «Éste (el transexualismo) parece desarrollarse siempre en el contexto de una relación familiar alterada» (Ibídem.: 93).

Tras la publicación del DSM-III se multiplican las personas trans que muestran su incomodidad porque se está patologizando explícitamente su condición. Es por ello que la APA decide cambiar de denominación en la siguiente edición del manual, dando un giro conceptual que recuerda inevitablemente al que experimenta la homosexualidad en 1974: se evita mencionar el fenómeno por su nombre y se emplea un término eufemístico con poder psiquiatrizante. Ya no se nombra a la homosexualidad ni a la transexualidad, pero se patologiza específicamente la orientación sexual no normativa y la identificación de género cruzada con el empleo de términos que denotan enfermedad: «*perturbación de la orientación sexual*» y «*trastorno de la identidad de género*»¹⁰ (en adelante TIG).

9 A los niños se les diagnosticaba el «trastorno de la identidad sexual en la infancia».

10 Como destaca Nieto (2008), resulta sorprendente que en la edición española se haya traducido «*Gender Identity Disorder*» (tal y como aparece en la edición original) por «trastorno de la identidad sexual». Sorprende que los traductores hayan preferido emplear «identidad sexual» en vez de respetar el sentido

En el DSM-IV, el nuevo trastorno está incluido en el apartado de los «trastornos sexuales y de la identidad sexual», que se dividen en cuatro tipos: las «disfunciones sexuales» (p.ej. la eyaculación precoz o el deseo sexual hipoactivo), las «parafilias» (p.ej. el fetichismo o el exhibicionismo), los «trastornos de la identidad de género» (donde se incluye al TIG) y el «trastorno sexual no especificado» (esa categoría paraguas de la que hablábamos anteriormente). Para poder diagnosticar el TIG, se requiere el cumplimiento de los siguientes criterios: «A. Identificación acusada y persistente con el otro sexo»; «B. Malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol»; «C. La alteración no coexiste con una enfermedad intersexual»; «D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo» (APA, 2002b.: 245-246).

Una de las principales novedades respecto a la edición anterior es la eliminación del trastorno específico para niños y para aquellas personas que no muestran un deseo persistente de modificar sus caracteres sexuales. Aún así, los criterios establecidos para el TIG dificultan la obtención del diagnóstico y, por ende, el acceso al tratamiento, a las personas que no desean operarse: «En los adolescentes y en los adultos la alteración se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (p. ej., pedir tratamiento hormonal, quirúrgico u otros procedimientos para modificar físicamente los rasgos sexuales y de esta manera parecerse al otro sexo) o creer que se ha nacido con el sexo equivocado» (Ibídem.: 246). Como vemos, el DSM sigue trazando un único camino para todas las personas trans.

En cuanto a los criterios A y B, éstos tan solo tienen sentido si presuponemos que únicamente es normal la total correspondencia entre el sexo biológico y la identidad de género. Así, cualquier persona que rechaza el género que se le asigna al nacer, y desea adoptar una apariencia socialmente vinculada con el otro género, es susceptible de padecer un trastorno. Esto supone un claro reforzamiento de uno de los postulados centrales de nuestro sistema de sexo/género, según el cual ha de existir una estrecha correlación entre los caracteres sexuales y la identificación de género de la persona. Además, esta lógica dualista y excluyente, que contribuye al control social, ignora la existencia de personas que no se identifican simplemente «con el otro sexo», sino que pretenden desmarcarse de la dicotomía fluctuando en un continuo de masculinidad/feminidad. De las personas entrevistadas, las palabras de Luis¹¹ dejan constancia de este posicionamiento crítico:

original, y más si tenemos en cuenta que a partir de las obras de Money y Stoller existe un amplio consenso en utilizar el término «género» cuando se habla de cuestiones identitarias. La expresión «identidad sexual», bien ha caído en desuso, o bien se utiliza como sinónimo de «orientación sexual», por lo que su uso puede inducir a confusión.

11 Recordemos que los nombres empleados son falsos.

«No se valora el tránsito. ¿Por qué se ignora a la gente que transita, es decir, a aquellos que no se sienten ni hombre ni mujer? No hay que construir constantemente hombres y mujeres transexuales». En opinión de Nieto (2011), los miembros de la APA simplifican la pluralidad de experiencias trans con la objetivación de su propia subjetividad:

En los DSM se hace pasar por objetiva la interpretación diagnóstica que, mediante la aplicación de criterios de reducción y pragmáticos, simplifican la diversidad social del transgénero (...) Decisión de los DSM que se sitúa más próxima a la fe, la arbitrariedad y el dogmatismo que a los criterios científicos de confianza procedimental, validez empírica y verificación acumulativa (Nieto, 2011: 274-75).

Cuando se acaba de publicar la edición revisada del DSM-IV, en el año 2002, ya son varios los ámbitos desde los que se pone en duda la inclusión de la transexualidad en las nosologías de los trastornos mentales. Las personas trans siguen recordando que pocas cosas proveen mayor justificación social para la discriminación y el estigma que un diagnóstico de anormalidad psiquiátrica. Mientras que cada vez son más los expertos que consideran que no existen evidencias científicas que justifiquen su clasificación. Estas voces críticas provienen incluso del mismo grupo de trabajo encargado de la revisión de los «trastornos de la identidad de género» para el DSM-5, como es el caso de Cohen-Kettenis y Pfäfflin (2010), quienes cuestionan que la divergencia entre el género asignado y la identidad de género provoque, *per se*, un «malestar clínicamente significativo». A ello debemos añadirle que, a finales de los años 2000, autoridades políticas y organismos internacionales empiezan a posicionarse a favor de la despatologización. Es el caso del Comisario Europeo de Derechos Humanos, Thomas Hammarberg, que en un informe de 2009 solicita la desclasificación de la transexualidad al considerar que la atención sanitaria puede realizarse sin efectuar antes un diagnóstico de trastorno mental. Por su parte, en una resolución de septiembre de 2011, el Parlamento europeo exige la «desiquiatrización de la vivencia transexual y transgénero» (punto 13) y pide a la OMS que, en la undécima versión de la CIE (prevista para 2015), suprima «los trastornos de identidad de género de la lista de trastornos mentales y del comportamiento, y que garantice una reclasificación de dichos trastornos como trastornos no patológicos» (punto 16). En fin, en junio de 2012 el pleno del *Parlament de Catalunya* incluye en una declaración institucional la necesidad de perseverar en el proceso de revisión de la próxima edición de la CIE para que se excluya al transexualismo del catálogo de enfermedades mentales y se reconozca la igualdad y la dignidad de las personas trans.

Ante esta coyuntura, la APA tenía que reaccionar de algún modo. El convencimiento ideológico de que la transexualidad constituye una anormalidad a gestionar por la psiquiatría, junto con la necesidad de mostrar sensibilidad ante las críticas recibidas, obligaron a la APA

a reconceptualizar la categoría diagnóstica. En un primer borrador, publicado en 2010¹², cambiaron el nombre de «trastorno de la identidad de género» por «incongruencia de género» (*Gender Incongruence*), afirmando que comprendían las objeciones de las asociaciones trans en torno al uso de la palabra «trastorno» como elemento estigmatizante. La APA sostenía que la nueva categoría reflejaba mejor la «esencia del problema» porque permitía centrar la atención en «la incongruencia existente entre la identidad que uno experimenta o expresa y el género asignado». A pesar de este cambio, las críticas no remitieron, ya que desde los colectivos afectados se consideraba que el uso del término «incongruencia» conllevaba también una fuerte carga estigmatizante. Baste recordar que la RAE define esta palabra, en su segunda acepción, como «un dicho o hecho faltos de sentido o de lógica». Además, la APA se había planteado situar esta categoría diagnóstica en un apartado especial del manual al ser «un tipo inusual de trastorno mental que es tratado con hormonas y cirugías de reasignación sexual». Aunque al final optaron por no destacar su excepcionalidad por la misma razón con la que justifican en última instancia su no desclasificación: aunque reconocen que el diagnóstico «puede tener un efecto estigmatizante», destacan que, al mismo tiempo, «facilita la asistencia clínica y la cobertura del seguro médico» (APA, 2013b). Así pues, la transexualidad sigue en el DSM para no poner en peligro el acceso al tratamiento de estas personas.

Pero en la versión definitiva del DSM-5 han realizado otro cambio terminológico y se han decantado por «disforia de género», argumentando que «incongruencia de género» es una categoría «que podría aplicarse erróneamente a personas con conductas de género atípicas pero que, en cambio, no tienen ningún problema de identidad de género». La APA se inclina finalmente por esta denominación por tener «una larga historia en la sexología clínica y resultar familiar a clínicos y especialistas en el tema». Recordemos que el concepto «disforia de género» fue acuñado por el médico inglés Norman Fisk, en los años 70 del siglo XX, para referirse no solo a la transexualidad sino también a otros trastornos relacionados con la identidad de género. Con el término «disforia» (antónimo de «euforia») Fisk pretendía destacar el malestar resultante del conflicto entre la identidad de género y el sexo biológico, insatisfacción que adquiriría su grado máximo en el caso de la transexualidad. Esta enésima mutación terminológica no satisface a la mayoría de personas trans, ya que para ellas es innegociable la eliminación de cualquier categoría que sirva para patologizar su condición:

12 Una vez publicada la versión final del DSM-5, la APA ha decidido eliminar todos los borradores de su página web.

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

1.3.1. La disforia de género

Los cambios efectuados en esta última edición no se limitan al nombre del diagnóstico, sino que también afectan a la ubicación de la patología dentro del manual, a los criterios diagnósticos y a los subtipos o codificadores (*specifiers*). En cuanto a la ubicación, es de destacar que la «disforia de género» forma una nueva clase diagnóstica dentro del DSM-5, por lo que ha sido separada de las «disfunciones sexuales» y las «parafilias». Esta reclasificación puede ser entendida como otro malabarismo más de la APA para lograr una categoría de apariencia menos estigmatizante (ahora ya no está junto a la «eyaculación precoz» o la «pedofilia») pero con el mismo poder psiquiatrizante. En relación a los criterios diagnósticos, se ha decidido tratar separadamente la disforia infantil de la disforia durante la adolescencia y la adultez. Empecemos por el análisis de los criterios diagnósticos de esta última:

- A. Una acusada incongruencia entre el género experimentado/expresado y el género de asignación, durante un mínimo de seis meses, que se manifiesta por, al menos, dos de los siguientes criterios:
1. Una acusada incongruencia entre el género experimentado/expresado y las características sexuales primarias y/o secundarias (o en jóvenes adolescentes, las características sexuales secundarias previstas).
 2. Un fuerte deseo de deshacerse de las características sexuales primarias y/o secundarias debido a su acusada incongruencia con el género experimentado/expresado (o en jóvenes adolescentes, un deseo de impedir el desarrollo de las características sexuales secundarias previstas).
 3. Un fuerte deseo de tener las características sexuales primarias y/o secundarias del otro género.
 4. Un fuerte deseo de ser del otro género (o algún otro género alternativo diferente al género asignado).
 5. Un fuerte deseo de ser tratado como miembro del otro género (o algún otro género alternativo diferente al género asignado).
 6. Una fuerte convicción de que se tienen los típicos sentimientos y reacciones de las personas del otro género (o algún otro género alternativo diferente al género asignado).
- B. La condición provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad (APA, 2013a: 452-453).

Lo primero que debemos destacar es que, con el cambio de denominación, la APA aleja su foco de la identificación de género cruzada (admite que la no conformidad de género no es *per se* un trastorno mental) para concentrarlo en lo que considera como el principal problema clínico: «el malestar que acompaña a la incongruencia entre el género experimentado o expresado y el género de asignación» (APA, 2013a: 451). Siguiendo con su línea editorial, afirman a continuación que este nuevo término es «más descriptivo» que el anterior «trastorno de la identidad de género». No obstante, convertir el malestar (o su versión dulcificada, «disforia») en sinécdoque de la categoría diagnóstica permite arrojar dudas sobre esta supuesta asepsia valorativa. De acuerdo con Nieto (2008), la elección del término «disforia» (o «malestar») no es casual. Podrían haberse utilizado otras palabras con menos connotaciones médicas y que resaltarán en cambio la agencia del sujeto, como «disconformidad» o «rechazo» (de género). Pero una vez eliminada la palabra «trastorno» para aplacar las críticas, tenían que emplear un término más suave pero igualmente “enfermizante” que justificara su inclusión en el manual. Además, el hecho de presuponer que toda persona siente malestar por rechazar el género asignado supone una simplificación de la realidad plural del mundo trans, ya que existen personas que no sienten angustia alguna por su condición. Y si en realidad experimentan algún malestar, éste es generado por una sociedad que sanciona toda vulneración normativa. Tal y como destaca Regina: «Muchas vivimos nuestro cuerpo con total normalidad y disfrutamos de nuestros genitales como cualquier persona».

Uno de los principales cambios respecto al DSM-IV es la fusión de los anteriores criterios A («identificación acusada y persistente con el otro sexo») y B («malestar persistente con el propio sexo o sentimiento de inadecuación con su rol»), ya que la APA considera que su separación no estaba avalada por estudios empíricos. En cuanto al nuevo criterio A (y el subcriterio A.1), salta a la vista el empleo del término «incongruencia» a pesar de haberlo excluido finalmente de la denominación del diagnóstico. De forma similar a lo que sucede con la palabra «disforia», es de lamentar que la APA haya preferido utilizar un vocablo que connota anormalidad (recordemos que la RAE lo define como un «hecho falto de sentido o de lógica») en lugar de otros más neutros o empoderantes como, por ejemplo, «discrepancia», hecho que no ayuda en modo alguno a creer en el espíritu meramente descriptivo del diagnóstico. Otra novedad interesante es el establecimiento de un periodo mínimo de seis meses para la «marcada incongruencia». En uno de los borradores previos, los miembros del grupo de trabajo explican que la literatura científica no establece ningún umbral idóneo, por lo que al final han consensuado estos seis meses para poder realizar una «mínima distinción» entre la disforia transitoria y la persistente. A este respecto, todo parece indicar que la fijación de un periodo específico obedece al deseo de contrarrestar, mediante cuantificación, la vaguedad semántica que caracteriza a este diagnóstico,

claramente perceptible si nos fijamos en el uso frecuente de adjetivos tales como «marcada» (incongruencia) o «fuerte» (deseo y convicción); de objetivar una categoría cuya principal evidencia diagnóstica es la biografía elaborada por el mismo paciente.

Lo que no se le puede negar a la APA son los esfuerzos para ponerse al día de los debates en torno al género. En la introducción al diagnóstico explican brevemente la distinción entre transgénero y transexual. Asimismo, ya no hablan del deseo de ser del otro «sexo», sino del otro «género». Y, lo que resulta más sorprendente, es que con los subcriterios A.4, A.5 y A.6 reconocen la existencia de géneros alternativos al binomio hombre/mujer. Otro aspecto a resaltar es que, al haber establecido el cumplimiento de un mínimo de dos subcriterios, ya no es necesario mostrar el deseo de operarse los genitales para conseguir el diagnóstico. Con estas últimas modificaciones se han relajado las exigencias para aquellas personas que no se ajustan al ideal transexual. Ello constituye un hecho positivo si seguimos a la APA y entendemos el diagnóstico como el principal garante para acceder a un tratamiento financiado por la sanidad pública o privada. Aunque también podemos preguntarnos si esta laxitud no conlleva un aumento del radio de acción psiquiatrizante.

Por otra parte, en el criterio B se dice que el trastorno provoca no solo malestar, sino también «deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo». En el borrador de 2010, los miembros del grupo de trabajo recomendaban que el diagnóstico se realizara sobre la base del criterio A, y que se evaluara el criterio B de forma separada e independiente porque numerosos estudios demostraban que el malestar y el deterioro no eran rasgos inherentes a la transexualidad, sino más bien efectos de la transfobia. Indicaban además que este criterio estaba siendo evaluado por el órgano coordinador de todos los grupos de trabajo, puesto que aparece literalmente en otras categorías del DSM. Pero en la edición definitiva nada ha cambiado: este criterio tiene la misma fuerza que el A y nada evita suponer que es el trastorno en sí el que genera el deterioro social del individuo. La razón para el uso de este criterio la podemos encontrar al inicio del manual, cuando se admite que «ante la ausencia de marcadores biológicos claros o de mediciones de severidad clínicamente útiles para muchos de los trastornos mentales, no ha sido posible separar completamente las expresiones sintomáticas normales de las patológicas» (APA, 2013a: 21). La única solución que han encontrado para separar el trastorno mental de la simple discapacidad ha sido este «criterio genérico» que destaca por su «utilidad» a la hora de determinar las «necesidades de tratamiento del paciente».

No importa, pues, que el malestar de la disforia de género –o del exhibicionismo, el fetichismo, el masoquismo y antes la homosexualidad– sea el producto de las sanciones sociales a una conducta desviada si lo que está en juego es la legitimidad y utilidad del DSM. Priorizar las «necesidades de tratamiento» del paciente es una finalidad loable a menos que

estas mismas necesidades justifiquen la patologización de su condición. Se entra entonces en un círculo vicioso: la patologización conlleva el estigma y éste genera el malestar, prueba irrefutable de la necesidad de patologizar. Y aquí la heterogeneidad trans no tiene cabida: toda persona que desee obtener el diagnóstico se ve obligada a construir ante el psiquiatra un relato vital marcado por el malestar. Sea como fuere, con la permanencia de este criterio se convierte una problemática de orden social, una situación de exclusión o rechazo, en un criterio diagnóstico individualizado. Hecho que impide realizar una lectura en clave social de la transexualidad –o de las parafilias–, para presentarla en cambio como un fenómeno que atañe únicamente a la estabilidad mental y social de la persona.

En lo referente a los subtipos diagnósticos o codificadores, se han eliminado los dos que constaban en el DSM-IV: la edad del sujeto (ya que ahora se diagnostica separadamente a los niños de los adolescentes y adultos) y la orientación sexual. En su lugar, se establece la necesidad de especificar si el diagnóstico coexiste con un «trastorno del desarrollo sexual» y se añade el subtipo «postransición», esto es, determinar si la persona ya vive a tiempo completo en el género deseado y ha iniciado alguna terapia de modificación corporal. La explicación de la APA respecto a la inclusión de este último subtipo concuerda con la razón esgrimida para justificar la clasificación de la transexualidad: «asegurar el acceso al tratamiento a aquellas personas que continúan sometiéndose a la terapia hormonal, las cirugías o la psicoterapia» (2013b: 1). Por otro lado, la inclusión del primer subtipo resulta mucho más problemática. Hay que recordar que en el DSM-IV existía un criterio diagnóstico (el C) que estipulaba que el TIG solo podía diagnosticarse «si la alteración no coexiste con una enfermedad intersexual (APA, 2002b: 246). Con el DSM-5, en cambio, las personas intersexuales pueden ser diagnosticadas con «disforia de género» si el género que sienten como propio no coincide con el género que el estamento médico les adjudicó de pequeñas (y que a menudo fue consolidado con agresivas cirugías); por lo que, a parte de estar fuertemente medicalizadas, estas personas caen ahora en las redes de la patología mental. Como denuncian desde la campaña *Stop Trans Pathologization* (2010): «Si a un infante intersexual se le asigna un género sin su consentimiento, cuando quiera ejercer su propia opción de asignación es inaceptable que ésta sea considerada como un trastorno psicológico». Además, hay que tener en cuenta que tanto el criterio C del DSM-IV como este subtipo del DSM-5 obligan a realizar una exploración física a toda persona que solicita el tratamiento hormonal, un procedimiento que algunas de las personas entrevistadas viven especialmente con disgusto:

¿Te sentiste cómoda con el endocrino?

Un poco...porque el primer día me dijo que me desnudara y me tocó el pene, etc. Me sentí un poco violentada porque no sé realmente qué ganan tocándome el pene, supongo para ver que no haya ninguna historia, pero me pareció un poco violento (Ana).

La última novedad remarcable del capítulo sobre la «disforia de género» en el DSM-5 es la inclusión, por vez primera, de un apartado con consideraciones culturales. A este respecto, valgan todas las objeciones realizadas cuando analizábamos el papel de la cultura en el DSM, tanto a nivel de extensión, de forma y de contenido. En su versión en inglés¹³, el apartado ocupa literalmente 4 líneas de las 8 páginas que conforman el capítulo. Una extensión que parece a todas luces suficiente si, como hemos visto en esta y otras categorías del manual, la mayoría de elementos socioculturales intervinientes son transformados en criterios diagnósticos. No hay, pues, necesidad alguna de abordar los mecanismos constitutivos de la normalidad genérica. Con el fin de analizar el contenido, merece la pena reproducir lo dicho en este apartado:

Se ha informado de la existencia de personas con disforia de género en muchos países y culturas. El equivalente a la disforia de género ha sido también detectado en individuos que viven en culturas con categorías de género institucionalizadas que son alternativas al hombre y a la mujer. No está claro si para estos individuos los criterios diagnósticos de disforia de género pueden ser aplicados (APA, 2013a: 457).

Si nos fijamos en las tres frases del párrafo podemos constatar que su tono oscila entre la confianza y la cautela. Y es que a la habitual confianza en la aplicabilidad transcultural del diagnóstico (el fragmento «en muchos países y culturas» lo encontramos en otras categorías del manual) se le une la duda de aplicarlo a personas –que forman ese Otro cultural– con expresiones de género «alternativas». En este sentido, la segunda y la tercera frase son algo imprecisas. Han detectado algo «equivalente a la disforia de género» en sociedades con una estructura genérica no bipolar, pero no especifican en qué consiste esa equivalencia que no se atreven a diagnosticar. Sin embargo, pocos podrán dudar que aquello que no se nombra son figuras transgenéricas conocidas como el *mahu* polinesio o el *hijra* indio. De ser así, la aplicación de esta categoría diagnóstica es de lo más cuestionable porque estas figuras no tienen como principal elemento definidor el malestar –o disforia– con el que la psiquiatría caracteriza al transexual medicalizado. Aunque bien es cierto que, actualmente, muchos *hijras* y *mahus* sufren el deterioro de su posición social con la progresiva pérdida de su significación simbólica, causada, en gran medida, por la mundialización de los códigos

13 Cuando se escribieron estas páginas todavía no había visto la luz la edición castellana del DSM-5.

sexogénicos occidentales y del paradigma biomédico de la transexualidad (hoy en día no resulta extraño que un *hijra* tome hormonas feminizantes o que un *mahu* se someta a una vaginoplastia). Respecto a la primera frase de la cita, Margaret Mead nos ofrece una explicación de lo más certera para entender que, efectivamente, el malestar (o, si queremos, la disconformidad o rechazo) de género se da «en muchos países y culturas». Aunque si para el DSM ese malestar es una cualidad inmanente de la persona, para la antropóloga norteamericana hemos de buscar las causas que lo generan en el universo social:

Cualquier sociedad que especializa sus tipos de personalidad según el sexo, que insiste en que cualquier rasgo –amor a los niños, interés en el arte, valor frente al peligro, locuacidad, falta de interés en las relaciones personales, pasividad en las relaciones sexuales; hay cientos de rasgos que han sido especializados así– está inalienablemente unido al sexo, prepara el camino que conduce a inadecuaciones del peor orden (Mead, 2006 [1935]: 271).

1.3.2. La disforia de género durante la infancia

Al igual que en el caso de adolescentes y adultos, la «disforia de género» infantil consta de dos criterios. El criterio B es exactamente el mismo, mientras que el A varía en el número de subcriterios que lo forman (ocho en lugar de seis) y en el mínimo de subcriterios requeridos para confirmar el diagnóstico (seis en lugar de dos). Uno de ellos ha de ser, forzosamente, el subcriterio A.1: «Un fuerte deseo de ser del otro género o una insistencia en que uno es del otro género (o algún otro género alternativo diferente al género asignado)» (APA, 2013a: 452). El resto de subcriterios hacen referencia a las preferencias en el vestir, los juegos y pasatiempos, y las características sexuales.

Observamos que las exigencias diagnósticas son mucho mayores en el caso de los niños que en el de los adolescentes y adultos. Esto puede deberse a que, tal y como se admite en el DSM, la persistencia hasta la adultez de una «disforia de género» que se manifiesta en la infancia es relativamente baja (del 2.2 al 30% en el caso de los niños y del 12 al 50% en las niñas). Extremo que ha sido confirmado por los profesionales de la UTIG: «La mayor parte de los niños con dificultades en la identidad de género, de mayores no serán *transsexuales*». Hemos subrayado esta última palabra para que no perdamos de vista que aquí se está tratando de realizar un diagnóstico precoz de la transexualidad con el fin de anticipar la terapéutica¹⁴. Y es que no son pocas las personas trans que lamentan no haber podido iniciar antes la terapia de modificación corporal para obtener la apariencia

14 Todos los aspectos prácticos del proceso diagnóstico y la terapia de modificación corporal en niños y adultos serán analizados en el capítulo siguiente.

deseada. Este sentimiento se ve reforzado por las tesis endocrinológicas, que sostienen que resulta mucho más sencillo obtener transformaciones corporales satisfactorias si los tratamientos se inician durante la pubertad. La confluencia de estos dos puntos de vista ayuda a legitimar la necesidad de los diagnósticos infantiles.

Sin embargo, con una tasa de persistencia baja, este diagnóstico se convierte en una herramienta para psiquiatrizar toda expresión de género infantil no normativa. Y si tenemos en cuenta que la mayoría de infantes que no persistirán en la «disforia de género» tendrán de mayores una orientación homosexual, este diagnóstico puede interpretarse como una forma de seguir patologizando la homosexualidad, aunque ahora a una edad temprana. Asimismo, tal y como nos comenta la presidenta de una asociación LGTB catalana, el diagnóstico tiene la capacidad de tranquilizar a los padres del menor porque les ofrece una respuesta experta de tipo técnico al desconcierto y preocupación que les genera la conducta “anormal” de su hijo:

Algunos padres están angustiados porque sus hijos presentan géneros no-normativos (...) y entonces van a las unidades de género de los hospitales donde les dan una solución rápida y muy simplista: “su hijo es transexual” (...) y entonces ya está, problema solucionado, ya tienen una solución y se ponen a trabajar en ello (...) pero claro, puede ser que su hijo no sea transexual, pero la etiqueta ya se la han puesto (...) y lo de que hay que ampliar las fronteras de género y no reproducir estereotipos pues no se lo cree ya nadie.

Por otro lado, se identifican como criterios para diagnosticar la «disforia de género» infantil una serie de comportamientos derivados de una concepción del género de lo más conservadora. Las niñas (es decir, hombres trans potenciales) «tienden a preferir los deportes de contacto, los juegos violentos (...) muestran poco interés por los juegos (p.ej. las muñecas) o las actividades (p.ej. forma de vestir y desarrollo del rol) típicamente femeninas». Los niños, por su parte, «prefieren las actividades tradicionalmente femeninas y los juegos y pasatiempos típicos (p.ej. “jugar a casitas”) (...) Las muñecas típicamente femeninas (p.ej. Barbie) son sus juguetes preferidos (...) Evitan los juegos violentos y los deportes competitivos y muestran escaso interés por los juguetes típicamente masculinos (p.ej. coches, camiones)» (APA, 2013a: 453). Resulta paradójico que se ofrezcan estas pistas diagnósticas tras afirmar unas líneas más arriba que existen «identidades de género alternativas que trascienden los estereotipos binarios» (Ibídem.: 453).

El influjo de las convenciones culturales no solo queda patente con curiosas referencias a personajes característicos de la cultura de masas occidental (p.ej. Barbie), sino también con la presentación de los clásicos estereotipos de género de nuestra sociedad androcéntrica: los niños han de preferir el deporte competitivo y los juegos violentos (pues han de prepararse para desarrollar un papel dominante en la vida adulta), mientras que las

niñas han de decantarse por las muñecas o “jugar a casitas” (adecuado entrenamiento para futuras amas de casa). Al convertir estos juegos y actividades en criterios diagnósticos, y al ofrecer una lectura suspicaz de situaciones tales como un niño jugando con muñecas, se está contribuyendo al reforzamiento y naturalización de los roles de género, hecho que impide considerar su contingencia. Algunos datos empíricos que han servido de referencia para la elaboración de la categoría diagnóstica avalan el determinismo biológico de los roles infantiles. Uno de los artículos que componen un monográfico de la APA sobre la edad y el género, que se enmarcaba en la denominada «Agenda de Investigación para el DSM-5», se hace eco de un estudio que concluye que «las preferencias de juego típicas de cada género a lo largo de la niñez son congruentes con las tendencias comportamentales determinadas hormonalmente» (Shear *et. al.*, 2009: 71).

1.4. ¿Es la transexualidad un trastorno mental?¹⁵

Preguntados por la presencia de la transexualidad en los manuales clasificatorios de los trastornos mentales, los profesionales de la UTIG mantienen una opinión ambigua. Por un lado, rechazan categóricamente que la transexualidad tenga que ser considerada como una enfermedad o un trastorno mental, e insisten en presentar a las personas transexuales como «personas normales» y a la transexualidad como «una variante más del ser humano». A este respecto, es interesante destacar que evitan en todo momento el uso del adjetivo «mental» tras el sustantivo «trastorno». Pero, a pesar de este posicionamiento, defienden la inclusión de la transexualidad en dichos manuales, y lo hacen recurriendo a tres tipos de razonamientos –uno de tipo conceptual, otro de tipo clínico y el último de tipo estratégico– que requieren un análisis crítico.

a) Razonamiento conceptual. Consiste en justificar la inclusión de la transexualidad en las clasificaciones nosológicas aduciendo que las personas transexuales experimentan un malestar agudo, de tal modo que el término «trastorno» queda íntimamente asociado a dicho malestar:

En el caso de la transexualidad, como esa persona no haga el cambio no podrá vivir en función a su identidad, nunca estará bien. Entonces, en el 100% de transexuales, si no hacen el cambio vivirán mal toda su vida. Entonces no puedes hablar de «transexualidad egodistónica» porque

15 Hay que señalar que los datos para la elaboración de este apartado fueron obtenidos cuando todavía no había salido a la luz la versión definitiva del DSM-5. Por tanto, tanto los testimonios de profesionales y personas trans como los análisis realizados giran en torno a la categoría de «trastorno de la identidad de género».

todos los transexuales son egodistónicos, todos están a disgusto (Profesional UTIG).

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

Defender la presencia de la transexualidad en los manuales recurriendo a la tesis del malestar suscita algunos problemas que conviene aclarar. Como podemos observar en este último testimonio, el malestar de la persona transexual se presenta en una doble vertiente: un malestar corporal, producido por una anatomía no deseada, y un malestar derivado del deterioro de las relaciones sociales. En relación a este último tipo de malestar ya hemos visto que, de existir, es el efecto lógico de sufrir la transfobia presente en nuestra sociedad. En cuanto a ese supuesto malestar hacia el propio cuerpo, éste parece presentarse como un malestar ontológico, independiente de todo contexto sociocultural:

Sí, hay un malestar causado por la sociedad, pero también hay un malestar generado por uno mismo: uno tiene aversión a su cuerpo o a su imagen porque su cuerpo no corresponde con su forma de ser. Y eso no es nada social, es personal, es individual; es un sufrimiento que no tiene nada que ver con el entorno (Profesional UTIG).

De estas palabras podemos extraer una concepción acultural del binomio cuerpo/malestar, según la cual la persona transexual sufriría de forma innata por un cuerpo prediscursivo. Se olvida así que el cuerpo humano no es simplemente el reducto de lo biológico, sino un sistema complejo en el que se van depositando –y desde donde se reformulan– unos «principios de visión y de división sexuales» (Bourdieu, 2003: 22); un significante embebido de significados sociales que no puede ser aprehendido, aceptado o rechazado, sin aplicar nuestros mecanismos de inteligibilidad. Y se olvida asimismo que el malestar o el sufrimiento necesitan unas coordenadas culturales que los doten de sentido:

Unidades de significación como las de *sufrimiento y/o padecimiento*¹⁶ (...) no adquieren su pleno sentido más que en su incardinación a una experiencia individual que se desarrolla en un proceso de constitución, históricamente determinado y contextualmente edificado, de relaciones sociales que proporcionan a las personas que sufren el marco cognitivo para encarnar, afrontar y solucionar los problemas derivados del padecimiento (Otegui, 2000: 228).

16 El énfasis es de la autora.

Y es precisamente el género la coordenada que dota de sentido al malestar de la persona trans. Prueba de ello es que la mayoría de las personas entrevistadas no recuerdan la infancia como una etapa especialmente traumática, y ello es en gran parte debido a que el género todavía no ha ejercido en este periodo vital todo su poder dicotomizante. El binarismo empieza a consolidarse con la significación social de los cambios físicos de la pubertad:

Las niñas no ven ninguna diferencia hasta que hay una cosa que las marca como, por ejemplo, cuando les viene la primera regla y empiezan a salir los pechos, y ven que eso no cambiará. Entonces toman conciencia porque, hasta ese momento, como los signos sexuales no estaban acentuados, era como si fuesen pasando (Profesional UTIG).

Mira, cuando eres niño el género no importa. No es determinante hasta que no empiezas a pensar (...) A un niño de 6 años no le interesa el género, no sabe lo que es. Puedes tener la sensación de que hay cosas de las chicas que te gustan, y que notas que hay algo como que no. Un niño no puede tener esa sensación de estar atrapado...imposible. Hasta que el género, el sexo y la sexualidad entran en su vida, entonces sí que eres consciente de que hay algo (...) La adolescencia es una época clave, es una época turbulenta para todo el mundo, pues imagínate para una trans. Es cuando se bipolarizan los géneros (Mónica).

Yo de pequeño era el marimacho de todo, pero no tenía que enfrentarme a la sociedad por tener que encasillarme en cuanto a hombre o mujer, y por eso iba pasando bastante bien (...) Jugué al fútbol hasta los 11 años con el equipo de chicos, y luego lo dejé porque me dijeron que tenía que buscarme un equipo de chicas (Dani).

En el ámbito psiquiátrico se supone que toda persona “normal” siente su género como algo apropiado, algo que permanece en perfecta armonía con uno mismo. No obstante, si consideramos el género como un ideal normativo, como un principio normalizador que vehicula las actitudes, acciones y representaciones de los individuos, esa perfecta armonía parece más aparente que real. Dado que nadie llega a cumplir completamente con el ideal masculino o femenino (nadie puede encarnar la perfección del género en una sociedad plagada de imperativos estéticos y conductuales), podemos sostener que ese malestar del que hablamos no es un rasgo genuino de la transexualidad, sino una constante que habita en mayor o menor medida en todos nosotros. Se podrá objetar que el malestar corporal de las personas transexuales destaca por su especial intensidad. Sin querer banalizar su malestar, que llega a cotas elevadas precisamente en aquellas personas que ven cómo se les niega cualquier reconocimiento identitario y corporal, lo cierto es que el miedo de algunos hombres a la desnudez por el tamaño de su pene o la voluntad de algunas mujeres de someterse a una cirugía de aumento de pecho podrían también considerarse síntomas inequívocos de un malestar corporal inexorablemente generizado.

Debemos resaltar que entre la clase médica existen profesionales que cuestionan la tesis del malestar como principal fundamento para la inclusión de la transexualidad en las nosologías de los trastornos mentales. Unos aducen que la progresiva visibilización social del fenómeno y el aumento del apoyo institucional han atenuado ese «malestar clínicamente significativo», mientras que otros lo conciben como el producto de la exclusión social o de un hecho traumático que puede experimentar cualquiera, y no como una propiedad exclusiva de la persona transexual. Entre los que vaticinan la futura despatologización de la transexualidad está muy presente el proceso de retirada de las clasificaciones que siguió la homosexualidad:

Pienso que el hecho de que antes muchos pacientes presentaran una alta comorbilidad psiquiátrica y sufrieran todo lo que han sufrido... porque era todo tabú y acababan con problemas graves de carácter y de estado de ánimo. Pienso que ahora, cuanto más depuramos a los pacientes y normalizamos un poco esta situación, están siendo como más sanos psicológicamente. Y por eso creo que acabará saltando de los manuales (Profesional UTIG).

Para poder entrar en las clasificaciones las enfermedades han de crear malestar, eso es lo que está establecido. Pero pienso que un homosexual, al principio, tiene el malestar de aceptar esta situación porque en la sociedad está establecido el tema de la heterosexualidad. Hay muchas situaciones en la vida que crean malestar. La homosexualidad crea malestar pero se ha retirado de las clasificaciones. Creo que el malestar que crea la transexualidad es como cualquier otro: como tener un padre que realiza abusos sexuales. Es un malestar que puede tener cualquiera en diferentes circunstancias (Psiquiatra que ha trabajado en una UTIG).

Preguntadas por la inclusión de la transexualidad en el DSM, las personas usuarias de la UTIG no piensan lo mismo que el personal médico, puesto que a ellas sí que les resulta difícil no asociar el TIG con un trastorno mental. La mayoría tiende a realizar la misma operación lógica de adjetivación que realizaríamos muchos de nosotros, según la cual todo individuo que padece un trastorno debe de ser un trastornado: «He tenido una vida organizada, soy madura, me he pagado mis estudios y mi piso con mi trabajo. No soy una persona con problemas mentales, no estoy trastornada. Bueno, si me dan un subsidio por ello...» (Andrea). Asimismo, tal y como apunta Nieto (2008), conviene recordar que un trastornado es, en lenguaje coloquial, un loco: «No estoy de acuerdo en que esté (la transexualidad) en un manual psiquiátrico porque no estamos locos. Y claro, el hecho de que esté dentro del ámbito de la psiquiatría socialmente queda como si fuéramos unos enfermos» (Dani).

b) Razonamiento clínico. En este caso, se justifica la presencia del TIG en los manuales diagnósticos por la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial como condición previa al tratamiento hormonal y quirúrgico:

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

Pero claro, a nivel médico tenemos que hablar de alguna forma para entendernos. Esa persona es diferente de otras por algo, y tenemos que ponerle un nombre. Si, además, hay que hacer un procedimiento médico, no solamente hay que poner un nombre, sino que hay que diagnosticar (Profesional UTIG).

Antes de abordar estos razonamientos, recordemos que la inclusión de la transexualidad en las clasificaciones de los trastornos mentales genera algunas paradojas que no pueden pasarse por alto. La transexualidad es considerada como un trastorno mental, pero el tratamiento privilegiado implica la modificación corporal y no la psicoterapia reconstructiva. Se considera que la persona transexual padece un trastorno, pero se accede a los deseos del sujeto “patológico” de transformar su cuerpo con tecnologías médicas. En fin, la transexualidad es uno de los pocos casos en los que es el paciente quien tiene interés en demostrar su patología a los profesionales de la salud mental con el fin de acceder a un tratamiento. Unos profesionales que, a su vez, dependen del relato de la persona transexual para emitir el diagnóstico puesto que no existen evidencias biológicas. Tal y como afirma un médico que ha trabajado en la UTIG, «los pacientes saben mucho más de la transexualidad que los propios profesionales porque tienen una vivencia mucho más amplia (...) los síntomas los identifican mucho mejor que cualquier psiquiatra». Resulta chocante que en un sistema en el que la persona trans no tiene autonomía para decidir cuándo iniciar el tratamiento (porque depende exclusivamente del dictamen de una figura experta), se tenga como principal herramienta diagnóstica la biografía elaborada por esta misma persona a la que se le está negando toda participación en el proceso de decisión.

Dejando de lado estas paradojas, el hecho es que de todas las personas que acuden a la UTIG catalana, alrededor de un 10% no cumplen con los criterios diagnósticos requeridos. Como señalan Gómez *et al.* (2006a), entre las entidades psiquiátricas que pueden confundirse con la transexualidad podemos encontrar los travestismos «fetichista» y «no fetichista»¹⁷, un «trastorno de la identidad sexual no especificado»¹⁸ o algún «trastorno

17 La principal diferencia entre uno y otro es que en el caso del fetichista el acto de travestirse conlleva una excitación sexual.

18 Dentro de esta categoría (que no debemos confundir con el «trastorno sexual no especificado» del que hablábamos antes) se incluyen: «1. Enfermedades intersexuales y disforia sexual acompañante. 2. Comportamiento transvestista transitorio relacionado con el estrés. 3. Preocupación persistente por la

asociado al desarrollo y la orientación sexual», como el «trastorno de la maduración sexual» o la «orientación sexual egodistónica». También se presentan casos de trastornos obsesivo-compulsivos, de la personalidad y de tipo psicótico.

Si nos ceñimos a los denominados «trastornos asociados al desarrollo y la orientación sexual» que pueden inducir a un diagnóstico erróneo, nos encontramos de nuevo ante un ejercicio tendente a la patologización de las sexualidades y expresiones de género divergentes y a la individualización de problemáticas de orden social. El «trastorno de la maduración sexual» afecta a las «personas que tienen dudas y se sienten inseguras bien sobre su identidad bien sobre su orientación sexual, y ello les produce ansiedad y depresión» (Ibíd.: 140). Otra vez aquí nos topamos con el supuesto de que la identidad de género ha de ser algo estable, algo dado de una vez por todas, siendo asimismo un componente no conflictivo de la persona “madura”. Esto supone ignorar el carácter procesual de la identidad y el hecho de que esas «dudas» pueden aparecer en personas que, sencillamente, no se sienten identificadas con ninguna de las dos categorías de género disponibles. En lo relativo a la orientación sexual, no resulta muy difícil deducir que tanto el sentimiento de inseguridad como la ansiedad y la depresión se deben dar muy especialmente en aquellas personas con una sexualidad homoerótica. Y estas problemáticas no son debidas a la atracción sexual en sí, sino a la intuición, por parte del sujeto, de las dificultades a afrontar tras manifestar públicamente una sexualidad no normativa. Y esto último vale perfectamente para la «orientación sexual egodistónica»¹⁹.

Respecto a los travestismos «fetichista» y «no fetichista», estamos de acuerdo con Garaizábal (2006 y 2010) y Coll-Planas (2010a) al cuestionarnos el argumento según el cual el travestismo y la transexualidad son categorías diagnósticas que definen dos realidades completamente delimitables. Y es que si bien es cierto que hay personas que utilizan con mayor o menor frecuencia la vestimenta socialmente asignada al otro género sin querer por ello modificar sus cuerpos con hormonas y/o cirugías, también lo es que para la gran mayoría de personas trans sus primeras tentativas de transformación consistieron en prácticas travestistas. Más aún, el recurso al travestismo también se da en personas que, por diversos impedimentos, no inician, aún deseándolo, un proceso de transformación hormono-quirúrgico. En este caso, la práctica del travestismo en determinados espacios “seguros” constituye para estas personas una oportunidad para expresarse libremente.

castración o la penectomía, sin deseo de adquirir las características sexuales del otro sexo» (APA, 2002b: 247).

19 Esta es una categoría incluida en la CIE-10. Aquí la persona no tiene dudas sobre su identidad o su orientación sexual, «pero desearía que su orientación sexual fuera diferente, y se muestra insatisfecha por sus patrones de excitación sexual» (Gómez *et al.*: 140).

Ante el ímpetu taxonomizador de la psiquiatría biomédica, heredero del espíritu decimonónico, resulta necesario problematizar la lógica reduccionista de las categorías diagnósticas. Tenemos que «despojarnos de esquemas mentales cerrados y pretendidamente seguros y atreverse a ahondar en las vicisitudes del deseo, haciéndose cargo de las incertidumbres que conlleva» (Garaizábal, 2006: 169). Solo así estaremos en las mejores condiciones para entender que el deseo y la experiencia humanos desbordan el ideal homogeneizador y reduccionista de las nosologías sexuales.

Por otra parte, también podríamos preguntarnos por qué las personas trans que desean modificar su cuerpo han de someterse a una evaluación psiquiátrica, mientras que no se hace lo mismo con hombres y mujeres que recurren a la cirugía plástica para obtener una apariencia de género estereotípica. Desde la UTIG se argumenta que esto es así porque la faloplastia y la vaginoplastia son cirugías de especial gravedad, ya que implican la amputación de órganos. Aún aceptando este razonamiento, bien podría efectuarse una evaluación de la salud mental de la persona (tal y como se realiza antes del acceso a determinados puestos de trabajo que conllevan una responsabilidad especial) sin necesidad de tener como referente una categoría diagnóstica psiquiátrica:

Estoy de acuerdo en que se haga una evaluación antes de operarte. Pero también se tendrían que evaluar mentalmente a todas las personas no trans que se hacen operaciones de cirugía estética, como las mujeres que se ponen una talla XXL. Estás haciendo unos cambios que no son reversibles fácilmente y que, por tanto, se ha de mirar que estés en tu sano juicio. Pero no tienen que mirar que seas transexual, sino solo que estés bien de la cabeza: que no estés deprimido, que no tengas un trastorno bipolar, que no seas psicótico. Aunque tampoco creo que haya muchos casos de éstos (Marc).

Y tampoco podemos justificar la inclusión de la transexualidad en los manuales por la necesidad de un seguimiento psicológico de la persona a lo largo del proceso de modificación corporal. Sin negar que el soporte psicológico puede resultar muy beneficioso para algunas personas trans, sobre todo para aquellas que carecen del apoyo de su entorno y que más fuertemente experimentan las consecuencias del estigma, lo cierto es que actualmente se presta asistencia psicológica a personas que están atravesando por una situación difícil, como es el caso de los enfermos oncológicos, sin que por ello el factor productor del malestar –en este caso, el cáncer– sea patologizado por la psiquiatría.

c) *Razonamiento estratégico*. Es el mismo argumento que sostiene la APA para justificar la inclusión de la «disforia de género» en el DSM-5: su clasificación es necesaria para que el tratamiento pueda ser financiado por una entidad pública o privada. Veamos la opinión de los profesionales:

Yo siempre les digo a los transexuales que, al margen de las consideraciones filosóficas, peleen por

que sigan estando allí (en los manuales de los trastornos mentales). El hecho de que figuren en alguna clasificación diagnóstica es lo que burocráticamente permite a la sanidad pública hacerse cargo de la asistencia. Es el fundamento burocrático para que esté reconocida la asistencia a la transexualidad (...) Es por una cuestión estratégica, y muchos de ellos lo entienden y lo tienen muy claro. Muchos de los muy bregados en conseguir asistencia en el sistema nacional de salud saben perfectamente que, si se salen de las clasificaciones, se salen del sistema (Profesional UTIG).

Ahora mismo todos estamos luchando para que entre todo por la Seguridad Social, mientras que el grupo visible del iceberg dice que esto no es una enfermedad y quieren despatologizarla. Bien, vale, no digo que no. Pero no es el mejor lenguaje para hablar a los políticos porque lo vais a perder todo; no es el mejor lenguaje para hablar a la sociedad (Cirujano clínica privada).

Estamos ante uno de los argumentos más utilizados por el estamento médico e, incluso, por algunas personas transexuales que temen los posibles efectos de la desclasificación. Hay que destacar que la decisión de algunas Comunidades Autónomas de financiar las cirugías de reasignación genital ha sido posible gracias a los que han defendido el carácter no electivo de este tipo de cirugías (frente a otras cirugías plásticas, como la mamoplastia de aumento, que han quedado fuera de la cobertura pública al considerarse electivas). Y dicha defensa se ha fundamentado en buena medida recurriendo a la presencia de la transexualidad en el DSM o la CIE y destacando el malestar sufrido por estas personas. Si además tenemos en cuenta que la sanidad pública española es uno de los sectores más debilitados por la nueva ola neoliberal, y que desde los sectores políticos más conservadores se ha puesto precisamente la atención pública a la transexualidad como ejemplo de gasto superfluo a eliminar, no es difícil entender que algunas personas se resistan a un cambio de paradigma: «Aunque no me guste que nos vean como enfermos mentales, creo que ahora no es el momento para tener estos debates. Hemos de tener mucho cuidado con lo que decimos porque están cerrando quirófanos por todas partes» (Jon).

Algunas personas trans que rechazan categóricamente la consideración de la transexualidad como un trastorno mental conciben el proceso diagnóstico como un simple trámite procedimental para acceder al tratamiento de modificación corporal, una visión que también comparten en la UTIG «Los transexuales lo ven como un trámite más. ¿Me he de cortar el pelo para hacer la mili? Pues me lo corto aunque no me guste. ¿He de pasar por unas visitas psiquiátricas y obtener un informe para operarme? Pues lo haré» (Profesional UTIG). Sin embargo, como señala Butler (2006), recurrir al aspecto estratégico de la diagnosis supone utilizar un arma de doble filo. Por un lado, la persona se somete al diagnóstico de forma poco entusiasta y con ciertas dosis de cinismo, esto es, burla al sistema para conseguir sus objetivos. Pero, por otro lado, es muy posible que, a lo largo de la relación –de tipo jerárquico– con la institución psiquiátrica, tanto la persona como su entorno acaben internalizando algún aspecto del diagnóstico. Y el hecho de insistir

en su importancia práctica, esto es, presentarlo como el principal medio para asegurar la cobertura de la administración o de las compañías aseguradoras, hace que el diagnóstico «pierda su principal razón de ser como evaluación clínica para convertirse en un mecanismo indispensable en la mercantilización de la salud» (Useche, 2005: 88).

Como veremos a continuación, no se puede desclasificar la transexualidad de los manuales de los trastornos mentales sin elaborar antes un marco argumentativo alternativo que justifique la atención institucional al proceso de modificación corporal. Y esto es, precisamente, lo que están haciendo desde hace tiempo las organizaciones trans que luchan por la despatologización. Dos parecen ser los marcos jurídicos con los que defender la despatologización garantizando a la vez la cobertura pública o privada del tratamiento: el de la salud integral y el de los derechos humanos. En cuanto al primero, se recuerda el Preámbulo de la Constitución de la OMS, aprobada en 1946, en donde se define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Por lo que respecta a las argumentaciones basadas en los derechos humanos, se recurre a alguna de las declaraciones internacionales existentes como, por ejemplo, la de la Asamblea General de la ONU sobre identidad de género y derechos humanos de 2008, que defiende la libre expresión de las identidades como un derecho humano básico y reafirma el principio de no discriminación por cuestión de orientación sexual o identidad de género (Suess, 2010).

