



# ¿Hacia la despatologización de la transexualidad? Apuntes desde una lógica difusa

## *Depathologization transsexualism? Notes from a fuzzy logic*

Trinidad Bergero Miguel<sup>1</sup>, Susana Asiain Vierge<sup>2</sup>, M<sup>a</sup> Dolores Cano-Caballero Gálvez<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Psicóloga Clínica. Unidad de Trastornos de Identidad de Género. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Carlos Haya. Málaga.

<sup>2</sup> Licenciada Antropología Social y Cultural. Enfermera Hospital de Navarra. Pamplona.

<sup>3</sup> Doctora en Antropología por la Universidad de Granada. Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería Virgen de las Nieves de Granada.

**Resumen:** Una breve historia del género, su origen y evolución, el concepto de transexualismo de la OMS y la APA y una crítica de la dicotomía del sistema sexo/género que constituye la base de la definición del Transexualismo como patología.

**Palabras clave:** Transexualismo, patología mental, modelo biomédico.

**Summary:** A brief history of gender, its origin and evolution, the concept of transsexualism of the WHO and the APA and a critique of the dichotomy of the sex/gender system that constitutes the base of the definition of the Transsexualism as pathology.

**Key Words:** Transsexualism, Mental pathology, biomedical model.

### 1. Introducción

La transexualidad está considerada un trastorno mental por la Organización Mundial de la Salud (1) y la Asociación de Psiquiatras Americanos. (2)

En este artículo se exponen de forma crítica algunos aspectos que tienen relación con esta conceptualización de patología mental. Pensamos que es importante tener en cuenta el fondo ideológico y los valores implícitos en las clasificaciones.

### 2. El género

Los seres humanos tendemos a organizar aquello que nos rodea en base a una serie de catego-

rías mentales complejas y