1.5. El activismo trans y las alternativas a la patologización

La obtención de un diagnóstico psiquiátrico como condición *sine qua non* para acceder al tratamiento es, sin duda alguna, uno de los aspectos más controvertidos de la gestión biomédica de la transexualidad. Numerosas organizaciones trans de todo el mundo trabajan para que la transexualidad sea eliminada de los manuales clasificatorios de los trastornos mentales, y buscan alternativas para que la desclasificación no afecte a sus derechos sanitarios. Muchas de estas organizaciones se integran en la *Campaña Internacional Stop Trans Pathologization* (STP), una plataforma surgida en 2009 gracias a la iniciativa de grupos activistas procedentes mayoritariamente del Estado español. En mayo de 2014, la Campaña cuenta con la adhesión de más de 380 grupos y redes activistas de los cinco continentes. STP persigue los siguientes objetivos: retirar el «trastorno de la identidad de género» y el «transexualismo» de las próximas ediciones del DSM (DSM-5) y de la CIE (CIE-11); la abolición de los tratamientos de normalización binaria a las personas intersex; el libre acceso a los tratamientos hormonales y a las cirugías, sin necesidad de tutela psiquiátrica; la cobertura pública de la atención sanitaria a personas trans respetando

la diversidad de este colectivo; y la lucha contra la transfobia institucional y social²⁰.

Una vez publicada la última versión del DSM, la campaña STP centra sus esfuerzos en pedir la retirada de las categorías diagnósticas «Trastornos de la Identidad de Género» y «Transvestismo Fetichista» del capítulo V («Trastornos mentales y del comportamiento») de la próxima edición de la CIE, cuya presentación está prevista para la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2015. Partiendo del reconocimiento de que el derecho a la despatologización y el derecho a una atención sanitaria son derechos humanos básicos y no excluyentes, STP propone la introducción de una mención no patologizante (como proceso de salud no basado en la enfermedad o trastorno) de la atención sanitaria trans-específica²¹ en la CIE-11 (STP, 2011, 2012 y 2013).

Esta campaña internacional sugiere que el nuevo bloque de «atención sanitaria trans-específica» se incluya en el capítulo XXI: «Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud». En la elaboración del nuevo bloque consideran fundamental utilizar un lenguaje no patologizante, realizar una descripción basada en los procedimientos relevantes para la atención sanitaria (y no en hipótesis etiológicas o criterios diagnósticos), reconocer la diversidad de trayectorias trans, garantizar el derecho a la cobertura pública de la atención y considerar «la diversidad cultural respecto a procesos de tránsito en el género, sus significados culturales, así como modelos culturalmente específicos de atención comunitaria y sanitaria» (STP, 2012: 7).

Con todo, STP reconoce la existencia de voces que muestran su preocupación porque la eliminación del transexualismo y la creación del nuevo bloque de atención trans podrían poner en peligro la cobertura pública o privada en aquellos países en los que la justificación del pago depende de un diagnóstico de enfermedad o trastorno mental. Ante la amenaza de pérdida de derechos, la Campaña apuesta por defender la cobertura desde la perspectiva de los derechos humanos. Para ello, se apoyan en el concepto de salud integral de la OMS. Recuerdan además que el papel de los sistemas de Salud Pública no se limita al tratamiento de enfermedades, sino que también incluye la prevención, la promoción de la salud y la mejora del bienestar y la calidad de vida de la población. En fin, existen varias declaraciones internacionales que garantizan la asistencia y reconocen los derechos de las personas trans: el informe de Thomas Hammarberg (2009), la resolución del Parlamento

20 <http://www.stp2012.info/old/es/objetivos>

21 Se entiende por «atención sanitaria trans-específica» a «los tratamientos y procedimientos relacionados con la salud de las personas trans y el desarrollo en su género de elección, tanto respecto a procesos de modificación corporal trans-específica (tratamiento hormonal, cirugía de pecho, histerectomía, cirugía genital, electrolisis, seguimiento post-operatorio, etc.), así como aspectos específicos a tener en cuenta en una atención sanitaria general dirigida a personas trans (atención ginecológica/urológica, salud sexual y reproductiva, prevención oncológica, asesoramiento y psicoterapia, etc.)» (STP, 2012: 1).

europeo (2011) o los Principios de Yogyakarta (2007), un documento elaborado por expertos internacionales que tiene por objeto establecer una serie de principios sobre «cómo se aplica la legislación internacional de derechos humanos a las cuestiones de orientación sexual e identidad de género». El principio 17 estipula que «todas las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género». Mientras que el punto G de este principio establece que todos los Estados «facilitarán el acceso a tratamiento, cuidados y apoyo competentes y no discriminatorios a aquellas personas que busquen modificaciones corporales relacionadas con la reasignación de género».

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

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

Hasta la aprobación de la ley, las rectificaciones registrales en casos de transexualidad debían seguir la vía judicial. El Tribunal Supremo había mantenido una posición firme de exigir tratamientos hormonales y quirúrgicos precisos para la reasignación de los caracteres sexuales primarios y secundarios en consonancia al género deseado. No obstante, como señala Bustos (2008), el criterio seguido por las Audiencias y los Juzgados de Primera Instancia distaba de ser unánime con relación al grado de transformación física. Así, mientras que a las mujeres transexuales se les exigía generalmente la vaginoplastia, en el caso de los hombres no existía una posición común, por lo que podemos encontrar resoluciones judiciales que accedían al cambio registral porque el solicitante se había sometido a la mastectomía y a la histerectomía, y otras en las que el juez exigía, además, la implantación de un neopene.

Con la obligatoriedad de las cirugías de reasignación sexual se quería asegurar la

irreversibilidad del proceso de modificación corporal y evitar que la elección del sexo estuviera a total disposición del sujeto: «La mutación sexual no puede aceptarse como hecho voluntario, de una persona que haya decidido cambiar su pauta de comportamiento» (Sentencia del Tribunal Supremo, RJ 2007\4968). De un modo indirecto se estaba sosteniendo el concepto de «transexual verdadero», que como hemos visto en varias ocasiones está íntimamente vinculado a la idea de que sin deseo de cirugía genital no se puede hablar realmente de transexualidad. Esta línea defendida por el aparato judicial suponía un claro factor de discriminación y de agresión institucional hacia el colectivo trans, pues los jueces parecían ignorar las múltiples dificultades que entrañan para el sujeto las cirugías de reasignación genital en términos económicos y en lo relativo a su salud física y psicológica²².

Si bien la aprobación de la Ley 3/2007 conlleva indudablemente una mejora de la situación de las personas trans, numerosas asociaciones y algunas de las personas entrevistadas han mostrado su disconformidad con varios aspectos de la nueva normativa. Y es que esta ley fue redactada siguiendo las tesis del paradigma biomédico, que tiene como principales ejes vertebradores la patologización (mediante diagnóstico) y la medicalización (mediante tratamiento) del transgénero. De este modo, para poder obtener la rectificación registral es necesario presentar un informe que acredite que «al solicitante le ha sido diagnosticada disforia de género» (art.4.1.a), trastorno que ha de haber sido, además, «tratado médicamente durante al menos dos años para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado» (art.4.1.b).

Si realizamos una lectura detenida del artículo cuarto podemos detectar algunas imprecisiones relevantes. Primeramente, causa extrañeza que el legislador haya decidido requerir un diagnóstico de «disforia de género», puesto que en la época en que fue redactada la ley ninguno de los dos principales manuales diagnósticos de los trastornos mentales utilizaba esta categoría (el DSM-IV hablaba de «trastorno de la identidad de género» y la CIE-10 de «transexualismo»). Aunque se sobrentiende que emplean «disforia de género» como sinónimo, sorprende que hayan optado por una categoría que en ese momento no era un diagnóstico formal. Tampoco se especifica qué especialidad médica ha de poseer el profesional que emite el diagnóstico: se habla de «informe de médico o de psicólogo clínico» (art.4.1.a), pero en ningún momento sabemos si ha de redactarlo un médico especializado en psiquiatría, endocrinología, cirugía plástica u otra especialidad. Por otra parte, para poder acceder a la modificación registral es necesario que el trastorno haya

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

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

Es este período mínimo de dos años de terapia transexualizadora, el requisito más cuestionado por las personas trans y algunos médicos. Todas ellas consideran excesivo dicho periodo, argumentando que los cambios corporales inducidos por las hormonas se producen mucho antes de los 24 meses. Las personas trans subrayan que el hecho de tener que esperar tanto tiempo para acceder al cambio registral no hace más que aumentar sus posibilidades de experimentar la transfobia y el rechazo social. En este sentido, Dani y Jennifer se quejan de no poder pagar con tarjeta de crédito por miedo a tener que mostrar su DNI, mientras que Jessica afirma no haber sido aceptada para un puesto de trabajo en el sector servicios al haber tenido que aportar sus datos personales. Por su parte, un profesional de la UTIG cuestiona que con 24 meses de terapia hormonal quede totalmente garantizada la irreversibilidad:

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

Con los requisitos establecidos en la ley, el legislador pretende preservar, al igual que hacía antes el Alto Tribunal, el principio de irreversibilidad. Una irreversibilidad que hay que asegurar en una doble vertiente: psicológica (con el informe diagnóstico que constata la verdadera e inamovible identidad de género del sujeto) y morfológica (con los dos años de tratamiento hormonal). A este respecto, Carlos nos cuenta que, tras obtener el diagnóstico psiquiátrico y el informe endocrinológico que atestiguaba los dos años de hormonación, un forense del Registro Civil le realizó una exploración física para verificar los cambios corporales declarados. Por su parte, la mayoría de trabajadores de la UTIG están de acuerdo en que la persona no tenga la facultad para elegir libremente su sexo administrativo, ya que consideran necesario el control institucional para garantizar el bien colectivo. Esto es lo que se desprende de las siguientes palabras, que evocan inevitablemente esa visión decimonónica del perverso como elemento peligroso, como retoño del crimen:

Tú imagínate que no hiciera falta ningún requisito...entonces voy yo y digo: «es que yo soy

hombre, dadme esto porque soy hombre»...me pongo de hombre, me corto el pelo, me pongo corbata...y entonces me lo dan. Entonces, yo salgo de aquí y cometo un asesinato. Y digo: «no, no, soy mujer, ponedme de mujer». Es decir, a nivel judicial lo que se busca es el bien social, no el bien de la persona. Tú tienes que proteger a la sociedad (...) Todo esto daría lugar a una serie de problemas tremendos (Profesional UTIG).

Como vemos, se da cobertura jurídica a la transexualidad siempre y cuando quede garantizado que constituye un camino de no retorno. Por consiguiente, al tratar de asegurar por todos los medios que, una vez modificada la mención «sexo», la persona no podrá moverse libremente por las fronteras del género, se refuerza legalmente esa concepción estática y bipolar del género que actúa como principio normalizador en nuestra sociedad. Foucault nos advirtió que uno de los principales rasgos de esta forma de ejercer el poder característica de la episteme moderna es, precisamente, su capacidad normalizadora:

Otra consecuencia del desarrollo del biopoder es la creciente importancia adquirida por el juego de la norma a expensas del sistema jurídico de la ley (...) No quiero decir que la ley se borre ni que las instituciones de justicia tiendan a desaparecer; sino que la ley funciona siempre más como una norma, y que la institución judicial se integra cada vez más en un *continuum* de aparatos (médicos, administrativos, etc.) cuyas funciones son sobre todo reguladoras (Foucault, 2003 [1976]: 174).

Este nuevo poder ya no funciona tanto por la fuerza de la ley, sino por la norma; no tanto por el castigo, sino por el control. Y se ejerce desde ámbitos que rebasan el Estado y sus aparatos. Actualmente, es la biomedicina una de las principales instancias con capacidad para trazar los límites de lo normal y lo anormal/patológico. Y ha sido la fuerza normalizadora de la psiquiatría biomédica la que ha sido legitimada por esta ley. Con la actual normativa, toda persona trans que desee recurrir a la rectificación registral ha de ser previamente diagnosticada y tratada, por lo que no puede tomar otro camino que no sea el de la patologización y posterior medicalización. De este modo, los legisladores avalan el modelo biomédico, dejan a la transexualidad en manos exclusivas de la biomedicina y excluyen la libre construcción corporal e identitaria de los transgeneristas.

Se ignora jurídicamente a quienes rehúsan el proceso medicalizador y no tratan de obtener una apariencia estereotípica, las múltiples identidades trans que no pretenden ajustarse a la dicotomía de género. Como apunta Nieto (2008), actualmente a los transgeneristas que deseen cambiar su sexo administrativo no les queda legalmente otra opción que someterse a la mirada médica y acatar lo que impone el sistema de género, asignándose una identidad reducida y estática porque sus opciones se limitan a constar administrativamente como hombre o como mujer. Y los que no aceptan esta imposición sufren las lagunas legales de un sistema que los deja en el limbo social. Las palabras de

Mónica son representativas del descontento existente entre algunas personas trans al constatar que la legislación prioriza la intervención biomédica a la vez que preserva el sistema de género:

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

CAPÍTULO 2

Los procesos de (re)construcción corporal e identitaria en tanto que procesos asistenciales¹

Cada sociedad posee sus propias técnicas corporales.

(Marcel Mauss, 1971 [1950])

La belleza es un estado de ánimo.

(Cita de Émile Zola que encabeza la página web de una clínica privada que realiza las cirugías de reasignación sexual)

2.1. La incesante búsqueda de los factores etiológicos de la transexualidad

Desde el mismo momento en que la ciencia dirige su atención hacia aquellas personas con una identidad de género que no se corresponde con su sexo biológico, aparecen conjeturas de todo tipo acerca de los factores generadores de este fenómeno. Las teorías etiológicas conciben la transexualidad como una falla en el proceso de adquisición de la identidad de género, pues presuponen un modelo de normalidad según el cual toda persona interioriza de forma natural y aproblemática el género asignado en función a su morfología corporal. Si las hipótesis de corte psicoanalítico y psicosocial predominaron en un primer momento, actualmente han sido relegadas por los estudios biologicistas. Otra vez aquí nos topamos con el trabajo pionero de Benjamin, uno de los primeros en defender la tesis de una «predisposición innata» determinada por factores genéticos o endocrinos. Aún reconociendo que las personas transexuales eran normales a nivel cromosómico, Benjamin no cerró las puertas a una explicación genética porque creía que esta era una disciplina todavía joven pero con un enorme potencial. En lo referente a los factores endocrinos, lanzó la hipótesis de que la transexualidad femenina podía deberse a una interferencia del estrógeno materno en la masculinización normal del feto, dando lugar a «un niño

1 Parte de este capítulo es el fruto de mi participación en la investigación, dirigida por Oscar Guasch, sobre las *Representaciones y prácticas en el proceso de feminización de mujeres transexuales* (Instituto de la Mujer-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ref. 2011-0004-INV-00124).

afeminado o subdesarrollado». Para la transexualidad masculina, sugirió la existencia de un mecanismo químico que actuaría durante el periodo fetal para convertir el estrógeno materno en testosterona. Recomendó asimismo dirigir los esfuerzos investigadores hacia el hipotálamo, una región cerebral que «parece aportar cada vez más información sobre el comportamiento sexual» (Benjamin, 1966: 92).

Más de medio siglo después de las hipótesis benjaminianas, la biomedicina sigue buscando una teoría etiológica concluyente: «Sabemos qué pasa, pero no sabemos por qué» (Profesional UTIG). Las investigaciones actuales se basan en la idea de que, durante el periodo fetal, el cerebro humano –al igual que sucede con los genitales– experimenta un proceso de diferenciación sexual por efecto de las hormonas gonadales. La demostración de que existe una correlación entre los niveles hormonales durante la diferenciación cerebral intrauterina o perinatal y el comportamiento sexual de cobayas y ratas adultas², ha alimentado las teorías que pretenden probar que es este supuesto dimorfismo sexual del cerebro humano lo que determina las diferencias cognitivas, temperamentales y conductuales entre mujeres y hombres (Coleman *et al.*, 1989). En este sentido, Altemus (2009) afirma que las mujeres poseen regiones del lenguaje corticales izquierdas más grandes. Kimura (1998 y 2002) sostiene que los hombres destacan en razonamiento matemático, orientación espacial y dirección de proyectiles; mientras que las mujeres lo hacen en velocidad perceptiva, fluidez verbal y tareas manuales de precisión. Los estudios transculturales de Miettunen *et al.* (2007) y Costa *et al.* (2001) sugieren que las mujeres tienen mayor tendencia a la ansiedad, la inestabilidad afectiva, el pesimismo y la preocupación.

La biomedicina entiende que la transexualidad es fruto de una alteración durante el desarrollo intrauterino o el periodo perinatal, cuyas causas se desconocen, que provoca que el cerebro se desarrolle en sentido inverso al sexo cromosómico, gonadal y genital (Campillo, 2003; Castillo *et al.*, 2003; Gómez-Gil *et al.*, 2006b). Una de las regiones cerebrales que parece encarnar el dimorfismo sexual es el hipotálamo, vinculado con el comportamiento reproductivo, la orientación sexual y la identidad de género (LeVay, 1991 y Swaab y Hofman, 1995). Desde el Instituto Holandés de Investigación Cerebral, Zhou *et al.* (1995) sugieren que el tamaño del núcleo basal de la estría terminal (BST en sus siglas inglesas) del hipotálamo de las mujeres transexuales es más parecido al de una mujer cis que al de un hombre (cuyo tamaño es un 44% más grande). En un estudio posterior (Kruijver *et al.*, 2000), investigadores del mismo instituto holandés se centran en unas neuronas específicas situadas en el BST y cuyo número presenta diferencias según el sexo:

2 Existen estudios que concluyen que la exposición de cobayas hembra a testosterona *in utero* o durante el periodo neonatal masculiniza su comportamiento sexual posterior (Coleman *et al.*, 1989 y Becú, 2007).

el hombre tiene el doble que la mujer. El estudio sostiene que las mujeres transexuales tienen un número de neuronas similar al de las mujeres cis, mientras que los hombres transexuales tienen una cantidad pareja a la de los hombres cis, hecho que demuestra, en su opinión, la base neurobiológica de la transexualidad. En nuestro país, destacan investigaciones como las de Carrillo *et al.* (2010) y Rametti *et al.* (2011a y 2011b), para quienes la estructura y función del cerebro de las personas transexuales son más parecidas a las de aquellas personas con las que comparten la misma identidad de género que a las de aquellas que tienen su mismo sexo biológico. Los profesionales de la UTIG estudiada han participado activamente en estas investigaciones, por lo que no resulta extraño que sus palabras sintonicen plenamente con los resultados de estos trabajos:

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

Creo que su cerebro está perfectamente desarrollado, pero es un cerebro de mujer en un cuerpo de hombre (Profesional UTIG).

Las teorías basadas en la existencia de un supuesto “cerebro sexuado” que explicaría las diferencias psico-conductuales entre mujeres y hombres han suscitado numerosas objeciones por parte de investigadores con formación biomédica. A este respecto, Fausto-Sterling (2006) señala que el cerebro humano es un órgano extremadamente difícil tanto de observar como de medir, y advierte de que el proceso de preservación de un cerebro *post mortem* puede alterar su estructura, por lo que siempre se puede sospechar de la existencia de diferencias entre el órgano vivo y funcional y el material muerto y conservado artificialmente. Por su parte, Grosk destaca que las diferencias anatómicas detectadas en el cerebro de hombres y mujeres muestran un elevado grado de solapamiento: «Si nosotros, los anatomistas, descubriésemos un grado tal de solapamiento en la anatomía de los genitales, hablaríamos de hermafroditismo, en lugar de diferencias sexuales» (en Gooren, 1998: 254). Para Coleman *et al.* (1989), inferir los resultados obtenidos con roedores de laboratorio a los seres humanos puede generar problemas de interpretación: la observación de un cobaya macho adoptando una pauta copulatoria típica de las hembras tras administrarle estrógenos no puede ser antropomorfizada, puesto que el comportamiento sexual animal es altamente estereotipado.

Resulta incuestionable el papel desarrollado por las hormonas en la diferenciación anatómica de los sexos. Tampoco se puede rechazar categóricamente la existencia de diferencias morfológicas y/o fisiológicas cerebrales entre el hombre y la mujer. Con todo, especular con un dimorfismo sexual del cerebro, a imagen y semejanza del dimorfismo genital, y suponer que dicho dimorfismo es el principal determinante de las diferencias entre los géneros, supone una valorización desmedida de los factores biológicos. Este tipo de investigaciones nos presentan un cerebro falto de vida y aislado en un laboratorio, que se conserva, se disecciona y se observa con el fin de realizar todo tipo de aseveraciones sobre el género, la orientación sexual o la identidad. Con ello, se ningunean palabras, deseos, significados, actos, placeres, frustraciones, prohibiciones, aprendizajes, etc. Ese denso magma que constituye la condición sexogénica humana se sacrifica en aras de un determinismo biológico que nos presenta el género y la sexualidad como el simple producto de los designios de la naturaleza.

Tampoco podemos olvidar que el cerebro humano es un órgano extraordinariamente plástico que se va reconfigurando en función de las características y necesidades del entorno³. A este respecto, Salinas (1994) sugiere cambiar la dirección de la relación causal que habitualmente establecemos entre la biología y la sociedad. De este modo, debemos entender la biología (y, lógicamente, el cerebro) no como variable determinante, sino como dependiente de la evolución humana y la influencia permanente del entorno social:

Del mismo modo, las características de las manifestaciones del cerebro humano no dependen, fundamentalmente, de la evolución biológica, sino de la interacción social. En contra de lo que habitualmente se viene señalando desde el ámbito de la ciencia biológica-neuronal (...) las funciones neuroquímicas del cerebro humano no están diferenciadas de acuerdo al sexo del individuo debido a causas biológicas. Estas funciones y sus correspondientes estructuras deben ser observadas como el resultado de miles de años de una elaborada y compleja construcción de mecanismos, como respuesta a la especificidad de las interacciones humanas en el ámbito social, el cual ha determinado progresivamente unas ciertas necesidades (...) Lo que sugiere el hecho de una progresiva “aparición” de diversas funciones cognitivas a medida que el individuo ha requerido de ellas para su integración en la organización social-simbólica (Salinas, 1994: 92).

Los estudios etiológicos de la transexualidad conciben una identidad de género naturalizada, estática, configurada definitivamente desde el mismo momento de nacer o durante los primeros años de vida por la acción de mecanismos neuroendocrinológicos.

3 En una obra atrevida y sugerente de título revelador *Antropología del cerebro*, Roger Bartra (2014) utiliza la cuestión de la conciencia humana para establecer nuevas conexiones entre el sistema nervioso central y el mundo social. En su opinión, la autoconciencia no es una función restringida al cerebro, sino que también se extiende a un circuito neuronal externo a la persona, una suerte de «exocerebro cultural» que ha sido determinante, al igual que la tecnología, para la supervivencia y adaptación del ser humano a su entorno.

Desde este punto de vista, sería la tenencia de un “cerebro femenino” lo que llevaría al varón morfológico a rechazar su cuerpo desde su más tierna infancia y a querer adoptar la apariencia y los roles característicos del sexo femenino. Se fomenta así aquello que Nieto (2008: 76) denomina «transnatalidad», «lo que comporta desvincularse de una identidad biográfica, eminentemente social, para identificarse estrictamente con una identidad biológica». Esta visión esencial de la transexualidad ignora que existen múltiples y variadas formas de construir cuerpos e identidades trans; que lo trans engloba a personas con identidades varias, lábiles, cambiantes, siempre en construcción, una multitud corporal y experiencial que desborda el ideal homogeneizador del paradigma biomédico. A lo largo de las páginas siguientes trascenderemos esta concepción de la identidad como algo monolítico y estático, como algo dado de una vez por todas, para presentarla como «un logro precario» (Garaizábal, 1998), como algo que se va configurando a lo largo de la vida a través de actos repetitivos y regulados que dejan, no obstante, espacios para el cambio y la desobediencia (Butler, 2007 [1999]).

Abordar la construcción identitaria de las personas trans implica inevitablemente hablar del cuerpo: «La identidad de género es siempre una *identidad corporal*⁴, (...) nos identificamos en relación al género dentro y a partir de una determinada corporeidad, desde una vivencia y una percepción determinada de nosotros/as mismos/as como seres carnales; una corporeidad que es además absolutamente dinámica» (Esteban, 2004: 11). Y aquí el cuerpo no puede ser reducido a un conjunto de estructuras anatómicas, órganos y mecanismos fisiológicos. El proceso de modificación corporal de las personas trans constituye una excelente oportunidad para observar que el cuerpo es uno de los principales puntos de aplicación de los dispositivos de control social y está completamente atravesado por los discursos hegemónicos sobre el género y la sexualidad. Pero veremos que el cuerpo es también un lugar de crítica y resistencia, un lugar de transgresión de estereotipos y motor del cambio social.

2.2. Los procesos asistenciales

En el capítulo anterior vimos que la subordinación de los factores socioculturales al biologicismo primordial es una constante en las aproximaciones biomédicas a las enfermedades. Este desdén de lo sociocultural ha sido puesto en entredicho desde las ciencias sociales, en donde son comunes los abordajes de la enfermedad como fenómeno social y experiencia colectiva. Conceptos como los de «carrera moral del paciente»

4 El énfasis es de la autora

(Goffman, 2001 [1961]), «proceso de búsqueda de salud» (Chrisman, 1977), «modelos explicativos» (Kleinman, 1980), «proceso de salud/enfermedad/atención» (Menéndez, 1981), «itinerarios terapéuticos» (Sindzingre, 1985; Augé, 1996; Kleinman y Csordas, 1996), «redes semánticas de enfermedad» (Good, 2003 [1994]) o «procesos, complejos y dispositivos asistenciales» (Comelles, 1985, 1997 y 2000) cuestionan el biologicismo excluyente destacando el carácter subjetivo, relacional y procesual de toda forma de aflicción. Son estas mismas aproximaciones las que analizan otros tipos de gestión y atención de la enfermedad que acostumbra a ser infravalorados por el sistema biomédico. Se han elaborado tipologías que ponen de relieve la existencia de un «pluralismo médico, terapéutico o asistencial» (Perdiguero, 2004): modelo médico hegemónico, modelo alternativo subordinado y modelo basado en la autoatención (Menéndez, 1984); popular, folk y profesional (Kleinman, 1980); tradicional, neotradicional y biomédico (Sindzingre, 1985); cuidados profesionales (atención profesional y alternativa) y cuidados profanos (autocuidado, autoatención y autoayuda) (Haro, 2000).

En el presente capítulo analizaremos los procesos de (re)construcción corporal e identitaria de las personas trans apoyándonos en algunos de los conceptos que conforman el andamiaje de la antropología médica, sin perder de vista las aportaciones teóricas sobre el cuerpo y el género. Frente al reduccionismo de las teorías biológicas, lo trans emergerá como un fenómeno complejo que atañe principalmente a la persona –a su cuerpo y subjetividad–, pero en el que también intervienen sus allegados, expertos formales e informales, e instituciones, y todo ello «dentro de un tejido de representaciones culturales sobre el cuerpo, la subjetividad, el género, la enfermedad, la experiencia y, en general, la realidad» (Uribe, 2000: 355).

Por «proceso asistencial» (Comelles, 1985, 1997 y 2000) entendemos el proceso de movilización social que se produce en toda sociedad ante una situación de enfermedad, aflicción o infortunio. Para enfrentarse a estas crisis, los grupos sociales (desde microgrupos a la sociedad en su conjunto) aplican criterios de clasificación diagnóstica, activan procesos colectivos de toma de decisiones y utilizan los recursos terapéuticos disponibles. Todo proceso asistencial se inscribe en un «complejo asistencial», a saber, el marco de referencia en el cual los actores sociales piensan, representan simbólicamente, elaboran sus conocimientos y actúan. Los procesos asistenciales son algo más que el conjunto de especialistas e instituciones formales, pues en ellos encontramos formas de atención (como la ayuda mutua o la autoatención) que pueden escapar al control institucional:

Siempre que haya un proceso asistencial encontraremos representaciones, prácticas y experiencias subjetivas, pero no siempre encontraremos los profesionales diferenciados o las instituciones específicas que podríamos esperar encontrar, sino un conjunto mucho más amplio de recursos e

instancias que dependen de las características de la red social que se moviliza en el entorno de la situación particular de crisis (Comelles, 1997: 33).

El concepto de «proceso asistencial» puede aplicarse al análisis de realidades de diversa índole, pero se ha usado sobre todo para investigar el modo en que las redes sociales responden ante las enfermedades. No hace falta insistir en que este trabajo se posiciona, intelectual y políticamente, al lado de quienes defienden la despatologización de la transexualidad. Con todo, se ha creído oportuno entender analíticamente los procesos de (re)construcción corporal e identitaria de las personas trans como una forma genuina de proceso asistencial porque con ello podremos poner el acento en los discursos, significados y prácticas que se generan socialmente cuando una persona rechaza el género de asignación. Esta perspectiva sitúa en primer plano «la subjetividad y los significados que se otorgan al padecimiento (...) supone dar la palabra a los sujetos sociales y requiere no tan solo escucharlos, sino aceptar la legitimidad de su discurso» (Isla, 2006: 42).

Se han organizado los procesos de (re)construcción corporal e identitaria en cuatro fases sucesivas: 1) Inadecuación a los roles de género y búsqueda de una categoría autorreferencial; 2) Solicitud del estatuto de «asistible»; 3) Itinerario terapéutico (prácticas de autoatención y ayuda mutua, y atención profesional); 4) Fin del proceso asistencial o la obtención de un nuevo estatus de género. Es importante destacar que estas etapas constituyen un modelo ideal que no se reproduce de manera estricta –ni tampoco lineal– en la realidad. Y es que cada persona inicia un proceso de (re)construcción que será único e irrepetible. Aún así, y dado que existen relatos, experiencias y estrategias compartidas, creemos que esta secuencia es una herramienta analítica útil para abordar la enorme diversidad trans y dotarla de cierta coherencia.

2.3. Inadecuación a los roles de género y búsqueda de una categoría autorreferencial

En nuestras sociedades se activa un proceso de movilización social cuando una persona no cumple con uno de los postulados centrales de nuestro sistema de sexo/género: la correlación entre la morfología corporal y el género asignado al nacer. Con mucha frecuencia, esta vulneración normativa es experimentada por las personas trans desde la infancia. Muchas afirman que ya desde pequeñas sentían que les «pasaba algo», que no existía una adecuación entre lo que querían ser y lo que los demás esperaban que fuesen, aunque todavía no tenían palabras para nombrar lo que les sucedía:

No sé, sobre los seis años o algo así, pues que estás en el colegio y dices: “¿Qué me está pasando? Pues no sé, me gustan los chicos y me siento chica”. Y te quedas así pensando y dices: “Soy una cosa rara, qué raro eso, estaré enferma o ¿qué pasa?” (Marta).

Bueno, cuando tenía seis o siete años sabía que alguna cosa pasaba pero no sabía exactamente cómo definirlo (Irene).

Yo, hasta los doce años, sabía que era diferente pero no sabía qué era (Óscar).

Durante la infancia, este sentimiento de extrañeza se expresa a menudo por el rechazo a cumplir con los roles vinculados al género de asignación y por la voluntad de desarrollarse como una persona del otro género. Desde el punto de vista de la teoría social, debemos considerar que todos los relatos sobre la propia biografía se construyen tomando como referente el presente (De Miguel, 1996). Pero más allá de esta consideración, es un lugar común la insistencia de muchas personas trans en afirmar que han pertenecido desde siempre al género que sienten como propio:

Desde que era pequeña, siempre (...) a mí siempre (...) Desde que era pequeña me gustaba jugar con muñecas. Recuerdo que mi madre me decía que, cuando tenía dos o tres añitos, lloraba porque quería ponerme la ropa de mi hermana (...) Siempre me sentía afeminada, no me gustaba lo que hacían los chicos normalmente: el deporte, el juego de la pelota, nunca me han gustado. Siempre me ha interesado más lo de la mujer (Jessica).

Desde que nací. Mi madre a lo mejor me quería poner falda y yo le decía que no, que me pusiera pantalones. Y me compraban muñecas y no jugaba con ellas, jugaba con la pelota (Marcos).

Desde siempre. Mi manera de sentarme, de comer, de andar... Con nueve años, ya se veía todo (Pedro).

Como podemos observar en estos testimonios, bastantes personas trans comparten con el estamento médico esa visión esencial e innata de la identidad de género. Sin embargo, a menudo se olvida que lo trans se caracteriza por la pluralidad de relatos y experiencias. Existen personas que, o bien no reniegan totalmente de su género de nacimiento, o bien experimentan el rechazo a una edad avanzada, por lo que su infancia no se caracteriza por ese deseo de desarrollar los roles que no les corresponden. Y hay también quienes consideran, al igual que lo hacía Garfinkel (2006 [1968]), que los y las trans tienden a idealizar sus biografías, resaltando los atributos característicos del género al que dicen pertenecer y borrando cualquier rastro que los pueda vincular con el género de asignación:

La gente cuando reconstruye su historia le mete cosas del presente. Están hablando, no sobre lo que eran, sino sobre cómo les hubiera gustado verse a sí mismas (Mónica).

Mi proceso fue bastante tarde (...) Hay un patrón estándar de la transexualidad respecto a la infancia y yo no sigo para nada este patrón. Esto de que jugaba con muñecas y todo esto, yo no. Yo seguía la línea masculina. No me gustaba el fútbol, por ejemplo, lo que era algo que ya me dejaba de lado (...) Tampoco me gustaban los coches, pero en cambio me gustaban las pistolas (...) No me atraían los juegos femeninos (Raquel).

A pesar de que biografías como las de Raquel existen y no pueden ser ignoradas, lo cierto es que la gran mayoría de los y las trans entrevistados relatan una infancia caracterizada por esa preferencia por los roles del género contrario. Asimismo, algunas/os afirman haber deseado tener los genitales del otro sexo: «Recuerdo que, una vez, debería tener cinco o seis años, le pregunté a mi madre por qué yo tenía un pito como mi hermano y en cambio no tenía los genitales de mi hermana» (Montse). Aún así, la niñez no parece ser una época especialmente problemática porque las fronteras de género son todavía porosas y se toleran algunos quebrantamientos en el ejercicio de roles. El malestar que afirman sentir algunas personas trans adquiere forma y relevancia cuando se produce la «consagración simbólica» (Bourdieu, 2003) de los cambios físicos y fisiológicos de la pubertad, lo que sirve para apuntalar la dicotomía de género. La aparición de la barba y el vello corporal en el caso de las mujeres trans, y el desarrollo de los senos y el advenimiento de la primera regla en el caso de los hombres, son los signos corporales que consolidan la discrepancia entre la identidad de género y la morfología corporal del sujeto:

¿Recuerdas tu infancia como un periodo especialmente duro?

No, hasta que no me empezó a salir pelo por todos los sitios estaba bastante bien (Sara).

¿La primera regla? Uy, lo pasé muy mal. Bueno, me bajó y dije: “¡Vaya putada!”. Y mi madre: “Uy, ya eres mujer, ¡qué bien, qué alegría!”. Y yo pensando: “¿Qué alegría de qué?” (Pedro).

Fatal porque yo cuando jugaba a fútbol de pequeño me quitaba la camiseta cuando marcaba un gol, como los otros niños. Hasta que ya empezó a salir el pecho y mi madre me dijo que eso ya no lo podía hacer más. Y dije: “¿Por qué? ¡Si Juan se la quita y Antonio también!”. Y me explicaron todo el rollo y pensé: “¡Vaya mierda!” (Jon).

Yo lo que sentí es que cuando nací... Bueno, no me acuerdo de cuando nací, pero mi primer recuerdo con seis años, yo pensaba que era un niño, pasé unos años pensando que era un niño porque era lo que sentía: jugaba con mis primos, con niños. El susto viene cuando empiezas a verte diferente a los demás y lo pasas peor cuando te salen cosas que no deberían salirte: pechos, tener la regla... van siendo hostias que no sabes por qué pero empiezas a preguntarte qué pasa, quién eres (Raúl).

Sea como fuere, lo cierto es que muchas de las personas entrevistadas subrayan que han sido así desde que tienen uso de razón. Nunca hubo un suceso que las convirtiera en lo que son. Si acaso, hay algún momento en que descubren que lo que les sucede tiene un nombre, que su caso no es único y que existen los medios técnicos para lograr aquello que tanto anhelan. Actualmente, con la mayor visibilidad del fenómeno trans y el uso de las nuevas tecnologías, las personas suelen encontrar por ellas mismas una categoría autorreferencial: «Hoy en día todo el mundo está muy informado de lo que es la transexualidad, es algo que está en la televisión, en internet, en todas partes. Entonces, desde pequeña ya sabía que existía» (Bego). Pero en la España del Tardofranquismo y de la Transición, tanto el poder de difusión de los medios de comunicación como la visibilidad de la transexualidad eran mucho menores que en la actualidad, por lo que las personas de mayor edad tuvieron más dificultades para autodefinirse. En estos casos, una película de temática transexual (como *Vestida de Azul* de Antonio Jiménez-Rico, estrenada en 1983) o algún referente trans del mundo del espectáculo (como Coccinelle o Bibi Andersen) se convierten en el instrumento que dota de sentido lo que hasta ese momento no era sino una nebulosa de deseos y sensaciones, y que sirve además de estímulo para iniciar el proceso de modificación corporal:

Yo por la tele vi la película *Vestida de azul* sin que mis padres me vieran, y fue cuando ya hice “¡pink!”, como que se me encendió la bombilla (...) La película cuenta casos de personas como yo y explicaban su trayectoria de chico a chica (...) Y cogí y me vine a Barcelona (Marta).

Es que me pasó una cosa: nosotros teníamos un comercio en el pueblo y una vez mi padre me llevó a Zaragoza a comprar género en unos almacenes de venta al por mayor. Y entonces vi unos letreros que anunciaban a una transexual y que ponían: ¿Es un hombre o es una mujer? Y yo me quedé un poco...y dije: “¡Tate, esto es lo que me pasa!” Fue como mi despertar, mi revelación: “Ya hay alguien como yo, ya no estoy sola, ya no soy un bicho raro”. Y ya nada volvió a ser como antes (Carla).

No obstante, no todos los referentes públicos son vistos con buenos ojos. Algunos hombres y mujeres trans lamentan que la imagen que difunden los medios de comunicación sea la de una transexualidad vinculada a la prostitución o a la farándula. En este sentido, se quejan de que los programas de televisión sensacionalistas publiciten a personajes extravagantes y excesivos como Carmen de Mairena o La Veneno, acusadas, al igual que las prostitutas que trabajan en las cercanías del *Camp Nou*, de ofrecer a la sociedad una imagen frívola y degradante de la transexualidad. La transexual cabaretera o puta, conocida popularmente como «travestí» y que fue símbolo de la transgresión de género durante la

Transición⁵, es hoy rechazada por aquellas personas trans que pretenden llevar una vida discreta y transmitir una sensación de normalidad:

Veía a La Veneno en la tele y pensaba: “Yo quiero ser mujer pero no quiero ser eso”. O ves a la Carmen de Mairena y: “Yo no quiero ser un personaje de éstos”. Porque la imagen que tenemos de las transexuales es de circos andantes, gente que hace escándalos, chicas que van con unos taconazos a las 12 del mediodía. No. Yo intento ser una mujer normal, una más, pasar desapercibida. No intento ni llamar la atención, ni ser más que nadie, ni la más guapa. Yo lo único que quiero es una vida normal y corriente. No me gusta la imagen que tiene la sociedad de la transexualidad, no me siento identificada (Bego).

Ahora ya quizá menos, pero antes es cierto que transexual no eras, eras un travesti. Incluso a mí me preguntaban si me vestía por la noche de mujer. Es que la ignorancia, a todos en general, te hace tener una idea que no es la correcta. Entonces (...) ponen al transexual y al travesti en el mismo sitio. Y la primera imagen es esa: lo que han visto en la tele. Y tú eres así y ya está. Antes de conocerte ya te han clasificado, saben cómo eres y ya no quieren nada contigo porque eres algo que está fuera de la sociedad (Oscar).

Por otra parte, no siempre es fácil para las personas trans conceptualizar la discrepancia de género que experimentan durante la infancia o la adolescencia. En algunas ocasiones, el hecho de no adecuarse al género de asignación les lleva a identificarse y/o ser identificadas por su entorno como gays o lesbianas, porque en nuestra sociedad estas son las categorías que primero se aplican ante una infracción sexogenérica. Hay que tener en cuenta que, al igual que las personas cis, la heteronormatividad predomina entre los y las trans, es decir, que la mayoría se sienten atraídas/os por personas de su mismo género de asignación. Por todo lo dicho, y si añadimos que la homosexualidad goza de mayor aceptación social que la transexualidad, no resulta extraño que algunos hombres y mujeres trans hayan pasado por una fase homosexual antes de dar el paso hacia la transexualidad:

Sí, hubo una época en la que todo el mundo pensaba que yo era gay, porque Ana era el chico modoso, mimoso, que te abrazaba... Claro, era una actitud muy poco masculina en este sentido (Ana).

Y llego a acá (a España) y es cuando experimento la vida de un gay. Nunca había experimentado la vida de un gay. Claro, tuve que buscar trabajo de chico, porque aquí en España he vivido de chico durante dos años, pero de muy chico. He empezado a tener novios como gay, a follar a todos, a disfrutar de la vida sexual, la vida loca (...) me perdía hasta el lunes, a las saunas. ¡Uf, qué vida de

5 Existen numerosos trabajos que analizan la figura del travesti en el contexto del Tardofranquismo y la Transición. Cf. Gómez (1978), Paredes (2007), Mérida-Jiménez (2008), Robins (2009), Picornell (2010), Guasch y Mas (2014).

locos he llevado! (Yolanda).

Creo que fue con 16 años que vine a España con mis padres. Y aquí salí una noche con una chica. Y claro, lo primero que piensas cuando sales con una chica es: “Vale, eres lesbiana porque te molan las chicas”. Pues ningún problema: “Mamá, papá, soy lesbiana” (Hans).

Mira, yo he estado desde los 15-16 años yendo al ambiente, comportándome como una lesbiana (...) Yo creo que desde siempre he sabido lo que era, pero una cosa es decir que eres lesbiana, que está ahora socialmente más aceptado, y la otra es decir: “Mira, soy un hombre y quiero seguir todo este proceso tan largo y tan jodido” (Pedro).

Aunque, tarde o temprano, se produce un distanciamiento respecto a la identidad y las maneras de gays y lesbianas. El deseo que era leído en un primer momento como homoerótico, se concibe más tarde como heterosexual: se desea al hombre en tanto que mujer trans, y viceversa. Llevado al extremo, este alejamiento de la homosexualidad puede incluso adquirir tintes homófobos:

Yo siempre decía: “Yo no soy maricón, maricones son éstos”. Ellos quieren seguir viviendo como un hombre, yo no. Yo siempre he tratado de ser una persona afeminada en todos los aspectos (...) Yo llevo una política: las cosas tienen que ser o blanco o negro, no tienen que ser una cosa intermedia (...) Yo siempre he notado que he nacido en un cuerpo que no debía haber nacido porque yo siempre he pensado como una mujer, jamás he pensado como un chico (...) Un chico me atrae mucho, pero que sea hetero. No me va el rollo de los gays (Jessica).

Yo creo que mi mayor rechazo ha sido porque en gran parte de mi vida me han comparado con personas homosexuales, y he creado una barrera tan grande que hoy por hoy aún me cuesta ver a dos chicos besándose. Me causa repulsión (Jennifer).

Si algunas personas trans heterosexuales pasan por esta fase de identificación homosexual, aquellas que se sienten atraídas por las personas de su mismo género han de afrontar los problemas derivados de una doble transgresión normativa: de la identidad de género y de la orientación sexual. Y es que, al hecho de ser trans, estas personas tienen la dificultad añadida de aceptarse y reconocerse en tanto que homosexuales. La heterosexualidad como norma social y principio constitutivo del sujeto también vertebró la concepción hegemónica de la transexualidad:

Cuando yo era joven, si decías a un médico que te gustaban las mujeres nunca iba a creer que fueras una mujer transexual (Rosa).

Lo que pasa es que no podía explicar que me sentía una mujer porque había otro problema: el de la orientación sexual. Ha sido un problema para mí hasta hace poco: no saber separar la

orientación sexual de la identidad de género. Entonces pensaba: “¿Cómo puede ser que tú seas una mujer y que te gusten las mujeres? ¡Esto no puede ser! ¡Si eres una mujer te han de gustar los hombres!”. Entonces, iba por todas partes mirando a los chicos a ver si encontraba alguno que me gustara, pero no encontraba a ninguno (Montse).

Como hemos visto con anterioridad, durante años la clase médica tan solo trataba a aquellas personas que cumplían con la definición del «transexual verdadero», término con que se conocía al hombre biológico que desde siempre se había sentido mujer, adoptaba los roles femeninos estereotípicos, era heterosexual y deseaba con todas sus fuerzas la operación de cambio de sexo al sentir una marcada aversión hacia sus genitales. Actualmente, si bien se ofrece asistencia a aquellas personas que se alejan de este ideal, todavía se proyecta una imagen paradigmática de la transexualidad que ejerce un enorme poder normalizador e invisibiliza y desacredita otras expresiones transgénéricas. Aquellas personas que no se ajustan a la ortodoxia, como Ana, que se declara lesbiana y afirma no sentir rechazo hacia sus genitales, pueden tener dificultades para encontrar un concepto con el que identificarse. En estos casos, resulta de gran utilidad la tarea de organizaciones que defienden la diversidad trans por encima de la visión homogeneizadora todavía presente en algunos sectores del estamento médico y en el imaginario de algunas mujeres transexuales:

Yo tenía cuestiones que no eran muy evidentes, no eran muy normativas. Por ejemplo, y hablando en plata, yo con mi pene no tengo, entre comillas, ningún problema (...) me he masturbado y he obtenido placer normalmente (...) Partiendo de los estándares fijados sobre lo que es ser transexual, era como un choque, y decías: “No cuadra: hay unas cosas que sí, pero hay otras que no” (...) Investigué un poco, sobre todo por internet, y fue cuando encontré esas ideas tan radicales: “Una mujer (trans) ha de ser, y hacer, esto y esto”. Y claro, me hice como un bloqueo, porque era: “Cumpló con la mitad de este patrón, pero con la otra mitad, no”. Entonces fue cuando llegué al *Casal Lambda* y tuve unas sesiones con (la psicóloga de la asociación), que me explicó que realmente hay un espectro muy grande de personas trans (Ana).

Con este testimonio observamos que no todas las concepciones de lo trans tienen la misma fuerza y visibilidad. El arquetipo del transexual biomédico sigue predominando en la televisión, prensa, internet y, lógicamente, en el ámbito médico. En consecuencia, la mayoría de las personas entrevistadas entran en contacto, en primer lugar, con esta concepción hegemónica cuando están tratando de entender lo que les pasa. Si en el caso de Ana es la psicóloga de una asociación LGTB quien le muestra que no existe una sola forma de ser trans, en otras ocasiones será la trayectoria profesional e intelectual de la persona lo que determine su acercamiento a los proyectos subjetivos, corporales y políticos del transgenerismo. El contacto con determinadas corrientes filosóficas y culturales, como el postestructuralismo o las teorías *queer*, y el activismo de género, llevarán a Pere a rechazar

la transexualidad biomédica y el proyecto de modificación corporal a ella asociada:

Entonces, a mis 17 o 18 años leo un artículo en el cual se habla de la transexualidad en España, en un momento en el que algunos trans se estaban operando y empezaban a reivindicar derechos (...) Es la primera vez que veo la foto de un trans masculino y veo un poco... leo ahí unas cosas con las que digo: “¡Hostia, esto es lo que me pasa a mí!” (...) Además, encontraba como si esas palabras diesen palabras a mi pensamiento, como si mi pensamiento estuviera en algunas de esas frases. Y entonces, claro, empiezo a darle un poco a la bola. Claro, con este concepto del cuerpo equivocado, en un principio piensas: “Sí, sí, es que es esto” (...) Entonces llego a Barcelona justo en ese momento de transición. Llego cuando tengo 17 años y me pongo a estudiar Bellas Artes. Claro, la carrera ya habla de muchas cosas: empiezo a estudiar bastante filosofía, empiezo a leer sobre el control, me pongo en contacto con Foucault, que pone en tela de juicio un montón de cosas (...) Hay un momento en el que el feminismo llega y lo trastoca todo: la performatividad, la Butler, los talleres *Drag King*, es decir, ¡como disfrutaba yo allí dentro, qué guay era! (...) Es decir, en un momento dado pienso en una opción transexual completa, a esos 18-19 años y con todas esas cosas que me van pasando voy rebajando las ganas de intervenirme, no aposte, pero se me van bajando, me entran ganas de tener tiempo para pensar: “Pues igual no tengo que tener tanta prisa, igual no quiero que el cambio sea tan *heavy*” (...) Con la teoría *queer* me empiezo a reír un poco de todas estas cosas: qué es ser un hombre, qué es ser una mujer, la identidad sexual (...) Entonces “transgénero” es una manera de pensar, y entre los transgéneros, aunque estemos o no estemos operados u hormonados, pues es una manera de entender el mundo. En mi caso además es paródica porque yo trabajo en arte y me apetece hacer parodia. Es una etiqueta cómoda, es una etiqueta ambigua, es una etiqueta que cuestiona, es una etiqueta que suscita preguntas (Pere).

Las personas trans descubren las categorías preexistentes de «transexual», «transgenerista» o «travesti» y deben posicionarse ante ellas. Hacking (1986) nos enseña cómo las categorías que se refieren a los tipos humanos condicionan y limitan las formas de ser, pensar y actuar de las personas referidas. Así, por ejemplo, cuando se entra en contacto con el concepto «transexualidad» uno se sumerge en una determinada concepción de la identidad –esencial–, del género –dicotómica– y del proceso de modificación corporal –hormonoquirúrgico. Y ser etiquetado con la palabra «transexual» consolida el estatus de desviado de género: «Cuando me dijeron que era transexual me creó un estigma. Porque antes de esto la gente te miraba y ya está. Pero ya cuando tú pones la palabra “transexual”, a todo el mundo le viene una película a la mente y todo lo demás se va al carajo» (Jessica). Con todo, las personas no aceptan pasivamente las categorías, ya que pueden resignificarlas a base de ser, pensar y actuar. De esta forma, se produce una interacción entre las personas y las formas en que son clasificadas, lo que genera una constante revisión y transformación de las clasificaciones. Han sido las personas trans las que han propiciado que la clase médica acabe aceptando que la cirugía de reasignación genital no ha de ser, necesariamente, el fin último de la transexualidad. Y han sido también las personas trans las que han creado una

categoría paralela, «transgénero», con el fin de desembarazarse de la gestión biomédica de sus cuerpos y subjetividades.

Pero lo que aquí nos interesa destacar es que la adscripción a la categoría «transexualidad» supone para muchas personas la aceptación del relato biomédico en torno a las causas generadoras del fenómeno y de la visión de la propia condición como una anomalía, una patología. Tal y como sostiene Coll-Planas (2010b: 57): «Las personas trans acuden a ellos (los profesionales médicos) tras interiorizar que su falta de correspondencia sexo/género es anormal, patológica, algo que los profesionales generalmente refuerzan». La reproducción del discurso médico –enfermizante– se puede ver claramente en las respuestas de algunas de las personas entrevistadas a la pregunta sobre cuáles eran, en su opinión, las causas de la transexualidad:

Simplemente, igual que hay personas que nacen con problemas físicos, que les falta un brazo o una pierna, nosotras nacemos con un sexo mal puesto; se desarrolla mal el sexo con lo que somos realmente (Bego).

Y me leí el diagnóstico clínico y realmente es una enfermedad física que requiere, para el bienestar de la persona, la transformación hormonal y quirúrgica. Requiere, o sea, no hay opción (Núria).

Según he escuchado, es una alteración en el feto durante el primer trimestre del embarazo. Es lo que dicen los estudios y yo de momento me lo creo. No sé qué tipo de alteración puede ser, pero a ver si la pueden arreglar y que no suceda más (Jon).

«Enfermedad física», «alteración del feto», «malformación biológica»: expresiones todas ellas que legitiman la actuación médica posterior. Patologización y medicalización son dos procesos fuertemente interrelacionados: «La transexualidad es una enfermedad porque, si no, no habría médicos, no habría protocolos (...) y yo no tendría que tomar medicamentos» (Julia). Pero la reproducción, más o menos fiel, del discurso médico por parte de la persona transexual puede entenderse como algo más que la mera interiorización de un discurso claramente predominante. Y es que la aceptación de las tesis biológicas podría ser interpretada como un intento de combatir la visión, todavía existente, de la transexualidad como una aberración y del transexual como un pervertido. Defender una explicación congénita tiene un efecto desculpabilizador porque supone enfatizar los designios de la naturaleza en detrimento de la voluntad del sujeto, y permite recubrir la transexualidad con un halo de cientificidad que dificulta la condena moral y, de paso, legitima el acceso al tratamiento.

Por el contrario, situarse en la órbita del transgenerismo implica un cuestionamiento de las tesis biomédicas. Estas personas advierten de las consecuencias del predominio de una visión patologizante de lo trans y, ante el determinismo biológico, subrayan el influjo de los factores culturales y reivindican una subjetividad dinámica y contextual vinculada a un trabajo corporal y autorreflexivo constante:

Hay un momento en el que hablo con mi madre (...) y me dice: “Es que tener un hijo como tú, en realidad, tienes que entender que tiene una serie de consecuencias sociales porque es como tener un hijo con tres piernas o tener un hijo con síndrome de Down” (...) Entonces me hace mucha gracia, es muy revelador de cómo lo médico se acaba instalando en nuestras madres (...) Entonces, bueno, para mí la identidad se construye (...) Dentro de que hay ideas que son como fijas, creo que es muchísimo más maleable de lo que creemos. Pero claro, tener la llave para eso es un trabajo arduo, constante y diario. Y de creérselo, de decir: “Eso se cambia. Voy a cambiar esa actitud”. Y después se puede convertir en un hábito (Pere).

¡Buf! He pensado en ello y no he llegado a ninguna conclusión (sobre las causas de la transexualidad). Lo que te puedo decir es lo que no es: no es una causa biológica. A mí la explicación que te dan en el Clínic...eso de que durante el embarazo las hormonas afectaron...me da miedo. Es un tipo de pensamiento que me genera rechazo porque a la larga puede dar lugar a terapias reparativas. Y desde este punto de vista son teorías que me dan miedo. Pienso que el género es una cuestión absolutamente social. Más allá de la biología que tenemos, están los roles que establecemos en sociedad (Marc).

2.4. Solicitud del estatuto de «asistible»

Cuando se dan las condiciones adecuadas, las personas trans solicitan el estatuto de «asistible», es decir, comunican a su entorno inmediato y/o a una figura experta que existe un problema y que quieren solucionarlo. Al realizar esta solicitud, la persona busca la protección, la comprensión y el cuidado de sus allegados, pero también el acceso a las técnicas de modificación corporal. Cuando estas personas explican su situación al entorno, raramente están dispuestas a perder la autonomía en la toma de decisiones relacionadas con sus procesos de transformación corporal. Generalmente, hacen pública su condición tras estar bastante seguras de qué es lo que quieren y de cómo conseguirlo. Así pues, al comunicar que se es una persona trans no se está buscando tanto el asesoramiento por parte de familiares, compañeros sentimentales y amigos, sino más bien su aceptación y cobertura afectiva. En este sentido, este proceso es estructuralmente muy semejante al proceso de “salida del armario” que realizan las lesbianas y los gays.

Y esta “salida del armario” es justamente el primer proceso de desvelo por el que pasan algunos/as de los/as entrevistados/as. Acabamos de ver en el apartado anterior que la autoidentificación en tanto que homosexual constituye un punto de partida en el proceso de construcción identitaria de algunas personas trans. Por lo que, evidentemente, estas personas comunican inicialmente a su entorno que son gays o lesbianas, para más tarde transmitir su voluntad de transgenerizarse. En otras ocasiones, serán los propios progenitores quienes pensarán, erróneamente, que su hijo es gay, o su hija lesbiana, a causa del comportamiento de un hijo/a que no se ajusta a las normas sexogenéricas. Como afirma Darío, para algunos padres y madres, la homosexualidad es preferible al «tortuoso y espinoso camino de la transexualidad»:

Con 16 años, cuando empecé el tratamiento hormonal pautado por mí misma después de haber oído las recomendaciones de otras chicas, hubo un momento en que mis padres vieron un cambio, que empezaba a hacer el cambio hacia mujer. Y, al llegar al verano, ya vieron que tenía pechos y ya se dieron cuenta. Y me dijeron que yo era homosexual y que ellos lo aceptaban, pero yo no lo era (Irene).

Mi madre me pilló con 16 besando a una chica en casa y, claro, la cosa se complicó y tuve que decirle... Me horrorizaba que pensara que era lesbiana porque yo no me sentía así. Entonces le dije lo que había y me contestó que por qué no podía vivir como una mujer aunque estuviera con una mujer. Ella prefería que fuera lesbiana a que me operara y todo esto. Y le dije que no, porque no me podía sentir de ninguna manera como una mujer estando con una mujer (Raúl).

El hecho de no cumplir con los imperativos de la masculinidad o la feminidad provoca que no pocas personas trans sufran el acoso y hostigamiento por parte de otros chicos y chicas durante su infancia o adolescencia. La exclusión que viven los y las trans antes de la adultez es muy similar a la que experimentan lesbianas y gays. Unos y otros son sancionados por transgredir las normas de nuestro sistema de sexo/género y por ello comparten estigmas: el gay y la joven trans son tildados de «nenazas», «maricones»; mientras que la lesbiana y el chico trans son «marimachos»:

En la adolescencia empezaron a llamarme maricón. A partir de los 10-11 años con los niños, y con la gente mayor también. Era un entorno duro porque era muy masculino, en un pueblo (del centro de España) (Mónica).

Claro, yo vivía en un pueblo y allí todo el mundo era, día sí y día no... Yo en el instituto lloraba porque era: “¡Maricón! ¡Petaculos!” (Pilar).

He ido a todo tipo de escuelas e institutos y nunca me han aceptado (...) En el colegio, los profesores y la clase en la que estaba, sí, pero claro, habían comentarios de terceros y puñaladas

por la espalda (...) Odiaba hasta salir al patio por la gente, porque me hacían *bullying* (...) me decían: “¡Córtate el pelo, anda! ¿Por qué lo llevas así de largo?” (Julia).

Cuando el entorno advierte que la persona no cumple con los roles de género exigidos, puede tratar de “encauzarla” mediante discursos y prácticas de normalización y disciplinamiento. El entorno más cercano se convierte, de este modo, en una de las principales fuerzas de vigilancia y control del sistema de sexo/género; en uno de los vectores privilegiados de un biopoder que se inserta en los cuerpos:

Y realmente esta pareja me cohibió bastante. Me decía que tenía que ser más masculino y tal. Me machacaba bastante. Y entonces hace un año que lo dejamos, lo dejamos por esto. Le dije que yo no podía más (Andrea).

Mi abuela siempre fue muy permisiva y mi madre se lo achacaba: “¡Es que tú le dejas que haga de todo y va a terminar siendo una mujer, va a terminar maricón!” (...) Entonces mi abuela me pegaba cada vez que me pintaba las uñas o me vestía de chica, pero no había manera (Vanessa).

Mi madre, que ya veía por donde iban las cosas, me hacía un poco la vida imposible: que si el pelo largo no, que si tintes no, que si mechas no (...) incluso me controlaba la ropa. Fue bastante duro (Marta).

Incluso mis tíos y sus hijos, me decían: “¡Camina como un hombre, habla como un hombre!”. Yo decía: “¡Estoy hablando como un hombre!” Hasta el punto que un día mi madre llegó a preguntarme si tenía los testículos. Fue la única conversación que yo tuve con mi madre (Adriana).

Mi madre me obligaba a depilarme con 12 años porque tenía mucho pelo. Para mí era una tortura psicológica el tener que ir a un centro donde solo había mujeres. Me jodía eso de depilarme (Raúl).

Comunicar al entorno familiar que se es una persona trans y que se quiere iniciar un proceso de transformación corporal ha sido uno de los momentos más amargos y angustiosos por el que han pasado algunos/as de los/as entrevistado/as. Se intuye que la familia puede convertirse en un espacio de conflicto, y más si es notorio y sabido el rechazo familiar hacia cualquiera que no acate los códigos establecidos:

Mi padre era un hombre machista que odiaba a los gays. Decía: “En la familia los cogemos y los matamos para no pasar vergüenza, o les metemos un fierro por el culo para que se les pase la mariconada”. Mi madre no lo aceptaba tampoco pero ella intuía lo que yo era porque yo me crié con ella. Cuando tenía más o menos 16-17 años comencé a tener amiguitos gays (...) Entonces, cuando esas amistades iban a verme a mi casa, para mi madre era un tabú. Y mi hermano mayor decía: “Si te vienen a buscar esos maricones, que te esperen a tres cuerdas de la casa” (...) A mis

18 años tuve que decirle a una chica que se hiciera pasar por mi novia para frenar la presión de mi padre, y tuve que besarme con ella, una putada, porque yo tenía mi novio y sentía mucho placer cuando él me besaba. Besarme con una mujer me asquea (Paola).

Entonces, para probar, se me ocurrió preguntarle a mi padre: “Papa, ¿puede ser que haya mujeres que vivan atrapadas en un cuerpo de hombre?”. Y su respuesta fue muy clara: “A veces hay personas que tienen este sentimiento, pero a estas personas las sientan en una silla de hierro, les conectan unos cables y les hacen descargas eléctricas” (Montse).

En ocasiones, los peores temores se cumplen y la persona trans experimenta un fuerte rechazo por parte de sus allegados cuando confiesa su condición. En el caso de las personas que han nacido en entornos hostiles a la realidad trans, la intransigencia parental puede derivar en una huida del núcleo familiar en el momento en que se decide iniciar la transformación corporal con el fin de encontrar un espacio de mayor libertad y tolerancia. Es el caso de Adriana, nacida en un pequeño pueblo brasileño, quien se escapa del hogar materno a los 14 años para irse a Sao Paulo. O de Carla, que huye con 18 años de un pueblo aragonés para llegar a la Barcelona de finales de los 60. En los años 80, Óscar deja a su familia con 17 años para ponerse a trabajar en la costa catalana y así ganar dinero con el que costearse el tratamiento hormonal y las cirugías. Lógicamente, la expulsión de la estructura del parentesco es vivida como uno de los hechos más traumáticos:

Nunca se sentaron conmigo a hablar del tema, nunca me llevaron a un especialista (...) Lo hablaron entre ellos pero a mí ni me preguntaron, ni me consultaron (...) Yo hoy no tengo contacto con mi familia (...) Te salga drogadicto, te salga maricón, te salga como te salga, tú tienes que estar por tu hijo. Si no, eres un hijo de mala madre. Lo he pasado fatal. He sufrido mucho desprecio (entre sollozos) (Belén).

En otros casos, no se produce una ruptura familiar, pero las relaciones quedan muy deterioradas. La negativa a reconocer, por parte de algún miembro de la familia, la identidad de género de la persona genera constantes fricciones y el debilitamiento de vínculos. Muchas veces, la falta de reconocimiento identitario se expresa por la negativa familiar a utilizar el nombre que la persona trans ha escogido en consonancia al género que siente como propio:

Suele ser más mi padre (quien se dirige a él por su nombre femenino). A mi madre alguna vez se le escapa, pero es que mi padre muchas veces lo hace conscientemente. Mi padre, si puede evitarlo, no me llama ni de una manera ni de otra. Pero cuando me llama, muchas veces me llama con ese nombre (el de mujer). Y hace poco tuve una conversación con él y le dije: “Mira, si me llamas así, que sepas que yo no voy a contestar. Y el problema será tuyo, no mío, porque cuando vayas por la calle conmigo y digas ese nombre, y yo vaya con la barba y la gente te mire mal, el que pasará

vergüenza serás tú porque yo no me giraré. Y la gente va a pensar que estás loco porque estarás hablando a una tía y la gente no verá a ninguna tía alrededor”. Y mi padre: “Entonces va a ser como el Antonio (un amigo suyo fallecido), que es una persona que siempre tendré en la mente pero que ya no está”. Y yo me quedé un poco del palo de...me acaba de decir que va a ser como si estuviera muerto (Jon).

Creo que lo paso peor con mi familia porque actualmente no aceptan nada. Incluso mi hermana, que es tres años mayor que yo, tampoco. Es un poco difícil aunque ya me he acostumbrado y ahora ya me da igual. Lo aceptas. Ahora estoy con ellos porque antes no nos hablábamos. Ellos no saben nada de las operaciones, no se lo voy a decir (...) Tengo algunas cosas clavadas de muy atrás. Siempre serán mis padres: si necesitan algo siempre estaré ahí, y ahora mismo estoy ahí. Pero hay cosas muy duras. A mí, mi hermana, que está casada, en su momento me dijo que... Hablé con mi cuñado y me dijo que él me iba a tratar en masculino, pero mi hermana no. Mi hermana me llegó a decir que tuviera trato con ellos hasta el momento en que ellos tuvieran un hijo, porque decía que una persona como yo no podía tratar con su hijo. Y que nuestra relación se acabaría (Óscar).

Con todo, algunas de estas personas acaban siendo aceptadas y reconocidas por sus familias pasado cierto tiempo. En el caso de Adriana, brasileña, la aceptación se produjo, no tanto por un cambio de sensibilidad ante su condición, sino por lograr un proyecto migratorio exitoso gracias al trabajo sexual de “alto standing” (hecho que su entorno desconoce): «en Europa gano dinero como Ronaldo pero nadie sabe cómo lo gano». Cuenta que la gente de su pueblo ahora la respeta porque ha logrado migrar y triunfar, por lo que ha podido comprarle una nueva casa a su madre. En otras ocasiones, la aprobación del entorno se produce una vez los cambios corporales han sido efectivos y se constata la determinación de la persona:

Yo me fui de casa antes de los cambios (...) al principio les chocó raro, pero luego lo fueron aceptando tanto mis padres como mis hermanos (...) después volví a casa y ahora va perfecto (Lucía).

Y fue con 18 años que me tuve que ir de mi casa para poder hacer el cambio que tenía que hacer, porque estando en casa de mis padres no lo podría haber hecho.

¿Han mejorado las cosas con la familia?

Sí, poco a poco. Van viendo que la vida no es fácil para mí y que la cosa no es un vicio, y que las cosas son pues porque me siento mujer, y que es injusto pues que tenga que estar pasando por ciertas cosas y por ciertos traumas, ¿no? (Marta).

A veces, el hecho de que a la familia le cueste aceptar la situación puede deberse al desconocimiento del fenómeno trans y al miedo de que un ser querido sufra las consecuencias del rechazo social por no ajustarse a los parámetros de la normalidad:

Fue un golpe muy duro (para sus padres). Mi madre se esperaba como mucho que yo fuera gay, en el sentido que nunca había tenido pareja y tal. Pero esto no se lo esperaban. Y también por lo que te digo, porque tampoco hay conocimiento. Este desconocimiento lleva a un problema. Claro, tú te montas tu película, y mis padres se montaron unas películas enormes y catastróficas muy bestias por este desconocimiento (Ana).

Se lo conté a mis padres. Mi madre, mal, pero no por lo que le decía sino por lo que veía que me iba a pasar. Mi madre tiene mucho miedo de que no encuentre a una chica que me quiera tal y como soy, y que la vida la voy a tener mucho más difícil. Veía como que iba a ser un mundo, que iba a sufrir más de lo que ya estaba sufriendo (Pedro).

Sin embargo, no son pocos los casos en los que la revelación no genera problema alguno, obteniéndose de inmediato el apoyo de los parientes y amigos más cercanos. Incluso puede darse el caso de que sean los progenitores (y no el grupo de pares) quienes ayuden a la persona trans en su proceso de modificación corporal. Por ejemplo, financiándole el tratamiento hormonal no supervisado médicamente:

Mis padres siempre me ayudaron, siempre me estuvieron apoyando. A los 14 años dándome el dinero para las hormonas, y me acompañaban a los reinados (concursos de belleza) y a todas esas cosas. Mi madre me ayudaba a coser, a colocarme los tacones (Liliana).

Cuando se lo dije (a su hija adolescente) me dijo: “¡Hombre, ya era hora que me lo dijeras! Hombre, que eras una mujer transexual no lo sabía, pero que había alguna cosa rara sí, porque de padres como tú no hay en la escuela” (Montse).

Todo el mundo me llamaba Darío desde los 14 años (...) La verdad es que nunca he tenido ningún problema con los amigos ni con la familia (Darío).

Al menos en España, la edad parece ser una variable explicativa importante: mientras que entre las personas de mayor edad, las cuales tuvieron que revelar su condición en una España fuertemente transfóbica y ajena a sus necesidades, los relatos sobre la falta de apoyo familiar son recurrentes, entre los y las trans más jóvenes las familias parecen estar implicándose cada vez más en el apoyo y cuidado de sus parientes:

Parecería que los muy jóvenes están empezando a entrar en los canales más formales porque los padres lo aceptan, hay más cabida para que un problema así aflore en una familia, se acepte, se consulte. Eso es un cambio muy bueno (Profesional UTIG).

En el proceso de reconocimiento de la persona trans por parte de su entorno, uno de los principales problemas consiste en acostumbrarse a tratarla como miembro del género que ella desea. Esto sucede sobre todo al inicio del proceso de modificación corporal, cuando la apariencia todavía no acompaña a la identidad de género de la persona. Ello demuestra la importancia de la apariencia, lo que Garfinkel (2006 [1968]) denomina «genitales culturales», en la interacción social cotidiana para poder realizar una correcta «atribución de género» (Kessler y McKenna, 1985), esto es, para tratar a nuestro interlocutor como un hombre o una mujer normales. El caso de Toni, que se ha cortado el pelo y utiliza una vestimenta masculina pero todavía no ha iniciado el tratamiento hormonal, ilustra las dificultades de lograr el reconocimiento identitario sin un cuerpo que sustente a dicha identidad:

¿Y cómo te tratan en tu casa?

De chica. Yo lo entiendo, también. Y a mis amigos que me conocen desde hace más tiempo les va a costar mucho, y yo lo entiendo. Me va a costar hasta a mí, a ellos ya ni te digo. A mis padres les va a costar mucho. Me siguen llamando Olga y seguirán así durante mucho tiempo (...) Mis amigos me preguntan: “¿Cómo te tratamos ahora, de chica o de chico?” Y les digo: “Seguidme tratando de chica porque yo me veo al espejo y pienso que yo no lo haría”. Es algo que me cuesta mucho.

Y la falta de reconocimiento social de la identidad personal, causada por una apariencia todavía andrógina porque aún son imperceptibles los efectos del tratamiento hormonal, puede generar problemas laborales. El trabajo es, junto a la familia, uno de los ámbitos más temidos por las personas trans cuando deciden hacer público su deseo de iniciar un proceso de modificación corporal:

En el trabajo (una peluquería) me dicen... A mí hay cosas que me parecen absurdas, por ejemplo, tener que llevar un sujetador si no tienes pecho o llevar una peluca, me parece completamente absurdo. Yo como me siento cómoda es así, y a ellos no les parece lo suficientemente femenina mi forma de vestir como para llamarme Andrea, ¿sabes? Ellos quieren que sea chica o chico, no quieren nada intermedio (Andrea, que se encuentra al inicio del tratamiento hormonal).

Sí que he tenido problemas. Me he entrevistado en (unos grandes almacenes), y ya sabes que son muy materialistas, muy superficiales. Todas las chicas que había trabajan con su melenita, bien arregladitas. Claro, tú me ves a mí llegar con una camisa y me dicen: “Tú te tienes que poner unos pantalones estrechos”. “Pues no. Si me cogéis, me gustaría ir como los chicos”. Y ellos: “No, si tú eres una chica”. “Vale, soy una chica, pero no voy a llevar lo que llevan las chicas. Quiero llevar lo que llevan los chicos”. Y me dicen: “¿Qué te ponemos en la placa?”. “Pues me ponéis García. Mi nombre no me gusta”.

¿Y qué te dijeron?

No me cogieron. Evidentemente van a coger a una chica que sea chica, que es normal, ¿eh? Cada uno mira por su beneficio. Aunque en estas cosas sí que hay un poco de discriminación (Pedro, hablando de cuando todavía no había iniciado el tratamiento hormonal).

El hecho de tomar consciencia de que el rechazo del género asignado supone una vulneración normativa, y el miedo a sufrir la transfobia si se comunica al entorno el deseo de transexualizarse, pueden provocar que la persona trans reniegue de sus propios sentimientos, lo que complica el proceso de (re)construcción identitaria y retrasa el inicio de la transformación corporal. En estas ocasiones, y al igual que sucede con las sexualidades no normativas, se produce una «neutralización de la experiencia» (Plummer, 1991). Es decir, aunque la experiencia subjetiva indique una desviación respecto al modelo establecido, la persona decide que tal experiencia no implique una reorganización de su identidad social ni personal:

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

Nos ha sorprendido que vienen aquí algunas personas de 50 años o más que están casadas y con hijos y que no tienen relación con el mundo de la transexualidad, y que vienen aquí para expresar que toda la vida han escondido ese deseo, incluso a sus parejas, y que ahora se han decidido a dar el paso (Profesional de *Trànsit*).

Y es que, en algunas ocasiones, la resolución del conflicto identitario de las personas trans «no está dada de antemano, ni responde a una historia personal (como la que se define como propia de las personas transexuales), ni mucho menos a características intrínsecas de la persona (...) otros muchos factores de orden psicosocial suelen jugar un papel más importante en la definición personal que la propia dinámica interna» (Garaizábal, 2010: 133). Veamos algunos ejemplos al respecto: Tere inicia el proceso de feminización a los 45 años, una vez se han muerto sus padres (a los que «no quería decepcionar») y después de dos matrimonios heterosexuales frustrados. Tras toda una vida utilizando su pene activamente en las relaciones sexuales, Adriana quiere someterse a una vaginoplastia a los 37 años porque se ha enamorado de un hombre al que no le gusta que ella tenga pene.

El caso de Montse (55 años) es el que muestra con mayor claridad el carácter contextual y relacional de todo proceso de construcción identitaria y corporal. Montse afirma que a la edad de 12 o 13 años empezó a sentir que algo no marchaba bien y que deseaba desarrollar los roles femeninos. Con todo, admite que sus sentimientos eran confusos porque, como

hemos visto en un fragmento anterior, incumplía la norma heterosexual, que para ella era algo incuestionable: no creía que pudiera ser una mujer y a la vez sentirse atraída por las mujeres. Tiempo después, todavía llena de dudas, conoce a Ana, con la que empieza una relación afectiva que la llena de temor, pues si bien la «quería mucho», Montse tiene miedo de convertirla en una «desgraciada» a causa de su incertidumbre identitaria: «Aunque ella quería, no podíamos casarnos porque yo no me entendía». Sin embargo, accederá a casarse a la edad de 25 años por amor, presiones familiares y, sobre todo, porque Ana muestra sensibilidad hacia su situación: «Me trataba en femenino, me hacía sentir mujer y no le molestaba que utilizara ropa femenina» en la intimidad del hogar. Un par de años después de la boda, Montse empieza a «saber bastante del tema transexual», gracias, entre otras cosas, a las películas de Almodóvar y a la charla que mantiene con una transexual en un bar. Siendo consciente de la posibilidad de una transformación corporal, comunica a su mujer su deseo de «iniciar el cambio», pero ha de desistir en su empeño porque su pareja quiere tener un hijo y además su hermano le ofrece un buen puesto de trabajo en su empresa, en el sector de la construcción. Tras varios intentos frustrados para dejar embarazada a Ana, Montse se somete a un tratamiento de fertilidad que aumenta su fuerza y vigor (más tarde descubrirá que era a base de testosterona), lo que le hace sentirse bien «en un entorno tan masculino como el de la construcción». Este es un periodo caracterizado por «una doble vida»: «Fuera seguía viviendo como el hombre que todos reclamaban, y en casa vivía como la mujer que yo me sentía». Una vez abandonado el negocio de la construcción, obtenida una plaza en la administración pública, con una hija y contando con el beneplácito de su esposa, se dirige a la UTIG del Hospital Clínic para realizar el tratamiento hormonal y someterse, en 2008, a la cirugía de reasignación genital, 37 años después del primer momento en que se le pasó por la cabeza que quería ser mujer.

El otro modo mediante el cual las personas trans solicitan el estatuto de «asistible» es a través de los profesionales médicos. En este caso ya no se busca el apoyo afectivo mientras dura el proceso, sino el acceso a las prácticas terapéuticas institucionalizadas. Cuando una persona es reconocida por el estamento médico en tanto que necesitada de curas y cuidados (hecho que sucede al obtener el diagnóstico), su construcción social en tanto que persona «asistible» se produce de manera inmediata. Además, en el momento en que las personas trans entran en contacto con el circuito formal de atención han de ajustarse a una serie de requisitos para poder acceder a los tratamientos hormonal y quirúrgico, lo que hace que ésta sea la fase más heterónoma del proceso de transformación corporal, y donde más claramente pueden observarse las tensiones existentes entre la regulación médica de la transexualidad y la voluntad de agencia de las personas trans. En este proceso de medicalización, las diversas sensibilidades trans son convertidas en “pacientes transexuales”, perdiendo así parte de la autonomía en la construcción de sus cuerpos e identidades.

2.5. Los itinerarios terapéuticos de las personas trans

Por «itinerario terapéutico» entendemos el conjunto de estrategias y acciones personales llevadas a cabo para solventar una situación de aflicción o padecimiento. En el caso de las personas trans, el itinerario terapéutico es a la vez un itinerario identitario y un itinerario corporal⁶. Es un itinerario identitario porque la persona pasa por un itinerario terapéutico con el fin de lograr una nueva posición en la estructura de sexo/género. A este respecto, Goffman (2001[1961]) denomina «carrera moral» a la secuencia regular de cambios que afectan a la identidad personal y social de una persona que se encuentra inmersa en un proceso asistencial sostenido en el tiempo. Por otra parte, las estrategias y acciones puestas en marcha durante el itinerario terapéutico son de carácter corporal, pues todo cambio identitario ha de ser corporeizado adecuadamente. En este sentido, resulta de especial utilidad la adaptación del concepto de «itinerario terapéutico» a lo corporal que realiza Mari Luz Esteban. Por «itinerarios corporales» debemos entender:

«los procesos vitales individuales pero que nos remiten siempre a un colectivo, que ocurren dentro de estructuras sociales concretas y en los que damos toda la centralidad a las acciones sociales de los sujetos, entendidas éstas como prácticas corporales. El cuerpo es así entendido como el lugar de la vivencia, el deseo, la reflexión, la resistencia, la contestación y el cambio social, en diferentes encrucijadas económicas, políticas, sexuales, estéticas e intelectuales» (Esteban, 2004: 54).

Cada persona trans trazará su propio itinerario terapéutico en función de sus ideales y expectativas corporales e identitarias, sus recursos, sus relaciones con el entorno, el contexto sociocultural, y la oferta y disponibilidad de técnicas de modificación corporal. En una sociedad como la española, la persona trans puede recurrir tanto a los «cuidados formales» (o profesionales) como a los «cuidados informales» (o profanos). En el caso que nos ocupa (el estudio de las personas trans residentes en Cataluña), los cuidados formales se prestan en entidades dependientes del *Institut Català de la Salut* (como la UTIG del Hospital Clínic o *Trànsit*) y en centros privados de asistencia médica. Por otra parte, dentro de los cuidados informales encontraremos las prácticas de «autoatención» y «ayuda mutua». Siguiendo a Menéndez (1984 y 2005), entendemos por «autoatención» a las prácticas terapéuticas llevadas a cabo por la propia persona, contando a menudo con la ayuda de su entorno inmediato y/o de su grupo de pares, y en las que no interviene una figura profesional. Por su parte, la «ayuda mutua» se configura a través de «grupos organizados

6 Como vimos anteriormente, un estudio destacado de los itinerarios de *cross-dressers* y transexuales es el de Richard Ekins (1993), quien aborda la cuestión desde los principios metodológicos de la «teoría razonada».

que a partir de la autogestión construyen sus propios dispositivos de atención sanitaria y de protección social independientemente de los sectores médicos profesionales» (Haro, 2000: 101).

Los itinerarios terapéuticos (identitarios/corporales) de las personas trans tienen lugar en un determinado contexto sociocultural en el que coexisten diferentes discursos, concepciones y significados sobre el género y la sexualidad. Cada persona trans tiene una idea determinada y una forma concreta de posicionarse ante la masculinidad, la feminidad y la orientación sexual. Estas ideas y posicionamientos condicionan las expectativas corporales e identitarias de estas personas, así como el conjunto de estrategias y acciones que pondrán en marcha para colmar dichas expectativas. Es por ello que, antes de abordar los cuidados formales e informales, resulta necesario analizar el modo en que las personas trans (re)producen el imaginario social sobre el género y la sexualidad.

2.5.1. Representaciones, narrativas y prácticas trans en torno al género y la sexualidad

En las últimas décadas, y gracias en gran medida al liderazgo de los movimientos feminista y homosexual, se han producido y desarrollado experiencias y discursos críticos en relación a los convencionalismos sexuales y de género desde el activismo, la academia y la vida cotidiana de personas concretas. Las personas trans no se han mantenido al margen de estas críticas, antes bien, han contribuido a la problematización de las directrices y las categorías que constituyen el sistema de sexo/género. Sin embargo, entre algunas personas trans podemos observar ideas sobre el género y la sexualidad que reproducen los estereotipos hegemónicos de la heteronormatividad. Al respecto, estamos de acuerdo con Del Valle *et al.* (2002:33) cuando afirman que toda hegemonía «no se da de modo pasivo como una forma de dominación. Debe ser continuamente renovada, recreada, defendida y a la vez modificada. Asimismo es continuamente resistida, limitada, alterada, desafiada por presiones». Los itinerarios identitarios/corporales de las personas trans reflejan a la perfección esta dinámica constante de reproducción y contestación de los códigos sexogenéricos hegemónicos.

Si bien las personas trans rompen con la correlación que nuestra sociedad establece entre el género asignado y el sexo anatómico, esta infracción normativa no impide que algunas de ellas tengan una concepción del género estereotipada e, incluso, muy conservadora. Y es que, tal y como sugiere Goffman (2006 [1963]: 46), las personas que poseen un estigma «aprenden e incorporan los estándares ante los cuales fracasan». La interiorización de los postulados del «régimen heterosexual» (Wittig, 2010 [1992]) por parte de algunas personas trans podría entenderse como parte de una estrategia de adaptación cultural a un entorno profundamente hostil que se niega a reconocerlas:

Ella (su madre) desde los 22 años, que se casó, no ha dado golpe. Siempre se ha quejado de que tiene un marido que bebe, que fuma, que... Es un hombre que no le ha dado nunca mala vida: no la ha pegado, no la ha maltratado (...) ¿De qué te quejas? ¿De que te pone los cuernos? ¡Es un hombre! El macho es infiel por naturaleza, es camionero. Si tú no le das, él busca por ahí (Belén).

Mira, una mujer para mi debe ser sensual, respetarse a sí misma, saber comportarse y saber estar, nunca perder las formas. Y creo que lo más bonito que puede ser, es que sea pulcra consigo misma para poder atraer a los demás (...) Mi hombre ideal sería un hombre que fuera duro. Duro no en el sentido de que me maltrate, sino que me sepa respetar y sepa quien es el hombre, quien manda (...) que sepa quien es el hombre de la casa (Liliana).

Las transexuales femeninas están mejor organizadas porque son mujeres, y a las mujeres les gusta siempre estar juntas. ¡Si hasta van juntas al baño! (Pedro).

Nos conocimos en terapia de grupo (se refiere a su actual pareja, una mujer cis). Ella fue a acompañar a su pareja y la conocí allí. Y por una cosa o por otra pues lo dejaron. Yo no hice nada para que lo dejaran, se acabó porque el chico no la trataba como esta chica se merecía, no la trataba como a una princesa, que es lo que tienes que hacer con tu pareja: decir que es tu princesa y que no la va a tocar ni Dios (Jon).

Estas visiones sobre la masculinidad, la feminidad y las relaciones entre los géneros son sostenidas, generalmente, por personas que quieren seguir fielmente el tratamiento de modificación corporal establecido por el estamento médico para lograr una posición de normalidad dentro de nuestra estructura de género. En estos casos, los referentes que guían la reconstrucción corporal e identitaria pueden ser personajes icónicos de la cultura de masas occidental:

Creo que siempre he cogido algo de alguna: yo veía cuando Marilyn Monroe estaba viva, veía la sensualidad que tenía ella, esa forma de atraer a un hombre, esa forma de seducir a un hombre. Me gusta mucho seducir y eso me ha hecho abrir muchas puertas con los hombres, saber seducirlos (...) Siempre he cogido algo de algunas, ¿sabes? Alguna reina de la belleza de Colombia, cualquier tipo de gesto... No te miento, puedo ser vulgar (...) pero... Sophie Evans o Silvia Suns, que son actrices porno que he visto en algunas películas debido a mi trabajo: forma de abrir la boca, forma de mirar, forma de sexualidad, este tipo de cosas, manera de vestirse... (Liliana).

Yo desde pequeña quería parecerme a Britney Spears e intentaba ser como ella (Daniela).

Desde la UTIG analizada se destaca que, mientras que los hombres trans tienen unas expectativas corporales más modestas, las mujeres tienen un ideal de feminidad muy convencional, lo que les genera unas expectativas exageradas y poco realistas sobre los cambios a obtener con el proceso de modificación corporal:

Creo que el principal problema es el más humano de todos: es lo difícil que es hacer concordar la realidad que uno va viviendo con las expectativas que tiene. Y esto es un tema que es especialmente candente en la transexualidad femenina. Los transexuales masculinos suelen ser más modestos en sus expectativas, muchísimo más, más realistas. Quizás ya saben que, para hombres, van a ser bajitos. Y, además, porque socialmente pasan más desapercibidos. En cuanto están un pelín transformados enseguida pasan por ser hombres, no muy altos, pero que no hay nada más que llame la atención. En las mujeres es más difícil que los cambios lleguen a ser todo lo que ellas esperan. A parte, yo me he encontrado muchas veces con que trabajan con un arquetipo muy antiguo, muy convencional: “Yo quiero ser una mujer pero, a parte, quiero ser una mujer guapa, que vaya perfectamente peinada de peluquería, con las uñas pintadas, los tacones altos” (Profesional UTIG).

Sin negar que, efectivamente, algunas mujeres trans tienen unas expectativas desmesuradas, sorprende que estas palabras provengan de alguien que trabaja en una UTIG. Algunas mujeres usuarias de la Unidad señalan que los profesionales reproducen los cánones de género a lo largo del proceso diagnóstico y terapéutico, en especial durante el denominado «test de la vida real». Como veremos más adelante, se trata de un procedimiento de confirmación diagnóstica mediante el cual la persona ha de ir adoptando una apariencia estereotipada en consonancia a su identidad de género. Por tanto, si bien el conservadurismo de género se manifiesta por la construcción mítica que algunas mujeres trans –y también algunos hombres– hacen del género de destino como una tierra prometida, dicho conservadurismo es apuntalado por las exigencias médicas:

Cuando me hicieron preguntas sobre mi inclinación sexual, les dije que yo me sentía lesbiana. Y, entonces, (el profesional de la UTIG) me dijo una de sus grandes perlas: “Y tú, lo del maquillaje, ¿cómo lo llevas?”. “Hombre, no lo suelo hacer mucho”. Y me dice: “Ah, claro, como eres lesbiana, supongo que no te maquillas”. Frases de estas me ha dicho un par o tres. Pienso que son frases que no tienen cabida en una unidad de transexualidad porque me estás haciendo un encasillamiento como persona (...) En plan de: “Las lesbianas son todas camioneras” (Ana).

Creo que en la UTIG tienen un ideal extrafemenino y extramasculino de lo que ha de ser un hombre y una mujer, porque todos los chicos han de ser máquinas de gimnasio, súper musculados; y las chicas han de ser lo que yo llamo “princesas Disney” (...) Es un ideal femenino muy antiguo (María).

En cualquier caso, es sobre todo antes de iniciar cualquier transformación cuando las mujeres trans tienen esas expectativas estéticas excesivas y mitifican los cambios que esperan obtener con las técnicas de modificación corporal. Una vez iniciado el proceso se va tomando consciencia de que no todo es tan fantástico como se imaginó en un principio. En estos casos, la decepción es directamente proporcional a las expectativas previas. Aunque

durante mucho tiempo la biomedicina haya vendido la terapia transexualizadora como el billete de entrada al reino de la feminidad normativa, es incapaz de borrar el estigma social de la transexualidad:

Piensas: “Cuando tenga 19 años, pues quiero ser una chica, ser una chica guapa, rubia o pelirroja” (...) Yo me miraba mucho en el espejo y decía: “Así seré, guapa, seré femenina y tal”. Y yo ya iba haciéndome mi cambio, pero mentalmente, ¿no? (...) Pues mi paranoia de las revistas, ¿no? que veía a las modelos tan guapas, con esos cuerpos, con esos pechos, y decía: “¡Yo quiero ser así, yo tengo que ser así, yo soy una mujer, yo quiero ser como ellas!” (...) Siempre estás con la fantasía en la cabeza pues de la princesita, y de que conocerá su príncipe azul, y de que se casará y tendrá hijitos, y tendrá un trabajo normal y corriente, y de que tendrá una vida normal y corriente. Y luego te das cuenta de que todo ese sueño es mentira, de que vas a pasar una vida pues espantosa, de que lo vas a pasar mal, de que vas a tener que estar en la calle (prostitución), de que vas a tener que sufrir mucho psicológicamente (Marta).

Estamos de acuerdo con Soley-Beltran (2009) cuando afirma que las personas trans no solo son víctimas del sistema de sexo/género. Algunas de ellas también vigilan los límites de la normalidad y reprenden a todo aquel que no se ajusta a ellos. Algunas de las personas entrevistadas parecen sostener la visión del «transexual verdadero», pues afirman que para poder sentirse y presentarse como una mujer –o un hombre– normal, es necesario, a modo de prueba de autenticidad, someterse a la terapia hormonal y a las cirugías de reasignación sexual⁷. Las palabras que vienen a continuación suponen una firme defensa de nuestro sistema de género dicotómico y genitalizado, y una crítica, más o menos velada, de la labilidad identitaria y corporal que propone el transgenerismo:

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

⁷ Como veremos posteriormente, el hecho de que la vaginoplastia sea más económica y presente menos complicaciones post-operatorias que la faloplastia genera diferencias en la forma en que mujeres y hombres trans conciben al «transexual verdadero». Mientras que para algunas mujeres trans una no es mujer hasta que no se somete a la vaginoplastia, para los hombres (que ven en la faloplastia una operación de altísimo riesgo) la prueba de autenticidad se limita a la mastectomía y la histerectomía.

Aquí se dice que cualquier persona que se siente femenina, pues es una mujer transexual. Incluso si eres un señor que va a su trabajo con corbata y todo... Es lo políticamente correcto decir que cualquier persona es una mujer transexual. Yo no estoy de acuerdo con esto (...) Es lo mismo con los chicos transexuales que quieren mantener los ovarios y asumir de machote, y al mismo tiempo pueden embarazar, amamantar... pues no se puede decir que sean hombres (Rosa).

Siguiendo con Goffman (2006 [1963]: 127), la persona estigmatizada tiende a estratificar a sus pares en función del grado en que se manifiesta su estigma, adoptando «con aquellos cuyo estigma es más visible que el suyo las mismas actitudes que los normales asumen con él». Para algunas personas trans, el itinerario terapéutico exitoso es aquel que no deja ningún rastro físico que pueda delatar el pasado de la persona; es aquel que permite tener una apariencia capaz de sustentar la identidad de género que uno quiere representar socialmente:

No es que no me gusten pero a veces es triste porque ves personas que físicamente... el tratamiento hormonal no ha hecho efecto todavía y ya cruzan directamente al otro género, tanto de ropa como de... ¡Hostia, son espectáculos andantes! A mí eso me disgusta muchísimo. No por mí, sino porque las ves y dices: “¡Hostia, qué triste!”. Y luego dicen: “Es que me rechazan en el trabajo, es que no encuentro pareja” (...) Es que me río (...) me tengo que tapar la boca. ¡Con esa pinta, dónde la van a coger! (Nuria).

Hay una persona en terapia de grupo que se cree transexual y no lo es. Lo hemos analizado con las amigas y es como diríamos: una represión sexual. Formalmente con un ataque de libido, con una libido muy alta, un deseo sexual muy alto hacia las chicas. Su forma de desear no es como lo haría una mujer (...) Una cosa peculiar que hemos visto el último día es que vino con bigote. Y es un poco extravagante (...) Las dudas no las veo muy bien porque se ha de ser esto o lo otro. No puedes estar en medio (Julia).

Las relaciones sexuales también son un espacio en el que las personas trans expresan su visión del género. Para aquellas que reproducen esa visión dual y genitalizada, las relaciones sexuales constituyen un problema hasta que pueden modificar sus caracteres sexuales primarios y secundarios con las cirugías de reasignación sexual. Antes de pasar por el quirófano, su sexualidad está fuertemente condicionada por ciertas partes corporales que se consideran tabú porque están asociadas a un género con el que no se identifican:

Y cuando tengo relaciones siempre me cubro delante porque no me gusta que me lo toquen (el pene), me da asco (Jessica).

Pues que no soportas que un hombre te toque ahí abajo. Ni que un hombre te hable de tu pene, ni se refiera a tu pene. O sea, que no soportas que un hombre te diga: “¿Y tu pene?”. “No quiero ni que me hables de mi pene porque mi pene no existe para mí, porque soy una mujer, ¿o es que no te das cuenta?” (...) “Olvida mi pene, no existe” (Marta).

Pero no hacía nada, me liaba con las chicas y ya está. Nunca me dejé tocar porque a la que veía que tocaban algo más que no era el culo decía: “¡Eh, me voy!”. Y me iba porque no quería (Jon).

A ver, siempre me he acostado con camiseta y a oscuras. Con mi última pareja, con la que llevaba tres años y medio, siempre con camiseta, nunca me ha tocado la parte de arriba (los pechos) porque no he querido (...) De hecho, nunca he dejado que me penetraran. Yo siempre decía: “Aquí no entra nadie”. No me ha gustado nunca, no forma parte de mis relaciones sexuales. Siempre lo he dejado claro (Pedro).

Y en el caso de las mujeres trans, el conservadurismo de género también se extiende a las expectativas que tienen sobre los varones. En los relatos de género sobre los hombres que elaboran algunas mujeres desde visiones conservadoras, la cuestión de qué es y qué no es un “hombre de verdad” incluso condiciona la construcción del deseo erótico que puede sentirse por cierta clase de hombres:

Cuando he estado con un hombre y a veces el hombre me ha metido la mano delante, después nunca más he estado con ese hombre porque para mí pierde toda la hombría. Para mí el hombre es hombre, a mí los medio hombre tampoco me van (Jessica).

La verdad es que si un chico me pide que utilice mi pene (...) pues considero que no es heterosexual, sino bisexual (...) Sí, me molesta que un chico me pida que utilice mi pene, lo mando a la mierda (Lucía).

No obstante, resulta interesante destacar que, a pesar de que existen personas que sienten un rechazo más o menos acentuado hacia sus genitales de nacimiento, esta aversión no impide que muchas de ellas mantengan relaciones sexuales. Ahora bien, estas personas insisten vehementemente (quizá a modo de justificación normativa) en que han podido erotizar su cuerpo gracias a un trabajo de autoaceptación y, sobre todo, a que han podido adoptar el rol sexual socialmente vinculado con su identidad de género. Ello demuestra que es posible desgenitalizar los roles de género; que, en estos casos, lo importante durante el acto sexual no es tanto el cuerpo que lo ejecuta como el género que se está representando:

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

Con mi pareja...sí, sí que tengo placer sexual, pero siempre lo hacemos...pero yo no como una mujer, yo como un hombre (...) Me he tenido que acostumbrar, pero gracias a ella me he ido acostumbrando (...) Siempre digo que yo tengo placer sexual, pero me gusta dejar claro que lo tengo como un hombre. Me gusta dejarlo claro porque no quiero que la persona que lo escuche piense: “Uy, si lo tiene es porque...”. No quiero que se me tache de esto. Siempre lo repito: “No, lo tengo porque he hecho un trabajo, una aceptación” (...) O disfruto así o no voy a disfrutar y me voy a estar subiendo por las paredes (...) Bastante jodidos estamos para que encima haya un placer de la vida que no podamos disfrutar (Dani).

Como podemos observar, muchas personas trans optan por significar “indebidamente” el cuerpo ante la imposibilidad o la negativa de operarse: se goza «como una mujer» (Patricia) teniendo pene y testículos, mientras que una vagina no impide ejercer el papel masculino. El siguiente extracto de una conversación mantenida por las mujeres trans que participaron en el grupo de discusión muestra que incluso el pene, símbolo por antonomasia de la virilidad, puede estar sujeto a discursos, representaciones y prácticas feminizantes:

Aurora: Yo siempre lo he tenido ahí (el pene) y lo he disfrutado. La verdad es que no he tenido ningún problema. Sí que es verdad que siempre ha sido como un choque: quería ser mujer y eso estaba ahí. Pero por otro lado siempre lo he utilizado (el pene) de manera lésbica con mi pareja y no ha habido ningún problema.

Patri: Yo he sido operada, pero para mí el colmo ha sido que, cuando tenía pene, la excitación se producía en el momento en que tenía el sentimiento íntimo de que mi pene era una vagina. Era cuando podía correrme.

Laura: Puedes pensar que es un clítoris súper desarrollado, o gigante.

Aurora: Yo me lo tiraba para atrás y el roce con ella...

Berta: Yo, cuando tenía relaciones sexuales con mi pareja (una mujer), tenía que imaginarme que éramos las dos mujeres. Teníamos sexo como dos lesbianas.

Por otra parte, y como ya hemos apuntado, entre las personas trans existen discursos muy críticos en relación a los estereotipos y categorías sexogenéricas, que reclaman además un sistema de sexo/género más laxo y menos excluyente. Estas personas opinan que los y las trans no han de plegarse a la lógica dual ni adoptar una apariencia estandarizada para poder desarrollarse como personas:

Esa necesidad de irte al otro extremo de género, eso no encaja ni en las mujeres-mujeres ni en los hombres-hombres. Las mujeres han deconstruido el género, muchas son ambiguas, se han descartado de los roles de género, han hecho cosas que estaban reservadas para los hombres y eso influye también en la percepción del género, a cómo se presentan en sociedad. Entonces trasladar ese discurso bipolar a la transexualidad es un error (Gema).

Yo te diría directamente que la feminidad no existe. De hecho, te diría que la feminidad consiste en sentirte mujer con el cuerpo que tengas: sentirte mujer con un cuerpo totalmente reasignado, sentirte mujer teniendo el pene y sin quererte operar, sentirte mujer vistiendo súper femenina, sentirte mujer vistiendo una camisa a cuadros y tejanos, con ropa de hombre, lo que quieras (Ana).

Creo que se puede ser mujer sin hormonación y sin nada (...) ¿Ser mujer? Al final es una cuestión metafísica (...) Si lo dices a partir de la percepción de la persona, ser mujer no puede depender de la tecnología. Hace 150 años no había hormonas ni cirugías, entonces... (Raquel).

Estoy muy orgullosa de haberme quedado con el chico que hay en mí y de haber fomentado la mujer que hay en mí. Llevo en comunión las dos personas que soy y creo que ahí está lo bonito: el no tener que estereotipar ni forzar nada (Cati).

Son estas voces críticas con los convencionalismos de género las que también defienden una sexualidad liberada de complejos. Las siguientes reflexiones no solo vuelven a poner en tela de juicio el primado de los genitales en la configuración identitaria, sino que además trastocan la tranquilizadora seguridad que nos ofrecen las categorías sexogenéricas (heterosexual, homosexual, hombre y mujer) con las que organizamos nuestro mundo:

Creo que es normal que un hombre busque a una mujer travesti guapa, femenina, pero con la polla (...) Un hombre que va con una transexual, una travesti guapa y femenina, por la belleza y sabe que tiene polla, es normal, no es homosexual. Hoy en día hay parejas que buscan transexuales para hacer sus fantasías. Las travestis somos travestis porque tenemos mentalidad de mujer, ponemos los pechos, ponemos la ropa y les gustamos a los hombres. No porque a un hombre le gusten las pollas es gay. Son cosas de la vida, es el morbo, el vicio, es el deseo del que todo lo tiene. Y hay hombres que al igual que le piden a su mujer que le meta el dedo en el culito, cogen a una transexual porque es como un ídolo, una mujer guapa con un miembro de verdad (Regina).

Soy bastante flexible con el sexo (...) No creo que asuma roles ni cosas de éstas pero sí que he notado que la gente te toca de forma diferente según te identifican en masculino o en femenino: haciendo las mismas cosas, teniendo el mismo cuerpo, te tocan o hay una energía o algo que es diferente (...) Eso no quiere decir que no me puedan tocar los pechos en algún momento o que me puedan penetrar (vaginalmente) en algún momento. Porque alguien me esté penetrando no dejaré de ser un chico. Creo que hay energías que ayudan más allá de lo que puedas hacer con tu cuerpo físico (Marc).

Sin duda alguna, las relaciones sexuales de las personas trans no reasignadas quirúrgicamente (porque todavía no han tenido ocasión, o porque no lo desean) cuestionan seriamente nuestros mecanismos de inteligibilidad sexogenérica. Penes que son vistos como clítoris gigantes, chicos a los que les gusta que les penetren vaginalmente u hombres de los que no se duda de su heterosexualidad a pesar de que practiquen una felación, son imágenes todas ellas cuya evocación cortocircuita nuestras percepciones y categorías culturales habituales. Y es este momento en que nuestras evidencias son puestas en entredicho, cuando más claramente podemos intuir la artificialidad y contingencia de un sistema que establece una relación de continuidad entre el sexo, el género y la orientación sexual:

Cuando tales categorías se ponen en tela de juicio, también se pone en duda la realidad del género: la frontera que separa lo real de lo irreal se desdibuja. Y es en ese momento cuando nos damos cuenta de que lo que consideramos «real», lo que invocamos como el conocimiento naturalizado del género, es, de hecho, una realidad que puede cambiarse y que es posible replantear, llámese subversiva o llámese de otra forma (Butler, 2007 [1999]: 28).

2.5.2. Los cuidados formales o profesionales

La mayoría de las personas trans quieren tener total libertad para tomar las decisiones que consideren oportunas a lo largo de su itinerario terapéutico: son ellas las que pretenden decidir qué hacer, cuándo y cómo. No obstante, su capacidad de decisión puede verse limitada por múltiples factores (clase social, estatuto legal, país de residencia, recursos económicos y culturales, etc.), lo que demuestra que la vida de las personas está condicionada por ejes superpuestos de desigualdad (Platero, 2012). De este modo, una trans brasileña adinerada se hará una mamoplastia de aumento con uno de los mejores cirujanos plásticos del país, mientras que otra sin recursos tan solo podrá costearse las inyecciones clandestinas de silicona. Una mujer catalana con un alto poder adquisitivo se hará sin demora la cirugía genital en una clínica privada, mientras que aquella que no tiene recursos suficientes deberá entrar en una lista de espera de tres a cinco años para operarse en la UTIG. Una persona trans con la nacionalidad española podrá acceder al cambio de sexo en los documentos y registros oficiales, derecho al que no tienen acceso los no nacionales.

A parte de esta complejidad multifactorial, el nivel de autonomía también depende del tipo de cuidados a los que se someten estas personas. Cuando recurren a las prácticas de autoatención, la autonomía queda prácticamente garantizada. No sucede lo mismo cuando solicitan los cuidados profesionales, en los que el asistido ha de cumplir con los requisitos exigidos por los especialistas, perdiendo así buena parte de su capacidad de elección. Ello

no supone mayores inconvenientes cuando se demandan servicios no hormonoquirúrgicos (como, por ejemplo, la depilación láser o la feminización de la voz con logopedas), pero puede convertirse en fuente de conflictos cuando se acude a una UTIG, en donde prevalece un régimen jerárquico en el que un especialista ha de acreditar en todo momento la idoneidad del paciente.

En Cataluña, el circuito formal de asistencia a personas trans puede ser público o privado. Existen varias clínicas privadas de cirugía plástica que realizan las cirugías de reasignación sexual. La oferta pública queda concentrada en su práctica totalidad en la UTIG del Hospital Clínic de Barcelona, aunque recientemente ha aparecido un nuevo servicio dependiente del *Institut Català de la Salut: Trànsit*⁸. Parece ser que los Centros de Atención Primaria, que deberían constituir la puerta de entrada a los servicios especializados, todavía no están demasiado preparados ni sensibilizados para dar respuesta a las demandas de estas personas:

Mira, yo voy a mi médico de cabecera y le digo: “Doctor, yo quiero comenzar un proceso hormonal”. “Mira, yo no te puedo hacer eso porque eres la primera transexual con la que yo trato. Yo te tengo que mandar donde el ginecólogo”. Voy al ginecólogo, cosa que para mí es una putada porque yo quería hablar con una sola persona. Cuando voy al ginecólogo, hablé delante de dos chicas más. Y le digo: “Quiero comenzar un proceso hormonal”. “¿Para ponerte pechos?”. “No, los pechos ya los tengo. Quiero el tratamiento para tener hormonas femeninas”. Y me dicen: “Te han mandado aquí mal porque aquí no se hace esto. Tienen que mandarte al Hospital Clínic, que son los encargados de este proceso de hormonación de las transexuales” (Jessica).

Fui al médico de cabecera y dije: “Hay esto”. El médico de cabecera casi se tira por la ventana porque no tenía ni puta idea de cómo hacer las cosas. Y digo yo: “Pues me tendrás que derivar al psicólogo”. Y me envía al psiquiatra, pero tampoco tenía ni idea. Y voy al psiquiatra y: “Te he llamado pero no tengo ni idea de cómo hacer las cosas” (...) Me cogió un poco el historial de vida, por hacer algo supongo, y me dijo que me llamaría. Y a la semana me llama. Se enteró de que lo llevaban en el Clínic, y me derivó al Clínic (Nuria).

Pero si, actualmente, la atención médica fuera de la UTIG se caracteriza principalmente por el desconocimiento de la realidad trans, en el pasado predominaba una hostilidad fuertemente patologizante hacia aquellos que manifestaban la convicción de ser del otro género. Algunas de las personas entrevistadas (españolas de mediana edad o provenientes de otros países) relatan que, en su infancia o juventud, tuvieron experiencias muy traumáticas al entrar en contacto con los especialistas:

8 *Trànsit* se encuentra situado en el Centro de Atención Primaria de Manso, en el barrio del Eixample de la ciudad de Barcelona.

A los 12 años, los psiquiatras deciden que tienen que darme hormonas, pero no hormonas cualquiera, sino hormonas masculinas, testosterona (...) Y, ¿qué hicieron conmigo?, pues me inyectaron hormonas masculinas y me hicieron una terapia para reparar mi feminidad ¿Qué consiguieron con eso? Que yo intentara suicidarme con 13 años de edad, porque la primera vez que yo vi que me salió un pelo, y ya ahí dije: “Eso ya no puede ser” (Jennifer, refiriéndose a la Cuba de los años 90)⁹.

Yo, de hecho, empecé a tener problemas con mis padres y me empezaron a llevar al psiquiatra y al psicólogo porque algo pasaba, no era normal, algo tenía en la cabeza. Incluso topé con algunos psiquiatras... Bastante fuerte porque me decían que estaba enfermo, que eso no era normal (...) Yo recuerdo a los primeros psicólogos y psiquiatras que fui, que me veían como si fuera un problema psicológico, un problema mental. (Óscar, refiriéndose a la España de los 80).

La UTIG del Hospital Clínic de Barcelona

La UTIG estudiada se constituye formalmente en el año 2008, cuando el Gobierno de la *Generalitat de Catalunya* decide financiar algunas cirugías de reasignación sexual. En España, la decisión de incluir este tipo de cirugías en el sistema público de salud depende de cada Gobierno Autonómico. Actualmente, solo 9 de las 17 Comunidades Autónomas prestan asistencia sanitaria a las personas trans. El núcleo de la UTIG catalana lo forman una psiquiatra y una psicóloga clínica (la Unidad depende del Centro de Salud Mental para Adultos del mismo hospital), las cuales trabajan coordinadamente con los servicios de psicología infanto-juvenil, endocrinología, cirugía plástica, ginecología y urología. La creación de la UTIG obedeció a la voluntad de dar respuesta a una clase de demandas que, en sus inicios, se percibieron como marginales y conflictivas, y de las que nadie parecía querer ocuparse. En los últimos tiempos las demandas de la población trans han adquirido visibilidad, hecho que ha llamado la atención de las clínicas privadas de cirugía estética, que han visto la posibilidad de reclutar a nuevos clientes:

Ahora se han dado cuenta de que es un negocio (...) pero antes los médicos no querían atenderte (...) se negaban en redondo. Éramos una minoría muy marginal. De hecho, lo seguimos siendo, pero ahora somos las clientas estrella de cualquier cirujano carnicero. Es un negocio (Clara).

⁹ La dureza y crueldad de la terapia reparativa a la que fue sometida Jennifer en Cuba, durante los años 90, contrasta con la situación actual del país. Y es que, actualmente, Cuba cuenta con una de las mejores redes de asistencia pública a las personas trans. Este cambio de sensibilidad se debe especialmente al trabajo del Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) y al impulso de su presidenta, Mariela Castro.

Aquí en el hospital (Clínic), desde los 80, la asistencia que se ofrecía era asistencia endocrinológica y psiquiátrica. Pero era una cuestión de voluntarismo y de motivación personal de los profesionales implicados, nada más que por eso, y sin ningún apoyo institucional. Hacíamos una consulta de endocrino como cualquier consulta de endocrino, y una consulta de psiquiatría como cualquier consulta de psiquiatría. Eran unos momentos en que la transexualidad tenía muy mala prensa: era la farándula, prostitución, drogas, muy marginal. Pero se empezaron a hacer cosas (...) El año 2001 nos constituimos como grupo y nos dedicamos a tareas de diagnóstico, supervisión y tratamiento hormonal intentando evitar las complicaciones, y en 2008 nace la UTIG cuando la *Conselleria de Sanitat* decidió que nos iba a reconocer (Profesional UTIG).

La UTIG de Cataluña atiende al año una media de 80 personas¹⁰. Si bien en el año 2010 se realizaron 32 operaciones de reasignación de sexo, esta cifra se ha ido reduciendo considerablemente por las políticas de reducción del gasto sanitario, tal y como denuncian numerosas organizaciones trans. Los datos aportados por los organismos oficiales (Ministerio de Sanidad y *Catsalut*) confirman este descenso: en el año 2012 se hicieron 15 cirugías, una menos que en 2011 (Moreno, 2013). Lógicamente, la reducción del número de cirugías conlleva un aumento considerable del tiempo en lista de espera, que actualmente es de 3 a 5 años, dependiendo de la cirugía que se desee realizar.

La asistencia a personas trans en la UTIG se organiza en función de los *Standards of Care* elaborados por la *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH). Dichos estándares de atención se han convertido en el protocolo asistencial de referencia a nivel mundial para todo equipo médico dedicado al tratamiento de la transexualidad. Su contenido ha sido revisado en varias ocasiones; la última versión, la séptima, aparece en 2011. Tras la evaluación diagnóstica del paciente, los estándares contemplan varios tipos de tratamiento, de entre los que destacan la psicoterapia (ya no destinada a la modificación de los deseos de la persona, sino al tratamiento de las problemáticas que impiden una expresión de género confortable), la terapia hormonal y las cirugías de reasignación sexual.

Toda persona que desee iniciar un proceso de transformación corporal en la UTIG deberá antes someterse a una evaluación diagnóstica. Según los profesionales de la salud mental del centro, la evaluación tiene una finalidad múltiple, pues sirve para realizar el diagnóstico diferencial, detectar posibles trastornos psiquiátricos comórbidos y acceder al tratamiento hormonal y quirúrgico. En el caso de la UTIG del Clínic, la evaluación es realizada por dos especialistas de forma independiente: la psiquiatra y la psicóloga clínica. Además de la diagnosis, la tarea de estas profesionales consiste en aconsejar al paciente respecto a la gama de tratamientos disponibles y sus efectos, sensibilizar a su entorno más cercano sobre la realidad de la transexualidad, realizar un tratamiento en caso de

10 Entre 2000 y 2009 la UTIG del Clínic atendió a 549 personas.

comorbilidad psiquiátrica y efectuar un seguimiento del usuario a lo largo de todo el itinerario terapéutico. Para realizar la evaluación diagnóstica, las profesionales de la UTIG se basan en los criterios diagnósticos del DSM, la literatura científica y, sobre todo, en la experiencia clínica adquirida en el tratamiento con personas trans. Básicamente, de lo que se trata es que la persona trans elabore su psicobiografía:

En el proceso diagnóstico, lo que hacemos es una valoración como hacemos con cualquier otro tipo de paciente. Sobre todo, el diagnóstico de los psiquiátricos y los psicólogos está basado en la clínica, es decir, en lo que cuentan las personas, pues no tenemos ninguna prueba para decir: “Esta persona tiene una depresión, una fobia o es transexual”. Entonces, se basa en entrevistas, y lo que habitualmente se hace es abordar la mayor parte de ámbitos de su vida, sobre todo haciendo hincapié en sus sentimientos y sensaciones con respecto a aquellos rasgos de su cuerpo que son sexualmente más dimorfos, como, por ejemplo, sus genitales, el pecho, la barba, la estructura ósea. Después, investigamos su comportamiento, la forma de relacionarse, cómo ha sido su infancia, sus gustos, sus intereses, con quién jugaba, cómo se sentía, si los demás lo notaban o no lo notaban. Esto último es muy importante porque curiosamente, en muchos casos, en niños femeninos, los otros niños lo notaban y les insultaban porque notaban una diferencia (Profesional UTIG).

A parte de las entrevistas con la psiquiatra y la psicóloga clínica, el usuario ha de realizar unos test psicométricos, como el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI en sus siglas inglesas). La realización de estos test, que tienen una duración aproximada de unas dos horas, es una tarea que algunos trans consideran fastidiosa: «Son larguísimos, eternos, insoportables» (Jon). Dentro de la evaluación psicométrica, destacan los test que tienen por fin evaluar la prevalencia de rasgos masculinos y femeninos en la personalidad del sujeto, como la quinta escala del MMPI o el Inventario de los Roles Sexuales de Bem (BSRI). Como apunta Garaizábal (1998), estas escalas de masculinidad/feminidad reflejan las ideas más clásicas de la división de los géneros. Los mismos profesionales de la UTIG admiten el anacronismo y limitan su importancia a la hora de realizar el diagnóstico¹¹:

Si yo te leyera las características masculinas y las femeninas te reirías un poco, porque las masculinas son: valiente, tenaz, obstinado, fuerte...Y las femeninas: cariñoso, amable, tierno, comprensivo,

11 Profesionales que trabajan con personas trans en nuestro país han publicado varios artículos científicos sobre la utilidad y resultados de los test psicométricos. Gómez-Gil *et al.* (2008) afirman que, tras aplicar el MMPI a personas trans de la UTIG, la mayoría de ellas no presenta psicopatologías, si bien su bienestar mejora una vez se ha iniciado el tratamiento. Por otra parte, Gómez-Gil *et al.* (2012) concluyen que solo la escala de feminidad del BSRI permite extraer conclusiones significativas: las mujeres trans y las mujeres cis que conformaron el grupo de control obtuvieron puntuaciones más elevadas en dicha escala que los hombres trans y cis.

cuidador. Claro, eso en otra época era más característico. Pero en la época actual quizá los roles de género no están tan definidos por esas características. Entonces esta escala no sirve para mucho (Profesional UTIG).

Cuando realizábamos el análisis histórico, vimos que a lo largo de los años 70 el concepto de «transexual verdadero» fue perdiendo adeptos porque los médicos se percataron de que las personas trans dominaban perfectamente el proceso diagnóstico y readaptaban sus biografías con el objetivo de cumplir con los estrictos requisitos que daban acceso al tratamiento. Si bien actualmente este concepto ha perdido fuerza en el imaginario médico y se han relajado los requisitos para determinar quién es transexual, el hecho de que el acceso a las técnicas de modificación corporal siga dependiendo del dictamen de un profesional motiva que no pocos usuarios de la UTIG continúen idealizando sus historias de vida. Incluso los profesionales de la UTIG son conscientes de que, a veces, los usuarios dicen y hacen lo que debe decirse y hacerse para conseguir el diagnóstico lo más rápidamente posible:

Muchas chicas están engañando a los médicos y los médicos se lo creen y son imbéciles y se demuestra que son malos profesionales. Si fueran profesionales se darían cuenta que las personas tienen muchos mitos en la cabeza (...) O sea: tú, cuando estás hablando de ti, generalmente te idealizas, te pones en un pedestal. Y en las cosas de género la tendencia es: “Soy tan femenina que...” (...) y a presentar una imagen que no es la tuya, a presentarte a ti misma como inequívocamente femenina (...) pero si inequívocamente femeninas no lo son ni las mujeres. ¡Dejémonos de chorradas! (Mónica).

Lo principal fue cuando ya la segunda o tercera visita la psicóloga me dijo si había pensado tener relaciones con un hombre (ya que Elena se declara lesbiana). Y yo dije: “Yo no descarto eso, porque en la vida se da todo. Es posible, el tiempo lo dirá”. Y, entonces, eso a ella le dio más para mandarme para el endocrino. Yo dije eso para que me aceptara y me ayudara (...) Si yo no digo eso, de pronto me rechazan y todo eso (Elena).

Cuando había una típica pregunta trampa siempre respondía lo que los médicos querían escuchar. Es que, si no, no consigues tus objetivos (Hans).

Eso lo hacemos todos cuando quien nos está preguntando es la autoridad que dice si el proceso va bien o si el proceso va mal, y que al final nos va a hacer un informe que nos va a decir si el registro civil nos puede cambiar el género. Entonces, digo lo que tengo que decir respecto al guión. A veces tengo la sensación de que respetan el guión (Profesional UTIG).

Entre las personas usuarias de la UTIG existen opiniones encontradas sobre la obligatoriedad de pasar por una evaluación diagnóstica para poder acceder a la terapia de modificación corporal. Algunas de ellas no ven este requisito como algo negativo,

ya que destacan la importancia del diagnóstico como una herramienta para descartar alguna patología que pudiera confundirse con la transexualidad. Asimismo, valoran muy positivamente el trato recibido, y subrayan el papel de los profesionales de salud mental a la hora de ofrecer información de interés («son ellos los que cortan el bacalao» –Dani–) y de realizar un acompañamiento a lo largo de todo el proceso transexualizador:

Por supuesto. Todos nos gestionan todo. Cuando tú vas a hacer un documento, tú has de pasar por alguien. Entonces, es lo mismo. Entonces, hay gente que dice: “Es que un médico no ha de determinar mi vida”. Perdona, lo determinan los fiscales, lo determina un juez si has de ir preso, lo determina mucha gente. Entonces, ¿qué mas da si un médico, uno más, determina algo que va a ser definitivo? Y que a lo mejor en el momento de la terapia va a decir: “Mira, piénsatelo”. Hay que pasar, aunque sea mínimamente. Es como una terapia del cáncer, yo qué sé: hay que hacer un diagnóstico, hay que hacer unos análisis. Porque si te ponen una inyección que no va bien, te mueres. Es lo mismo: si te cortan algo que no deberían quitarte y luego te matas, el médico se va a la cárcel (Jennifer).

Estoy totalmente de acuerdo en que exista la figura de un psicólogo que te haga un acompañamiento porque nadie nace enseñado, y que te ayude a pasar los primeros tiempos en el supuesto de que no tengas a nadie a tu lado que conozca el tema (...) También estoy de acuerdo en que haya la figura de un psicólogo clínico o un psiquiatra que descarte cualquier tipo de trastorno que pueda llevar a confusiones (Montse).

Para mí una revisión psiquiátrica es como una visita amistosa: “Hola, ¿qué tal?”. “Mira, hoy he hecho esto y he ido a tal sitio” (Julia).

Muy bien. (La profesional de la UTIG) es una persona que siempre me ha apoyado. No porque sea psicóloga sino porque ha hecho algo más que psicóloga porque sabe todo el tema de mi novia (ha tenido graves problemas personales) y ha sido la primera que me ha dicho: “Tráela un día que hablo yo con ella”. Para mí, (la profesional de la UTIG) es más que una psicóloga, es una persona que está haciendo todo para ayudar a los transexuales (Marcos).

Aunque también existen opiniones muy críticas sobre la obligación de obtener el diagnóstico. Estas personas afirman ser plenamente conscientes de lo que les pasa y lo que buscan, por lo que viven con desagrado el tener que examinarse ante un profesional de la salud mental para demostrar la veracidad de sus sentimientos y deseos:

Me parece absurdo, muy absurdo, porque yo ya lo he tenido claro desde siempre. Creo que no se me tiene que, digamos, analizar. Muchas veces me sentía analizada. Me hacían preguntas que a mí me parecían completamente absurdas (...) Yo pensaba: “Yo he venido aquí, me he sentado ante vosotras porque es la única solución, pero si hubiera más opciones no lo haría, me parece absurdo porque yo sé cómo me siento” (...) En realidad no me gusta ir a un sitio a demostrar lo que soy porque en realidad tú (dirigiéndose al entrevistador) no vas a ningún sitio a demostrar que eres un

hombre, ¿verdad? (...) Me parece un poco absurdo que un transexual tenga que ir a un sitio...Y lo que más absurdo me parece es que tenga que ir a un centro de problemas mentales. Que en la recepción haya gente con esquizofrenia, con todo tipo de problemas. Realmente, yo lo paso mal en las consultas porque la gente incluso te insulta, a mí me pasó la última vez que fui (Andrea).

Las voces más contundentes en contra del diagnóstico proceden de los y las trans que se alejan del paradigma de la transexualidad. Los profesionales de la UTIG reconocen que aquellas personas que desde su más tierna infancia sienten un rechazo hacia sus caracteres sexuales y una preferencia por roles asociados al género contrario, que tienen un deseo heterosexual y que, en el momento de la entrevista, ya visten acorde con su identidad y solicitan la cirugía genital, constituyen «un caso claro», «un diagnóstico fácil», por lo que obtienen el diagnóstico tras las dos visitas protocolarias (aunque bien es cierto que, posteriormente, se realiza un seguimiento a lo largo del proceso de modificación corporal). Por su parte, aquellas personas que no se ajustan a este ideal, esto es, que muestran una identidad ambigua, han vivido largo tiempo en su género de asignación, no han adoptado una apariencia estereotípica, son homosexuales y/o no quieren operarse los genitales, pueden ver cómo se alarga el proceso diagnóstico varios meses. Es el caso de Tere, que acude a la UTIG con 45 años y tras dos matrimonios, y a la que en un principio dijeron que era un caso de «travestismo no fetichista». O el de Clara, quien nos cuenta que desistió en su intento de obtener el diagnóstico tras meses de disputas con la UTIG por no cumplir con el ideal transexual:

Creo que el primer día fui vestido de chico, porque cuando me planteé dar el paso estuve hablando con Montse. Y hablamos: “Creo para que no me confundan con una travesti voy a ir de chico el primer día” (...) Me llevé una sorpresa cuando fui al Clínic porque pensé que iban a ser un poco más simpáticas, la verdad. Yo tenía claro que iba a ser completamente sincera (...) Pero, también, lo que tenía clarísimo es que quería dar este paso (...) Claro, yo llego allí, hago una apuesta de sinceridad y no te encuentras una muestra de empatía (...) (La profesional de la UTIG), el primer diagnóstico que me dijo, me dijo que no me veía como transexual, que me veía como travesti (...) Que sí, que quizá tienen que descartar casos erróneos. Pero, claro, tú se supone que has hecho una carrera y estás preparado para detectar cosas. Pues una psicóloga o una psiquiatra tienen que tener los datos necesarios. No para decir nada más verme: “Eres transexual y no hace falta que digas nada”. Pero, joder, yo te explico y tómate el tiempo que quieras, pero en la primera visita no me digas que no parezco una persona transexual (Tere).

Para (los profesionales de la UTIG) yo soy un monstruo. No me lo dijeron, pero me lo dejaron clarísimo. Extraje varias lecturas de esos encuentros: soy un monstruo y reivindico mi derecho a ser un monstruo. Reivindico mi derecho a jugar con coches y a fútbol desde que soy pequeña y a ser la más femenina del mundo (...) Quieren clichés; quieren personas que estén integradas en la sociedad y que no molesten; quieren mujeres con la patita quebrada y que sean amas de casa

perfectas; quieren este tipo de mujer transexual. Todo lo que sale de esto, son monstruos (Clara).

Estas dificultades en la obtención del diagnóstico que experimentan las personas con experiencias y deseos heterodoxos son interpretadas, por algunos, como el resultado de la visión reduccionista que tiene la UTIG del fenómeno trans. Personas procedentes del activismo y profesionales que ofrecen una atención alternativa destacan que desde la UTIG se sostiene y reproduce un concepto clásico y homogéneo de la transexualidad, lo que conlleva ignorar o rechazar la diversidad de subjetividades y cuerpos trans en aras de un itinerario terapéutico único y estandarizado:

Nuestro grupo nunca ha pedido la operación, sino que se trataran transexuales en el Clínic. Que asistieran a transexuales, pero no que los fabricaran. Que trataran las cosas propias de la transexualidad: hacerte revisiones por si hay algo, que asistan a los trans si lo necesitan. Pero queríamos evitar que se tratara a la transexualidad...que es lo que han acabado haciendo: una fábrica de transexuales con el protocolo y eso. Queríamos evitar lo que se hace en la medicina privada: fabricar transexuales según sus criterios (...) Falta de personalidad. Pero, por otro lado, ya se espera eso de las instituciones: no esperes que rompan esquemas. En el Clínic no sé si sabrán lo que es la filosofía *queer* o los multigénero. Y tendrían que conocer todo esto porque, si no, pueden joder la vida a muchos trans. Deberían de tener esa inquietud (Mónica).

Hay mil opciones, no solo la opción que te dan en la consulta es la válida: te hormonas, te operas, te cambias el nombre y rechazas toda tu vida anterior (Luis).

A lo mejor no se lo dicen abiertamente (que no son transexuales) pero se alarga todo el proceso. La persona de la que te hablo (alguien a quien no dan el diagnóstico en la UTIG) hace años que va allí y aún no le dejan hormonarse. Primero porque tiene una depresión, luego por no sé qué, después porque...bueno, lo que pasa es que es un transgénero. Es así, se alarga el proceso. También hemos de ver que hacen lo que hacen, que están en un Hospital Clínico, que hacen la hormonación y luego la reasignación. Se ocupan de personas transexuales totales, es decir, es su trabajo. Que esto muchas veces angustia a mucha gente porque se consideran bichos raros y encima están excluidos de una unidad de género, con lo cual aún se ven más bichos raros (Psicóloga *Casal Lambda*).

Uno de los aspectos más polémicos del proceso diagnóstico es el llamado «test de la vida real». En la sexta edición de los estándares de cuidado elaborados por la WPATH, se define el test como «el acto de adoptar completamente un nuevo rol de género» (WPATH, 2001:17), con lo que se prueba «la determinación de la persona, la capacidad de funcionar en el género preferido y la suficiencia del apoyo social, económico y psicológico» (Ibidem.:

18)¹². Muchos trans que acuden a la UTIG «ya vienen con el test de la vida real hecho» (Profesional UTIG), lo que significa que ya han adoptado la apariencia vinculada al género con el que se identifican. En caso de no haber efectuado ninguna transformación estética, la voluntad del paciente de iniciar el test y la posterior adopción de los roles del género deseado supondrán la plena confirmación del diagnóstico y el acceso a las técnicas de modificación corporal. Aunque actualmente la clase médica concede el diagnóstico a aquellos que no quieren operarse los genitales, sigue demandando a la persona que se transgenere con técnicas no hormonoquirúrgicas, como la vestimenta, el peinado o los cosméticos. A la androginia le está vetada la entrada al tratamiento:

Simplemente consiste (el test de la vida real) en que la persona viva de acuerdo al rol de género deseado: “¿Tú te sientes mujer? Pues venga, da algún pasito para que los demás empiecen a verte como una mujer”. Habrá gente que marque más su feminidad en la ropa o en la cara, y habrá gente que menos porque es más discreta. Pero algún paso se tiene que dar porque... (...) Alguien puede querer ser transexual y no querer operarse los genitales. Pero no podemos decir que alguien quiera ser transexual... imaginemos un hombre que se sienta mujer y sigue viviendo de hombre, con barbas... eso no se concibe. Tiene que hacer que la gente de alguna forma le vea como una mujer. Eso es el test de la vida real. En los casos en los que la persona está muy masculinizada, igual le da vergüenza. Entonces, tienes que empujarle y decirle: “Mira, esto es una fobia, vete soltando poco a poco”. Marcamos unas pautas, como con las fobias: “¿A ti te da vergüenza salir porque todavía ves que tu cara es muy masculina? Pues un día cambias un poquito; otro día, otro poquito más; el tercer día, pues te vistes de mujer solo por la noche con tu familia; otro día, vas a un sitio público vestida de mujer” (Profesional UTIG).

Pero, tal y como subrayan algunas de las personas entrevistadas, tener que adoptar una apariencia acorde con el género de destino sin contar aún con el cuerpo adecuado (puesto que no se ha iniciado el tratamiento hormonal), y esperar a que el entorno te incluya en el género que tratas de expresar, suele ser una empresa quimérica cuyo fracaso puede minar seriamente la autoestima de la persona. Este problema es especialmente significativo en el caso de las mujeres trans, ya que nuestra sociedad sanciona con mayor dureza al hombre afeminado que a la mujer virilizada. Montse, que ha pasado por el test de la vida real en el Hospital Clínic, nos cuenta las dificultades a las que uno tiene que enfrentarse si se usa la vestimenta femenina sin haber tomado hormonas:

12 Antes de la publicación de la séptima y última edición de los estándares de cuidado de la WPATH, el test de la vida real era uno de los requisitos indispensables para acceder al tratamiento hormonal y las cirugías de reasignación sexual. Si bien en la última edición de los estándares se ha eliminado el test como requisito para iniciar el tratamiento hormonal, sigue siendo necesario «desarrollar el rol de género que es congruente con la identidad de género» (WPATH, 2011: 106), durante un periodo continuado de 12 meses, para poder someterse a las cirugías genitales, como la metaidioplastia, la faloplastia y la vaginoplastia. Por su parte, la UTIG del Hospital Clínic sigue utilizando el test como una herramienta de confirmación diagnóstica.

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

Algunas personas añaden que el test de la vida real es uno de los principales mecanismos con los que el estamento médico trata de imponer a los pacientes los clásicos estereotipos de la masculinidad y la feminidad, los cuales, valga decirlo, están cada vez más cuestionados en nuestra sociedad. Además, estas personas exigen plena autonomía para decidir el tipo de feminidad, o masculinidad, que van a representar en sociedad:

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

Quieren que seas un tipo de mujer que ya ni las mismas mujeres lo son (Mónica).

Por ejemplo, (un profesional de la UTIG) me dijo: “¿A ver las uñas?”. Y yo las llevaba como las llevas tú (el entrevistador). Y dice: “Ay, ¿por qué no te las pintas?”. Y me quedé así: “Pues porque si salgo a la calle me tiran piedras a la cabeza”. Una pregunta a mi entender estúpida. Y dice: “Pero si eres una chica te tendrás que poner mona y todo eso”. Y yo me quedé: “¿Eso qué tiene que ver?” (...) Así acaban después las otras, que parecen payasos (Nuria).

Al escuchar a los profesionales de la UTIG, observamos que su labor no se limita a ofrecer y aplicar las tecnologías necesarias para modificar la morfología corporal del sujeto. La UTIG también actúa como una agencia de socialización normativa, en donde se enseña a las personas a representar correctamente, y sin ambigüedades, el género al que dicen pertenecer. Estamos, pues, ante otro de los vectores del biopoder:

Si es un transexual femenino, como su apariencia es masculina, se los enseña a feminizarse. Piensa que es un aprendizaje que se hace. Con las transexuales femeninas todo este proceso de feminización lo hacemos de forma natural: aprendes a hablar, a mirar, a vestirte, a pintarte, hasta a interrelacionarte de forma diferente a como lo hacen los hombres. Cuando la transexual femenina empieza a hacer esto, no sabe hacerlo. Entonces, tienes que ayudarla: cómo hacerlo,

cómo adaptarte a tu entorno (Profesional UTIG).

Si, de acuerdo con Soley-Beltran (2009), consideramos el cuerpo como la superficie en la que supuestamente se refleja la identidad del sujeto, concebida como interior, podemos entender el test de la vida real como una exigencia impuesta al sujeto para que demuestre con hechos, y no ya con palabras, su identificación con un género que no se corresponde con su morfología corporal. Con todo, el hecho de que la confirmación diagnóstica dependa en buena medida del éxito de esta prueba, esto es, de la aceptación social del individuo que ha efectuado la transformación, supone otra forma más de individualizar responsabilidades. El temor o la negativa a someterse al test de la vida real, o el hecho de abandonarlo una vez vistas las reacciones negativas del entorno, no pueden entenderse como una fobia individual (tal y como sugería un profesional de la UTIG anteriormente), sino como el producto de una fobia social. El estamento médico olvida muy a menudo una cuestión fundamental: que el verdadero problema no es la transexualidad, sino la transfobia.

Una vez obtenido el diagnóstico, la persona es derivada al servicio de endocrinología del mismo hospital, en donde se le practicará una exploración física (para descartar un posible caso de intersexualidad) y una analítica (para medir el nivel de hormonas e identificar posibles problemas de salud). Si los resultados de las pruebas son satisfactorios, se iniciará la terapia hormonal. En el caso de las mujeres trans, se realiza un tratamiento doble a base de estrógenos (para provocar la feminización morfológica) y antiandrógenos (para bloquear la producción y efectos de la testosterona)¹³. Por su parte, los hombres trans realizan una terapia androgénica a base de testosterona.

Como apuntan varios autores (Becerra-Fernández, 2003; Liñán y Esteva, 2006; WPATH, 2011), no existe un consenso sobre los fármacos ni las dosis a prescribir, por lo que los tratamientos masculinizante y feminizante varían en función de cada servicio endocrinológico y de la valoración global de cada paciente. Hay que destacar que en la UTIG catalana se prescribe un tratamiento bastante estandarizado¹⁴. El usuario es controlado cada seis o doce meses para examinar su evolución física y detectar los posibles efectos adversos del tratamiento¹⁵.

13 En el tratamiento también puede incluirse la progesterona, aunque no existe unanimidad sobre su utilización. Algunos clínicos asocian esta hormona con el desarrollo mamario, pero otros afirman no haber detectado diferencias significativas en el desarrollo mamario de pacientes tratados con y sin progesterona. Además, se destaca la importancia de sus efectos secundarios: depresión, aumento de peso, cáncer de mama y problemas cardiovasculares (WPATH, 2011). Es por ello que en la UTIG se desaconseja su uso.

14 Por ejemplo, el tratamiento más utilizado con mujeres trans consiste en estrógenos vía oral (estrógenos conjugados de 1.8 a 2.4 mg./día, o valerato de estradiol de 2 a 4 mg./día) o parches transdermales de estradiol (3mg./dos veces por semana, o 100 mcg./día), en asociación con acetato de ciproterona (antiandrógeno) vía oral (25 a 50 mg. día).

15 La WPATH (2011) y Liñán y Esteva (2006) señalan que, entre las mujeres trans, los efectos

La edad necesaria para poder acceder al tratamiento hormonal corresponde a la mayoría de edad legal estipulada en cada país. No obstante, en la última edición de sus estándares, la WPATH (2011) abre la puerta a la posibilidad de iniciar el tratamiento durante la fase puberal en el caso de personas que, desde una edad muy temprana y de forma persistente, expresen un fuerte deseo de representar el género contrario al asignado, y siempre en caso de que haya un acuerdo absoluto entre el equipo médico y los tutores del menor. Dado que no existe un consenso internacional sobre la idoneidad de aplicar el tratamiento a menores de edad, se prescriben algunas limitaciones en función de los Estadios de Tanner, la escala que define el desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios¹⁶. Los Estándares establecen que, a los niños que se encuentren, como mínimo, en un Estadio 2 (10-13 años de edad) se les puede aplicar un tratamiento hormonal reversible que detiene el desarrollo puberal. Una vez llegados a los 16 años, se iniciaría la terapia con hormonas cruzadas (contando también con el consentimiento paterno en aquellos países con una edad legal superior).

En el caso de la UTIG catalana, los profesionales aplican la terapia con hormonas supresoras de la pubertad a los menores que se encuentran en un Estadio 3 (11-14 años). Si el adolescente acepta bien los cambios y persiste en su deseo de transformación corporal, a los 16 años podrá iniciar la toma de esteroides sexuales. Hay que resaltar que hace pocos años que la UTIG del Clínic cuenta con un servicio específico de atención a menores trans (con especialistas en psicología y psiquiatría infantil), por lo que todavía no disponen de los datos suficientes para hacer una valoración consistente de los resultados del tratamiento.

En la UTIG nos comentan que en los últimos tiempos ha habido un aumento considerable de madres y padres de niños y adolescentes que han acudido al Hospital Clínic al enterarse de que estaban atendiendo a menores con conductas de género atípicas. Desde el servicio de atención psicológica infanto-juvenil del hospital explican que, en la evaluación diagnóstica de menores, ha de primar la prudencia porque, tal y como vimos en el capítulo anterior, la mayoría de diagnósticos de «disforia de género» en la infancia no persistirán con el paso del tiempo. En la atención a los más pequeños (que no pueden recibir ningún tipo de terapia farmacológica), procuran concienciar a los padres para que no repriman los deseos y comportamientos de sus hijos, y les ofrezcan espacios de desarrollo

secundarios más comunes son: la trombosis venosa, los cálculos biliares, la elevación de las encimas hepáticas y la hipertensión. Entre los efectos menos frecuentes: la hiperprolactinemia, el cáncer de mama o la metaplasia prostática. Por su parte, la WPATH (2011) y Halperin y Esteva (2006) apuntan que los hombres trans están expuestos a la policitemia, el acné, la alopecia, los edemas o retención de líquidos, la hipertensión, la elevación de las encimas hepáticas y el incremento de lípidos y grasas.

16 La escala consta de cuatro estadios. Si bien no existe una edad precisa para el inicio y fin de cada etapa, se consideran estadísticamente normales: Estadio 1 = menor de 10 años; Estadio 2 = entre 10 y 13 años; Estadio 3 = entre 11 y 14 años; Estadio 4 = entre 12 y 15 años; Estadio 5 = entre 14 y 17 años.

personal protegiéndoles en todo momento de las sanciones del entorno:

Hay que ser muy prudentes (con los niños), porque hay estudios que dicen que pueden cambiar con el tiempo. Porque en algunos casos se trata de una homosexualidad latente, en otros desaparece y hay otros que son transexuales. Entonces, si no estás seguro, no vas a actuar con un niño. En estos casos lo mejor es asesorar a los padres, dar pautas para que, de alguna forma, los padres se sientan más tranquilos; que, de alguna forma, cuando actúan no sientan que lo están haciendo mal. Y un poco es esperar a ver qué pasa (Profesional UTIG).

¿Qué pasa, podemos ir de niña al cole? Algunos lo piden. Y lo que hay que hacer es proteger a estos niños porque no están solos en el mundo: hay niños muy malos. Son niños con mucho riesgo de exclusión. Nosotros, aquí, no decimos lo que hay que hacer y lo que no. Pero los niños habitualmente no lo piden mucho, ya ven que en el cole les toca ir de niños. Pero, en casa, si permitimos que tenga su espacio para ir de niña... (...) Tú puedes controlar lo que él hace, pero no lo que hace el entorno, y hay que vigilar un poco (Profesional UTIG).

La atención a menores suscita enormes controversias no solo entre profesionales, sino también entre personas trans. Cati afirma que el diagnóstico infantil es una forma de patologizar las conductas de género anormales a edades cada vez más tempranas. Y, respecto a la terapia hormonal con adolescentes, sostiene que «no es bueno que una persona empiece a tomar hormonas tan pronto». A las antípodas se sitúa Carlos, para el que la atención médica ha de realizarse cuando antes mejor para evitar en la medida de lo posible el sufrimiento de la persona:

Lo que sí que es verdad es que cuando un niño de 4 años o 5 ya te llame la atención por cosas que pueda hacer, como si es un niño que se maquilla y se pone la ropa de su madre, si no es en plan pasajero (...) si el niño lo hace durante un tiempo pues eso a los padres les tiene que llamar la atención suficientemente como para llevarlo a un psicólogo y que éste determine si lo hace por jugar o, en nuestro caso, si lo hace porque realmente se siente así. Intentar hacer el proceso desde que eres pequeño siempre es mucho mejor porque las hormonas cuando más te atacan es durante la pubertad, y es cuando hay que atacar para que tenga el niño menos ataque psicológico. Si mis padres me hubieran llevado al psicólogo de la unidad con 5-6 años, como hoy ya hacen muchos padres, a lo mejor no me hubieran dejado pasar la pubertad. Si ya me hubieran empezado a hormonar con 6-7-8 años, no hubiera tenido que pasar el mal trago de la pubertad.

Por otra parte, debemos señalar que para muchas personas trans el tratamiento hormonal es la fase del proceso terapéutico más esperada, porque permite empezar a corregir lo que ellas sienten como una discordancia entre su mente/identidad de género (considerada como verdadera e innata) y su cuerpo (que es visto como algo erróneo, extraño, ajeno). En relación a esto, Dani afirma: «Poco a poco me estoy quitando el disfraz y estoy empezando

a ver lo que realmente soy». Y es que las hormonas facilitan la aparición de los caracteres sexuales secundarios vinculados con el género deseado. El tratamiento feminizante permite el desarrollo mamario, la redistribución de la grasa corporal alrededor de las caderas, la pérdida de masa muscular, la reducción del vello corporal, la obtención de un cutis más fino, y el descenso del volumen testicular, de la producción de esperma, de la libido y de las erecciones espontáneas. Por su parte, los principales efectos de la testosterona son: alargamiento del clítoris, agravamiento de la voz, crecimiento del vello corporal, aumento de la masa muscular y redistribución de la grasa alrededor de la zona abdominal. Otra vez aquí podemos observar que en la interacción social cotidiana los genitales que importan no son los biológicos, sino los culturales. A modo de ejemplo, tenemos el testimonio de Dani, que lleva tiempo tomando testosterona (por lo que ha masculinizado su apariencia) pero que, de momento, no quiere operarse los genitales: «Antes tenía más cara de mujer y por la calle me confundían, había más ambigüedad. Con las hormonas, todo el mundo me trata como a un hombre» (Dani). Por tanto, se puede ser “normal” sin tener los genitales biológicos adecuados.

Pero, a parte de estos cambios físicos que acercan al cuerpo deseado, parece ser que las hormonas desencadenan una serie de cambios emocionales que son interpretados por algunas personas trans como un indicio de que se está obteniendo una forma de ser y de sentir que sintoniza plenamente con su verdadera identidad de género. Sin negar la posibilidad de cambios emocionales producidos por el tratamiento hormonal, lo cierto es que si prestamos atención a algunos de los testimonios de las personas entrevistadas podemos intuir que la percepción de esos cambios está condicionada por una visión estereotipada de la masculinidad y la feminidad que es preexistente al tratamiento. Jennifer afirma que «antes era muy agresiva y ahora soy muy mimosa, más femenina». Andrea sostiene que «antes era una persona muy positiva; ahora, desde que tomo hormonas, tengo otro tipo de sentimientos, soy mucho más sensible». Dani, en cambio, comenta que el tratamiento hormonal no ha cambiado su forma de ser «porque antes ya era bastante masculino». En fin, los relatos de Montse y Marcos quizá sean los que más claramente reflejan el influjo de los convencionalismos de género en la interpretación que se realiza de los cambios psíquicos provocados por el tratamiento hormonal:

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

¿Las hormonas han cambiado tu forma de ser?

Sí, en el comportamiento. Por ejemplo, en mis posturas, cuando fumo, fumo así (adopta una postura ruda y desafiante). Y con los cubatas, igual (...) Entonces, en mi comportamiento, en la forma de hablarles a mis amigos, en el cachondeo, en la forma de hablar a mis padres. Son muchas cosas (...) Yo, cuando no tomaba las hormonas, no era así. Pero cuando empecé a hormonarme, los cambios... O sea, las hormonas lo que hacen es que tengas más narices. Te sube todo: la hiperactividad, la mala hostia, todo, todo (Marcos).

El determinismo hormonal de la personalidad que emana de las palabras que acabamos de leer no solamente forma parte del parecer de algunas personas trans. Tal y como afirman Hausman (1992 y 1995) y Fausto-Sterling (2006), desde que Ernest Henry Starling acuña en 1905 el término «hormona» (que en griego significa «excitante»), la investigación endocrinológica ha estado estrechamente vinculada a las políticas de género. Tomando como un hecho incuestionable la existencia de diferencias innatas en la cognición, temperamento y comportamiento entre mujeres y hombres, desde sus inicios los estudios endocrinológicos reflejaron y contribuyeron a las definiciones culturales de la masculinidad y la feminidad:

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

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

el modelo de acción sobre el cuerpo es la microprotética: el poder actúa a través de una molécula que viene a formar parte de nuestro sistema inmunitario, de la silicona que toma la forma de senos, de un neurotransmisor que modifica nuestra forma de percibir y actuar, de una hormona y su acción sistémica sobre el hambre, el sueño, la excitación sexual, la agresividad o la descodificación social de nuestra feminidad y masculinidad (Preciado, 2008: 67).

Trànsit

Trànsit es un nuevo servicio dependiente del *Institut Català de la Salut* que está dirigido a personas trans. Nace en 2012 por la iniciativa personal de una ginecóloga y una comadrona con el objetivo básico de ofrecer a las personas trans atención ginecológica (p.ej. citologías o mamografías) y de promoción de la salud (p.ej. prevención y detección de enfermedades de transmisión sexual). Este tipo de atención no suele ofrecerse en la UTIG (que se centra casi exclusivamente en el proceso hormono-quirúrgico) ni en los centros de atención primaria (por el desconocimiento de la mayoría de los profesionales de las necesidades de estas personas). Como las profesionales de *Trànsit* han mostrado una sensibilidad especial ante la diversidad identitaria y corporal del mundo trans y conocen el trabajo de algunas organizaciones que se muestran críticas con la asistencia ofrecida en la UTIG (*Trànsit* se pone en marcha en el mes de octubre, coincidiendo con la campaña por la despatologización de la transexualidad), este centro se ha convertido en un lugar de referencia para todas aquellas personas que desean obtener asesoramiento y supervisión médica alternativos. Parece ser que *Trànsit* incorpora una perspectiva más flexible que la UTIG en torno a los procesos de modificación corporal y una lectura más laxa de los estándares asistenciales:

La perspectiva sobre la transexualidad que desarrollan en el ámbito hospitalario es muy conservadora y patologizadora (...) se ciñen a lo que dicen los manuales: como, por ejemplo, que los transexuales no soportan sus genitales (...) pero nosotras vemos casos mucho más diversos (...) y francamente, entre cuestionar a las personas y cuestionar a los manuales, nosotras preferimos creer a las personas (Profesional *Trànsit*).

En los procesos de transexualización hay mucha diversidad. Hay cosas que son comunes, pero cada persona vive esa experiencia a su manera (...) Seguramente, la UTIG es una maravilla para muchas personas. Claro, nosotros tenemos una visión más alternativa, más crítica con muchas de las cosas y somos menos normativos (...) Nosotros damos la información lo más objetiva posible pero no decimos lo que hay que hacer (Profesional *Trànsit*).

Es por ello que la mayoría de los usuarios de *Trànsit* son personas que no quieren dirigirse a la UTIG porque no desean someterse al tratamiento canónico, o que no han podido

iniciar allí el proceso transexualizador al no haber obtenido el diagnóstico. Se trata de mujeres trans que quieren ajustar el tratamiento hormonal en función a sus posibilidades y deseos, o bien de hombres trans que no quieren que se les practique la mastectomía ni la histerectomía (en la UTIG se defiende la necesidad de estas cirugías). En fin, personas que, en su mayoría, no se ajustan al prototipo de la transexualidad que se tiene como referente en la UTIG. En *Trànsit* parecen más dispuestos a reconocer la pluralidad de proyectos y trayectorias trans, lo que les lleva a negociar y adaptar los tratamientos hormonales a las demandas y necesidades expresadas por estas personas:

Creemos que sería necesario individualizar los tratamientos y las dosis de hormonación. Una cosa es que existan estándares endocrinos de las dosis que hay que tomar (...) pero los últimos estándares dicen que hay que individualizar las dosis (...) pero el problema no es exclusivo de la UTIG, sino de la medicina en general: hay un tratamiento tipo y ya está (Profesional *Trànsit*).

Los sectores más críticos con el tipo de atención ofrecida en la UTIG celebran iniciativas como las de *Trànsit*, pues llevan tiempo reclamando un cambio de modelo: «se trata de pasar de un régimen de autorización, el actual, que usurpa la capacidad de decisión personal sobre sí mismo, a un régimen de autonomía informada» (Pérez, 2010: 109). Desde colectivos trans se quiere acabar con un modelo de atención jerárquico y patologizante, caracterizado por el beneplácito experto y por el sometimiento a un proceso estandarizado. Creen, por el contrario, que el nuevo modelo ha de basarse en la despatologización y el reconocimiento de la diversidad trans, y tener como ejes vertebradores el consentimiento informado y la toma de decisiones compartidas.

2.5.3. Los cuidados informales: la autoatención y la ayuda mutua

Las prácticas de autoatención

Se entiende por «autoatención» (Menéndez, 1984 y 2005) a aquellas prácticas terapéuticas realizadas por la propia persona (con la posible ayuda del entorno inmediato y/o grupo de pares) y que no cuentan con la intervención de una figura experta reconocida institucionalmente. La autoatención es una práctica estructural (presente en toda sociedad), y a menudo constituye el primer nivel de atención. En el caso de las personas trans, la autoatención incluye una amplia gama de estrategias y prácticas corporales llevadas a cabo a lo largo de todo el itinerario terapéutico. Con el abordaje de las prácticas de autoatención podremos observar que el cuerpo es el lugar de intersección del mundo individual y social

(Esteban, 2004): la persona trans modifica su cuerpo de acuerdo a los estándares socialmente vinculados al género que siente como propio con el fin de mejorar su bienestar personal; y este bienestar depende, en gran medida, de que el entorno reconozca de forma inequívoca a la persona como un miembro del género que ésta desea representar. La identidad individual y la identidad social están íntimamente interrelacionadas y el cuerpo es su nexo de unión.

Incluso antes de haber encontrado una categoría autorreferencial y de haber solicitado al entorno el estatuto de asistible, las personas trans ejecutan toda clase de estrategias (a menudo, siendo niñas y sin ser muy conscientes de por qué lo hacen) para combatir el descontento por tener que representar el género asignado y para expresar aquello que se desea ser. Con frecuencia se buscan espacios de confort en los que poder expresarse libremente, lo que implica situarse lejos de la mirada reprobatoria del entorno:

(De pequeña) te pones los tacones de tu madre, a veces cuando ella no está, te pones la ropa de ella, te maquillas un poco, te miras tu cara y ves que es mucho más favorable para ti sentirte mujer (Liliana).

(De pequeña) montaba el caballo y me iba lejos de mi ciudad e iba a hacer lo que yo quería (...) y mis padres, como no había con qué jugar, pues me dejaban ir al arroyo. Y ahí, yo me bañaba como una mujer, caminaba como una mujer y hacía esa vida en esa selva. Luego, volvía a mi contexto y hacía lo que tenía que hacer (Yolanda).

También entre los infantes y los adolescentes, la transgresión de los roles de género, al menos en lo que a los códigos estéticos se refiere, es mucho más visible en el caso de niños afeminados que en el de niñas con conductas masculinas, por lo que acostumbran a ser ellos quienes más han de vigilar dónde y cuándo reproducen un género que no les corresponde. Prueba de ello es que en la unidad de psicología infantil del Clínic tienen a muchos más niños que niñas con conductas de género atípicas. Es el afeminado quien antes dispara la alarma en su entorno:

Socialmente llama más la atención un niño que quiera llevar una falda que una niña que quiera llevar pantalones. A los padres les llama más la atención, alarma un poco más (Profesional UTIG).

El transvestismo ocasional en espacios seguros es una práctica habitual cuando todavía no se ha “salido del armario” ni se ha decidido empezar el proceso de transformación corporal. Otra estrategia para eludir algunos de los roles impuestos consiste en adoptar algún estilo juvenil que se caracterice por no diferenciar estéticamente a los géneros:

Durante un tiempo me vestí con ropa rapera. Los raperos y las raperas visten igual, entonces piensas que no es tu estilo pero te sientes más o menos bien (Sara).

Claro, como me encanta el manga y los vampiros, yo intentaba ser como ellos (...) Me gusta vestir gótico porque es andrógino. Siempre he intentado conseguir esa belleza que no sabes si es hombre o mujer (Hans).

Y si muchas personas trans tratan de evadirse de los convencionalismos y jugar otro papel que no es el socialmente esperado, no resulta nada extraño que encuentren en el teatro una vía privilegiada de escape. Por todos es sabido que la metáfora teatral es la herramienta analítica utilizada por Goffman (2009 [1959]) para entender la interacción social. El enfoque dramaturgico se basa en la idea de que toda interacción es una actuación (performance), esto es, un papel representado ante una audiencia. Las personas trans saben mejor que nadie que la vida es un conjunto de escenarios en los que debemos representar diferentes papeles. Estas personas han tenido que representar durante parte de sus vidas un papel de género que no deseaban; y son también plenamente conscientes de que tienen que planificar concienzudamente su puesta en escena si quieren que se reconozca socialmente su género de destino:

Llevo una doble vida, es un asco. Pero soy una actriz, en este sentido tengo la capacidad de adoptar varios papeles (Sara).

Empecé a hacer teatro, a escribir y dirigir obras de teatro, y eso de alguna manera me hacía desconectar totalmente (...) Cuando acababas de trabajar esperabas que hubiera teatro para poder sentirte...no es que te sintieras mujer, es que desconectabas totalmente del mundo de los hombres porque el mundo de los actores y de las actrices es mucho más abierto. El hecho de subir a un escenario y representar un personaje que no eras tú, pero tenerlo que representar e identificarte como si lo fueras, te hace entender que las personas pueden ser de una forma o de otra (...) A veces tenía que subir al escenario para que una actriz captara el personaje. Y alguna vez me habían dicho: "Ostras, si tu vistieras como una mujer, pasarías totalmente desapercibida". Claro, al decirme esto...esto me permitía luchar contra la angustia de no sentirme reconocida durante este periodo de tiempo (Montse).

Una vez se ha encontrado una etiqueta con la que autodefinirse y se ha decidido iniciar un itinerario terapéutico, se presenta la cuestión de cómo gestionar el cambio de apariencia, y más si tenemos en cuenta que, a veces, el entorno cercano todavía desconoce la situación (o tiene dificultades para asumirla) y no se dispone del cuerpo adecuado al no haber empezado el tratamiento hormonal. Ante esta tesitura, algunas personas deciden modificar su aspecto paulatinamente para ir ganando autoconfianza e ir acostumbrando a sus allegados:

No, fue gradual. Yo iba haciendo el cambio y eso pero...Al principio ellos (sus padres) se sorprendían al verme con un bolso, con una camiseta quizá del Bershka, se sorprendían, pero creo que se pensaban que era como una etapa, como un juego que tenía (...) Bueno, el cambio yo lo he hecho muy paulatinamente. Veo gente que lo hace muy bruscamente y eso creo que es lo que más le choca a la familia y a los amigos (...) Entonces, pues empiezas un poco...te dejas el pelo largo, luego la camiseta, luego los zapatos de tacón, hasta que ya completamente haces el cambio, porque si lo haces de un día para otro es muy chocante y traumatizante, tanto para ti como para la familia y los amigos (Pilar).

No, poco a poco. Un día que sales, pues te pones tejanos de mujer, y otro día me pongo una camiseta, y ahora...Poco a poco. Por ejemplo, yo ahora me pongo tacones para salir de fiesta y en aquel momento no me los ponía. Porque tienes que entender que a la sociedad también le cuesta. Yo ahora me pongo vestidos por la noche, pero antes no. Te vestías un poco pero...poco a poco todo. Primero, un tejano, luego una camiseta, luego unas botas. No empiezas directamente con un mini-vestido y unos taconazos (Bego).

En otras ocasiones, sucede justamente lo contrario. La ilusión por empezar a utilizar ropa de mujer junto con el temor de que el entorno no las reconozca como personas del género femenino, provoca que algunas mujeres trans exageren su puesta en escena cuando se encuentran al inicio del proceso de transformación corporal:

Mira, cuando la mujer hace la transición se encuentra, generalmente, no todas pero sí la inmensa mayoría, en una época similar a la pubertad de una chica no transexual. Da lo mismo que tenga 40 años, 60 o 18 (...) le gustaría desarrollarse como si en esos momentos tuviera 15-16 años (...) Lo que pasa es que tiras para adelante muy rápido (...) En mi caso, con 46 años fui a comprar ropa que no he podido ponerme nunca porque tanto mi mujer como mi hija me dijeron: “No tienes 14 ni 16 años. No puedes llevar eso” (...) Claro, hoy veo lo que me compraba y no me lo pondría ni por carnaval (Montse).

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

Esta tendencia a la reproducción –incluso exagerada– de los cánones estéticos de la feminidad tiene que ver en muchos casos con el deseo de ser aceptada socialmente como una mujer normal. Y es que, incluso desde los sectores más contestatarios, se reconoce que es necesario tener recursos como la autoestima y la seguridad en uno mismo para afrontar de la mejor manera las posibles sanciones sociales por presentar una imagen ambigua y no normativizada. Salir de casa sin maquillar y con una barba naciente siempre conlleva peligros, y la experiencia vital y la fortaleza de ánimo son cualidades preciosas para enfrentarse a ellos:

Antes nos teníamos que maquillar por narices porque tenías que regular un poco el tono y disimular. Ahora te puedes permitir el lujo de salir sin maquillar, y eso va mucho con tu transición, con tu evolución física y psíquica (...). Yo me había pasado tres semanas encerrada en casa porque se me tenía que hacer el láser (depilación facial) a la cuarta semana y no tenía los huevos de salir y enfrentarme porque, claro, no estaba preparada psicológicamente (...). Has de estar empoderada. Con 15, 17 o 20 años no estás empoderada (...). Solo ves que: “Me he de sacar la barba; me he de convertir en una mujer; ¡ay, que los pechos no llegan nunca!; ¡ay, que no se note!; ¡ay, que no digan!”. Y ahora ha llegado un punto en que todo esto me da igual (...). Y de eso me doy cuenta cuando la gente se acerca a mí: antes yo era una auténtica diana, pero ahora, será por lo que desprendo, pero no hay huevos para poner en tela de juicio si soy un hombre o una mujer (Cati).

Las múltiples técnicas y estrategias corporales ayudan a consolidar la identidad personal y social de la persona. El hecho de reconocerse frente al espejo y ser reconocido por los demás genera satisfacción y confianza, aunque para ello uno tenga que someterse a los imperativos estéticos:

Te digo una cosa: cuando salgo a la calle vestida de mujer es cuando más segura me siento de mí misma. Cuando salgo con mi falda, mis tacones, es cuando me siento una persona más segura (Paola).

Pues al principio molesta el hacerte el láser. Pero te ves tan cambiada hoy en día... Yo lo disfruto. Me gusta tener el pelo largo y ponerme extensiones, me maquillo con tranquilidad y salir a la calle y sentirme segura. Yo lo disfruto (Lucía).

En cualquier caso, las prácticas corporales de autoatención que realizan las personas trans forman parte de lo que Garfinkel (2006 [1968]), siguiendo a Goffman, denomina «manejo de las impresiones»: esa tarea constante de gestión de las apariencias con el objetivo de lograr una posición de normalidad en el sistema de sexo/género. Y, para lograrlo, existe una amplia variedad de prácticas corporales, tales como cambiar de peinado, modular la voz, vestirse, depilarse, maquillarse, moldear el cuerpo en un gimnasio:

Pero bueno, es que tampoco he tenido mucho pecho. A los 13 años iba al gimnasio y empecé a hacer pectoral, pectoral, pectoral... (...) Sabía que haciendo pectorales no me crecería el pecho (...) Tengo más pectoral que pecho (Álex).

El lenguaje corporal y la expresividad son otros aspectos a gestionar si se quiere proyectar una imagen de género estándar. La mayoría de las veces son las propias personas trans las que se autoimponen una vigilancia constante. Pero, en otras, es el entorno inmediato quien controla a la persona para que realice una representación de género adecuada. Andrea, por ejemplo, se queja de que su hermana le esté dando constantemente

consejos sobre las posturas que son «adecuadas para una mujer» y le repruebe algunos gestos que, en su opinión, «son típicos de hombres», como «espachurrarse en el sofá». Al igual que sucedía con la apariencia física, el cuidado del lenguaje corporal y de la expresividad suele ser mayor en los inicios del proceso de cambio:

Al principio trataba de esconder los aspectos más femeninos de mi personalidad: no quería llorar en público, no cruzaba las piernas como una mujer al sentarme, cuando me hacían una foto ponía gestos masculinos (...) Creo que algunos hombres o mujeres (trans) tendemos a exagerar y a evitar según qué cosas porque queremos parecernos al máximo al tipo de hombre o mujer que la sociedad quiere (Dani).

Otro aspecto importante en el manejo de las impresiones consiste en planificar por anticipado las situaciones sociales que pueden arruinar la puesta en escena. Si no se ha modificado el cuerpo con técnicas hormonoquirúrgicas, los escenarios en los que prima la desnudez o la escasez de ropa han de ser cuidadosamente preparados o evitados: algunos hombres y mujeres trans no utilizan las duchas del gimnasio; en la playa, los hombres se bañan con camiseta y las mujeres se ponen dos braguitas de baño. Para las demás situaciones cotidianas, existen varias técnicas y artilugios más o menos sofisticados para disimular cualquier signo corporal que pueda poner en duda el género de la persona. Los hombres trans disimulan los senos con ropa holgada o usando el *breast binding*, una especie de faja pectoral que comprime el pecho. Para mostrar el “paquete”, se opta por el clásico relleno o por distintas prótesis, que pueden llegar hasta los 1.700 euros. En el caso de las mujeres trans, se rellena el sujetador y se utilizan dos bragas:

Lo que es una putada es cuando te quieres poner pantalones ajustados que te vayan a la cadera, porque la mayoría de las transexuales nos tenemos que poner doble braga para ocultar nuestra cosa, y estar con tu cuerpo fajado es una putada (Adriana).

Entonces, pues te ocultas (el pecho) con más camisetas, con cosas más oscuras, los pantalones anchos porque...yo antes era más delgado, hacía más deporte, luego empecé a engordar y se nota un montón donde se va la grasa en una mujer: las cartucheras, el pecho (Dani).

Yo no sé si te han explicado que los transexuales masculinos siempre hacemos algo para hacer que tenemos un paquete, yo no sé si te han explicado el truco del calcetín: te pones un calcetín doblado y se te nota el paquete (...) Por ejemplo, cuando fui a Arena (una discoteca) un chico me tiró la caña y me dijo: ¡Hostia, pedazo paquete que tienes! (risas) (Marcos).

Por otra parte, Romaní y Comelles (1990) afirman que la automedicación es la forma hegemónica que la autoatención adopta en nuestra sociedad actual. En el caso de las personas trans, la automedicación consiste en la toma de hormonas sin control médico. Lógicamente, la autohormonación prevalece sobre el tratamiento hormonal supervisado médicamente en aquellos lugares en los que el Estado no atiende las necesidades de la población trans. Esto resulta especialmente evidente entre las mujeres trans españolas de mayor edad o entre las que proceden de determinados países, las cuales han vivido la mayor parte de sus vidas en contextos fuertemente estigmatizantes y totalmente ajenos a sus demandas de modificación corporal. Sin embargo, la autoadministración de hormonas es una práctica común incluso allí donde la sanidad pública asiste a las personas trans. Son las mujeres trans las que generalmente optan por utilizar dosis elevadas con el convencimiento de que así acelerarán y aumentarán los cambios corporales. Y es que, para ellas, las hormonas constituyen una suerte de santo grial con el que conseguir el cuerpo deseado:

Muy bien, súper bien, porque notaba cambios en los pechos, en las caderas, el culo más fuerte. Y al ser joven tu piel está tersa, en la cara con un poco de maquillaje y ya lo tienes, el pelo te crece mucho mejor, se te va el vello corporal. Es una pasada, me sentía muy a gusto hormonándome y me inyectaba cada semana (Liliana).

Todas nos poníamos parches por todos los sitios, nos pinchábamos no sé cuántas veces a la semana, tomábamos pastillas. Estábamos muy locas por conseguir el cuerpo perfecto, lo más femeninas, lo más mujeres. Era como una lucha a contra reloj (Marta).

El recurso a la sobredosificación hormonal, la mayoría de las veces a través de una solución inyectable, lo encontramos sobre todo en contextos en los que las mujeres trans no reciben ningún tipo de ayuda institucional y la información relativa a los efectos del tratamiento es más bien escasa. Y es que, tal y como apuntan desde la UTIG: «El tratamiento tiene un techo: puedes conseguirlo más rápido o más lento, pero no te van a cambiar los huesos, ni el mentón...» (Profesional UTIG). Hay que decir que, en Barcelona, la compra de estrógenos en las farmacias sin receta médica ha sido siempre algo sencillo, especialmente en el centro histórico de la ciudad, que es donde tradicionalmente se han concentrado las mujeres trans. En general, las mujeres siguen las indicaciones y consejos de expertos informales, como las trans más veteranas. Además, tanto en algunos países latinoamericanos (a lo largo de este estudio hemos podido identificar Brasil, Bolivia, Colombia y Ecuador) como en la España de los 80 no era raro que fuera el mismo farmacéutico quien asesorase sobre el tratamiento e inyectase las hormonas:

Una iba totalmente mariquita a la farmacia: “Hola, mira, quiero Progynon y una de Depo-Provera”. Pagas. “¿Quieres que te la inyecte?”. “Sí”. “Mil pesos más”. Te ponen la inyección y ya está. Nadie te pregunta quién te ha mandado la inyección, solamente te la compras y ya está (Liliana, colombiana).

Me preguntó (el farmacéutico) si me hormonaba, y le dije: “¿Qué tengo que hacer?”. Y dijo: “Pues nada, unas inyecciones”. Y le dije: “¿Y sabes cómo es posible?”. Y me dice: “Sí, yo te puedo poner una si quieres”». (Gema, refiriéndose a la España de los 80).

Y llegué aquí y enseguida pues a las Ramblas. Y me acerqué a una transexual y empecé a hablar con ella. Y me explicó: “Tienes que ponerte esta hormona, y ésa, ésa, ésa y ésa...”. Y en cuanto me di cuenta pues ya empecé con el tratamiento con las hormonas, sin prescripción médica, por supuesto (Marta).

Fruto de esta toma excesiva de estrógenos, algunas de las entrevistadas afirman haber tenido problemas de salud:

Tuve una sobredosis de hormonas en los años “catapún” (...) Vomiteras, un fuerte malestar. Del Progynon y del Topasel, porque no los tomaba pautados cada 15 días. Tú ibas a la farmacia y: “¡Venga, pa, pa, pa!” (Maribel).

Pero el maleficio fue que, con 21 años, tuve un tumor en la próstata de tanta calcificación de tanta hormona. Y entonces me operé, me lo saqué. Y desde entonces, como tres veces al año, me saco una temporadita (deja de tomar hormonas vía oral) y me tomo un parche y eso (Luciana).

Pero parece ser que con la edad aumenta la conciencia de que es necesario mejorar la gestión de los riesgos de salud. Tras años de practicar la autohormonación y una vez interiorizado el discurso institucional (que advierte de los peligros de la automedicación), algunas mujeres trans deciden recurrir a los cuidados profesionales. Sin embargo, el contacto con el circuito formal de atención no conlleva necesariamente el abandono definitivo de la autohormonación, pues si bien algunas de ellas cumplirán en adelante las prescripciones médicas, otras tan solo recurrirán al especialista para evaluar su estado de salud:

Nosotras, la mayoría de las veces, tomamos hormonas por nuestra cuenta. Hay hormonas que vienen sin receta y otras con receta. Pero yo, como estoy llegando ya a los 30, no puedo hacerlo a lo loco porque eso es malo. Necesito el médico para que me ponga el tratamiento, me mire el hígado, la sangre. Tomar con seguridad (Regina).

Las que me aconsejaron empezar a tomar hormonas fueron otras chicas (...) yo ya tomaba hormonas, pero decidí ir al médico de cabecera porque, al fin y al cabo, tomando cosas por mi cuenta me podía perjudicar (...) y el médico de cabecera me mandó con un impreso al Clínico, al psicólogo, y a partir del psicólogo me mandan al endocrino (Lucía).

Con todo, hay que señalar que no todas las mujeres trans recurren o han recurrido a la sobredosificación hormonal, ya que algunas de ellas rebajan las dosis e incluso dejan de tomar hormonas temporalmente. Se trata de mujeres trans que quieren limitar los efectos feminizantes por varios motivos: algunas huyen de los estereotipos y persiguen tan solo una mínima transformación corporal; otras quieren obtener unos cambios que sean imperceptibles para un entorno que desconoce su realidad; y las hay que desean seguir utilizando su pene activamente durante las relaciones sexuales, ya sea con sus parejas o porque ejercen de trabajadoras sexuales¹⁷. En este último caso, el compuesto a evitar es el acetato de ciproterona (comercializado bajo el nombre de Androcur), un antiandrógeno que rebaja la libido y dificulta la erección y el orgasmo. Si para las mujeres trans que rechazan sus genitales, los efectos del Androcur son bienvenidos porque neutralizan una virilidad concebida socialmente como algo activo (Marta comenta que, al tomarlo, «te pones más pasiva en el sexo»), para aquellas que tienen su pene como fuente de placer o herramienta de trabajo, el Androcur es algo a evitar porque es, en palabras de Carla, «como una especie de castración»:

A veces es necesario dejar las hormonas (...) porque si tomas hormonas y mañana tienes que hacer un trabajo, tienes que follar... (...) Porque eso influye mucho en el trabajo, en la erección y en el estado de nervios (...) Y aquí los hombres pasan de esto: lo primero que te preguntan es cuánto te mide y cómo la tienes (...) ahora que regreso a Brasil me volveré a hormonar (Regina).

Los hombres trans también recurren a la autohormonación, pero en una proporción ostensiblemente menor que en el caso de las mujeres¹⁸. El hecho de que entre los hombres esta práctica de autoatención no esté tan extendida podría explicarse por varias razones: menor cultura autodidáctica, expectativas corporales más modestas, un tratamiento androgénico que provoca resultados más rápidos y visibles que el estrogénico o mayores dificultades para conseguir testosterona sin receta médica. Pero nos ofrece una explicación de lo más clarividente para entender por qué es más fácil conseguir estrógenos que

17 Algunas de las trabajadoras sexuales entrevistadas explican que, en España, los clientes valoran obsesivamente el tamaño de su pene y su potencia para la erección.

18 Gómez-Gil (2006) apunta que durante el período 1996-2004, un 64.1% de las mujeres usuarias de la UTIG del Clínic se había autohormonado antes de acudir al centro. En el caso de los hombres, la proporción bajaba hasta el 4.3%.

testosterona: «Es difícil subir socialmente, y es más fácil bajar». En todo caso, hay que decir que existen circuitos informales de compra-venta e intercambio de hormonas masculinas. Ante las escasas garantías que ofrece el mercado negro, algunos de los trans entrevistados se autohormonan con los medicamentos sobrantes de algún amigo que sigue el proceso en la UTIG:

Has de tener amigos trans que estén en un proceso y que puedan pasarte dos/tres sobres (de Testogel). A veces tiramos unos cuantos de una misma prescripción y compartimos (Pere).

Tanto las personas trans como los profesionales médicos son conscientes de que la autohormonación es una práctica frecuente. Se trata de un modelo de autogestión farmacológica con el que las personas trans adaptan las dosis en función de sus necesidades. En este sentido, la autohormonación es muy similar a otras formas de automedicación: las personas ajustan las dosis a la percepción subjetiva de su estado de salud. Puesto que la automedicación sigue siendo una práctica común aunque se ofrezca asistencia pública, desde los sectores menos ortodoxos del estamento médico se entiende que una solución posible sería enseñar a las personas trans a automedicarse. Si la automedicación sigue produciéndose, al menos que se haga con cierta precaución:

Además, las personas transexuales, como tantas otras, a veces se toman media pastilla o no se la toman y dicen: “Pues hoy le doy fiesta a esta pastilla” (...) no deberíamos sorprendernos porque todo el mundo lo hace (Profesional *Trànsit*).

Se trata de minimizar riesgos. Son personas que se autohormonan o que no llevan ningún control. Se trata de intentar orientar un poco: que no hagan barbaridades, que no se metan cosas que compren por internet. Se trata de darles información y que sean ellas quienes decidan (Profesional *Trànsit*).

La mayoría de las personas entrevistadas valoran positivamente que exista en Cataluña un centro hospitalario que prescriba y supervise el tratamiento hormonal. Sin embargo, esta opinión no es unánime. Algunas personas trans (sobre todo mujeres que se consideran autodidactas porque iniciaron la toma de hormonas antes de la existencia de ayuda institucional) ven este tutelaje experto como una pérdida de autonomía en la (re)construcción de sus cuerpos, a la vez que critican la voluntad normalizadora y homogeneizante de la acción biomédica:

Los médicos tienen tendencia a medicar más. Ellos quieren que el cambio de sexo sea total. No quieren estados intermedios e intentan que la persona transexual haga todo el proceso. Para la transexual autodidacta, el género no está tan encorsetado; la tendencia no es tan a ser mujer.

Nuestra tendencia es ser más autodidactas. Incluso hay transexuales que no se hormonan: se hormonaron durante un tiempo, eso les quitó el deseo sexual o lo que sea, ellas querían funcionar o lo que sea, y ya no se hormonan (Mónica).

Existe una desconfianza muy grande (por parte de las más veteranas) hacia cualquier cosa que se institucionalice: “Aquí me van a querer curar. Y, a parte, en mi cuerpo no me manda nadie” (Profesional UTIG).

Son estas personas críticas con la UTIG las que aseguran que la autohormonación no tiene por qué ser más peligrosa ni ofrecer peores resultados que el tratamiento realizado bajo control médico. Eduardo Menéndez (1984), gran referente en el estudio de las prácticas de autoatención, asegura que dicho modelo de atención tiene entre sus caracteres básicos la eficacia pragmática y una concepción basada en la experiencia. Por ello, no es de extrañar que existan voces que defienden la validez de los conocimientos obtenidos por las propias mujeres trans:

Una hormonación guiada (médicamente) o una autohormonación van a ser la misma cosa si tú tienes una asesoría correcta. Es que el médico no te va a dar una cosa que no... Teniendo la asesoría, vas a hacer lo mismo. No tiene mucho misterio la cosa (Gema).

Entre las mujeres trans existe otra práctica de autoatención que destaca por su peligrosidad: las inyecciones de silicona líquida. Esta práctica, realizada clandestinamente a causa de su ilegalidad, estuvo muy extendida en nuestro país, especialmente durante los años 80 y 90. En opinión de algunas de nuestras informantes, todavía se practica en grandes ciudades como Madrid o Barcelona, aunque se ha convertido en una práctica muy minoritaria. En algunos países latinoamericanos, sobre todo en Brasil, se realiza de forma frecuente.

En general, dicha práctica la realizan mujeres trans experimentadas, quienes, en un domicilio privado, aplican con una jeringuilla una sustancia líquida (puede ser silicona, pero también parafina, aceite de avión o polimetilmetacrilato) en caderas, nalgas, pechos o pómulos, con el objetivo redondear el cuerpo y acercarlo así al ideal estético de la feminidad¹⁹. Esta práctica tiene que ver con una multiplicidad de factores, como la ausencia de apoyo sanitario público, la pobreza, la desinformación o la transfobia y la

19 Debemos destacar los riesgos para la salud derivados de las inyecciones de silicona en el cuerpo. Y es que, a la nocividad inherente a los productos empleados, se le ha de sumar el problema de la migración de la sustancia inyectada, que puede llegar hasta los órganos vitales. Todo ello puede generar, entre otros problemas, insuficiencias respiratorias, trombosis venosas, tromboembolismos pulmonares, necrosis y paros cardíacos, llegando a causar la muerte de la persona afectada. Además, para un médico resulta extremadamente difícil retirar la silicona del organismo una vez ha sido inyectada.

exclusión social que experimentan las mujeres trans. Con todo, el ideal femenino presente en cada sociedad también es otro factor a tener en cuenta:

Porque les gustan esos cuerpos jarrón, esos cuerpos de rotundamente mujer y de expresión... Además, parece ser que en Brasil se valora mucho más los culos, las caderas, más que los pechos. Es una cosa cultural (Gema).

Todas las mujeres entrevistadas que se han inyectado algún producto clandestinamente se arrepienten de haberlo hecho, pues han sufrido, en mayor o menor medida, algún problema de salud y/o estético por haber recurrido a esta práctica. La voluntad de feminizar el cuerpo rápidamente, la presión de los pares, la ausencia de recursos económicos para acudir a un cirujano y el hecho de desconocer la peligrosidad de inyectarse estas sustancias, son las razones esgrimidas para explicar lo que hoy consideran un grave error:

Y me arrepiento muchísimo de habérmelo hecho. Pero, claro, no tenía forma, y yo necesitaba formita, y claro, pues todas tenían su cuerpo hechos de silicona y decían: “¡Ay, mira qué cuerpo que me he hecho, mira qué bonito, y que no pasa nada!” (...) Quien lo hacia era (una mujer trans famosa entre los círculos barceloneses), que decía: “Mira qué cuerpo, y que no tengo ningún problema”. Y yo digo: “Pues mira, yo voy a hacerlo”. Y ya te digo que al principio yo estaba súper contenta con mi cuerpo, un cuerpazo, pero luego ya empecé que si se me hinchaba una cadera y luego la otra... (Marta).

Una solo se enteraba de todos los problemas al respecto, desde las piernas de elefante hasta las caderas desiguales, cuando ya te habías metido la silicona y habías apoquinado las 50.000 pesetas de la época. Hasta ese momento, todo era fantástico (Cati).

Pero incluso siendo conscientes de los muchos, y muy graves, riesgos para la salud que entrañan las inyecciones clandestinas, algunas mujeres decidieron someterse a ellas por el deseo y las prisas para obtener, a toda costa, el cuerpo perfecto:

Me lo hice en las caderas. Me lo hice con compañeras, clandestino. Y sabía que era peligroso. Sí, pero para nosotras es una manera más rápida, y porque la hormona es un tratamiento caro para la persona que no tiene dinero. Cada semana hay que comprar e inyectar. Y tienes que estar un año o dos años para que salga el pecho. Y la silicona te lo pones y ya está, es más rápido. Pero hay muchos efectos. Nosotras somos conscientes del peligro, pero da igual. Nadie me engañó (Regina).

La ayuda mutua

La importancia del grupo de pares es central en los itinerarios terapéuticos de las personas trans, porque es en el marco de estas redes sociales, formadas por iguales, donde se intercambian informaciones sobre los recursos disponibles (médicos, cirugías, hormonas, derechos, etc.) y se produce en buena medida la construcción de las subjetividades trans. Hay que señalar que, en el nuevo contexto de la sociedad del conocimiento, el grupo de pares tiene un alcance emocional local (amigos y asociaciones) como también un alcance informacional global (el conjunto de personas conectadas mundialmente a través de la red). En internet abunda la información sobre múltiples aspectos relacionados con el universo trans, y en los foros se puede buscar respuestas a cualquier tipo de dudas y encontrar el apoyo del grupo de iguales. El siguiente extracto de un diálogo mantenido en el principal foro de internet para personas trans en lengua española, constituye un buen ejemplo de ello:

Asunto: Ayuda urgente!!

Adriana 236: Hola a todas y a todos. Al igual que algunas y algunos del foro, puedo decir que soy una persona que está indecisa acerca de qué es lo que quiero ser, digamos que estoy indefinido, atrapado entre las dos personalidades, no sé si quiero ser un hombre o una mujer, actualmente solo podría definirme la palabra travesti. Desafortunadamente, no he encontrado a un psicólogo cerca de donde vivo, y necesito urgentemente a alguien que me ayude a definir qué camino elegir.

Jaiz: Hola. No soy psicólogo pero decirte que no te rompas mucho la cabeza buscando la “etiqueta”, vive tal como puedas y sientas. No hay obligación de ser una cosa u otra, la identidad de género es tan diversa como personas hay en el mundo y todas son válidas.

Sophia: Pero ser mujer o ser hombre no es un camino a elegir, si no te sientes mujer, entonces la transexualidad no es para ti, es cosa de mirar en tu interior.

En nuestras sociedades complejas, las personas con algún atributo en común y necesidades y objetivos similares suelen agruparse de manera más o menos formal. En Cataluña existen varias asociaciones formadas exclusivamente por personas trans, y otras que operan bajo el acrónimo LGTB, que desarrollan un papel fundamental en el apoyo mutuo de sus miembros y en la reivindicación de derechos sociales. El *Col·lectiu de Transsexuals de Catalunya* y la *Associació de Transsexuals de Catalunya* son dos de las organizaciones más veteranas, cuya actividad ha sido determinante para obtener derechos tales como la financiación pública de las cirugías de reasignación sexual. A parte de las asociaciones tradicionales, la lucha contra la patologización ha motivado la aparición de dos nuevos

colectivos en territorio catalán: *Octubre Trans* y *Cultura Trans*. Si bien la necesidad de adherirse a dicha lucha fue lo que generó su creación, actualmente sus reivindicaciones y actividades van mucho más allá del 20 de octubre, que es el día internacional por la despatologización de la transexualidad. En este sentido, *Cultura Trans* «promueve actividades que giran en torno a la visibilidad del colectivo y los derechos tales como el acceso a la salud, al mercado laboral o a construir espacios de ocio inclusivos»²⁰. Por su parte, *Octubre Trans* destaca por ser un colectivo más politizado, pues prefiere seguir una línea de trabajo «que no sólo cuestione la patologización de los cuerpos no normativos, sino también las estructuras de poder tales como el estado, la iglesia, el heteropatriarcado y el capitalismo en general»²¹.

Estos grupos de ayuda mutua son redes sociales autogestionadas «que ofrecen opciones de atención que complementan y compiten, pero que, sobre todo, tienden a cuestionar la oferta de la atención médica profesional» (Haro, 2000: 113). En este sentido, Montse nos cuenta que, cuando formaba parte de la *Associació de Transsexuals de Catalunya*, los miembros de la asociación realizaban un acompañamiento a las personas que iniciaban el test de la vida real en la UTIG para que «no se sintieran tan solas como cuando tienes que hacerlo por tu cuenta»: salían con ellas cuando se travestían e iban comprar ropa, al cine, a tomar algo, etc. Por su parte, Tere nos recibe en la sede de la asociación *En Femme*, un amplio local (de unos 120 m²) lleno de armarios y tocadores que ella define como «un espacio de libertad» para personas transgénero:

En este sitio descubro que hay más gente como yo: gente que se viste de mujer en su casa, o personas que están casados con mujeres y que van a ese sitio y se visten de mujer. Es un sitio en el que hay todo el espectro: está desde el hombre heterosexual que le gusta ponerse unos tacones, hasta la persona que lleva toda su vida planteándose hacer la transición de género y llega a este sitio, hace una prueba de vida, y dice: “Joder, esto es lo que quiero” (...) Pagas 50 euros al mes y tienes tu armario, tienes derecho a llave y haces lo que harías en casa, pero con más gente (...) Y de vez en cuando hacemos fiestas y eventos: para Carnaval, Halloween, Navidades, primavera. A parte de las que son socias, viene gente que está satelizando por ahí pero que no tiene derecho a llave porque no puede pagar los 50 euros, o porque ya no tiene armario porque no cabemos. Entonces, se entera de que hay la fiesta, paga 10 euros de entrada y vive esa tarde-noche como una mujer. A mí me salvó la vida (Tere).

Además, en Cataluña, el *Casal Lambda* ofrece una alternativa a la UTIG en la atención psicológica a las personas trans. Frente a la visión homogeneizante y patologizante mantenida por los protocolos de atención biomédica, los terapeutas del *Casal Lambda*

20 <http://culturatrans.org/nosotros/>

21 <http://octubretransbcn.wordpress.com/about/>

parten del respeto a la pluralidad de cuerpos y trayectorias trans, lo que les lleva a trabajar con personas con expresiones de género heterodoxas²². Este reconocimiento de la diversidad lleva a los profesionales de la asociación a rechazar el clásico proceso diagnóstico jerarquizado y repleto de categorías estancas, hecho que agradecen las personas usuarias:

En el centro hospitalario (UTIG) he tenido la sensación de estar pasando un examen para ver si me adecuaba, o no, a lo que tenía que ser un transexual (...) mientras que con la psicóloga de la asociación gay era distinto: me explicaba que el mundo transexual es muy grande y que su espectro es muy amplio (Ana).

¿Y para qué quieres una categoría? Claro, hay gente que tiene una personalidad muy rígida, muy obsesiva, y necesita saber qué es y viene para que yo se lo diga. Y yo no pienso decir nada (...) Hombre, depende. A lo mejor esta persona está transitando, está construyendo y no se puede decir nada. A lo mejor hoy eres una cosa y mañana eres otra (...) Claro, ¿qué pasa? Que a mucha gente se le pone una etiqueta de “travesti” en un momento dado y al cabo de un tiempo va cambiando y pasa a ser transexual. Va cambiando en todas estas categorías y definiciones (...) Trato de trabajar desde el punto de vista de entender lo que pasa, no de trabajar tanto con categorías, sino de normalizar los procesos, trabajar si hay ansiedad, ofrecer recursos (Psicóloga *Casal Lambda*).

Asimismo, en el local del *Casal Lambda* se organiza una vez al mes el *Espai Obert Trans/Intersex*, un espacio de encuentro de personas trans e intersex que pretende constituirse en una alternativa a las sesiones de grupo que ofrece la UTIG. Si los grupos de ayuda mutua organizados por la UTIG (también una vez al mes) son reuniones de tipo vertical, puesto que están dirigidas por la psicóloga o la psiquiatra encargadas de otorgar el diagnóstico (lo que puede condicionar las opiniones de las personas asistentes), en las reuniones del *Espai* está ausente la figura del experto dirigente:

Hay diferencias entre las reuniones de grupo del hospital y las que hacemos en la asociación gay (...) para empezar, en la asociación no hay expertos regulando las charlas y más bien se trata de reuniones de amigos que hablan de lo que les apetece (Ana).

El espacio trans es simplemente un espacio de encuentro para personas trans, amigos y familias. Desde el año pasado un grupo de unas cinco o seis personas nos ocupamos de programar más actividades: pases de pelis, salidas, talleres. Nació como respuesta a un momento en que el único espacio de encuentro era el Clínic (...) Primero, que a la terapia de grupo del Clínic solo puedes ir si estás haciendo el proceso. La terapia del Clínic es una terapia de grupo, donde tú tienes a

22 Aunque si la persona que acude al *Casal Lambda* desea seguir un tratamiento hormonal y/o realizar la cirugía de reasignación genital en la sanidad pública, deberá acudir a la UTIG y pasar por el proceso diagnóstico.

una psiquiatra o una psicóloga que lo controlan y te explican la moto. El espacio trans es un lugar abierto de socialización (Marc).

Por su parte, algunos de los profesionales médicos que trabajan en la UTIG o en clínicas privadas observan las asociaciones trans con cierto recelo e, incluso, abierta hostilidad. Hay que tener en cuenta que las actividades y reivindicaciones de estos grupos de ayuda mutua chocan a menudo con el trabajo y los intereses de los profesionales reconocidos institucionalmente. Es por ello que no resulta extraño que desde algunos sectores de la clase médica se considere que estas organizaciones representan a una minoría que vela por sus propios intereses, los cuales no tienen por qué concordar con los de una “mayoría silenciosa” cuyo único objetivo es la normalización social:

Porque hay reivindicaciones que me parecen absurdas. Creo que lo hacen por quejarse. Porque hoy en día, en España, se ha avanzado mucho en pocos años. Pero, ¿qué ocurre?, que se siguen quejando igual. Los colectivos, no los pacientes. Los colectivos representan a una minoría de los pacientes, una minoría muy minoría. Con lo cual, muchas veces esas minorías son minorías muy especiales, con lo que no representan a la mayoría de los pacientes, y eso es una pena. Porque son los que tienen la voz (los colectivos) y es donde acuden habitualmente los periodistas, y muchas veces no corresponden con el sentir de la mayoría de gente (Profesional UTIG).

La transexualidad es como un iceberg donde la gran masa de transexuales están bajo el mar, no se ven ni quieren ser vistos, porque la gente no va diciendo por ahí: “Soy un infartado, soy un Alzheimer”. Tienen sus problemas, los solucionan y punto. Luego hay una punta del iceberg que son los visuales. Curiosamente, los visuales son los menos transexuales de todos, puesto que están más preocupados por los movimientos sociales, por quienes son, por lo que van a conseguir de los políticos o por el dinero, que por su propia condición de transexual, que es lo que menos les importa (...) El gran grupo no se reúne, no se asocia, y si se reúnen son como amigos y amigas, que tú los ves y son como tú y como yo. El otro grupo, visualmente, tiene una estética mucho más esperpéntica porque: peluca, mucho travestido, gente que no tiene una identidad clara, que no se quiere operar (...) Una persona marginada, que no le ha dicho “hola” ni su padre, de repente tiene el teléfono móvil del político de turno, imagínate lo que eso significa (Cirujano clínica privada).

2.6. Fin del proceso asistencial o la obtención de un nuevo estatus de género

El último estadio de la terapia biomédica de modificación corporal lo constituyen las denominadas «cirugías de reasignación sexual», a saber, todas aquellas cirugías destinadas a modificar los caracteres sexuales primarios y secundarios de la persona. En cuanto a los caracteres secundarios, los hombres trans pueden someterse a la mastectomía y a implantes pectorales, mientras que la oferta para las mujeres es mucho mayor: desde la mamoplastia

de aumento, pasando por las múltiples cirugías destinadas a feminizar el rostro (tales como la rinoplastia o la modificación de los huesos de la frente y la mandíbula), hasta otras operaciones cuyo fin no es otro que lograr una apariencia femenina exenta de ambigüedad, como la reducción del cartílago tiroideo (Nuez de Adán) o la operación de las cuerdas vocales (Monstrey y Hoebeke, 2003; Sarmentero, 2003; Mañero, 2006). La explicación a esta mayor variedad de cirugías feminizadoras es doble, y ayuda también a entender el recurso a la sobredosificación hormonal por parte de algunas mujeres trans. Por un lado, los mayores imperativos estéticos a los que está sometida la mujer occidental condicionan fuertemente la reconstrucción corporal de aquellas mujeres trans que temen que se descubra su condición. Por otro lado, y si los comparamos con la acción virilizante de la testosterona, la acción feminizante de los estrógenos es más limitada, ya que no modifican rasgos tan determinantes en la interacción social como son la voz o la estructura ósea.

Dentro de las «cirugías de reasignación sexual» se encuentran también las «cirugías de reasignación genital», conocidas coloquialmente como las «operaciones de cambio de sexo». En el caso de las mujeres trans, los procedimientos quirúrgicos genitales suelen incluir la orquidectomía (extirpación de los testículos), la penectomía (extirpación del pene), la vaginoplastia (construcción de una neovagina)²³, la clitoroplastia (construcción de un clítoris) y la labioplastia vaginal (construcción de los labios vaginales). Los hombres trans pueden someterse a la histerectomía (extirpación de la matriz y los ovarios) y, para la formación de un pene, tienen a su disposición dos técnicas: la metaidioplastia (se da la forma de un micropene de unos 3-6 cm. al clítoris que ha crecido gracias a la terapia hormonal) y la faloplastia (construcción de un neopene)²⁴. Ambas técnicas se combinan con la implantación de prótesis testiculares.

Como se ha comentado anteriormente, desde finales de 2008 la Generalitat de Cataluña financia las cirugías de reasignación genital así como las mastectomías realizadas en el Hospital Clínic de Barcelona. Sin embargo, el hecho de que la demanda supere con creces a la oferta y que la sanidad pública española sea uno de los sectores más afectados por los graves recortes del gasto público, motiva que actualmente la lista de espera para entrar en el quirófano sea de 3 a 5 años. Por eso, la sanidad privada constituye la principal salida

23 Para la vaginoplastia, la técnica más utilizada, aunque no la única, es la de la inversión peneana, que consiste en construir una neovagina mediante la piel invertida del pene y del escroto (Mañero, 2006). Resulta curioso observar cómo esta técnica, desarrollada en tiempos del dimorfismo sexual, evoca la concepción galénica de la vagina como un pene invertido.

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

para aquellas personas que consideran urgente la cirugía, aunque no son pocas las que no tienen acceso a ella por motivos económicos: una vaginoplastia puede costar entre 12.000 y 18.000 euros, mientras que la faloplastia puede ascender hasta los 35.000 euros.

Para las cirugías genitales, la UTIG sigue los Estándares de Cuidado de la WPATH (2011), que establecen como requisitos indispensables: la mayoría de edad legal, que se acredite una «disforia de género» persistente, estar debidamente informado y tener plena consciencia de los efectos del tratamiento, 12 meses continuados de terapia hormonal y llevar 12 meses consecutivos viviendo en el género deseado. Con todo, existe en nuestro país un caso excepcional que podría sentar jurisprudencia. En el año 2010 un juez autorizó a una menor de 16 años a someterse a la vaginoplastia tras contar con el beneplácito de los médicos forenses. Al no existir ningún hospital público español que contemple en sus protocolos la realización de las cirugías de reasignación genital a menores, la operación se efectuó en una clínica privada de Cataluña. Preguntado por este suceso, el médico que llevó a cabo la operación defiende la idoneidad de la cirugía por tratarse de una chica que desde pequeña mostraba una identidad claramente femenina, llevaba año y medio siguiendo una terapia hormonal bajo control psiquiátrico, y contaba con el apoyo de familiares y expertos. Además, nos cuenta que actualmente la chica «está muy feliz», por lo que si bien matiza que cada caso debería tratarse separadamente y con cautela, se posiciona a favor de las operaciones con adolescentes si constituyen «casos muy claros».

Al igual que sucedía con el tratamiento hormonal, las intervenciones quirúrgicas a menores de edad también suscitan una encendida controversia. En su día, la Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (FELGTB) mostró su satisfacción por el fallo judicial, y aprovechó para solicitar que no fuera necesaria la autorización de un juez para que los menores pudieran acceder a las cirugías porque se estaba vulnerando «el derecho al libre desarrollo del o la menor». En opinión de Mar Cambrollé, coordinadora del área trans de la FELGTB, «negar la transexualidad hasta la mayoría de edad sólo alarga el sufrimiento de la juventud trans, que debería tener los mismos derechos que el resto y poder decidir, por supuesto contando con la opinión de los profesionales sanitarios» (EFE, 2012). Por el contrario, los colectivos más críticos con la gestión biomédica de la transexualidad lamentan que se presente la solución quirúrgica como la única vía posible para garantizar el bienestar de las personas trans, y que dicha solución se aplique progresivamente a edades más tempranas:

Son los médicos los que nos han vendido unas castraciones estéticas con las que yo no estoy ni en contra ni en desacuerdo. Que la gente haga lo que quiera con su cuerpo. Pero un menor de edad... (Gema).

El sistema de sexo/género está súper bien armado. Hombre, si fuera más fácil escapar, la gente ni siquiera entraría en un quirófano. ¿Por qué alguien entraría en un quirófano, en una operación que se juega la vida, si pudiera escapar? Si lo hace es porque realmente no encuentra salida. Y no estamos juzgando a la gente que se opera, sino en qué sociedad de mierda vivimos para que alguien, para ser feliz, necesite operarse. O sea, prefieres adaptarte tú a la sociedad, en vez de que la sociedad se adapte a ti. Lo entiendo, pero me da muchísimo que pensar (Luis).

Al igual que las otras fases del itinerario terapéutico, la decisión de la persona trans de someterse a una –o varias– cirugías de reasignación sexual está condicionada por una serie de factores: sus ideales de género y expectativas corporales, su estado de salud, sus recursos económicos y culturales, su situación socio-laboral, su relación con las instituciones médicas, la oferta y calidad de las tecnologías quirúrgicas, etc. Hay que decir, no obstante, que la importancia relativa de cada factor varía no solo en función de cada caso personal, sino también en función de si se trata de un hombre o una mujer trans. Es por ello que analizaremos las técnicas quirúrgicas de feminización y masculinización de forma separada.

2.6.1. Las cirugías feminizantes

El modo en que las mujeres trans piensan y construyen subjetivamente su cuerpo y, especialmente, los significados que atribuyen a sus genitales, es lo que marca sus posiciones personales en torno a la posibilidad de operarse o no. En especial el pene, como principal indicador del género masculino, se ve sometido a una miríada de relatos y significados que refleja la enorme pluralidad y diversidad de las mujeres trans: no todas son iguales, ni todas viven del mismo modo su genitalidad. Lo que sí tienen en común es que deben posicionarse ante un relato que es anterior a ellas. Se trata de un relato cultural que piensa el género en términos de genitalidad.

Tal y como hemos visto con anterioridad, para algunas mujeres trans sus genitales son fuente de disgusto y el principal causante de su rechazo corporal. A este respecto, algunas de ellas establecen con su pene analogías que denotan morbilidad: Pilar lo considera «un quiste que estoy esperando a que me lo quiten»; mientras que Nuria lo imagina como «un tumor a extirpar». Las palabras que siguen sintonizan plenamente con la idea benjaminiana de la mujer transexual que detesta profundamente sus genitales de nacimiento:

Yo no he penetrado nunca a nadie, ni he dejado que me la toquen. Entiendo que, si estoy en pareja, no he de estar todo el día escondiéndome, pero me da mucho asco. Siento asco de mí misma porque me veo como un tipo de personaje con el que no me siento nada identificada (Irene).

Yo, cuando voy al lavabo, yo cojo, me bajo las bragas, me siento y ni me la toco. Cojo un poco

de papel, hago así para ni tocármela, me subo las bragas y ni la quiero ni mirar. No quiero saber nada de esa cosa que hay ahí (...) Me sigue molestando, pero claro, es algo que vives con ello y te tienes que acostumbrar. Pero también hay momentos en los que coges, miras para abajo y dices: “Te odio, ¿por qué estás ahí?” (Marta).

Evidentemente, las mujeres que significan tan negativamente sus genitales desean firmemente la cirugía genital. Se cree que la cirugía constituirá el paso definitivo para corregir la disonancia producida por tener un cuerpo que no se ajusta a la propia identidad: «la operación va hacer que todo mi cuerpo esté en armonía conmigo misma» (Jennifer); «la operación hará que mi cuerpo encaje con mi forma de ser» (Jessica). Esta convicción de que la cirugía acabará con el desajuste mente/cuerpo genera un fuerte deseo de pasar por el quirófano que, a menudo, prevalece sobre el temor a las posibles –y probables– complicaciones post-operatorias:

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

Siempre le digo lo mismo a mi familia y mis amigos: “Si me pasa algo en quirófano, por favor, ni lloréis ni os sintáis mal ni nada, porque habré muerto siendo la chica más feliz del mundo, la más feliz del mundo, porque habré muerto cumpliendo mi sueño” (Pilar).

La voluntad de operarse a toda costa, dejando de lado los posibles efectos adversos de una operación que reviste gran complejidad, puede entenderse por el profundo disgusto causado por unos genitales no deseados. Pero esta asunción de riesgos se entiende mejor si pensamos que algunas de estas mujeres consideran que la cirugía no solo les permitirá obtener unos genitales femeninos, sino también experimentar eso que denominamos «feminidad», consiguiendo con ello una posición de normalidad dentro de nuestro sistema de sexo/género:

Queremos un coño porque queremos sentirnos mujer al 100%, ser una mujer más, tener lo que tienen ellas y hacer una vida normal (Jessica).

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

Las complicaciones posquirúrgicas existen: Montse tuvo una necrosis que la tuvo cinco meses de baja laboral, Belén necesitó una segunda cirugía correctora y Carla tuvo una

infección con la que, según sus palabras, estuvo a punto de morir²⁵. Sin embargo, la clase médica ha tendido a dejar en un segundo plano los riesgos para la salud y a ensombrecer los arrepentimientos de personas operadas, y todo ello para fomentar la visión de la cirugía como la puerta de entrada al reino de la feminidad. Esta estrategia de ocultación de fracasos y enaltecimiento de resultados se lleva a cabo, sobre todo, en las clínicas privadas, donde, a parte de la reputación del profesional, priman los intereses económicos:

¿Qué experiencia me dan los 700 pacientes operados durante los últimos 11 años? No uno ni dos, 700. Pues bien, que todos, y toco madera, han obtenido un nivel de felicidad superior, están integrados en su cuerpo, ha aumentado su condición social (...) y tienen una vida normal y corriente (Cirujano clínica privada).

Por su parte, una de las personas entrevistadas más críticas con el modelo de atención biomédico, Mónica, denuncia encarecidamente esa visión idealizada de la operación que comparten algunos cirujanos y personas trans. En su opinión, las trans han de desconfiar de cualquier promesa de normalización, e insta a estas mujeres a «romper tabúes» para así descubrir «lo bueno de su cuerpo»:

Sobre todo porque la ciencia nos ha vendido la operación como algo idílico, cuando no lo es (...) Siguen diciendo que seremos mujeres, que estaremos bien aceptadas. Pero esto de que la sociedad te va a aceptar con una castración es una milonga, una tontería (...) Yo no estoy en contra de la operación, pero lo que recomiendo es un rodaje antes, un rodaje sexual: hay que practicar sexo antes para darse cuenta de que la operación no es necesaria (Mónica).

Hay que decir que no todas las personas que desean pasar –o pasan– por la cirugía genital han sentido aversión hacia sus genitales. Tenemos aquí otro ejemplo más de la amplia gama de biografías y experiencias trans, difícilmente entendibles si nos ceñimos a la concepción innatista y unívoca de la biomedicina. Y es que si las tres mujeres que citamos a continuación se hubieran dirigido a una UTIG y hubieran explicado los verdaderos motivos que las empujan –o empujaron– a la operación, a buen seguro que les hubieran negado el diagnóstico. Carla se operó en Bélgica en los años 70 porque, si bien disfrutaba con su pene, un día se miró al espejo y se vio «un poco monstruito». Clara, que ya hemos visto que fue rechazada por el Clínic por mostrar una identidad andrógina, cuenta que hoy en día le gustaría hacerse una vaginoplastia porque está «harta de experimentar el sexo con un pene» y quisiera probar «nuevas experiencias». En fin, Regina quiere operarse porque se

25 A pesar de las complicaciones, las tres están actualmente muy satisfechas con los resultados de la cirugía.

ha enamorado de un hombre al que no le gusta que ella tenga un pene más grande que el suyo. Pero lo que verdaderamente puede escandalizar a la ortodoxia médica no son tanto los motivos esgrimidos por Regina, sino sus fantasías “tecno-hermafroditas”:

Despertarme con una vagina, ¡qué lujo! Lo que pasa es que a veces he tenido fantasías sobre este tema de sexualidad. Me gustaría a lo mejor hacerme una vagina en el sitio de mis testículos, y tener tres: el ano, la vagina y el pene. ¡Hermafrodita reconstruida! Es una fantasía mía que he tenido hablando con amigas (risas).

Dejando de lado estos pensamientos provocadores, es importante destacar que bastantes mujeres trans no quieren operarse porque sus genitales masculinos no constituyen problema alguno para la libre construcción de su identidad y el buen desarrollo de su sexualidad. Incluso, para algunas de ellas, el pene es un rasgo identitario fundamental. Es el caso de las denominadas «travestis» brasileñas. Como nos explican Kulick (1998) y Vartabedian (2012), las travestis son personas que no encajan en la estructura binaria de género: son hombres biológicos que feminizan sus cuerpos con hormonas, cirugías e, incluso, inyecciones de silicona líquida (por lo que a menudo exhiben una feminidad exagerada), pero al mismo tiempo hacen gala de una sexualidad fálica:

A mí no me molesta usar el pene. Y tengo un pensamiento de que jamás me operaría porque: travesti es travesti, mujer es mujer, hombre es hombre. Una travesti sin polla no es una travesti (...) Me encanta salir por la calle, arreglarme, ponerme guapa y ser una travesti con polla (Regina).

Entre las que no se operan, también está la cuestión del placer en las relaciones sexuales, ya que no queda claro que las mujeres reasignadas quirúrgicamente mantengan la viabilidad corporal del orgasmo:

Si yo me operase sería por una cuestión de ir a la playa y que no te miren (...) pero me gusta muchísimo eyacular y tengo muchísimo placer en eso (...) me gusta ser activa (...) yo he descubierto el uso del pene que otras chicas no han descubierto (...) mientras yo no vea a una transexual operada llegar al orgasmo y eyacular, yo no me lo creo que tengan placer (...) y si yo me hiciera la operación solo para tener una vagina, luego me gustaría poder correrme (...) y hay algunas en los grupos del Clínic que no entienden que yo diga estas cosas (Daniela).

Y tampoco debemos olvidar que el pene es un instrumento de trabajo muy valioso para aquellas mujeres que ejercen el trabajo sexual. La práctica totalidad de usuarias de la asociación parisina PASTT que se dedicaban a esta actividad en el *Bois de Boulogne* no querían operarse, pues aseguraban que los clientes preferían –y pagaban más por ello– a las

trans con un pene eréctil y de grandes dimensiones. En nuestro país, el perfil del cliente es muy similar. Para constatarlo, tan solo hace falta echar un fugaz vistazo a alguna de las muchas páginas web de contactos de chicas trans (en los perfiles personales siempre se especifica la talla del miembro), o escuchar la experiencia de una trans que trabajó en los alrededores del *Camp Nou*:

No, casi todos, no. Todos los clientes que van al campo del Barça lo único que quieren es polla, polla, polla, polla, polla y polla. No hay más. Sólo quieren penes, yo creo que es el morbo que tienen ellos, pues el cuerpo de una mujer con un pene descomunal. Pero no con uno normal y corriente, no. Lo que quieren ellos es el pene de un caballo (Marta).

En cuanto a las demás cirugías plásticas feminizantes, la pretensión y el anhelo de someterse a este tipo de cirugías no guarda necesariamente relación con el querer hacerse (o no) la vaginoplastia. Ciertamente es que algunas mujeres que piensan operarse los genitales (o ya lo han hecho) desean asimismo recurrir a la cirugía plástica para feminizar inequívocamente su apariencia, y así “pasar por” una mujer normal. Tal y como admite Sonia: «es la única forma de que te acepten socialmente». Pero, por otra parte, también están las trans que no quieren operarse los genitales ni pretenden confundirse con las demás mujeres. En estos casos, el recurso, a menudo intensivo, a las cirugías estéticas no obedece al deseo de adquirir una apariencia femenina normalizada, sino a los parámetros estéticos de una subcultura trans (muy extendida en algunos países latinoamericanos pero también presente en nuestro país) que persigue una feminidad exagerada, hiperbólica, que desafía los convencionalismos:

¿Quieres hacerte más cirugías estéticas?

Sí, detallitos: hacer la forma de la boquita, un poco los pómulos y los ojos. Ahora mismo, como dejé las hormonas, lo que estoy haciendo es el tratamiento de fotodepilación en la cara, y tengo que dejar salir un poco el bello porque si no te quema más. Y me estoy planteando ponerme una talla más de pecho, hacerme otra estética de la nariz para hacerla más pequeñita (...) Son planes (Regina, brasileña).

¿A cuántas operaciones te has sometido?

Una, dos, tres, cuatro... (Se señala el pecho, las nalgas, la nuez de Adán y la nariz).

¿Piensas hacerte alguna más?

¡Muchas! Necesito urgentemente 15.000 euros para un *lifting*, 5.000 euros para hacerme un retoque de mi nariz, quiero hacerme unos *botox* y quitar algunas cicatrices. Para sentirme bien conmigo misma. Pero para esto necesito pasta, a menos que no me case con un cirujano (risas) (Adriana, brasileña).

Este exhibicionismo estético es algo que las mujeres trans cuyo fin es pasar desapercibidas no ven con buenos ojos, por lo que tratan de marcar distancias con estas personas:

Porque son transexuales, no son mujeres. Es como un concepto de personaje, una transexual es un personaje con unos labios de dos metros, una nariz operada ochenta veces, las tetas de mil quilos y el asunto (el pene) ahí dejado. Es que es lo que te digo, es una cosa a parte, tampoco tiene que ver conmigo. No es un capricho, pero debe de ser un personaje de llamar la atención y de un fetichismo sexual de verte con unas tetas enormes y lo de ahí abajo bien puesto. No lo sé, sinceramente no lo sé (Núria).

2.6.2. Las cirugías masculinizantes

Si la práctica totalidad de mujeres trans que rechazan sus genitales piensan pasar por la cirugía de reasignación genital, en el caso de los hombres no sucede lo mismo. Por mucha incomodidad que les genere la vagina, son muy pocos los que piensan hacerse –o ya se han hecho– la faloplastia o la metaidioplastia, pues son conscientes de que estas técnicas están bastante menos desarrolladas que la vaginoplastia:

Hasta que no esté del todo bien, no. La mastectomía, sí. Pero la faloplastia, hasta que no esté bien, no, porque el hecho de tener un pito que, tal y como están las cosas, mida 8 cm., sin tener ninguna sensibilidad, sin tener relaciones sexuales... Porque no sentiría placer y solamente para mear, no (Pedro).

De momento, no, porque, ¿para qué me voy a poner ahí un...? ¿Para qué autodestruir mi cuerpo? Quitarme piel del antebrazo para que eso no vaya a funcionar y parecer haber salido de un picadero, de una máquina de picar carne... No. Si ahora me dicen que tienen una nueva técnica que funciona, me apunto. Pero de momento, no, porque con mi cuerpo no juego (Hans).

Los problemas y riesgos post-operatorios son mucho mayores en el caso de la cirugía genital masculinizante, y los resultados a nivel funcional y estético dejan muchísimo que desear. Incluso en la UTIG advierten de los peligros de estas cirugías y las desaconsejan:

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

Lógicamente, en las clínicas privadas no tratan de disuadir. El cirujano entrevistado insiste en que «el paciente tiene que elegir en base a una información completa». Respecto a las dos técnicas existentes (la metaidioplastia y la faloplastia) admite que cada una tiene sus ventajas y desventajas, pero «en ningún caso se podría decir que son un fracaso como cirugías». Afirma a continuación que estas técnicas suponen para él un gran reto profesional. Y el hecho de dominarlas le lleva, incluso, a otorgarse poderes demiúrgicos:

Además, desde el punto de vista quirúrgico, es una cirugía tremendamente enriquecedora, desde el punto de vista quirúrgico y anatómico. Fíjate tú, lo que la naturaleza ha hecho en 800.000 años, un genital masculino, yo lo tengo que hacer en tres horas. Es un reto.

A pesar de estas palabras, si escuchamos la experiencia del único hombre que hemos entrevistado a quien le han practicado una faloplastia, podremos ver claramente que esta cirugía conlleva riesgos nada desdeñables. Veamos el caso de Raúl, que se operó en el año 2000 en una clínica privada española:

Me hicieron la faloplastia y la histerectomía juntas. En teoría, me tenían que haber hecho los testículos, que tampoco los tengo. Pero como perdí la uretra, se me abrió el pene y perdí también el glande....Al cerrarlo perdí la uretra y dicen que, si no me pongo la uretra primero, los testículos no puedo ponérmelos porque puede dificultar a la hora de orinar.

¿Es normal lo que te pasó?

Por lo visto es bastante normal. De la gente que conozco y se ha operado, solo uno tiene la uretra bien. Bueno, más o menos bien porque bien, bien, tampoco. Tiene algún problema pero al menos puede orinar de pie. Estoy a medias, chico. Bien jodido.

¿Te arrepientes?

Arrepentirse no vale de nada. Siempre pienso que ya está hecho. A ver, la ventaja es que me puedo mirar un poco más tranquilo al espejo, y la desventaja es que tengo el mismo problema a la hora de orinar: no puedo orinar de pie e ir a un gimnasio tampoco porque no se ve muy normal, muy estético. He ganado en confianza hacia mí mismo en el sentido de poder desnudarme y decir: “Ya no tengo nada que no era mío”. Pero bueno, esta operación me la hicieron sacándome el músculo recto del abdominal y suele dar muchos problemas (...) Tengo molestias, temporadas que me molesta (la zona abdominal). Claro, está cortado desde aquí (se señala la parte inferior del pectoral), desde abajo del pecho. Entonces se me hizo una cicatriz hacia adentro, como una callosidad hacia adentro, y esto me molesta bastante. Luego, estéticamente, si haces barriga tienes plana la parte de medio ombligo para un lado, y te sale la barriga para el otro lado porque te ponen una malla hasta media barriga. Creo que la tendrían que haber puesto entera, que si te sale lo que te tenga que salir, que salga al menos por todos los lados igual. Y no de esta manera, que estás como tarado (Raúl)²⁶.

26 Han pasado casi 15 años desde que Raúl se operó, por lo que las técnicas quirúrgicas han evolucionado. Pero si bien los resultados son algo mejores que antaño y los riesgos algo menores, las cirugías

El hecho de que los hombres trans construyan su masculinidad sin recurrir a la cirugía genital por temor a los efectos post-operatorios, mientras que cada vez son más las mujeres que quieren hacerse la vaginoplastia seducidas por una técnica que, en su opinión, produce resultados aceptables, demuestra que la construcción identitaria y corporal de las personas trans está estrechamente vinculada con el avance y disponibilidad de las tecnologías médicas. Preguntadas acerca de qué harían si no pudieran hacerse la vaginoplastia, Marta, Nuria y Andrea coinciden en afirmar, más o menos seriamente, que «se suicidarían». En cambio, Dani, Marcos, Carlos y Darío (que muestran la voluntad de operarse el día que mejoren las cirugías genitales) cuentan que han aprendido a vivir con su vagina sin poner en cuestión su masculinidad.

Pero aunque estos chicos no contemplen, por el momento, la faloplastia o la metaidioplastia, existen otras cirugías que sí desean realizarse: la mastectomía (que elimina uno de los signos más visibles de la feminidad, los senos) y la histerectomía (que detiene definitivamente el principal flujo femenino, la sangre menstrual). Tras la terapia hormonal, el procedimiento más esperado por muchos hombres trans es la mastectomía. La visión directa de los senos en una playa, o la simple intuición de los mismos al observar un volumen desmedido de la zona pectoral cubierta por una camiseta, arruina de inmediato la puesta en escena de aquellos que tratan de pasar desapercibidos:

Pero el pecho es lo que antes me quiero quitar porque es lo que más se ve (...) Entonces, cuando me hagan efecto las hormonas, voy a tener el problema de tener barba, y la voz y el cuerpo de hombre, y voy a ir a la playa, me voy a quitar la camiseta y: “¡Sorpresa!” (Pedro).

Más hacia los pechos, hacia los pechos sí que era... Los genitales no es una cosa que me obsesione como me obsesionaba lo del pecho (...) Los genitales solo los tiene que ver la persona con la que me acuesto, los demás no saben lo que tengo o lo que dejo de tener, o sea, no me preocupa (Marcos).

La otra cirugía demandada por bastantes hombres trans es la histerectomía, técnica que sirve para extirpar la matriz y los ovarios. Los profesionales del Clínic y de *Trànsit* discrepan profundamente cuando son preguntados sobre la necesidad de esta cirugía. En el Clínic consideran que esta operación es indispensable porque, en su opinión, la exposición de los ovarios a dosis elevadas de testosterona puede generar problemas de salud tales como tumoraciones. Desde *Trànsit*, en cambio, creen que no es necesario extirpar órganos sanos, y que unos controles ginecológicos periódicos son una buena forma de controlar el estado del aparato reproductivo. Si al hombre le molesta tener la regla, en *Trànsit* aconsejan la

genitales masculinas siguen siendo técnicas insatisfactorias en muchos aspectos.

ablación endometrial (se extrae el revestimiento del útero), una técnica menos invasiva (pues no requiere incisiones) que la histerectomía:

Por un tema de seguridad. La mucosa uterina y los ovarios son unos tejidos muy dependientes de hormonas y el hecho de estar expuestos a niveles altos de testosterona no es lo ideal para ellos. A parte de que en cualquier interrupción del tratamiento volverían a tener la regla y eso es bastante desalentador. Además, para prevenir problemas (Profesional UTIG).

Estas operaciones pueden tener algún beneficio, pero los has de explicar: si te saco la gónada es probable que necesites menos hormonas transgénero y, por tanto, tengas menos efectos secundarios a la larga. Pero, por contra, nunca podrás tener hijos biológicos (...) Has de plantear todas las posibilidades y a partir de aquí la persona ha de decidir. Pero eso que dicen de los tumores o el cáncer, es abuso de poder (Profesional *Trànsit*).

Y si los profesionales discrepan, también lo harán los hombres trans. Aquellos que son usuarios de la UTIG defienden la histerectomía en tanto que cirugía preventiva; por su parte, los que son más críticos con el proceder de la UTIG creen que es una técnica agresiva e innecesaria. Unos y otros acaban reproduciendo el discurso de los profesionales con los que se relacionan:

Estoy en lista de espera (para la histerectomía) porque es más sano para el cuerpo. Tienes que pensar que las hormonas afectan a los óvulos y dejas de ovular y de tener la regla. Eso puede provocar problemas y por eso es mejor quitarlo. Eso lo veo bien porque te puede crear complicaciones en tu cuerpo, porque yo hace medio año que no tengo la regla, por ejemplo. Quiero ahorrarme el cáncer de útero y todo eso (Hans, usuario de la UTIG).

Creo que la histerectomía es súper agresiva con 25 años, me parece muy fuerte (...) Hay opiniones muy diversas, pero la versión del Clínic es que es absolutamente necesaria. El endocrino del Clínic me dijo que me la he de hacer. Me dijo: “No te insistiré pero vete haciendo a la idea”. Cosa que me parece muy fuerte que haya un médico que te obligue a hacerte una operación por la que tú no quieres pasar (...) Dicen que puedes llegar a desarrollar un cáncer, pero claro, me puedes ir haciendo un seguimiento cada seis meses y, si llego a desarrollar un cáncer, ya lo sacaremos (Marc, actual usuario de la UTIG pero muy cercano a *Trànsit*).

Sin ánimo ni competencias para entrar en debates de índole médica, nos limitaremos a reflexionar en clave de género. La histerectomía elimina definitivamente la menstruación y la capacidad de procrear, símbolos inequívocos de la feminidad. Si además tenemos en cuenta que, si se detiene el tratamiento con testosterona, el hombre trans con la matriz y los ovarios intactos puede recuperar la función reproductora y quedarse embarazado (y ya existen antecedentes al respecto), la histerectomía aparece ante nosotros como un

mecanismo para evitar la aparición de uno de los fenómenos de variancia de género más transgresores: el hombre gestante.

Antes de dar por concluido el presente capítulo, reflexionemos acerca de la insistencia de la biomedicina en presentar las cirugías de reasignación sexual como la etapa final del itinerario terapéutico de las personas trans. Tal y como observaremos con más detalle en el siguiente capítulo, la clase médica concibe la cirugía genital como el último estadio de una suerte de rito de paso medicalizado con el que la persona adquiriría un nuevo –y normalizado– estatus de género. Veremos que la integración en el orden sexogénico mediante tecnologías de modificación corporal constituye muy a menudo una falsa promesa. Pero lo que aquí nos interesa destacar es que el itinerario terapéutico de estas personas no acaba cuando salen del quirófano. Es cierto que muchas de ellas, una vez han modificado su cuerpo con hormonas y cirugías, pueden “pasar por” un hombre o una mujer normales. Pero no lo es menos que siempre tendrán que vigilar su puesta en escena, (re)adecuar su apariencia y prevenir determinadas situaciones si no desean ser “descubiertas”. Si a ello le añadimos que el tratamiento hormonal es de por vida²⁷, podemos afirmar que el itinerario terapéutico de estas personas no tiene fin.

Coincidimos plenamente con Garfinkel (2006 [1968]) y Kessler y McKenna (1985) cuando afirman que el estudio de las personas trans es una muy buena manera de observar las estrategias que utilizamos todos para adquirir una identidad de género socialmente reconocida en la interacción social cotidiana. Sin duda alguna, estas estrategias han de ser mucho más elaboradas en aquellos casos en los que se puede dudar de la normalidad de la persona. Por lo que, si bien hombres y mujeres cis acostumbramos a realizar rutinaria e irreflexivamente nuestra puesta en escena, las personas trans han de planificarlo todo concienzudamente. Asimismo, el abordaje de los itinerarios terapéuticos de las personas trans nos permite advertir que el género es más un hacer que un poseer. Y aquí sintonizamos con Butler (2007 [1999]) y su idea de la «performatividad»: esos actos, palabras y gestos repetitivos y regulados que acaban creando el efecto de una identidad esencial y fundadora. Muchas personas trans defienden la idea de una identidad innata, pero de sus palabras se desprende que dicha identidad ha de performarse continuamente por medios corpóreos y discursivos:

Para experimentar la masculinidad creo que es necesario cambiar el cuerpo, porque yo lo he empezado a sentir desde que he masculinizado mi cuerpo. Antes te sientes hombre pero no... porque claro, un cuerpo femenino no es lo mismo que un cuerpo masculino, entonces creo que hay que cambiarlo para poder sentirlo (Darío).

27 Aunque si la persona se ha sometido a la cirugía genital, y a medida que se va haciendo mayor, las dosis disminuyen considerablemente.

CAPÍTULO 3

Los dos paradigmas de lo trans: la transexualidad y el transgenerismo

L'enfer, c'est les autres.

(Jean-Paul Sartre, 1944)

En las sociedades occidentales existen dos paradigmas encontrados desde los que se ha conceptualizado el fenómeno trans: el de la transexualidad y el del transgenerismo. Como hemos visto en reiteradas ocasiones, la transexualidad es un concepto *etic*, creado por la biomedicina, con el que se legitima el empleo de herramientas diagnósticas y tecnologías hormono-quirúrgicas sobre aquellas personas que rechazan el género asignado. El proceso medicalizador tiene como objetivo la corrección de lo que se concibe como una discordancia entre la identidad de género y el cuerpo de la persona, para que ésta pueda encarnar a uno de los dos géneros socialmente disponibles. Por el contrario, el transgenerismo es un concepto *emic*, desarrollado por las propias personas trans, para desvincularse de la gestión biomédica de sus cuerpos y subjetividades. Desde el transgenerismo se cuestionan los postulados de nuestro sistema de sexo/género y se exploran formas de experiencia y visibilidad que trascienden los dualismos.

En el presente capítulo revisaremos el andamiaje que sustenta a cada paradigma. Veremos modos distintos de pensar lo trans y la identidad individual y colectiva, formas distintas de posicionarse ante los códigos sexogénicos. Es importante destacar que la transexualidad y el transgenerismo son aquí concebidos como tipos ideales weberianos, esto es, como la abstracción ideal de aquello que en la realidad acontece como mera tendencia. Estos tipos ideales constituyen otro instrumento de análisis para ordenar experiencias y prácticas sociales que son diversas y complejas. En consecuencia, será difícil encontrar a una persona trans que se ajuste estrictamente a los parámetros que conforman un paradigma. Lo más común es que sus vidas se sitúen en algún lugar comprendido entre los dos polos, pudiendo moverse entre ellos en función de múltiples factores.

3.1. El paradigma de la transexualidad: lo trans como un rito de paso

La antropología nos ofrece una herramienta conceptual idónea para entender el modo en que la clase médica y algunas personas trans conciben la transexualidad: los ritos de paso. Para Arnold van Gennep (1986 [1909]), el rito de paso cumple la función social de escenificar simbólicamente la transición entre dos estados fijos, estables y culturalmente reconocidos. De este modo, la transexualidad o, mejor dicho, el proceso transexualizador aparece como un rito de paso mediante el cual la persona pasa de un lugar a otro en el sistema binario de género. El objetivo de las personas que defienden esta visión es lograr la aceptación social representando la normalidad genérica:

Mi meta es llegar a ser una mujer normal y que la sociedad me acepte (...) Transexual lo eres porque estás pasando por una transición de hombre a mujer. Entonces eres transexual durante el cambio. Cuando has reasignado tu sexo, ya eres mujer (Andrea).

Porque la transexualidad la entiendo como un proceso que yo tengo que pasar. O sea, es un proceso de cambio de sexo, es como un camino (...) La transexualidad es el proceso que yo estoy haciendo, porque luego acabaré siendo un hombre (Dani).

Van Gennep divide los ritos de paso en tres fases: los ritos de separación (preliminares), de margen (liminares) y de agregación (postliminares). Con los ritos de separación el individuo se aleja del viejo mundo, de su anterior posición o estatus; los de transición son los ritos efectuados cuando el individuo se encuentra en el margen, entre dos mundos, y ayudan a prepararse para la posterior reincorporación a la estructura social; finalmente, los ritos de agregación sancionan la integración al nuevo mundo, la obtención de un nuevo estatus.

En el caso de las personas trans, no existe un rito de separación generalizado y claramente delimitado. El recurso al travestismo esporádico y a escondidas podría entenderse como una primera tentativa de separarse del género de asignación. En otras ocasiones, la huída del hogar familiar para iniciar la transformación constituye la escenificación ritual del abandono del viejo mundo. Y en el caso de aquellas personas que acuden a una UTIG, el proceso diagnóstico que han de seguir para demostrar que pertenecen a un género que no les corresponde es el rito preliminar que da acceso al tratamiento.

El proceso terapéutico de modificación corporal coincide plenamente con el concepto de «rito de margen o liminar». Una vez han decidido abandonar su género de asignación, las personas efectúan una serie de cambios corporales a modo de preparación para la obtención de un nuevo estatus. Es ésta la etapa más esperada y a la vez temida por las personas trans. Siguiendo el trabajo de van Gennep, Victor Turner (2008 [1980])

recuerda que los individuos liminares se encuentran en una posición interestructural, son seres ambiguos y paradójicos que confunden las categorías habituales (en nuestro caso, las categorías de género). Mary Douglas (2007 [1966]) añade que, en tanto que inclasificables, pues no son ni una cosa ni la otra o, tal vez, ambas cosas al mismo tiempo, los seres transicionales son considerados como particularmente peligrosos, contaminantes, por lo que son objeto de una atención especial (de ahí la supervisión médica del proceso de transformación corporal). No hay mejores conceptos que los de «liminaridad» y «contaminación» para entender la zozobra causada al observar el aspecto andrógino de aquellas personas que se encuentran en las primeras fases de su itinerario terapéutico:

¿Cómo crees que la sociedad te percibe actualmente?

Con dolor de ojos. A mí tampoco me gusta porque no me siento una travesti (...) Estoy intentando aparentar un género para que mi entorno me trate como yo me siento. Pero es innegable que tengo un cuerpo de hombre y eso lo ve todo el mundo. Soy consciente que mi aspecto provoca dolor de ojos (Sara).

Más adelante voy a parecer un bicho raro porque voy a tener pechos y voy a estar hormonado (Toni).

Anne Bolin (1988) analiza la transexualidad apoyándose en la teoría de los ritos de paso y el interaccionismo simbólico. En su estudio, la autora recuerda que la identidad personal está estrechamente relacionada con la identidad social, puesto que la autopercepción está en parte determinada por la mirada de los otros: «en cierta medida, nos vemos a nosotros mismos tal y como los otros nos ven» (Bolin, 1988: 70). Es por ello que, por mucho que las personas trans afirmen haber sentido desde siempre que pertenecen al género que desean representar, saben perfectamente que su identidad no podrá consolidarse hasta que no obtengan el reconocimiento de los demás. Y esto se consigue con una corporeización adecuada del género:

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

Cuando era joven tenía la esperanza de convertirme en una mujer normal. Pero ha pasado el tiempo y, cuando me miro al espejo, veo que no lo he conseguido y me doy cuenta de que nadie se va a creer eso (...) No puedo esconderlo y lo acepto: soy una mujer transexual (Rosa).

Desde sus inicios, la clase médica ha presentado la cirugía de reasignación genital como la última fase del proceso transexualizador. La operación ha sido concebida como

el ritual de agregación necesario para adquirir legítimamente un nuevo estatus de género. Si recurrimos a la terminología de van Gennep, la puerta del quirófano es el «umbral simbólico», la frontera sagrada cuyo traspaso conlleva la incorporación a un nuevo mundo: «Creo que el transexual lo es durante las dos horas y media de mi operación. Ya está. A partir de ahí, deja de serlo. Ni lo fue, y ya no lo es» (Cirujano clínica privada). Con todo, para convertirse en un hombre o una mujer de pleno derecho todavía falta un último rito postliminar, a saber, el cambio de sexo en todos los documentos y registros oficiales. A este respecto, Carlos tiene bien claro cuándo empieza y acaba el rito de paso transexual:

La transexualidad es el proceso que haces de cambio. Desde que empiezas, con el hormonarte o la primera operación, hasta que ya te dan tu DNI con tu nombre y tu sexo cambiado. Es el proceso, simplemente es el proceso. No es serlo para toda la vida porque solo hay hombres y mujeres, no hay hombres intermedios. En el DNI es hombre o mujer. Como la ley establece un proceso de adaptación de dos años para cambiarte toda la documentación, este tiempo de proceso de dos años es lo que se llamaría “transexualidad”.

Como vemos, tanto para la clase médica como para muchas de estas personas, la transexualidad no es un fin en sí mismo, sino un proceso para pasar de un género a otro. Esta visión procesual se refleja en los términos empleados para referirse a aquellos que están siguiendo la terapia de modificación corporal: para un profesional de la UTIG, «son personas *en transición*»; mientras que Nuria afirma que «actualmente estoy *transicionando*». En ningún caso se contempla la posibilidad de quedarse a medio camino:

A mí eso de “en tierra de nadie” no me gusta. A ver, hay dos géneros, y yo en medio no voy a estar. Voy a estar en el lado de la mujer, o en el otro. Aunque haya un periodo de tiempo que, por “x” razones, tengas que estar en medio. No voy a estar en medio siempre, a mí no me gusta eso. Sé que hay gente que se queda así, y me alegro de que puedan porque las operaciones no son nada bonitas (Toni).

El paso por un proceso liminar modifica la más íntima naturaleza del sujeto, ya que «no se trata de una mera adquisición de conocimientos, sino de un cambio ontológico» (Turner, 2008 [1980]: 113). Es por ello que la metáfora del renacimiento acostumbra a ser recurrente cuando uno aborda la finalización del rito de paso. En una jornada organizada por la *Associació de Mares i Pares de Gays, Lesbianes, Bisexuals i Transsexuals* (AMPGIL), la madre de un chico trans explicaba cómo afrontaba la transformación de su hijo: «Has de hacer un duelo para superar la angustia de cerrar un episodio. Un duelo para despedirte de Clara y poder dar la bienvenida a Andrés. Es como si me hubiera nacido un nuevo hijo». Para las personas trans, este cambio ontológico ha de implicar un cambio en el modo de referirse a ellas. Y es que tan solo aceptan que se las denomine «transexuales» mientras se

encuentran inmersas en el proceso de transformación corporal. Tras la finalización del mismo habrán adquirido un nuevo estatus:

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

En su estudio sobre el estigma, Goffman (2006 [1963]) distingue entre sujetos «desacreditados» y «desacreditables». Los primeros han de enfrentarse al oprobio y al rechazo social por presentar un atributo negativo que es conocido por los demás, mientras que los segundos han de manejar cuidadosamente la información que transmiten en la interacción social si quieren seguir ocultando un estigma que, de hacerse visible, los convertiría de inmediato en sujetos desacreditados. Mientras que el desacreditado debe manejar tensiones, el desacreditable debe manejar informaciones. Siguiendo esta tipología, podemos afirmar que las personas transexuales que aspiran a “pasar por” un hombre o una mujer normales tratan por todos los medios de evitar ser desacreditadas. Estas personas son conscientes de que, si bien el tratamiento de modificación corporal permite la obtención de una morfología cercana a los estándares normativos, siempre serán sujetos desacreditables porque nunca podrán borrar totalmente las huellas que delatan que están representando un género distinto de aquel que se les atribuyó en el momento de nacer. Siempre existirán pruebas delatorias de carácter biográfico (como una fotografía de la infancia), morfológico (la nuez de Adán, las manos o la corpulencia en el caso de las mujeres trans) o biológico (las gónadas, los cromosomas o la incapacidad de procrear de acuerdo al género con el que se identifican).

En el capítulo anterior vimos las múltiples estrategias puestas en marcha por estas personas para ubicarse en la normalidad genérica y evitar que se descubra que han pasado por un proceso transexualizador: modifican su apariencia, adaptan su forma de hablar y su tono de voz, vigilan su lenguaje corporal y su expresividad, se cambian el nombre y el sexo en todos sus documentos, etc. A ello debemos añadirle otras prácticas de encubrimiento, como no pagar nunca con tarjeta de crédito (para no tener que mostrar el DNI si todavía no se ha accedido a la rectificación registral), destruir las fotos antiguas o trasladarse a vivir a otro lugar para garantizarse el anonimato:

Claro, aquí también estás en un barrio que te conocen desde que has nacido y mis amigos siempre me han dicho: “Una vez te operes, vete lejos, empieza tu vida donde nadie te conozca, que nadie pueda decir que ella antes era él”. Creo que tienen razón. Imagínate que yo, cuando me opere, me voy a vivir a Mataró o a Martorell, o en cualquier otro lado, que empiezo mi vida y no tengo que dar explicaciones a nadie... ¡Qué gustazo! (Pilar).

Y yo recuerdo que le dije que yo no lo soportaba, que si por mí fuera todas las fotos que hay en casa de mi padre de cuando yo era pequeña, fuera. Y lo tengo clarísimo: si un día mi padre fallece o algo, en ese piso las fotos se van fuera. No quiero recordarlo. Me duele llegar a casa y ver en el comedor o en la pared aún fotos, eso creo que es lo único que me molesta o me duele, o que vengan amigos a casa y que digan: “¡Hala!” (Irene).

Bastantes de las personas entrevistadas comparten ese deseo de romper completamente con el pasado. Buena prueba de ello es que durante las entrevistas algunas de ellas evitan en todo momento hacer referencia a su nombre de nacimiento. En su lugar, emplean circunloquios tales como «mi nombre de chica» (Dani), «mi nombre de cuando era chico» (Bego) o «mi nombre de antes» (Marcos). Con todo, que el bienestar de estas personas dependa en gran medida de la ruptura con el pasado y de su inserción normalizada en el sistema de género conlleva importantes riesgos. Como bien explica Esther Núñez (2001), la medicina ofrece a estas personas una falsa promesa: promete convertirlas en mujeres y hombres normales, pero con frecuencia solo las transforma en transexuales. El siguiente testimonio extraído de un foro de internet, contundente y desgarrador, muestra a la perfección el profundo desánimo que puede embargar a aquel que desea con todas sus fuerzas pasar desapercibido y acaba siendo descubierto:

Asunto: Me rindo

Estoy en una etapa de mi vida en la que no puedo aguantar más. Me siento un monstruo (...) Siento que todo lo que me he esforzado en conseguir mi sueño ha sido en vano. Siempre se me notará que soy un travelo, un monstruo, un engendro que la gente mirará mal. He luchado con lágrimas, sudor y sangre, simplemente para verme como yo misma, pero veo que ese sueño nunca llegará a cumplirse, y que solo será una cruel pesadilla de lágrimas envueltas en tristeza y odio hacia mí misma, hacia este mundo y hacia todo. Sólo quiero ser una chica NORMAL, nada más, ni destacar, ni estar por debajo. Pero no sé qué más hacer para conseguirlo, he agotado todas mis fuerzas. Y ahora solo un pensamiento pasa sobre mi cabeza: la idea de caer en un profundo sueño y no despertar nunca más. Hoy me han dicho unas palabras que me han dolido mucho, tales como mi altura inusual, mi nuez de Adán, mis facciones angulosas y mi poco pecho. No es tan complicado llegar a la conclusión de que soy lo que soy: un monstruo incapaz de cortar todo de raíz.

3.2. El paradigma del transgenerismo: lo trans como un fin en sí mismo

Si en el paradigma de la transexualidad lo trans es visto como un proceso para llegar a un fin (representar la normalidad genérica), para el transgenerismo es un fin en sí mismo, un espacio desde el que cuestionar la naturalización y genitalización del género. El transgenerismo abraza a una multiplicidad de subjetividades y cuerpos que se desmarcan del

tratamiento biomédico canónico y se decantan por la mezcla de caracteres sexogenéricos: conservan sus genitales y algunos de sus caracteres secundarios, aunque eventualmente pueden recurrir a algunas cirugías y a la hormonación, que tiende a realizarse sin seguir las directrices médicas. Lo trans es aquí entendido como un rechazo de la lógica binaria y una apuesta por la confusión de las categorías habituales:

Es que no tengo ningún problema en afirmar que soy un tío, ni tampoco ningún problema en afirmar que soy una mujer. Juego con esta ambigüedad. Pero si tenemos que ponernos serios, pues sí, soy una mujer. Pero me siento una mujer-hombre, un hombre-mujer (...) Tengo unos problemas tan graves con eso...porque la gente no lo entiende, porque es muy cuadrículada, no hay elasticidad (Cati).

No me gusta para nada definirme, pero si me lo preguntas te diré que me defino como una mujer entre comillas (...) E íntimamente, sexualmente, me considero un híbrido. Tengo una identidad femenina y un cuerpo que mezcla las dos cosas: híbrido, mujer con pene, llámalo como quieras (Mónica).

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

Desde el paradigma de la transexualidad se concibe la identidad como algo innato, estático, algo dado de una vez por todas. 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)construirse constantemente. Desde este paradigma no se persigue una identidad estable ni un cuerpo estandarizado, sino la labilidad identitaria y corporal.

El reconocimiento del carácter biográfico y contextual de la identidad lleva al transgenerismo a problematizar las categorías identitarias hegemónicas, desvelando su poder normalizador y constringente. Ahora bien, este paradigma ha de hacer frente a la eterna ambivalencia de las identidades: limitan nuestro campo experiencial pero nos ofrecen estabilidad; y cuando se refieren a un sujeto colectivo, hacen posible la lucha política y la reivindicación de derechos. El transgenerismo puede deconstruir las identidades existentes e incluso declararse postidentitario, pero no puede olvidar que, a veces, es necesaria cierta configuración identitaria para la solidaridad endogrupal y la visibilidad social:

Entonces, lo trans es como un movimiento identitario muy necesario por la reivindicación de derechos en un contexto en el que, desde otros ámbitos, como el teórico o el artístico, estamos empezando a barajar teorías postidentitarias. Entonces, claro, filosóficamente estamos en la postidentidad. Pero, de alguna manera, por el sistema económico y político, todavía estamos en

una fase en la que hace falta un movimiento identitario para conseguir derechos. Pues aquí se ha juntado un buen pitote. Además, supongo que este pitote, que es una opresión sobre nosotros, hace que entre las personas trans haya conflictos porque algunas pues tenemos una manera de pensar más hiperidentitaria, otra gente tiene una manera de pensar más postidentitaria, y entonces pues hemos entrado un poco en conflicto. Es un conflicto teórico pero que se da (Pere).

De entre las personas que gravitan en la órbita del transgenerismo pueden distinguirse dos perfiles (siempre a efectos analíticos y siguiendo el modelo de los tipos ideales). Por un lado, están las personas fuertemente politizadas, organizadas y con un elevado capital cultural, lo que les permite estar en contacto permanente con las corrientes filosóficas y artísticas del momento. Es dentro de este grupo donde se produce el trabajo intelectual y político de contestación del orden sexogénico y se configuran los principios organizativos del paradigma transgenerista. Por otro lado, están aquellas personas que ponen en cuestión las dicotomías no tanto desde la constante reflexión crítica, sino desde su corporalidad y sus prácticas sociales. Pensemos, por ejemplo, en aquellas trans, trabajadoras de las calles, que combinan una feminidad exagerada con una sexualidad fálica y activa, y que son ajenas a las teorías y movimientos contestatarios. Como recuerda Mejía (2006), el concepto «transgénero» procede de las élites culturales del mundo anglosajón, por lo que estas personas, o bien lo desconocen, o bien recelan de su procedencia y no lo utilizan. En su lugar, incorporan con orgullo la clásica etiqueta «transexual» (o «travesti» en el caso de algunas latinoamericanas), aunque la resignifican de acuerdo a unos parámetros que podemos asociar al transgenerismo:

¿Te molesta que te llamen “transexual”?

No, al contrario. A mí me encanta porque yo me acepto. Soy una transexual (...) Es que yo soy más que una mujer, yo soy más que un hombre: soy una transexual (...) Me reconozco toda la delicadeza de una mujer y también toda la brutalidad y agresividad de un hombre (Adriana)¹.

Una cuestión relevante consiste en determinar si los proyectos subjetivos y corporales del transgenerismo son potencialmente transgresores, o son simplemente otro producto más de las relaciones de poder y las jerarquías sociales. Para reflexionar sobre

1 Como bien sugiere Vartabedian (2012) a propósito de las travestis brasileñas, en estos casos no podríamos hablar de una identidad transicional o liminal (como sería característico del transgenerismo), puesto que estas personas tienen una identidad de género definida y consolidada (transexual o travesti). Se es consciente de que la inclusión de estas mujeres dentro del paradigma del transgenerismo puede resultar problemática por varios motivos: presentan una identidad definida, no tienen voluntad ni consciencia de subversión, tienden a desconocer la crítica teórica, etc. Con todo, se ha decidido situarlas en este paradigma (aunque destacando su especificidad) porque, indudablemente, tanto sus cuerpos como sus identidades no se ajustan a la dicotomía hombre/mujer, y tampoco existe el deseo de “pasar por” una mujer normal, como sería el caso de las personas cercanas al paradigma de la transexualidad.

ello, seguiremos manteniendo los dos perfiles esbozados hace un momento, puesto que las opiniones sobre el tema varían de un caso a otro: el de los y las trans con subjetividades y cuerpos elaborados desde la reflexión política e intelectual, y el de aquellas trans (porque en general son mujeres) alejadas de las vanguardias y sin voluntad ni consciencia alguna de estar transgrediendo el ordenamiento sexogenérico, por lo que son otros (investigadores sociales, activistas, artistas, etc.) quienes les atribuyen esa supuesta fuerza subversiva.

Empecemos por estas últimas. Ya hemos visto que son personas que reproducen hasta la desmedida el ideal estético femenino: grandes pechos, labios carnosos, nalgas y caderas prominentes por efecto de las inyecciones de silicona. Pero, además, todas ellas conservan su pene y lo utilizan activamente durante sus relaciones sexuales, tanto con hombres, mujeres u otras trans. Y para mantener esta sexualidad activa resulta necesario suspender temporal o permanentemente el tratamiento hormonal feminizante, por lo que a menudo se acentúan algunos caracteres secundarios masculinos, como el vello facial. A ello debemos añadirle que la puesta en escena de estas “mujeres” no se rige en absoluto por el «miedo al descontrol» y el «miedo al placer», que en opinión de Esteban (2004) son características básicas de la mujer occidental. Mi experiencia en París me reveló a unas personas que se vanaglorian de una sexualidad predadora y voraz, adoptan una actitud provocadora² y se reapropian de vocablos homo/transfóbicos para referirse a sus pares de un modo jocoso, tales como «maricón» y «Manolo»³ (en el caso de las hispanohablantes) o «pédé»⁴ (entre las francófonas).

Estamos, pues, ante personas con cuerpos, maneras y prácticas difícilmente entendibles si aplicamos nuestros mecanismos de inteligibilidad: no son hombres, pero tampoco exactamente mujeres. Ante estas personas, «nuestras percepciones habituales y serias fallan» (Butler, 2007 [1999]: 27) porque la atribución de género basada en los genitales culturales se torna poco fiable. Además, desde un prisma butleriano, podemos entender la feminidad hiperbólica de estas mujeres, sus formas de vestir provocativas y sus cuerpos exuberantes, como una repetición paródica e infiel (pues la realiza alguien con un pene entre las piernas) del modelo ideal de feminidad, lo que nos ayuda entender el carácter no natural e imitativo del género⁵.

2 Esta actitud desenvuelta y provocadora pude experimentarla en primera persona cuando participé en el programa de prevención móvil de ETS. Algunas de las trans que subían al minibús de la asociación se divertían tocándome el culo cuando les daba la espalda y viendo cómo me ruborizaba cuando me hacían proposiciones sexuales o preguntas malintencionadas acerca de mi sexualidad.

3 Término peyorativo que, en nuestro país, sirve para referirse a mujeres trans y travestis.

4 En lengua francesa, «pédé» es un término peyorativo para referirse al hombre homosexual. Etimológicamente, la palabra es una apócope de «pédéraste».

5 Butler realiza esta lectura a propósito de las *performances drag* del documental *Paris is Burning*.

Aún así, tampoco faltan los argumentos que dudan de la capacidad transgresora de estas personas. Tras las críticas recibidas, Butler (2002) matiza su punto de vista y reconoce que la imitación paródica de los estereotipos de género no conlleva, *per se*, el cuestionamiento de dichos estereotipos. Las objeciones de algunas feministas van incluso más allá y acusan a las mujeres trans de reproducir un ideal de feminidad que las mujeres cis tratan de socavar. Recordemos la tesis de Raymond (1994 [1979]), para quien la transexualidad femenina es un artefacto creado por los hombres con el fin de entorpecer los esfuerzos del movimiento feminista para acabar con la opresión de género.

Ante la disyuntiva de si estas mujeres trans subvierten o refuerzan el arquetipo femenino, creemos que difícilmente pueden hacer alguna de las dos cosas. Hemos de tener en cuenta que estas mujeres, antes que revolucionarias o conservadoras, son «seres abyectos», personas que no se ajustan a las categorías de género reconocidas socialmente y que, por tanto, no tienen una existencia legítima: «Lo abyecto designa (...) aquellas zonas “invisibles”, “inhabitables” de la vida social que, sin embargo, están densamente pobladas por quienes no gozan de la jerarquía de los sujetos, pero cuya condición de vivir bajo el signo de lo “invivable” es necesaria para circunscribir la esfera de los sujetos» (Butler, 2002: 19-20). Por tanto, se hace bastante difícil que estas trans puedan subvertir el sistema de sexo/género (que, por lo demás, está sólidamente anclado) o entorpecer las luchas feministas desde un espacio de exclusión. Dicho de otro modo: «la percepción social de los transexuales como “bichos raros” neutraliza su potencial desestabilización de las categorías de la matriz» (Soley-Beltran, 2009: 409), así como su potencial reforzamiento.

Por otra parte, la agresividad sexual y la puesta en escena desafiante y desvergonzada de estas mujeres, caracteres impropios de la “buena mujer”, pueden interpretarse de diferentes modos. Podemos utilizar el análisis efectuado por Nanda (2003) del comportamiento descarado y el lenguaje injurioso utilizado por los *hijras* indios: esta forma de obrar libre de ataduras es propia de alguien que es plenamente consciente de estar al margen de las normas sociales de género. También es válida la lectura que realiza Guasch (2013) del afeminamiento extrovertido, el humor y la ironía que caracterizaron a la figura de «la loca» durante el Franquismo. En este caso, los ademanes histriónicos y la lengua viperina de las trans deben entenderse como una forma de adaptarse a un entorno hostil, «de gestionar en su vida cotidiana la probabilidad del desprecio y la injuria» (Guasch, 2013:14). En fin, podemos recurrir a la reflexión que efectúa Didier Eribon a propósito de la capacidad transgresora de Genet y Bataille: mientras que este último, que se sitúa en el espacio de la normalidad socio-sexual, tiene la capacidad de decidir cuándo y cómo transgrede el sistema normativo, Genet no puede elegir, ya que está fuera de las normas y, por tanto, no puede transgredirlas. La única solución que le queda al autor del *Journal du voleur* es «transformar en orgullo, en principio de vida, lo que debería haber sentido como vergüenza» (Eribon; en

Coll-Planas, 2010a: 117). Del mismo modo que Genet reivindica como suyos prejuicios homófobos como el afeminamiento, la peligrosidad y la promiscuidad, las trans harían suyos los prejuicios transfobos de la depravación y la perversidad.

Exploremos ahora las principales objeciones al poder subversivo de los y las trans con conciencia política y bagaje intelectual. Ya hemos visto que la construcción subjetiva y corporal de estas personas se inscribe en un proyecto ideológico de cuestionamiento frontal de los postulados que conforman nuestro universo sexogenérico: los pares de opuestos (hetero/homo, hombre/mujer, masculino/femenino), la norma heterosexual, la noción esencial y genitalizada de la identidad, etc. Tanto el transgenerismo como el movimiento *queer*, estrechamente relacionados, intentan «crear una dimensión vital e intelectual tan subversiva y transgresora como rebelde, orgullosa y reivindicativa» (Mérida-Jiménez, 2002: 20).

Preguntados por este espíritu irreductible, algunos de nuestros informantes nos han advertido que en algunos sectores del movimiento transgenerista/*queer* se ha instalado lo que el artista intersex Del LaGrace Volcano denomina «queernormatividad», a saber, un «imperativo transgresor que crea nuevas jerarquías dependiendo de si eres más o menos *queer* o más o menos fluido» (en Soley-Beltrán, 2012: 92). Así pues, la vigilancia de autenticidad se produce, en mayor o menor medida, en los dos polos del espectro trans: algunos de los que persiguen la normalización reprenden a aquellos que ni siguen el tratamiento hegemónico ni quieren ajustarse a los estándares de género; algunos de los que están enfrascados en la lucha contestataria ven como una capitulación ante el orden establecido cualquier desviación de los preceptos revolucionarios y cualquier acercamiento a los códigos normativos.

Otra de las críticas destaca la frivolidad de «ciertas élites universitarias y artísticas» (Carlos) vinculadas con esta corriente trans/*queer*. Se argumenta que están presentado el género como una mera *performance*, como algo que es completamente maleable y que se puede reconfigurar o elegir a voluntad. Tras escribir *El género en disputa*, Butler fue situada en el ojo del huracán por creerse que su teoría de la performatividad reflejaba esta concepción voluntarista del género⁶. En nuestro país, las miradas se centran en una de las caras más visibles del universo *queer*: Beatriz Preciado. Especialmente controvertida fue su obra *Testo Yonki* (2008), escrita tras seguir «un protocolo de intoxicación voluntaria a base

6 En una de sus múltiples justificaciones ante lo que considera un error de interpretación (debido a la confusión entre performatividad y *performance*), Butler (1993: 63-64) afirma que «el malentendido sobre la performatividad del género es el siguiente: que el género es una elección, un rol, o una construcción que uno se enfunda al igual que se viste cada mañana. Se asume, por lo tanto, que hay “alguien” que precede a este género, alguien que va al guardarropa del género y deliberadamente decide qué género va a ser ese día. Ésta es una explicación voluntarista del género sexual que presupone un sujeto intacto previo a la asunción del género. El significado de la performatividad del género que yo quería transmitir es bastante diferente».

de testosterona sintética» (Preciado, 2008: 15), y que puede entenderse como «un manual de bioterrorismo de género a escala molecular» (Ibídem.:16). Para algunos/as trans este experimento constituye una banalización del tratamiento hormonal, puesto que obvia los efectos secundarios para la salud de unas sustancias que para muchas personas no son una herramienta transgresora con la que usurpar la química masculina, sino una necesidad vital. Y es que si bien la maleabilidad genérica puede entenderse como metáfora y ser objeto de *performances* realizadas en espacios generodisidentes y centros de arte contemporáneo, poco tiene que ver con la vida cotidiana de personas que tratan de ser y de existir en entornos transfóbicos:

Me parecen teorías interesantes (las teorías *queer*), pero de aquí a la práctica, vivir el día a día, no sé hasta qué punto se puede aplicar (...) No sé, me gusta leerlas, pero la teoría, a veces, cuando pasas a la práctica, no acaba de cuajar. La Beatriz Preciado habla desde una cierta posición, desde una cierta burbuja, desde un cierto bienestar que no es la realidad (...) Yo sé que he vivido el proceso que he vivido por la situación en la que me he desarrollado, por la burbuja desde donde pude construir mi identidad, por el hecho de ser universitario... Hay una cuestión de clase que me ha hecho desarrollarme y crecer de una determinada forma. El transgenerismo occidental tiene un componente de clase (Marc).

No podemos olvidar que el género conforma un sistema normativo con sanciones previstas para todo aquel que no se ajusta a lo establecido. Las personas trans saben mejor que nadie que vulnerar los códigos sexogenéricos tiene un coste y que se necesitan herramientas para poder afrontarlo. En el apartado anterior, Cati nos contaba que la experiencia vital y la confianza en uno mismo son muy importantes para decidir enfrentarse a determinadas situaciones, como salir de casa sin maquillar y con una barba incipiente. Otras personas opinan que, a parte de estos recursos personales, es fundamental contar con una red social de seguridad (como la que ofrecen las asociaciones), cosa que no todas las personas tienen:

Y claro, igual me permiten (las asociaciones trans) enfrentarme de otra manera, es decir, igual esa fuerza colectiva hace que sienta una seguridad de poder enfrentarme y poder tomar una actitud desafiante, pero a la vez positiva. No se trata todo el rato de ser desafiante sino considerarse, dignificarse (Pere).

Yo voy a la playa con un bañador de tío y que la gente mire (no se ha sometido a la mastectomía). Es un paso que haces con gente concreta (...) Tengo una red de seguridad: gente que, por mucho que me vean los pechos, no dejarán nunca de tratarme como me trataban (...) Hay gente que te mira, que te insulta, que te dice “¡bicho raro!”. Intento ir a playas nudistas, playas gays (...) Lo importante es ir con gente con la que te sientas cómodo, que sepas que si pasa cualquier cosa estarán detrás de ti y te ayudarán. Esto da mucha seguridad (Marc).

Y a pesar de contar con recursos personales y sociales, estas personas reconocen las dificultades para conciliar una ideología de género subversiva con la vida cotidiana. Si los más cercanos al paradigma de la transexualidad tienen como reto principal lograr la invisibilidad social, esto es, borrar su paso por un proceso transexualizador y “pasar por” alguien normal, aquellas personas que entrarían en la órbita transgenerista se enfrentan justamente al problema contrario: ser visibles socialmente. El género es un entramado de códigos que «establecen el campo ontológico en el que se puede atribuir a los cuerpos expresión legítima» (Butler, 2007 [1999]: 29), es decir, los individuos devienen inteligibles si se ajustan a una de las dos categorías de género disponibles. Aquellos que encarnan la ambigüedad e introducen la discontinuidad en la tríada «morfología corporal/ identidad de género/orientación sexual», caen en el terreno de lo abyecto y se deshumanizan. Las personas transgeneristas defienden la importancia de seguir luchando para lograr otras formas de pensar el género, y para ello están dispuestas a exponer sus cuerpos en el campo de batalla. Sin embargo, la lucha desgasta y tiene sus límites. Todos sentimos la necesidad de ser inteligibles en la interacción social, de lograr cierto reconocimiento por parte de nuestros interlocutores, y estas personas no son una excepción. En este sentido, admiten que resulta extremadamente complicado y costoso subvertir el género constantemente, por lo que, a veces, han de tomar decisiones en contra de sus convicciones ideológicas:

Esto es una movida. A ver, yo me puedo permitir vivir como artista hasta un límite y luego en la vida diaria me puedo permitir también vivir hasta un límite. Si voy por la vida de “*transgender*”⁷, en un momento dado la gente va a pensar que estoy chalado, y está guay pero... (...) Es decir, “*transgender*” es un ente que es muy interesante para trabajar artísticamente, pero no paga las facturas (Pere).

Yo tomo hormonas pero me gustaría no tener que tomarlas, me gustaría no tener que estar pendiente de las hormonas, y a veces las he dejado pero, pero he vuelto porque me cuesta vivir sin las hormonas. Me ralla que la gente pueda dudar de si soy una chica. Y todo mi esquema teórico: “Qué más da, en el fondo no somos ni hombres ni mujeres, teoría queer”, ¿de qué me ha servido? Para nada, no te sirve para nada la teoría queer. O sea, tú cuando vas por la calle y te tratan en femenino pillas una rallada del mil. No dices: total, es una construcción social, no. Y es una putada, porque quieres escapar de esto pero no puedes (en Coll-Planas, 2010a: 217).

7 En lugar de «*transgender*», Pere menciona el alias que utiliza en sus actividades artísticas y políticas. Para preservar su anonimato, se ha utilizado «*transgender*» a modo de sinónimo.

3.3. Transexualidad vs. transgenerismo. ¿Paradigmas irreconciliables?

Acabamos de analizar los dos grandes paradigmas desde los que se concibe lo trans. Estos han sido presentados como tipos ideales, como meras abstracciones de difícil personificación. Sin embargo, la mayoría de las personas entrevistadas saben, aunque no dominen la terminología, que existen otras personas que toman un camino diferente al suyo, y a menudo significan esta diferencia en términos de un Otro ontológico. La sensación de otredad se fortifica cuando las asociaciones reivindican derechos distintos y hasta contradictorios, se producen enfrentamientos verbales en espacios de debate o cuando una figura trans adquiere notoriedad y no se la reconoce como a un igual. La visión de ese Otro puede basarse en el respeto, la desconfianza o la abierta hostilidad. A lo largo de esta investigación se ha constatado la existencia de un amplio abanico de posicionamientos, pero ha suscitado nuestra atención el recelo y la animadversión que sienten algunos hacia aquellos con un proyecto vital bastante alejado del suyo. Como veremos acto seguido, la censura del Otro podemos encontrarla en gentes cercanas a uno y otro paradigma, pero se manifiesta en mayor medida entre aquellos que aspiran a la normalidad sexogenérica.

La naturaleza de este recelo y animadversión que siente el transexual hacia el transgenerista es muy similar a la que ha sentido el gay hacia el marica. Guasch (1987, 2005 y 2013) y Mira (2004) explican que durante la Transición española los homosexuales buscaron la integración social tratando de ofrecer una imagen respetable. En este proyecto de normalización no tenían cabida aquellas figuras cuya imagen se consideraba indeseable, como la “loca” (el extrovertido afeminado) o el “maldito” (el Genet degenerado y promiscuo), por lo que fueron apartadas por los propios miembros del colectivo. Se produce entonces la distinción entre dos tipos de homosexuales, «uno de los cuales merece siempre la comprensión, tolerancia o incluso admiración y el otro o no interesa o es simplemente un vicioso que produce repugnancia» (Mira, 2004: 213). Si el marica pasa por un proceso ascendente de movilidad social y se convierte en gay (Guasch, 2005), podría decirse que el travestí del Tardofranquismo y la Transición ha empezado a ser reconocido cuando se ha convertido en transexual medicalizado. En su lucha por lograr la integración social y los derechos civiles, los transexuales condenan a todo aquel que no contribuye a la elaboración de una imagen colectiva caracterizada por la moderación y la discreción:

Salen cuatro petardas en televisión diciendo: “Tengo polla y estoy genial”, y eso crea que las demás personas tengan un rechazo porque nadie quiere para sus hijos algo así (Vanessa).

Vale que seamos transexuales, pero eso no significa que tengamos que ir por todos lados diciendo: “¡Eh, que soy transexual, miradme!”. No quiero que la gente nos vea y diga: “¡Mira éstos, tienen tetas y tienen barba!” (Jon).

No me gusta mezclarme con estos temas e ir a sitios o manifestaciones porque considero que eso nos perjudica, porque hay que llevarlo de una manera normal. Cuando tú lo sacas de contexto y lo haces espectáculo como lo hace mucha gente, nos perjudica (Pedro).

Las ciencias sociales han mostrado en repetidas ocasiones que la configuración de un Otro es un componente determinante para la formación de una identidad grupal. Si, como afirma Norbert Elias (1990), no puede existir una identidad del Yo sin una identidad del Nosotros, no es menos cierto que «sin “los otros” no hay necesidad de definirnos a nosotros mismos» (Hobsbawm, 1994: 9). La creación de una figura antitética ayuda a clarificar los límites de un Nosotros, puesto que es tan importante definir qué es lo que somos (semejanza) como determinar aquello que no podemos ser (diferencia). Hay que trazar barreras físicas y/o simbólicas para poder enaltecer lo propio frente a lo extraño. El salvaje, la puta, el marica, el negro o el inmigrante han sido las grandes figuras de la otredad que han ayudado a trazar las fronteras simbólicas en Occidente.

En el caso que nos ocupa, el transgénero es el reverso negativo de un transexual que se preocupa en todo momento de diferenciar ambos fenómenos en su lucha por la aceptación. Cualquier atisbo de confusión provoca malestar y activa de inmediato la batería argumental que justifica la diferencia. Valga un ejemplo. Quien escribe provocó cierto revuelo entre los y las trans que se encontraban a la entrada de la UTIG a la espera de iniciar una terapia grupal. Preguntado por cuál era mi objeto de estudio, respondí que quería conocer las vidas y problemáticas de las «personas trans». Utilicé el prefijo «trans» del mismo modo en que lo hago a lo largo de estas páginas: como una categoría paraguas capaz de abarcar la diversidad de cuerpos e identidades. Era mi primer día en las sesiones de grupo y aposté por lo que creía que era una expresión de consenso para no herir la susceptibilidad de nadie, a sabiendas de que el debate terminológico genera controversias. Sin embargo, no logré mi objetivo. En otra muestra más de la inevitable tensión entre las perspectivas *etic* y *emic*, una de las más veteranas me corrigió diciendo que «aquí no vas a encontrar a ningún trans porque solo hay transexuales». Acto seguido, me explicó los rasgos diferenciales de «transexuales» y «trans» (esto es, transgeneristas), y me pidió que tuviera especial cuidado en delimitar ambos fenómenos cuando escribiera mi tesis porque ya habían tenido «experiencias desagradables» con periodistas e investigadores «que lo mezclan todo». Esta necesidad de desvincularse públicamente del transgenerismo también quedó bien clara en algunas entrevistas:

Es muy respetable (el transgenerismo), que hagan lo que quieran, que fluctúen. Ellos son libres para hacer lo que quieran porque todo el mundo puede hacer lo que quiera. En lo único que nos repercute a nosotros es que entonces la sociedad no nos entiende, porque lo que no se puede hacer es hormonarte, tener barba, tener voz de hombre y tener tetas. Cada uno puede hacer

lo que quiera (...) pero de cara a la sociedad nos engloban dentro de ese grupo y nosotros no formamos parte de ese grupo. Lo nuestro es hombre o mujer (...) Yo entiendo que la sociedad no les entienda. Pero cada uno puede ser como quiera siempre y cuando no nos perjudiquen, porque bastante nos está costando presentarlo a la sociedad como una cosa normal y corriente como para que encima nos incluyan dentro del mismo grupo (...) Son dos cosas totalmente distintas, no tiene nada que ver una cosa con la otra (...) Lo que digo es que no tendrían que entrar en la misma palabra, tendrían que ser dos cosas diferentes, se tendría que diferenciar desde el principio para que la sociedad sepa que nuestra definición es finalizar en hombre o mujer, y su definición es ser andrógino, ambivalente (Carlos).

Algunas de las personas que se desmarcan rotundamente del transgenerismo y que critican su puesta en escena justifican su posicionamiento por la precaria situación que está atravesando la asistencia pública a la transexualidad en nuestro país. Ya vimos que la decisión de financiar la terapia de transformación corporal, por parte de algunas Comunidades Autónomas, se fundamentó en gran medida en la consideración de la terapia como un tratamiento no electivo. En opinión de estas personas, si a unas políticas de recortes salvajes del gasto público le sumamos el hecho de que algunos/as trans critican el sistema de asistencia existente y manifiestan que es posible desarrollarse como personas sin necesidad de recurrir a tratamientos hormonoquirúrgicos, todo ello pone en peligro la cobertura del proceso terapéutico. La relación entre la transexualidad y el transgenerismo es así entendida como si fuera un «juego de suma cero»:

Los políticos ven estas cosas y prefieren cuanto menos gastar, mejor. Y dicen: “Pues si él puede vivir con pecho, ¿por qué no podéis vivir vosotros con pecho?”. “Pues porque no es lo mismo, señor mío” (Marcos).

Que a mí me digan que una persona no se tiene por qué operar, que puede vivir perfectamente con pelo en el pecho, yendo a la playa quitándose la camiseta y con dos pechos colgando, pues no, porque luego pasa lo que pasa, que la gente se agarra a lo que sea: “Pues entonces quitamos las operaciones por la Seguridad Social porque no lo necesitáis, no es importante”. Entonces, eso nos está perjudicando. O lo del tema de la hormonación, que no hace falta hormonarse. “¿No hace falta hormonarse? Pues como no hace falta, quitamos la hormonación” (Darío).

Sin querer menospreciar estos testimonios ni las inquietudes que los generan, debemos apuntar que estos argumentos son el producto de la perversidad de un sistema cuyos mecanismos de dominación simbólica provocan que los grupos subalternos identifiquen a los culpables de su subalternidad entre sus iguales (tal y como sucede entre los sectores más desfavorecidos cuando acusan al inmigrante de apropiarse de los recursos públicos en tiempos de crisis). Quien pone en peligro la asistencia pública a las personas trans no son aquellos que cuestionan algunos aspectos de dicha asistencia, sino ideólogos

y gestores de la nueva ola neoliberal que recorta y privatiza los servicios sanitarios. Y todo ello en una sociedad que tan solo es capaz de ofrecer la cobertura pública del tratamiento hormonoquirúrgico si se presenta lo trans como una anomalía patológica que resulte inocua para el sistema de sexo/género (en lugar de reconocer dicha cobertura como un derecho al bienestar de unas personas que constituyen un ejemplo de la diversidad sexogenérica humana).

Por su parte, las personas cercanas al transgenerismo desconfían de la voluntad de normalización de algunos/as transexuales. Consideran poco menos que una utopía el que una persona pueda ubicarse adecuadamente en la estructura de género tras someterse al proceso de modificación corporal. Advierten además de que el deseo de invisibilizarse entre los hombres y mujeres “naturales” conlleva unas expectativas que difícilmente podrán colmarse, por lo que estas personas serán para siempre unas «atormentadas» que se «derrumbarán» cada vez que alguien descubra que están representando un género distinto al que se les asignó en un principio. En lugar de vivir eternamente con el miedo a no ser aceptadas, las personas trans han de asumir su condición:

Un transexual no debería aspirar a normalizarse. Un transexual debería aspirar a normalizar su condición de transexual, no renegar de su condición. Muchas de esas trans operadas quieren ser normales en el sentido que la sociedad propone. Eso no es integrar la transexualidad, sino renegar de ella. O ser hombre o ser mujer. Un transexual no puede ser u hombre o mujer, su naturaleza no está en eso (...) Has de ser consciente de tu situación y saber que no eres totalmente mujer, y ni mucho menos un hombre porque nunca lo has sido. Estamos en otra onda. Y eso, si lo asumes, pues es fantástico, pero si no lo asumes, pues provoca lo que provoca (...) Es mejor ser folklórica, tanto que recriminan a las transexuales folklóricas, mil veces mejor folklórica que una atormentada, pero mil veces mejor (Gema).

Los que están más integrados son los que tienen más complejos. Reivindican una normalidad pero tienen tal complejo de asumir su condición que no me parecen normales. En cambio las que no están integradas parecen más normales, lo viven con más naturalidad, menos carga autoflageladora. Y las que quieren esconder su condición trans lo tienen jodido porque hoy en día los tíos no son tontos y tarde o temprano se darán cuenta porque la operación no cuele (Mónica).

Lo digo porque hay gente que se hormona, se opera, todo, y un día les dicen: “Tienes manos de chica”. Y se derrumban y caen en una depresión porque lo han querido borrar todo, pero todo es imposible (Luis).

Las muestras de recelo y hostilidad hacia el otro paradigma son más frecuentes entre los transexuales que entre los transgeneristas. Hemos visto que los primeros creen que la visibilidad crítica del transgenerismo pone en peligro su proyecto de normalización social y la cobertura pública del tratamiento. Los segundos se justifican diciendo que no pretenden

socavar los derechos de los transexuales, sino obtener mejoras sociales que beneficien a ambos grupos. Aún así, Coll-Planas (2010a: 163) tiene razón cuando afirma que «el discurso de transformación puede tender hacia un cierto elitismo con tintes autoritarios ya que considera que los activistas están en posesión de “la verdad”, mientras que el resto de sujetos está imbuido por la lógica del sistema». Ciertamente, algunos/as transgeneristas observan con cierto desdén, altanería o ironía los esfuerzos de aquellos/as que tratan de normalizarse:

Algunas dicen eso de “si me tocan ahí delante ya dejan de ser hombres” y la verdad es que pienso que es una aberración (...) En realidad son personas jurásicas con mentalidad heteronormativa y llenas de prejuicios y estigmas (...) Hay algunas que compran *salvaslips* en el supermercado para que no sospechen que son hombres (...) y viven una vida de mujer que en el fondo es un postizo (...) Estas transexuales tienen tantos complejos... ¡se oyen sus cadenas cuando andan! (Clara).

Si antes decíamos que es injusto culpar al transgenerismo de la precariedad del sistema público de atención, tampoco es aceptable que alguien se auto-imponga el blasón de la transgresión para tildar de mero peón del sistema a aquel que tan solo quiere –como muchos de nosotros– vivir una vida normal. Tal y como advirtió Foucault (2003 [1976]), donde hay poder hay resistencia, pero no olvidemos que tal resistencia nunca puede situarse en una posición de exterioridad respecto del poder. Por tanto, siempre debemos desconfiar de aquel que juzga a los demás desde una supuesta atalaya donde no llegarían las fuerzas que producen y constriñen al resto de los mortales. El poder puede ser reapropiado, resignificado y reutilizado, pero nadie puede trascenderlo.

Es bien cierto que hay muchas personas cercanas a uno y otro paradigma que no tienen una actitud crítica u hostil hacia aquellas que recorren un itinerario sustancialmente diferente al suyo. Unas tratan de tender puentes y establecer un frente común desde el que reivindicar derechos, mientras que otras simplemente muestran una total ignorancia o indiferencia ante estas fricciones. Pero, al menos en el caso catalán, existen heridas abiertas, rencores y, sobre todo, malentendidos. Las palabras de Pedro y Marc, cercanos a la transexualidad y al transgenerismo respectivamente, ilustran a la perfección las dificultades existentes para conciliar ambos puntos de vista:

Dicen (los transgeneristas) que nos quieren ayudar a llevarnos a la luz porque nosotros tenemos un problema y tenemos que acostumbrarnos a nuestro cuerpo, que podemos convivir con él. Yo lo que digo es que me parece muy bien lo que piensan, cada uno es libre de pensar lo que quiera, pero que no hablen por nosotros porque no somos iguales (...) Que no hablen por mí porque me están jodiendo, porque entonces la gente me verá y dirá: “Oye, ¿tú que eres, una boyera hormonada?” (...) Pero es que si fuéramos por caminos paralelos y cada uno por su lado, de puta madre. Pero es que vamos por caminos paralelos y ellos se meten en el nuestro. Y nos van

metiendo mierda, y la mierda nos la comemos nosotros. Y nosotros no vamos a meter mierda en su camino porque aunque ellos digan que saben de lo nuestro, nosotros no sabemos de lo suyo, en el sentido de que no vamos a hablar de algo que no sabemos. Ellos, sin embargo, sí se piensan que saben y hablan de lo que en realidad no saben (Pedro).

Hay una diferencia de base: en mi discurso yo los acepto. Respeto y lucharé por aquellas personas que quieran hacer todo el camino, todo el proceso. Yo me siento súper cercano a los trans que quieren hacer todo el camino, para mí son compañeros de lucha (...) Y yo lo que he notado es un ataque frontal ante cualquier visión que no sea la suya (...) Nosotros siempre hemos estado luchando para tener una atención a la salud digna. Claro, cuestionamos la atención a la salud del Clínic pero la cuestionamos porque no creemos que nos haga ningún favor (...) Creo que se sienten atacados. Ellos pensaban que solo había una forma de hacerlo y ahora ven a gente que vive de otras formas y eso ataca a su propia identidad. A mí me han llegado a decir: “Para mí no eres un hombre y nunca vas a ser un hombre” (Marc).

REFLEXIONES FINALES. POR UNA LECTURA SOCIAL DE LO TRANS

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

(Clara, informante)

A lo largo de las páginas precedentes hemos podido constatar que, en nuestras sociedades, el transgénero ha caído en el dominio casi exclusivo de la biomedicina. Si nos ceñimos a su aparato tecno-discursivo, todo parece indicar que nunca antes a lo largo de la historia y de las culturas había existido ninguna sociedad que se hubiera acercado tanto a la verdadera esencia del fenómeno como el Occidente contemporáneo. El transgénero había sido tratado con crueldad inhumana o veneración supersticiosa, pero no fue posible tratarlo en su justa medida hasta que fue conceptualizado en tanto que transexual. Parecían haberse descifrado sus problemas y deseos, entendido sus prácticas e identificado las causas de su existencia. Una existencia desdichada que podía dejar de serlo porque se disponían de las tecnologías médicas adecuadas. Ante este panorama, no parecía que hubiera lugar para impugnar la gestión biomédica. Lo más sensato era esperar a que se avanzase en la comprensión del fenómeno y se perfeccionara la terapéutica.

Sin embargo, algunas de las personas categorizadas como transexuales empezaron a mostrar su disconformidad por la forma en que estaban siendo concebidas. Y es que las necesidades y deseos de estas personas no eran tan homogéneos como había imaginado la clase médica. Un sector díscolo y diverso se desmarcó del camino que le habían trazado y exigió que se reconocieran otros cuerpos y subjetividades, los cuales ponían en cuestión el binarismo hegemónico que estaba siendo reforzado por los saberes y prácticas biomédicos. A ello debemos añadirle que desde las ciencias sociales emergían estudios que abordaban con un espíritu renovado distintas figuras transgenéricas no occidentales. Éstas ya no eran consideradas como una manifestación del exotismo depravado, o como un apunte anecdótico y marginal perfectamente ignorable en la tarea de comprender esas sociedades. Antes al contrario, de lo que se trataba era de entender sus prácticas, su significación simbólica, así como su encaje en la estructura social. Los análisis de otros sistemas sexogénicos, partiendo de la comprensión de sus expresiones de variancia de género, constituían una herramienta valiosa para conocer mejor nuestro propio sistema y mostrar su contingencia.

Reconocimiento de la pluralidad trans y problematización de nuestras evidencias sexogénicas. Éstos han sido los cimientos sobre los que se ha construido esta investigación que llega a su fin. Hemos iniciado nuestro camino efectuando un análisis histórico en función de dos preceptos epistemológicos interrelacionados: el primero de ellos consiste en rechazar lo que Judith Halberstam (2008) denomina «presentismo perverso», a saber, una suerte de etnocentrismo histórico con el que se utilizan anacrónicamente los conceptos contemporáneos para analizar épocas pasadas; el segundo parte del reconocimiento de que ningún sistema de pensamiento es universal, por lo que pueden rastrearse sus condiciones de posibilidad. Con estos dos principios hemos visto que la transexualidad no es una constante antropológica, sino un fenómeno históricamente determinado que ha podido surgir con el establecimiento de la racionalidad sexo-lógica occidental y el desarrollo de las tecnologías biomédicas. Dicha racionalidad presupone la existencia de dos géneros cuyas diferencias se fundamentan en el dimorfismo sexual, y establece la sexualidad como criterio de individuación, verdad profunda de cada uno y objeto privilegiado de estudio de unos saberes con capacidad para delimitar las manifestaciones normales de las patológicas. La utilización de una mirada etnológica a la hora de abordar nuestro pasado nos ha permitido advertir que, del mismo modo que la transexualidad solo adquiere significación dentro de esta episteme sexo-lógica, el fenómeno de la transmutación sexual (la conversión súbita de una mujer en hombre) solo puede concebirse dentro de un paradigma en el que el hombre y la mujer forman parte de un continuo jerarquizado en el que el primero encarna un mayor grado de perfección.

Ante la ausencia de marcadores biológicos que justificaran la medicalización, la atención biomédica se ha sustentado en buena medida con la inclusión de la transexualidad en los manuales clasificatorios de trastornos mentales, como el DSM. El itinerario que siguió la homosexualidad desde su entrada en el manual hasta su desclasificación guarda muchas similitudes con el camino que está siguiendo la transexualidad. En ambos casos se refleja aquello que Hacking (1986) conoce como «nominalismo dinámico», esto es, una constante interacción entre las categorías y las personas que son etiquetadas con dichas categorías. Dicho de otro modo, si bien las instituciones con poder y legitimidad para crear categorías referentes a tipos humanos condicionan la existencia de las personas referidas, éstas pueden reaccionar y modificar tanto las categorías como sus significados. De esta forma, la APA realizó varios artificios semánticos antes de ceder definitivamente ante las presiones de aquellos que rechazaban la patologización de las sexualidades no normativas. En cuanto a la transexualidad, se han cuestionado sus sucesivas denominaciones eufemísticas y se han refutado la mayoría de argumentos que acreditaron su inclusión. Ello es debido a que en el caso de la transexualidad –y en tantos otros trastornos del manual–, el DSM se limita a realizar explicaciones descriptivas, pretendidamente universales, sin contar con ningún

sustento causal. El principal –y quizá el último– razonamiento que justifica actualmente su presencia en el DSM es de tipo estratégico: garantizar la cobertura del tratamiento por parte de administraciones públicas y compañías de seguros médicos.

Por muy loable que pueda parecer este argumento, creemos que la clasificación de la transexualidad en estos manuales, a parte de paradójica (pues ni la etiología ni la terapéutica se basan en ese supuesto trastorno mental), es contraproducente. A nivel individual, la persona diagnosticada puede interiorizar que su condición es patológica. A nivel social, un diagnóstico de anormalidad psiquiátrica proporciona el terreno fecundo para el estigma y el rechazo. La psiquiatrización de la transexualidad actúa como una poderosa herramienta de control social con la que se destierra del mundo de los normales a aquellas personas que rechazan el género asignado. Por todo ello, es absolutamente necesario que se atiendan las propuestas que están presentando los movimientos trans para eliminar la transexualidad de los manuales sin que peligre la cobertura financiera. El recurso a los tratados internacionales que reconocen el derecho a la salud –y bienestar– de todas las personas, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, o la propuesta más pragmática de introducir una mención no patologizante en la próxima edición de la CIE, parecen alternativas lo suficientemente sólidas como para despsiquiatrizar la transexualidad de una vez por todas.

Con este trabajo no se persigue el fin de la atención biomédica a las personas trans. Reconocer que los saberes y las tecnologías médicas han configurado los deseos y necesidades de estas personas no significa que podamos ignorar estos deseos y necesidades. Resulta innegable que la atención hormono-quirúrgica ha ayudado a mejorar el bienestar de personas cuyo rechazo del propio cuerpo puede llegar a niveles difícilmente soportables. También es destacable que algunas Comunidades Autónomas hayan decidido supervisar y financiar el elevado coste del proceso transexualizador. Debemos admitir que la asistencia psicológica puede ser útil cuando se destina al asesoramiento sobre posibles dudas identitarias o al apoyo de aquellos que experimentan los efectos de la transfobia. Y tampoco queremos dudar de la integridad profesional de los trabajadores de la UTIG, cuya afabilidad, eficiencia y disponibilidad han sido ensalzadas por bastantes personas usuarias.

Realizadas estas aclaraciones, debemos mostrarnos críticos ante el tipo de atención que se ofrece en la UTIG. Hay que cambiar el actual «régimen de autorización» (Pérez, 2010), un tipo de atención jerarquizado y patologizante, por un modelo dialógico basado en el consentimiento informado y la toma de decisiones compartidas que reconozca e incluya las múltiples sensibilidades trans. Hay que acabar con la herramienta del «test de la vida real», con la que la persona es obligada a adoptar una apariencia fuertemente estereotipada sin contar todavía con un cuerpo modificado hormonalmente. Hay que flexibilizar un tratamiento excesivamente estandarizado para que se adapte a la variedad

de ritmos y necesidades. Hay que procurar que los servicios públicos de atención ofrezcan toda la información necesaria a aquellas personas que están iniciando su camino, para que puedan tomar decisiones siendo plenamente conscientes de que hay varias maneras, todas igualmente legítimas, de construir cuerpos y subjetividades trans.

De no ser así, se seguirá reproduciendo una violencia institucional que homogeneiza y excluye a la diversidad. Las personas que desean seguir el proceso canónico de modificación corporal suelen encontrar adecuada –con más o menos matices– el tipo de atención ofrecida en la UTIG y están amparadas por la ley que regula la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Aquellas personas que no se ajustan al paradigma transexual ideado por la biomedicina, tienen dos opciones: o bien se resignan y acatan la estandarización para acceder a los derechos sanitarios y legales disponibles, o bien no renuncian y son expulsadas del sistema de protección social y no reconocidas legalmente, lo que supone una clara vulneración de sus derechos fundamentales.

Es por ello que debemos agradecer la existencia, en Cataluña, de asociaciones como el *Casal Lambda* o del servicio público *Trànsit*, que han establecido un modelo de atención más inclusivo. En estos centros pueden acudir personas con una identidad y un proyecto corporal más normativos, pero también otras con expresiones de género heterodoxas. Se trata, por ejemplo, de hombres trans que se hormonan pero quieren mantener pechos, ovarios y útero. O de mujeres que rechazan las cirugías, limitan la toma de hormonas y huyen de los clásicos roles asociados a la feminidad. De ahí que algunas de estas personas hayan tenido dificultades para obtener el diagnóstico en la UTIG, mientras que otras ni siquiera acuden a la Unidad intuyendo que sus peticiones no serán aceptadas. Para todas ellas, el *Casal Lambda* ofrece una atención psicológica que rehúsa la diagnosis –con sus categorías y supuestos rígidos y prefijados– para realizar un acompañamiento en la búsqueda de una expresión de género comfortable. Por su parte, en *Trànsit* se pueden encontrar servicios ya existentes en la sanidad pública pero que no acostumbran a ser utilizados por las personas trans por miedo a ser atendidas de forma inadecuada o, incluso, ofensiva (como el caso de un hombre trans que se dirige a un servicio de ginecología para una citología). Y en cuanto al tratamiento hormonal, las profesionales de *Trànsit* consensúan las dosis con la persona usuaria en función de sus necesidades.

El ideal homogeneizador que todavía sostiene parte del estamento médico se ve desbordado por una realidad trans que es múltiple y variopinta. Para tratar de aprehender esta realidad y elaborar un relato coherente del proceso de (re)construcción identitaria y corporal, hemos decidido emplear como herramienta analítica el concepto de los «procesos asistenciales». Con ello pretendíamos desmarcarnos del reduccionismo biologista y subrayar que lo trans es, parafraseando a Mauss, un «hecho social total», un fenómeno complejo que involucra lo biológico, lo psicológico y lo social. El modelo biomédico simplifica el abordaje

de lo trans dando una importancia central a los factores biológicos innatos. Destina sus esfuerzos a investigaciones etiológicas para identificar esa –supuesta– falla en el proceso de formación del –supuesto– cerebro sexuado, cuya existencia puede inferirse al observar el hipotálamo, esa región cerebral que –supuestamente– gobierna nuestra vida sexual. Ello supone ignorar que la condición sexogenérica humana no adquiere pleno sentido hasta que el nuevo ser empieza a embeberse de cultura, a relacionarse y a construir su propia biografía. Ante los que defienden la preeminencia de lo biológico en la vida social, quizá no esté de más recordar algo que, en ciencias sociales, empieza a ser una perogrullada:

Desde el momento que nos referimos a fenómenos que tienen lugar en la sociedad, la esencialidad de lo biológico pasa a un segundo lugar en su facultad determinante, frente a la acción de la cultura social, ya que otros aspectos sociales en los que la interacción del individuo tiene lugar (v.gr. la creación simbólica, el desarrollo de la medicina, etc.) modifican y re-crean esas realidades biológicas (Salinas, 1994: 89).

Decía John Boswell (1998 [1980]) que solo las sociedades que han considerado la homosexualidad como algo anormal se han interrogado sobre las causas que la generan. Y lo mismo podría decirse del transgenerismo. Aquellas sociedades que aceptan la variancia de género, reservando a las figuras intersticiales una posición perfectamente codificada en su universo simbólico y social, explican su existencia no en términos de anormalidad sino, en todo caso, de sobrenaturalidad. En cambio, ya hemos visto que en nuestras sociedades el transgénero es un fenómeno anormal, patológico. Y es justamente el supuesto de que la transexualidad es fruto de una adquisición errónea de la identidad de género, lo que constituye el fundamento sobre el que se elaboran las distintas teorías etiológicas.

A lo largo de este estudio no hemos entendido lo trans como un fenómeno meramente individual, como algo que tan solo atañe a la salud y situación social de la persona. Hemos trabajado con conceptos como los de «proceso asistencial» e «itinerario terapéutico» porque permiten enfatizar la dimensión sociocultural e intersubjetiva del fenómeno. Ciertamente, la centralidad corresponde a las propias personas trans, a su cuerpo, subjetividad y bienestar. Pero no es menos cierto que estas personas se (re)construyen en una determinada sociedad con unos discursos y tecnologías médicas, un amplio elenco de profesionales, unas instituciones gestoras, un ordenamiento normativo, unas dinámicas económico-políticas que generan desigualdad (con sus privilegios y exclusiones), una red de organizaciones de ayuda mutua y estructuras familiares y amicales, y todo ello dentro de un universo de significaciones sobre la sexualidad, el género y, por extensión, la realidad.

Si adoptamos este enfoque complejo y multifactorial es posible que lo trans se nos escape de las manos pero podremos advertir, en cambio, que su homogeneidad es una auténtica quimera. Contrariamente al arquetipo transexual imaginado por Benjamin,

cuyos adeptos todavía se hacen sentir actualmente, existen muchas formas de experimentar y expresar el hecho trans. Todas estas personas tienen en común el hecho de rechazar, con mayor o menor rotundidad, el género que se les asignó en el momento de nacer (aunque los significados y discursos que articulan este rechazo ya son de lo más diversos). Una vez interiorizada esta disconformidad de género, cada persona establece su propio proyecto de (re)construcción identitaria y corporal en función de sus necesidades, objetivos y posibilidades. En consecuencia, no existe un único itinerario terapéutico, sino muchos. Y todos ellos deberían tener el mismo reconocimiento.

En el caso de las personas trans, todo itinerario terapéutico es al mismo tiempo un itinerario identitario/corporal. Algunas de estas personas sostienen una noción esencial de la identidad (siempre han sido conscientes que eran hombres o mujeres con un cuerpo equivocado), pero saben bien que dicha identidad ha de ser corporeizada (pues la identidad es inexorablemente corporal), que necesitan transformar su cuerpo de acuerdo a unos estándares para lograr reconocerse y ser reconocidas por los demás. Como bien dice Mari Luz Esteban (2004), el cuerpo es el nexo de unión del mundo individual y social, y es tanto un eje de reproducción normativa como un foco de resistencia. Es un cuerpo sujeto a los dispositivos de control social, pero al mismo tiempo es un cuerpo capaz de desobedecer y propiciar mutaciones sociales.

En el análisis de las técnicas y prácticas corporales nos ha sido de gran ayuda los trabajos etnometodológicos de Garfinkel (2006 [1968]) y Kessler y McKenna (1985). Una de sus mayores contribuciones consistió en pensar que la cotidianidad de las personas transexuales no constituía un caso excepcional, un caso aparte, sino un caso paradigmático que permitía apreciar con mayor claridad las estrategias que todas las personas ponemos en marcha para lograr una identidad socialmente reconocida. En el caso de las personas trans, el recurso a las hormonas y a las cirugías plásticas es más intensivo, y la planificación, gestión y actuación en las distintas situaciones sociales ha de ser mucho más acurada porque están representando un género que no les corresponde. Y es precisamente este mayor esmero en presentarse adecuadamente ante los demás, lo que hace que estas personas conozcan a la perfección los entresijos de una gestión de las apariencias que la mayoría efectuamos rutinaria e irreflexivamente.

El modelo de gestión biomédico de la transexualidad basa su fuerza en la universalización, la naturalización y la esencialización. De este modo, la transexualidad es ahistórica, su categoría diagnóstica tiene una aplicabilidad universal y el cuerpo y la identidad son presentados como pre-lingüísticos. Sin embargo, Nieto (2008: 157) destaca una paradoja que no es baladí: «En la actuación médica sobre lo trans se percibe el reflejo de un modelo que racionaliza ideas, naturalizándolas y esencializándolas, pero que, en su aplicación práctica, sorprendentemente, desnaturalizan y desencializan los cuerpos de

las personas trans con mastectomías o implantes mamarios, con neopenes o neovaginas, según proceda». La persona transexual reasignada médicamente resquebraja la supuesta coherencia del sexo. Pensemos, por un momento, en el cuerpo de una mujer trans después del tratamiento: neovagina, mamas desarrolladas, predominancia de estrógenos; pero, a la vez, ausencia de gónadas femeninas y presencia del cromosoma Y. Si usamos un prisma biomédico, ¿estamos ante un hombre o una mujer?

Por otra parte, y en otro esfuerzo más para textualizar la ya consabida diversidad, hemos imaginado dos tipos ideales con el fin de dibujar dos formas diametralmente distintas de concebir lo trans. Por un lado, hablábamos del paradigma de la transexualidad. Hay que señalar que, si bien fue la clase médica la que creó los principios reguladores del paradigma, éste no hubiera podido configurarse sin las aportaciones –mediante testimonios– de las propias personas transexuales, ni hubiera podido perdurar sin que éstas lo interiorizaran y reprodujeran. En torno a la transexualidad encontramos a personas que quieren seguir todas las fases del proceso de modificación corporal porque rechazan sus atributos sexuales y desean obtener una apariencia estereotípica, esperando conseguir con ello una posición codificada dentro de nuestro sistema de sexo/género. A esta visión ha contribuido históricamente el discurso idealizador de la medicina, que ha presentado las tecnologías de reasignación como una suerte de llave maestra para entrar en el reino de la normalidad sexogenérica. Para estas personas, lo trans no es un lugar en el que encontrar cobijo identitario, sino un proceso transitorio con el que corregir la discordancia entre el cuerpo (que es visto como algo erróneo) y la identidad de género (concebida como innata y verdadera).

En cambio, alrededor del transgenerismo situamos a personas que rechazan el camino marcado por la clase médica. Pueden tomar hormonas y/o recurrir a las cirugías plásticas, pero conservan deliberadamente sus genitales y, en algunos casos, preservan otros caracteres sexuales vinculados con su género de asignación, llegando a mostrar una apariencia andrógina. Se trata de personas que no se sienten representadas por las categorías identitarias disponibles, personas para las que lo trans es un espacio vagamente delimitado en el que poder reconocerse y expresarse. Hemos creído oportuno distinguir dos grupos dentro de este paradigma, pues si bien todas estas personas presentan cuerpos y subjetividades que no cumplen con los requisitos del ideal transexual, difieren en lo relativo a su voluntad transgresora, capital cultural y grado de politización.

Tanto el paradigma de la normalización como el de la transgresión¹ tienen sus límites, lo cual viene a demostrar la fortaleza, buen anclaje y capacidad punitiva del sistema de sexo/género. Las personas cercanas al paradigma de la transexualidad aspiran a invisibilizarse, lo que supone “pasar por” un hombre o una mujer normales y naturales. Para ello reprenden a todas aquellas personas que visibilizan el hecho trans, que no se ajustan a la discreción y moderación que requiere su proyecto de integración normativa. Sin embargo, la invisibilidad total y permanente es una imposibilidad puesto que estas personas nunca podrán borrar completamente las huellas deladoras. Y, de ser “descubiertas”, su voluntad de normalización les servirá de poco porque prevalecerán las miradas condenatorias por el hecho de haber rechazado el género asignado. Por su parte, el proyecto político del transgenerismo se basa en el cuestionamiento de las dicotomías excluyentes y la reivindicación de espacios genéricos alternativos. Este espíritu transgresor ha motivado que en algunos sectores del colectivo se haya instalado una dinámica jerarquizante en función del compromiso y fidelidad al proyecto contestatario. Con todo, algunas de las personas que comparten plenamente este proyecto político sienten las dificultades de encarnar cotidianamente la disidencia genérica. Los cuerpos y subjetividades transgeneristas son liminares, transicionales, se encuentran en una situación de «invisibilidad estructural» (Turner, 2008 [1980]), por lo que no son reconocidos socialmente. Y es precisamente esta necesidad de visibilizarse, de lograr cierto reconocimiento en la interacción social, lo que hace que algunas de estas personas recurran a prácticas normalizantes (como la hormonación), a pesar de sus ideales. Imposibilidad de invisibilizarse y necesidad de visibilización: estos son los límites –contradictorios– que el sistema impone a estas personas.

Asimismo, resulta necesario recordar que muchas personas trans realizan y narran sus proyectos de modificación corporal e identitaria sin plantearse en ningún momento si están siendo normativas o subversivas, por lo que esta valoración la efectúa una persona externa como, en este caso, un investigador social que no se limita a observar y describir, sino también a interpretar. Conferir un sentido político a discursos y prácticas de supervivencia es siempre un acto de poder que, cuando menos, debe ser admitido. En cuanto a la capacidad subversiva de algunas personas trans, estamos plenamente de acuerdo con Vartabedian (2012: 346) cuando afirma que resulta «problemático introducir reivindicaciones en colectivos que ni siquiera reconocen el significado de aquello que deberían estar reclamando».

1 Aunque, como hemos visto, el hecho que desde el paradigma de la transexualidad se persiga la normalidad genérica no significa que se acepten acríticamente los estereotipos. Mientras que el hecho de situarse en el paradigma del transgenerismo no implica necesariamente la capacidad de subversión.

En lo que se refiere a las severas críticas vertidas por algún sector del feminismo contra las mujeres transexuales, por considerar que conforman una suerte de caballo de Troya de la heteronormatividad que se infiltra en las luchas feministas para neutralizarlas (*cf.* Raymond, 1994 [1979]), sintonizamos con el parecer de Riddell (1980), quien apunta que no debemos buscar en modo alguno un chivo expiatorio (que siempre es el eslabón más débil de la cadena) para canalizar todo el resentimiento que produce la desigualdad y violencia del sistema, cuando los culpables los hemos de buscar en otra parte. En todo caso, somos nosotros, los “normales”, quienes, a través de nuestra presencia, nuestros discursos y nuestras acciones reforzamos decisivamente, día tras día, dicho sistema. Por tanto, es de una injusticia cruel señalar con el dedo acusador a aquellas personas que más han experimentado la severidad sistémica.

Esta investigación se ha elaborado a partir de una multiplicidad de relatos sexogénicos de diversa índole. Hemos recurrido especialmente a los relatos elaborados por las personas trans y los profesionales de la salud durante las entrevistas en profundidad. Hemos utilizado también los relatos clarividentes de autores como Foucault, Laqueur o Boswell, los relatos con pretensiones científicas de los padres de la sexología moderna, los relatos médicos, religiosos o literarios de pensadores grecolatinos y medievales, así como los relatos autobiográficos (o apócrifos) de figuras transgénicas como el Abad de Choisy o la Monja Alférez. Esta investigación es, pues, un relato de relatos sexogénicos. Y tanto este relato que llega a su fin, como los relatos que han hecho posible dicho relato y tantos otros relatos que no han podido abarcarse, «no son meros reflejos de nuestra vida sexual, sino que desempeñan un papel activo en su construcción» (Plummer, 1995: 12).

Siguiendo con Plummer (1995), los relatos de las personas trans presentan múltiples variaciones y particularidades, pero a pesar de ello pueden identificarse estructuras narrativas comunes porque todo relato está determinado por su contexto sociohistórico. Algunos de estos relatos están emparentados con otros relatos sexogénicos (como los que narran el proceso de “salida del armario”) y presentan una estructura característica del relato sexual moderno basado en la confesión de una sexualidad esencial. Entre sus elementos formales encontramos la toma de conciencia del hecho de ser diferente, la referencia a múltiples sufrimientos e impedimentos, el progresivo descubrimiento de la verdadera naturaleza y la posterior revelación pública de dicha naturaleza. En otros casos, en cambio, detectamos relatos basados en la diferencia y la multiplicidad que ponen en entredicho las grandes metanarrativas del sexo: la sexualidad está compuesta por muchos fragmentos no necesariamente integrables en un todo unitario y coherente. Ya no se trata aquí de descifrar nuestra esencia sexual, sino más bien de cuestionar las categorías vertebradoras del discurso (hombre, mujer, gay, lesbiana, transexual, travestido, etc.).

En fin, el que una persona rechace el género asignado al nacer podría ser visto como una muestra más de la diversidad inherente a la especie humana, o como un cuestionamiento saludable de las normas que rigen nuestro sistema de sexo/género. Sin embargo, la patologización y posterior medicalización de las personas trans actúa como un «tranquilizante social» (Raymond; en Nieto, 2008: 144), pues con este mecanismo se individualiza la insatisfacción de género en lugar de politizarse. En nuestras sociedades, estas personas llevan la marca de la abyección (Butler) y el estigma (Goffman), por lo que no tienen una existencia legítima, no son totalmente humanas. Es entonces cuando el estamento médico las acoge en su seno para analizarlas y controlarlas, para explicarnos qué les sucede y tratar de darles la humanidad y legitimidad que toda persona merece. Mientras tanto, el orden social permanece intacto porque su existencia no puede interpelarnos:

El presupuesto aquí implícito de que se trata de personalidades originariamente anormales, permite su absorción en el terreno médico o penal, sin que su desviación (como rechazo concreto de valores relativos, propuestos y definidos como absolutos) ponga en tela de juicio la validez de la norma y de sus límites (Basaglia y Basaglia, 1973:16).

Ante esta captura institucional que esencializa y universaliza, individualiza y patologiza, homogeneiza y excluye, resulta indispensable que se aborde lo trans en clave social. Solo así estaremos en las mejores condiciones para entender que no se trata de una desviación o de un mero error, sino simplemente de diversidad. Solo así comprenderemos que el verdadero problema no es la transexualidad en sí misma, sino la transfobia social². Solo así tendremos la oportunidad de cuestionarnos las normas que nos constituyen en tanto sujetos generizados, la oportunidad para que afloren sin escandalizarnos todos esos cuerpos, deseos, actos y experiencias que escapan a la lógica hegemónica.

2 En este sentido, este estudio podría prolongarse analizando los discursos, representaciones y prácticas de la población cis en torno a la disidencia sexogenérica. Se trataría de focalizar la atención no ya en las personas trans y sus vivencias en el terreno de la anormalidad social, sino en los profesionales sanitarios, trabajadores del sector social, legisladores, científicos de diversa índole, gente de a pie, etc. En fin, todos aquellos que, en mayor o menor medida, pueden contribuir al mantenimiento de la transfobia social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aggarwal, Neil K. (2013): «From DSM-IV to DSM-5: an interim report from a cultural psychiatry perspective». *The Psychiatrist*, 37, pp. 171-174.

Agustín, san (1998): *Las Confesiones*. Madrid: Editorial Palabra.

– (1954): *Obras completas. Tomo XII. Tratados morales*. Madrid: La Editorial Católica.

Alberto Magno, san (1895): *Les Secrets admirables du Grand Albert comprenant les influences des astres, les vertus magiques des végétaux, minéraux et animaux...* Paris.

Aldrich, Robert y Wotherspoon, Garry (2002): *Who's Who in Gay and Lesbian History from Antiquity to World War II*. Londres: Routledge.

Altemus, Margaret (2009): «Neurobiología, sexo y género». En Narrow, W.E., First, M.B., Sirovatka, P.J. y Regier, D.A. (eds.), *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico*. Barcelona: Elsevier, Masson, pp. 47-62.

American Psychiatric Association (APA) (2013a): *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

– (2013b): «Gender Disphoria». Recuperado de:
<http://www.dsm5.org/documents/gender%20dysphoria%20fact%20sheet.pdf>

– (2002a): *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

– (2002b): *DSM-IV-TR. Breviario*. Barcelona: Masson.

– (1989): *DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Andrés el Capellán (2006): *Libro del amor cortés*. Madrid: Alianza Editorial.

Anónimo (2000): *Speculum al joder. Tratado de recetas y consejos sobre el coito*. Barcelona: Medievalia.

Aristófanes (1987): «Las Tesmoforiantes». En Aristófanes, *Tres comedias de Aristófanes*. Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid, pp. 83-116.

Aristóteles (1994): *Reproducción de los animales*. Madrid: Gredos.

Augé, Marc (1996): *El sentido de los otros. Actualidad de la antropología*. Barcelona: Paidós.

Austin, John (1982) [1962]: *Cómo hacer cosas con palabras*. Barcelona: Paidós.

Bartra, Roger (2014): *Antropología del cerebro. Conciencia, cultura y libre albedrío*. Valencia: Pre-Textos.

Basaglia, Franco y Basaglia, Franca (1973): *La mayoría marginada*. Barcelona: Laia.

Becerra-Fernández, Antonio (2003): «Tratamiento hormonal de los trastornos de identidad de género: efectos beneficiosos y efectos adversos». En Becerra-Fernández, Antonio (ed.), *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, pp. 65-78.

Becú, Damasia (2007): «Diferenciación sexual del cerebro. Genética vs. epigenética». *Medicina*, 67, pp. 397-402.

Benjamin, Harry (1966): *The Transsexual Phenomenon*. Nueva York: Warner Books.
Recuperado de:
<http://www.mut23.de/texte/Harry%20Benjamin%20%20The%20Transsexual%20Phenomenon.pdf>

Bernaldo de Quirós, Constancio y Llanas Aguinaliedo, José María (1998) [1901]: *La mala vida en Madrid. Estudio psicosociológico con dibujos y fotografías del natural*. Huesca: Instituto de Estudios Altoaragoneses.

Billings, Dwight y Urban, Thomas (1982): «La construcción socio-médica de la transexualidad: interpretación y crítica». En Nieto, José Antonio (comp.) (1998), *Transexualidad, transgenerismo y cultura*. Madrid: Talasa, pp. 91-116.

Bolin, Anne (2003): «La transversalidad de género. Contexto cultural y prácticas de género». En Nieto, José Antonio (ed.), *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Madrid: Talasa, pp. 231-259.

– (1988): *In Search of Eve: Transsexual Rites of Passage*. Nueva York: Bergin & Carvey.

Borges, Jorge Luis (2007) [1952]: «El idioma analítico de John Wilkins». En Borges, Jorge Luis, *Otras inquisiciones*. Madrid: Ediciones Destino, pp.160-166.

Boswell, John (1998) [1980]: *Cristianismo, tolerancia social y homosexualidad: los gays en Europa occidental desde el comienzo de la era cristiana hasta el s.XIV*. Barcelona: Muchnik.

Botella Llusíá, José (1998): «La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales: a los sesenta y siete años de un libro fundamental». En Botella Llusíá, J. y Fernández de Molina, A. (eds.), *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, pp. 1-11.

Bourdieu, Pierre (2003): *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

Brisson, Luc (2008): *Le sexe incertain. Androgynie et hermaphrodisme dans l'Antiquité gréco-romaine*. Paris: Les Belles Lettres.

Brundage, James A. (1987): *Law, Sex and Christian Society in Medieval Europe*. Chicago: The University of Chicago Press.

Bullough, Vern L. (1976): *Sexual Variance in Society and History*. Estados Unidos: A Wiley-Interscience publication.

– (1975): «La transexualidad en la historia». En Nieto, José Antonio (comp.) (1998), *Transexualidad, transgenerismo y cultura*. Madrid: Talasa, pp. 63-78.

Bustos, Yolanda (2008): *La transexualidad (De acuerdo a la ley 3/2007, de 15 de mayo)*. Madrid: Dickinson.

Butler, Judith (2007) [1999]: *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.

– (2006): *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.

– (2002): *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires: Paidós.

– (1993): «Críticamente subversiva». En Mérida-Jiménez, Rafael (ed.) (2002), *Sexualidades transgresoras. Una antología de los estudios queer*. Barcelona: Icaria, pp. 55-80.

Cabral, Mauro (ed.) (2009): *Interdicciones. Escrituras de la intersexualidad en castellano*. Córdoba: Anarrés Editorial.

Campillo Álvarez, José Enrique (2003): «Biología del transgenerismo». En Becerra-Fernández, Antonio, *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, pp.19-32.

Campillo Meseguer, Antonio (2001a): *La invención del sujeto*. Madrid: Biblioteca Nueva.

– (2001b): «Una tipología histórica de las religiones». En Campillo Meseguer, Antonio, *Variaciones de la vida humana. Una teoría de la historia*. Madrid: Akal, pp. 277-310.

Canguilhem, Georges (2005) [1966]: *Le normal et le pathologique*. Paris: Quadrige/PUF.

Cardín, Alberto (1984): *Guerreros, chamanes y travestis*. Barcelona: Tusquets.

Carrillo, B., Gómez-Gil, E., Rametti G., Junque, C., Gómez, A., Karadi, K., Segovia, S. y Guillamon, A. (2010): «Cortical activation during mental rotation in male-to-female and female-to-male transsexuals under hormonal treatment». *Psychoneuroendocrinology*, 35, pp. 1213-1222.

Castel, Robert (1976): *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris: Les Éditions de Minuit.

Castillo, C., Priego, T. y Fernández-Tresguerres, J.A. (2003): «El proceso de diferenciación sexual». En Becerra-Fernández, Antonio (ed.), *Transexualidad. La búsqueda de una*

identidad. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, pp. 1-18.

Cauldwell, David (1949): «Psychopathia Transexualis». En Stryker, Susan y Whittle, Stephen (eds.) (2006), *The Transgender Studies Reader*. Nueva York: Routledge, pp. 40-44.

Chrisman, N.J. (1977): «The health seeking process: an approach to the natural history of illness». *Culture Medicine and Psychiatry*, 1, pp. 351-377.

Clemente de Alejandría (1998): *El Pedagogo*. Madrid: Gredos.

Clifford, James (1988): «Sobre la autoridad etnográfica». En Reynoso, Carlos (ed.) (2003), *El surgimiento de la antropología posmoderna*. Barcelona: Gedisa, pp.141-170.

Cohen-Kettenis, Peggy y Pfäfflin, Friedemann (2010): «The DSM Diagnostic Criteria for Gender Identity Disorder in Adolescents and Adults». *Archives of Sexual Behavior*, 39, pp. 499-513.

Coleman, E., Gooren, L. y Ross, M. (1989): «Teorías sobre la transposición de género: crítica y sugerencias para ahondar en la investigación». En Nieto, José Antonio (comp.) (1998), *Transsexualidad, transgenerismo y cultura*. Madrid: Talasa, pp. 249- 265.

Coll-Planas, Gerard (2010a): *La voluntad y el deseo. La construcción social del género y la sexualidad: el caso de lesbianas, gays y trans*. Madrid: Egales.

– (2010b): «La policía del género». En Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (eds.), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Madrid: Egales, pp. 55-66.

Comelles, Josep Maria (2000): «De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual». *Trabajo Social y Salud*, 35, pp. 151-172.

– (1997): «De l'assistència i l'ajut mutu com a categories antropològiques». *Revista d'Etnologia de Catalunya*, 11, pp.32-43.

– (1985): «Sociedad, salud y enfermedad. Los procesos asistenciales». *Jano*, 655, pp. 71-83.

Costa, P.T., Terracciano, A. y McCrae, R.R. (2001): «Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings». *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, pp. 322-331.

De Choisy, François-Timoléon (1884): *Aventures de l'abbé de Choisy habillé en femme. Précédé d'une notice et de documents inédits par Marc de Montifaud, et d'une eau-forte de Hanriot*. Bruselas: Ch. Gillet.

De Erauso, Catalina (1988): *Historia de la Monja Alférez*. Lima: Biblioteca Nacional del Perú.

De Lauretis, Teresa (1989): *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction*. Londres: Macmillan Press.

De Miguel, Jesús (1996): *Autobiografías*. Madrid: CIS, Cuadernos Metodológicos.

De Sousa Santos, Boaventura (2003): *Crítica a la razón indolente, vol.I*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Dekker, Rudolf M. y Van de Pol, Lotte (2006): *La doncella quiso ser marinero. Travestismo femenino en Europa (siglos XVII-XVIII)*. Madrid: Siglo XXI.

Delcourt, Marie (1970) [1958]: *Hermafrodita*. Barcelona: Seix Barral.

– (1966): *Hermaphroditea. Recherches sur l'être double promoteur de la fertilité dans le monde classique*. Bruselas: Latomus.

Del Valle, T. (coord.), Apaolaza, J.M., Arbe, F., Cucó, J., Díez, C., Esteban, M.L., Etxeberria, F. y Maquieira, V. (2002): *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género*. Madrid: Narcea.

Derrida, Jacques (1971): «Firma, acontecimiento, contexto». En Derrida, Jacques (1998), *Márgenes de la filosofía*. Madrid: Cátedra, pp.347-372.

Descola, Philippe (2005): *Par-delà nature et culture*. Paris: Gallimard.

Désy, Pierrette (1980): «L'homme-femme. Les berdaches en Amérique du Nord». *Revue Libre-politique, anthropologie, philosophie*, 78 (3), pp. 57-102.

Devor, Holly (1989): *Gender Blending: Confronting the Limits of Duality*. Bloomington: Indiana University Press.

Díaz Morfa, José (2007): «Disforia de género». *Sexología Integral*, 4, pp.83-88.

Douglas, Mary (2007) [1966]: *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Dreger, Alice Domurat (1998): *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*. Londres: Harvard University Press.

EFE (2012/12/01): «Transexuales piden que menores no necesiten permiso de juez para cambiar de sexo». *lavozdigital.es*. Recuperado de:
http://www.lavozdigital.es/agencias/20100112/masactualidad/sociedad/transexuales-piden-menores-necesiten-permiso_201001121705.html

Ekins, Richard (1993): «Sobre el varón feminizante: una aproximación de la “teoría razonada” sobre el hecho de vestirse de mujer y el cambio de sexo». En Nieto, José Antonio (comp.) (1998), *Transexualidad, transgenerismo y cultura*. Madrid: Talasa, pp.159-192.

Ekins, Richard y King, Dave (2005): «Virginia Prince: Transgender Pioneer». *International Journal of Transgenderism*, 8(4), pp. 5-15.

Elias, Norbert (1990): *La sociedad y los individuos*. Barcelona: Edicions 62.

Ellis, Havelock (1933): *Études de Psychologie Sexuelle. L'Eonisme ou l'Inversion esthétique-sexuelle*. Paris: Mercure de France.

– (1900): *Studies in the Psychology of Sex. Sexual Inversion*. Londres: The University Press.

Epicteto (1963): «Del ornato». En Epicteto, *Pláticas. Libro III*. Barcelona: Ediciones Alma Mater, pp. 26-36.

Eribon, Didier (2004) [1989]: *Michel Foucault*. Barcelona: Compactos Anagrama.

Esquirol, Étienne (1838): *Des maladies mentales: considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, vol. 2. Paris: J.B. Baillière.

Esteban, Mari Luz (2004): *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

Fausto-Sterling, Anne (2006): *Cuerpos sexuados*. Barcelona: Melusina.

Feinberg, Leslie (1992): «Transgender Liberation: A Movement Whose Time Has Come». En Stryker, Susan y Whittle, Stephen (eds.) (2006), *The Transgender Studies Reader*. Nueva York: Routledge, pp. 205-220.

Fisk, Norman (1974): «Gender Dysphoria Syndrome. The Conceptualization that Liberalizes Indications for Total Gender Reorientation and Implies a Broadly Based Multi-Dimensional Rehabilitative Regimen». *Western Journal of Medicine*, 120(5), pp. 386-391.

Flandrin, Jean-Louis (1984): *La moral sexual en Occidente*. Barcelona: Ediciones Juan Granica.

Flax, Jane (1995): *Psicoanálisis y feminismo. Pensamientos fragmentarios*. Madrid: Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia e Instituto de la Mujer.

Foucault, Michel (2003a) [1984]: *Historia de la sexualidad. El uso de los placeres*. Buenos Aires: Siglo XXI.

– (2003b) [1984]: *Historia de la sexualidad. La inquietud de sí*. Buenos Aires: Siglo XXI.

– (2003) [1976]: *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.

– (2002) [1966]: «Prefacio». En Foucault, Michel, *Las palabras y las cosas*. Buenos Aires: Siglo XXI, pp.1-13.

– (2001): *Los anormales. Curso del Collège de France (1974-1975)*. Madrid: Akal.

– (2000) [1964]: *Historia de la locura en la Época Clásica*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

- (1999) [1975]: *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.
 - (1988): «Tecnologías del yo». En Foucault, Michel (1990), *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós, pp.45-94.
 - (1984): «Interview de Michel Foucault». En Foucault, Michel (2001), *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris: Gallimard, pp. 1475-1486.
 - (1981a): «Sexualité et solitude». En Foucault, Michel (2001), *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris: Gallimard, pp. 987-997.
 - (1981b): «Subjectivité et vérité». En Foucault, Michel (2001), *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris: Gallimard, pp. 1032-1037.
 - (1980): «Le vrai sexe». En Foucault, Michel (2001), *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris: Gallimard, pp. 934-942.
 - (1978): «Sexualité et pouvoir». En Foucault, Michel (2001), *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris: Gallimard, pp. 552-570.
 - (1977): «Le jeu de Michel Foucault». En Foucault, Michel (2001), *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris: Gallimard, pp. 298-329.
 - (1971): «Nietzsche, la Genealogía, la Historia». En Foucault, Michel (1992), *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones de la Piqueta, pp. 7-30.
- Freud, Sigmund (2009) [1905]: *Tres ensayos sobre teoría sexual y otros escritos*. Madrid: Alianza Editorial.
- (1984) [1921]: *Psicología de las masas y análisis del yo*. Madrid: Alianza Editorial.
 - (1925): «Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos». En Freud, Sigmund (1979), *Obras completas, vol. XIX*. Buenos Aires: Amorrortu, pp. 61-64.
 - (1924): «El sepultamiento del complejo de Edipo». En Freud, Sigmund (1979), *Obras completas, vol. XIX*. Buenos Aires: Amorrortu, pp. 43-45.

– (1923a): «El yo y el ello». En Freud, Sigmund (1979), *Obras completas, vol. XIX*. Buenos Aires: Amorrortu, pp. 1-17.

– (1923b): «La organización genital infantil». En Freud, Sigmund (1979), *Obras completas, vol. XIX*. Buenos Aires: Amorrortu, pp. 36-38.

– (1920): «Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina». En Freud, Sigmund (1979), *Obras completas, vol. XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu, pp. 40-48.

– (1916): «La fijación al trauma, lo inconsciente. 18ª Conferencia». En Freud, Sigmund (1979), *Obras completas. Vol. XVI*. Buenos Aires: Amorrortu, pp.10-14.

Frignet, Henry (2000): *Le transsexualisme*. Paris: Desclée de Brouwer.

Fuentelapeña, Fray Antonio de (1978) [1676]: *El ente dilucidado. Tratado de Monstruos y Fantasmas*. Madrid: Editora Nacional.

Galeno (2010): *Del uso de las partes*. Madrid: Editorial Gredos.

Garaizábal, Cristina (2010): «Transexualidades, identidades y feminismos». En Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (eds.), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Madrid: Egales, pp. 125-140.

– (2006): «Evaluación y consideraciones psicológicas». En Gómez, Esther y Esteva, Isabel (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa, pp. 163-174.

– (1998): «La trasgresión del género. Transexualidades, un reto apasionante». En Nieto, José Antonio (comp.), *Transexualidad, transgenerismo y cultura*. Madrid: Talasa, pp. 39-62.

Garfinkel, Harold (2006) [1968]: «El tránsito y la gestión del logro de estatus sexual en una persona intersexuada». En Garfinkel, Harold, *Estudios en Etnometodología*. Barcelona: Anthropos, pp. 135-210.

Geertz, Clifford (2005) [1973]: *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.

Giami, Alain (2000): «Les récits sexuels: matériaux pour une anthropologie de la sexualité». *Journal des anthropologues*, 82-83, pp. 1-9. Recuperado de: <http://jda.revues.org/3314>

Goffman, Erving (2009) [1959]: *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.

– (2006) [1963]: *Estigma. La identidad deteriorada*. Madrid: Amorrortu.

– (2001) [1961]: *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Gómez, Dardo (1978): *Travestis*. Barcelona: Bruguera.

Gómez, María Asunción (2009): «El problemático “feminismo” de *La Monja Alférez* de Domingo Miras». *Especulo. Revista de estudios literarios*, 41. Recuperado de: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/especulo/numero41/monjalfe.html>

Gómez-Gil, Esther (2006): «La atención a la transexualidad por la unidad de salud mental del Hospital Clínic de Barcelona en los últimos años». *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 78, pp. 55-64.

Gómez-Gil, E., Gómez, A., Cañizares, S., Guillamon, A., Rametti, G., Esteva, I., Vázquez, A. y Salamero-Baró, M. (2012): «Clinical Utility of the Bem Sex Role Inventory (BSRI) in the Spanish Transsexual and Nontranssexual Population». *Journal of Personality Assessment*, 94(3), pp. 304-309.

Gómez-Gil, E., Vidal-Hagemeyer, A. y Salamero, M. (2008): «MMPI-2 Characteristics of Transsexuals Requesting Sex Reassignment: Comparison of Patients in Prehormonal and Presurgical Phases». *Journal of Personality Assessment*, 90 (4), pp. 368-374.

Gómez-Gil, E., Godás, T. y Peri, J.M^a (2006a): «Los principales diagnósticos diferenciales». En Gómez, Esther y Esteva, Isabel (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa, pp. 133-144.

Gómez-Gil E., Esteva I. y Fernández-Tresguerres, J.A. (2006b): «Causas o fundamentos fisiológicos». En Gómez-Gil, Esther y Esteva, Isabel (eds.), *Ser transexual. Dirigido al*

paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social. Barcelona: Glosa, pp.113-124.

González Marmolejo, Jorge René (2002): *Sexo y confesión.* México DF: Plaza y Valdés.

Good, Byron (2003) [1994]: *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica.* Barcelona: Edicions Bellaterra.

Gooren, Louis (1998): «El transexualismo: veinte años de experiencia». En Botella, José y Fernández de Molina, Antonio (eds.), *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales.* Madrid: Editorial Díaz de Santos, pp. 251-264.

Green, Richard (2010): «Robert Stoller's Sex and Gender: 40 Years On». *Archives of Sexual Behavior*, 39, pp. 1457-1465.

Guasch, Oscar (2013): «La construcción cultural de la homosexualidad masculina en España (1970-1995)». En Mérida Jiménez, Rafael (ed.), *Minorías sexuales en España (1970-1995). Textos y representaciones.* Barcelona: Icaria, pp. 11-25.

– (2011): «Social stereotypes and masculine homosexualities: The Spanish case». *Sexualities*, 14(5), pp. 526-543.

– (2005): «Género y sexualidad. Una perspectiva social y política». *Archipiélago*, 67, pp. 23-32.

– (1991): *La sociedad rosa.* Barcelona: Anagrama.

– (1987): «Los tipos homófilos: una aproximación a los códigos de reconocimiento e interclasificación homosexuales». *Jano*, 33 (772), pp. 67-76.

Guasch, Oscar y Mas, Jordi (2014): «Bodily, Gender, and Identity Projects in Spain: From the Transvestite to the Transsexual». En Mérida-Jiménez, Rafael (ed.), *Hispanic (LGT) Masculinities in Transition.* Nueva York: Peter Lang, pp. 51-64.

Hacking, Ian (2002): «How “Natural” are “Kinds” of Sexual Orientation?». *Law and Philosophy*, 21, pp. 95-107.

– (1995): «The Looping Effects of Human Kinds». En Sperber, D., Premack, D. y Premack,

A. (eds.), *Causal Cognition. An Interdisciplinary Approach*. Oxford: Oxford University Press, pp. 351-383.

– (1986): «Making Up People». En Biagioli, Mario (ed.) (1999), *Science Studies Reader*. Londres: Routledge, pp. 161-171.

Halberstam, Judith (2008): *Masculinidades femeninas*. Barcelona: Egales.

Halperin Rabinovich, Irene y Esteva de Antonio, Isabel (2006): «El tratamiento hormonal masculinizante». En Gómez, Esther y Esteva, Isabel (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa, pp. 259- 268.

Hammarberg, Thomas (2009): «Human Rights and Gender Identity». Recuperado de: http://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/Human_rights_and_gender_identity.pdf

Haraway, Donna J. (1991): *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra, Universitat de València e Instituto de la Mujer.

Haro, Jesús Armando (2000): «Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud». En Perdiguero, Enrique y Comelles, Josep Maria (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra, pp. 101-162.

Hauser, Renate (1994): «Krafft-Ebing's psychological understanding of sexual behaviour». En Porter, Roy y Teich, Mikulas (eds.), *Sexual Knowledge, Sexual Science. The History of Attitudes to Sexuality*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 210-230.

Hausman, Bernice (2001): «Recent Transgender Theory». *Feminist Studies*, 27 (2), pp. 465-490.

– (1995): *Changing Sex. Transsexualism, Technology and the Idea of Gender*. Durham: Duke University Press.

– (1992): «En busca de la subjetividad: transexualidad, medicina y tecnologías de género». En Nieto, José Antonio (comp.) (1998), *Transexualidad, transgenerismo y cultura*. Madrid: Talasa, pp. 193-227.

Hekma, Gert (1993): «"A Female Soul in a Male Body": Sexual Inversion as Gender

Inversion in Nineteenth-Century Sexology». En Herdt, Gilbert (comp.), *Third Sex, Third Gender. Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*. Nueva York: Zone Books, pp. 213-239.

Herdt, Gilbert y Stoller, Robert (1990): *Intimate Communications. Erotics and the Study of Culture*. Nueva York: Columbia University Press.

Heródoto de Halicarnaso (2006): «Libro I. Clío». En Heródoto de Halicarnaso, *Los nueve libros de la historia*. Recuperado de:
<http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/nuevelibros.html#1>

Hipócrates (2000): «Sobre los aires, aguas y lugares». En *Tratados hipocráticos*. Madrid: Gredos, pp.105-155.

Hirschfeld, Magnus (1991) [1910]: *Transvestites. The Erotic Drive to Cross-Dress*. Buffalo, Nueva York: Prometheus Books.

Hobsbawm, Eric (1994): «Identidad». *Revista Internacional de Filosofía Política*, 3, pp.5-17.

Hugues, Charles (1998): «The Glossary of “Culture-Bound Syndromes” in DSM-IV». *Transcultural Psychiatry*, 35 (3), pp. 413-421.

Illich, Ivan (1978): *Némesis médica*. México D.F: Editorial Joaquín Mortiz.

Isla, Pilar (2006): *Los procesos asistenciales en las personas trasplantadas. El caso del trasplante de riñón y páncreas*. Alicante: Tesis Doctoral, Universidad de Alicante.

Jacquart, Danielle & Tomaset, Claude (1985): *Sexualité et savoir médical au moyen âge*. Paris: Presses Universitaires de France.

Katz, Jonathan Ned (2007) [1995]: *The Invention of Heterosexuality*. Chicago y Londres: University of Chicago Press.

Kennedy, Hubert (1997): «Karl Heinrich Ulrichs. First Theorist of Homosexuality». En Rosario, Vernon (comp.), *Science and Homosexualities*. Nueva York: Routledge, pp. 26-45.

Kessler, Suzanne y McKenna, Wendy (1985): *Gender. An ethnomethodological approach*. Chicago y Londres: The University of Chicago Press.

Kimura, Doreen (2002): «Cerebro de varón y cerebro de mujer». *Revista Investigación y Ciencia. Temas 28: La consciencia*, pp.88-96.

– (1998): «La influencia del sexo, de la orientación sexual y de las hormonas sexuales en la función cognitiva humana». En Botella, José y Fernández de Molina, Antonio (eds.), *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales*. Madrid: Editorial Díaz de Santos, pp. 111-114.

King, Dave (1981): «Confusiones de género: concepciones psiquiátricas y psicológicas sobre el travestismo y la transexualidad». En Nieto, José Antonio (comp.) (1998), *Transexualidad, transgenerismo y cultura*. Madrid: Talasa, pp. 123-156.

King, Helen (1994): «Sowing the field: Greek and Roman sexology». En Porter, Roy y Teich, Mikulas (eds.), *Sexual Knowledge, Sexual Science. The History of Attitudes to Sexuality*. Cambridge: Cambridge University Press, pp.29-46.

Kinsey, A.C., Pomery, W.B., y Martin, C.E. (1998) [1948]: *Sexual Behavior in the Human Male*. Bloomington: Indiana University Press.

Kleinman, Arthur (1980): *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

Kleinman, Arthur y Csordas, Thomas (1996): «The therapeutic process». En Sargent, C. y Johnson T. (comps.), *Medical anthropology: contemporary theory and method*. Westport: Praeger Publishers, pp. 3-21.

Koyama, Emi (2001): «The Transfeminist Manifesto». Recuperado de:
[http:// www.eminism.org/readings/pdf-rdg/tfmanifesto.pdf](http://www.eminism.org/readings/pdf-rdg/tfmanifesto.pdf)

Krafft-Ebing, Richard von (1895) [1866]: *Psychopathia Sexualis: avec recherches spéciales sur l'inversion sexuelle*. Paris: Georges Carré.

– (1891): «Préface». En Moll, Albert (1893), *Les perversions de l'instinct génital: étude sur l'inversion sexuelle basée sur des documents officiels*. Paris: Georges Carré, pp. I-VI.

Kruijver, F., Zhou, J., Pool, C., Hofman, M., Gooren, L. y Swaab, D. (2000): «Male-to-Female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus». *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 85, pp. 2034-2041.

Kulick, Dan (1998): *Travestí. Sex, Gender and Culture among Brazilian Transgendered Prostitutes*. Chicago: The University of Chicago Press.

Langarita, José Antonio (2014): *Intercambio sexual anónimo en espacios públicos. La práctica del cruising en el parque de Montjuïc, Gavà y Sitges*. Barcelona: Tesis doctoral, Universidad de Barcelona.

Laqueur, Thomas (1994): *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Ediciones Cátedra, Universitat de València e Instituto de la Mujer.

Le Goff, Jacques (1964): «Métier et profession d'après les manuels de confesseurs du Moyen Âge». En Le Goff, Jacques (2004), *Pour un autre Moyen Âge. Temps, travail et culture en Occident*. Paris: Gallimard, pp. 162-180.

LeVay, Simon (1998): «Aspectos biológicos de la orientación sexual». En Botella, José y Fernández de Molina, Antonio (eds.), *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales*. Madrid: Editorial Díaz de Santos, pp. 213-222.

– (1991): «A Difference in Hypothalamic Structure between Heterosexual and Homosexual Men». *Science. New Series*, 253 (5023), pp. 1034-1037.

Liñán Pagés, Cecilia y Esteva de Antonio, Isabel (2006): «El tratamiento hormonal feminizante». En Gómez, Esther y Esteva, Isabel (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa, pp. 175-184.

Llull, Ramón (1663): *Árbol de la ciencia*. Bruselas: Francisco Foppens.

Lovejoy, Arthur O. (1983): *La gran cadena del ser. Historia de una idea*. Barcelona: Icaria.

Magnan, Valentin (1885): *Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles*. Paris: A. Delahaye y E. Lecrosnier.

Mallada, Lucas (1969) [1890]: *Los males de la patria y la futura revolución española*. Madrid: Alianza Editorial.

Mañero Vázquez, Iván (2006): «La cirugía genital feminizante: vaginoplastia según la técnica de inversión peneana». En Gómez, Esther y Esteva, Isabel (eds.), *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa, pp. 185-196.

Marañón, Gregorio (1984) [1943]: *Manual de diagnóstico etiológico*. Madrid: Espasa-Calpe.

– (1932): «Prólogo». En Malinowski, Bronislaw (1975) [1929], *La vida sexual de los salvajes del noroeste de la Melanesia*. Madrid: Ediciones Morata, pp.15-25.

– (1930): *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales*. Madrid: Javier Morata.

Marcus, George E. (1998): *Ethnography through Thick and Thin*. Princeton: Princeton University Press.

Martínez-Guzmán, Antar y Montenegro, Marisela (2010): «Producciones narrativas: transitando conocimientos encarnados». En Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (eds.), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Madrid: Egales, pp. 229-264.

Martínez Hernández, Ángel (2011): *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

– (2000): «Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura». En Perdiguero, Enrique y Comelles, Josep M^a. (comps.), *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra, pp. 248-275.

Mas Grau, Jordi (2013): «La patologización de la transexualidad. Un mecanismo legitimador de nuestro sistema dual de género». *Quaderns-e, Institut Català d'Antropologia*, 18(1), pp.65-79.

Masotta, Oscar (2006): *Lecciones de introducción al psicoanálisis*. Barcelona: Gedisa.

Mata, Pedro (1866): *Tratado de medicina y cirugía legal. Teoría y práctica, Tomo II, Cuarta*

Edición. Madrid: Carlos Bailly-Baillière.

– (1857) *Tratado de medicina y cirugía legal. Teórica y práctica, Tomo I, Tercera Edición*. Madrid: Carlos Bailly-Baillière.

Matte, Nicolas, Devor, Aaron H. y Vladicka, Theresa (2009): «Nomenclature in the World Professional Association for Transgender Health's Standards of Care: Background and Recommendations». *International Journal of Transgenderism*, 11, pp. 42-52.

Mauss, Marcel (1971) [1950]: «Técnicas y movimientos corporales». En Mauss, Marcel, *Sociología y Antropología*. Madrid: Tecnos, pp. 337- 343.

Max-Bembo (1912): *La mala vida en Barcelona: anormalidad, miseria y vicio*. Barcelona: Maucci.

McIntosh, Mary (1968): «The Homosexual Role». *Social Problems*, 16 (2), pp. 182-192.

Mead, Margaret (2006) [1935]: *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*. Barcelona: Paidós Surcos.

Mejía, Norma (2006): *Transgenerismos. Una experiencia transexual desde la perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.

Menéndez, Eduardo L. (2005): «Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos». *Revista de Antropología Social*, 14, pp. 33-69.

– (1984): «Modelo medico hegemónico. Modelo alternativo subordinado. Modelo de autoatención. Caracteres estructurales». *Cuadernos de la Casa Chata*, 86, pp. 97-114.

– (1981): *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata.

Mercader, Patricia (1997): *La ilusión transexual*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Mérida-Jiménez, Rafael (2008): «Memoria marginada, memoria recuperada: escrituras trans». En Massó, Joana (ed.), *Escrituras de la sexualidad*. Barcelona: Icaria. pp. 105-125.

– (2002): «Prólogo». En Mérida-Jiménez, Rafael (ed.), *Sexualidades transgresoras. Una antología de los estudios queer*. Barcelona: Icaria, pp. 7-28.

Mezzich, J.E., Kirmayer, L.J., Kleinman, A., Fabrega, Jr. H., Parron, D.L., Good, B. J. *et.al.* (1999): «The place of culture in DSM-IV». *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187 (8), pp. 457-464.

Miettunen, J., Veijola, J., Lauronen, E., Kantojärni, L. y Joukamaa, M. (2007): «Sex differences in Cloninger's temperament dimensions. A meta-analysis». *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), pp. 161-169.

Mira, Alberto (2004): *De Sodoma a Chueca. Una historia cultural de la homosexualidad en España del siglo XX*. Madrid: Egales.

Money, John y Ehrhardt, Anke (1982): *Desarrollo de la sexualidad humana. Diferenciación y dimorfismo de la identidad de género*. Madrid: Ediciones Morata.

Monlau, Pedro Felipe (1857): *Elementos de higiene privada ó arte de conservar la salud del individuo*. Madrid: M. Rivadeneyra.

– (1847): *Elementos de higiene pública, Tomo II*. Barcelona: Pablo Riera.

Monstrey, Stan J. y Hoebeke, Piet (2003): «Cirugías de reasignación de sexo en transexuales de hombre a mujer». En: Becerra-Fernández, Antonio (ed.), *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, pp.153-162.

Morel, Bénédicte-Auguste (1860): *Traité des maladies mentales*. Paris: V. Masson.

– (1857): *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes que produisent ces variétés maladives*. Paris: J.B. Bailliére.

Moreno, Cristina (2013/23/04): «El colectivo transexual, víctima de los ajustes sanitarios pese a las promesas del PP». *Público.es*. Recuperado de:
<http://www.publico.es/actualidad/454215/el-colectivo-transexual-victima-de-los-ajustes-sanitarios-pese-a-las-promesas-del-pp>

Moreno Jiménez, Bernardo (1990): *La sexualidad humana: estudio y perspectiva histórica*.

Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Morey, Miguel (1989): «Introducción: la cuestión del método». En Foucault, Michel (1990), *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós, pp. 9-44.

Nanda, Serena (2003): «Hijra y Sahin. Ni hombre ni mujer en la India». En Nieto, José Antonio (ed.), *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Madrid: Talasa, pp. 261-274.

– (1996): «Hijras: An alternative Sex and Gender Role in India». En Herdt, Gilbert (comp.), *Third Sex, Third Gender. Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*. Nueva York: Zone Books, pp. 373-418.

Nieto, José Antonio (2011): *Sociodiversidad y sexualidad*. Madrid: Talasa.

– (2008): *Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

– (2003): «Reflexiones en torno al resurgir de la antropología de la sexualidad». En Nieto, José Antonio (ed.), *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Madrid: Talasa, pp. 15-51.

– (1998): «Transgénero/Transexualidad: de la crisis a la reafirmación del deseo». En Nieto, José Antonio (comp.), *Transexualidad, transgenerismo y cultura*. Madrid: Talasa, pp. 11-38.

Nietzsche, Friedrich (1881): «Aurora». En Nietzsche, Friedrich, (2000), *Obras inmortales, Tomo III*. Barcelona: Edicomunicación, pp. 935-1171.

Núñez, Esther (2001): *Del tercer sexo a la disforia de género. Transexualidad, medicina y comunidades generodisidentes*. Barcelona: DEA en Sociología, Universidad de Barcelona.

Orfila, Mateo (1847): *Tratado de medicina legal, Tomo I*. Madrid: Imprenta de José María Alonso.

Otegui, Rosario (2000): «Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento». En Perdiguero, Enrique y Comelles, Josep M^a. (comps.), *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra, pp. 227-248.

Ovidio (1995): *Las metamorfosis*. Barcelona: Edicomunicación.

Paré, Ambroise (1971) [1573]: *Des monstres et prodiges*. Ginebra: Librairie Droz.

Paredes, Francisca (2007): «La nación se hace carne: la construcción del travestí como metáfora de la transición en “Una mala noche la tiene cualquiera”, de Eduardo Mendicutti». *Hispanofilia*, 149, pp. 55-68.

Park, Katharine (2000): «Una historia de la admiración y del prodigio». En VVAA., *Monstruos y seres extraordinarios*. Madrid: Biblioteca Nacional, pp. 77-90.

Parlament de Catalunya (2012): «Declaració del Parlament de Catalunya contra l'homofòbia, la lesbofòbia i la transfòbia». Recuperado de:
http://www.parlament.cat/web/activitatparlamentaria/declaracionsinstitucionals?p_id=115596163

Parlamento europeo (2011): «Resolución del Parlamento Europeo, de 28 de septiembre de 2011, sobre derechos humanos, orientación sexual e identidad de género en las Naciones Unidas». Recuperado de:
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0427+0+DOC+XML+V0//ES>

Perdiguero, Enrique (2004): «Una reflexión sobre el pluralismo médico». En Fernández Juárez, Gerardo (ed.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: Editorial Abya-Yala, pp. 33-50.

Pérez, Kim (2010): «Historia de la patologización y despatologización de las variantes de género». En Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (eds.), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Madrid: Egales, pp. 97-114.

Person, Ethel y Oversey, Lionel (1974a): «The transsexual syndrome in males: I. Primary transsexualism». *American Journal of Psychotherapy*, 28(1), pp. 4-20.

–(1974b): «The transsexual syndrome in males: II. Secondary transsexualism». *American Journal of Psychotherapy*, Vol 28(2), pp. 174-193.

Picornell, Mercè (2010): «¿De una España viril a una España travestí? Transgresión transgénero y subversión del poder franquista en la transición española hacia la democracia». *Feminismo/s*, 16, pp. 281-304.

Pinel, Philippe (1809): *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris: J.A. Brosson.

– (1798): *Recherches et observations sur le traitement moral des aliénés*. Paris.

Platero, Raquel (Lucas) (2012): «La interseccionalidad como herramienta de estudio de la sexualidad». En Platero, Raquel (Lucas) (ed.), *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Barcelona: Edicions Bellaterra, pp. 15-74.

Platón (2004): *Le Banquet*. Paris: GF Flammarion.

– (1970): *Fedro*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos.

Plinio el Viejo (2003): *Historia natural. Libros VII-XI*. Madrid: Gredos.

Plumed, José Javier y Rey, Antonio (2002): «La introducción de las ideas degeneracionistas en la España del siglo XIX. Aspectos conceptuales». *Frenia*, 2(1), pp. 31-48.

Plummer, Ken (1995): *Telling Sexual Stories: Power, Change and Social Worlds*. Nueva York y Londres: Routledge.

–(1991): «La diversidad sexual. Una perspectiva sociológica». En Nieto, José Antonio (comp.), *La sexualidad en la sociedad contemporánea. Lecturas antropológicas*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, pp. 151-193.

Preciado, Beatriz (2009): «Transfeminismo y micropolíticas del género en la era farmacopornográfica». Recuperado de:

<http://70.32.114.117/gsd1/collect/revista/index/assoc/HASH0127/35e456b1.dirr9924nota.pdf>

– (2008): *Testo Yonki*. Madrid: Espasa.

– (2003): «Multitudes queer. Notas para una política de los “anormales”». *Revista Multitudes*, 12, pp. 157-166.

Prince, Virginia (1997): «Seventy Years in the Trenches of the Gender Wars». En Bullough, V., Bullough, B., y Ellias, J., (eds.), *Gender Blending*. Nueva York: Prometheus Books, pp. 469-476.

– (2005) [1978]: «Transsexuals and Pseudotranssexuals». *International Journal of Transgenderism*, 8(4), pp. 33-37.

Principios de Yogyakarta (2007): «Principios de Yogyakarta sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género». Recuperado de:

http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_sp.htm

Raffalovich, Marc André (1896): *Uranisme et unisexualité: étude sur différentes manifestations de l'instinct sexuel*. Paris: A.Storck y Masson & Cia.

Rametti, G., Carrillo, B., Gómez-Gil, E., Junque, C., Segovia, S. y Gómez, A. (2011a): «White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study». *Journal of Psychiatric Research*, 45, pp. 199-204.

Rametti, G., Carrillo, B., Gómez-Gil, E., Junque, C., Zubiaurre-Elorza, L., Segovia S., Gómez, A. y Guillamon, A. (2011b): «The microstructure of white matter in male to female transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A DTI study». *Journal of Psychiatric Research*, 45, pp. 949-954.

Raymond, Janice (1994) [1979]: *The Transsexual Empire. The Making of the She-Male*. Nueva York: Athene Series.

Reynoso, Carlos (2003): «Presentación». En Reynoso, Carlos (comp.), *El surgimiento de la antropología posmoderna*. Barcelona: Gedisa, pp. 11-62.

Riddell, Carol (1980): «Divided Sisterhood. A Critical Review of Janice Raymond's The Transsexual Empire». En Stryker, Susan y Whittle, Stephen (eds.) (2006), *The Transgender Studies Reader*. Nueva York: Routledge, pp. 144-158.

Robins, Jill (2009): «Andalucía, el travestismo y la mujer fálica: *Plumas de España*, de Ana Rossetti». *Lectora*, 15, pp. 135-158.

Romaní, Oriol y Comelles, Josep Maria (1990): «Les contradiccions dans l'usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines: Automédications et dépendance». *Psychotropes*, 6, pp. 45-62.

Rorty, Richard (1996): *Objetividad, relativismo y verdad. Escritos filosóficos 1*. Barcelona: Paidós.

Rousselle, Aline (1989): *Porneia. Del dominio del cuerpo a la privación sensorial*. Barcelona: Península.

Rubin, Gayle (1986) [1975]: «El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo». *Nueva Antropología*, VIII (30), pp. 95-145.

Sabec, Maja (2003): «Celestina denostada y glorificada: la ambigüedad en las caracterizaciones literarias de la alcahueta». *Verba Hispánica*, XI, pp: 27-35.

Saint-Hilare, Isidore Geoffroy (1836): *Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux: recherches sur les caractères, la classification, l'influence physiologique et pathologique, les rapports généraux, les lois et les causes des monstruosités, des variétés ou vices de conformation ou Traité de tératologie. Tome second*. Paris: J.B. Baillière.

– (1832): *Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux... ou Traité de tératologie. Tome premier*. Paris: J.B. Baillière.

Salamanca Ballesteros, Alberto (2007): *Monstruos, ostentos y hermafroditas*. Granada: Editorial Universidad de Granada.

Salinas, Lola (1994): «La construcción social del cuerpo». *Reis*, 68, pp. 85-96.

Salvans, Marta (2008): *Del ser i el sentir*. Vic: Edición privada.

Santamaría, Cristina (2000): «Lo femenino: un eterno amenazante». En VVAA., *Monstruos y seres extraordinarios*. Madrid: Biblioteca Nacional, pp. 187-198.

Saranyana, Josep-Ignasi (2003): *La filosofía medieval*. Baranáin: Ediciones Universidad de Navarra.

Sarmentero, Esteban (2003): «Cirugía plástica feminizante en la reasignación de sexo». En Becerra-Fernández, Antonio (ed.), *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, pp:177-186.

Sennet, Richard (2002): *Carne y piedra. El cuerpo y la ciudad en la civilización occidental*. Madrid: Alianza Editorial.

Shear, K., Lamí, K.A., Widiger, T.A. y Boyce, C. (2009): «Factores socioculturales y de género». En Narrow, W.E., First, M.B., Sirovatka, P.J. y Regier, D.A. (eds.), *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico*. Barcelona: Elsevier, Masson, pp. 63-76.

Sindzingre, Nicole (1985): «Présentation: Tradition et Biomédecine». *Sciences Sociales et Santé*, 3, pp 9-26.

Solano, Antonio (2002) «Monstruos y prodigios». *Mètode: anuario*, 2002-2003, pp.28-32.

Soley-Beltran, Patricia (2012): «"No-body is perfect". Transexualidad y performatividad de género». En Soley-Beltran, Patricia y Sabsay, Leticia (eds.), *Judith Butler en disputa. Lecturas sobre la performatividad*. Madrid: Egales, pp. 59-100.

– (2009): *Transexualidad y la matriz heterosexual. Un estudio crítico de Judith Butler*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

Stocking Jr., George W. (1968): *Race, culture and evolution*. Nueva York: The Free Press.

Stoller, Robert (1975): *Sex and Gender. Vol. II. The Transsexual Experiment*. Londres: The Hogarth Press y The Institute of Psycho-Analysis.

– (1972): «Etiological factors in female transsexualism: A first approximation». *Archives of Sexual Behavior*, 2(1), pp. 47-64.

– (1968): *Sex and Gender. Vol.I. The Development of Masculinity and Femininity*. Nueva York: Science House.

Stone, Sandy (2004) [1991]: «El Imperio contraataca. Un manifiesto postransexual». *Serías para el Debate*, 3, pp. 15-32.

STP–Campaña Internacional Stop Trans Pathologization (2013): «Desarrollos recientes relacionados con los procesos de revisión del DSM y de la CIE». Recuperado de: <http://www.dsm5.org/documents/gender%20dysphoria%20fact%20sheet.pdf>

– (2012): «Reflexiones sobre el proceso de revisión de la CIE desde una perspectiva de despatologización y derechos humanos». Recuperado de: http://www.stp2012.info/STP2012_Reflexiones_CIE.pdf

– (2011): «Reflexiones sobre despatologización trans y derechos sanitarios». Recuperado de: http://www.stp2012.info/Comunicado_STP2012_julio2011.pdf

– (2010): «Propuesta de petición a la American Psychiatric Association». Recuperado de: <http://www.stp2012.info/old/es/noticias>

Stryker, Susan (2006): «(De)Subjugated Knowledges. An Introduction to Transgender Studies». En Stryker, Susan y Whittle, Stephen (eds.), *The Transgender Studies Reader*. Nueva York: Routledge, pp. 1-18.

Stryker, Susan y Whittle, Stephen (eds.) (2006): *The Transgender Studies Reader*. Nueva York: Routledge.

Suess, Aimar (2010): «Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales». En Missé, Miquel y Coll- Planas, Gerard (eds.), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Madrid: Egales, pp. 29-54.

Swaab, D.F. y Hofman M.A. (1995): «Sexual differentiation of the human hypothalamus in relation to gender and sexual orientation». *Trends in Neurosciences*, 18, 264-270.

Tambling, Jeremy (1990): *Confession: sexuality, sin, the subject*. Glasgow: Manchester University Press.

Tardieu, Ambroise (1874): *Question médico-légale de l'identité dans ses rapports avec les vices*

de conformation des organes sexuels: contenant les souvenirs et impressions d'un individu dont le sexe avait été méconnu. Paris: Librairie J.B. Baillière et Fils.

– (1859): *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs.* Paris: J.B. Baillière.

Tissot, Samuel Auguste (1905) [1758]: *L'onanisme: essai sur les maladies produites par la masturbation.* Paris: Garnier Frères.

Tomás de Aquino, santo (1968): *Suma contra los gentiles. Libros 3º y 4º.* Madrid: Biblioteca de autores cristianos.

Trumbach, Randolph (1993): «London's Sapphists: From Three Sexes to Four Genders in the Making of Modern Culture». En Herdt, Gilbert (Comp), *Third Sex, Third Gender. Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History.* Nueva York: Zone Books, pp.111-136.

– (1989): «Gender and the Homosexual Role in Modern Western Culture: The 18th and 19th Centuries Compared». En Altman, Dennis *et al.*, *Homosexuality, Which Homosexuality?*. Londres: GMP Press, pp. 149-169.

Turner, Victor (2008) [1980]: «Entre lo uno y lo otro: el periodo liminar en los “rites de passage”». En Turner, Victor, *La selva de los símbolos.* Madrid: Siglo XXI, pp.103-123.

Tyler, Stephen (1986): «La etnografía posmoderna: de documento de lo oculto a documento oculto». En Reynoso, Carlos (comp.) (2003), *El surgimiento de la antropología posmoderna.* Barcelona: Gedisa, pp. 297-314.

Uribe, Carlos Alberto (2000): «La controversia por la cultura en el DSM-IV». *Revista colombiana de psiquiatría*, 29(4), pp. 345-366.

Useche, Bernardo (2005): «Medicalización, erotismo y diversidad sexual: una crítica sexológica al DSM-IV-TR». *Sexología Integral*, 2(2), pp.87-95.

Van der Meer, Theo (1993) «Sodomy and the Pursuit of a Third Sex in the Early Modern Period». En Herdt, Gilbert (Comp), *Third Sex, Third Gender. Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History.* Nueva York: Zone Books, pp.137-212.

Van Dijk, Teun (1999): «El análisis crítico del discurso». *Anthropos*, 186, pp. 23-36.

Van Gennep, Arnold (1986) [1909]: *Los ritos de paso*. Madrid: Taurus.

Vartabedian, Julieta (2012): *Geografía travesti: cuerpos, sexualidad y migraciones de travestis brasileñas (Rio de Janeiro-Barcelona)*. Barcelona: Tesis doctoral, Universidad de Barcelona.

Vázquez García, Francisco y Cleminson, Richard (2010): *Los Invisibles. Una historia de la homosexualidad masculina en España, 1850-1939*. Granada: Editorial Comares.

Vázquez García, Francisco y Moreno Mengíbar, Andrés (2000): «Hermafroditas y cambios de sexo en la España moderna». En VVAA., *Monstruos y seres extraordinarios*. Madrid: Biblioteca Nacional, pp. 91-104.

– (1997): *Sexo y razón. Una genealogía de la moral sexual en España (siglos XVI-XX)*. Madrid: Akal.

– (1995) «Un solo sexo. Invención de la monosexualidad y expulsión del hermafroditismo (España, siglos XV–XIX)». *Revista Internacional de Filosofía*, 11, pp. 95-112.

Weeks, Jeffrey (1993): *El malestar de la sexualidad. Significados, mitos y sexualidades modernas*. Madrid: Talasa.

Weston, Kath (1993): «Lesbian/Gay Studies in the House of Anthropology». *Annual Review of Anthropology*, 22, pp. 339-367.

Whittle, Stephen (2006): «Where Did We Go Wrong? Feminism and Trans Theory—Two Teams on the Same Side?». En Stryker, Susan y Whittle, Stephen (eds.), *The Transgender Studies Reader*. Nueva York: Routledge, pp.194-200.

Williams, Walter (1992): *The Spirit and the Flesh. Sexual Diversity in American Indian Culture*. Boston: Beacon Press.

Wittig, Monique (2010) [1992]: *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Madrid: Egales.

World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (2011): «Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People». Séptima edición. Recuperado de:
http://admin.associationsonline.com/uploaded_files/140/files/Standards%20of%20

Care,%20V7%20Full%20Book.pdf

- (2001): «Estándares de cuidado para trastornos de identidad de género». Sexta edición.
Recuperado de:
<http://www.wpath.org>.

Yáñez, Teodoro (1878): *Lecciones de medicina legal y toxicología*. Madrid: Librería de Saturnino Calleja.

Zhou, J., Hofman, M., Gooren, L., Swaab D. (1995): «A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality». *Nature*, 378, pp. 68-70.

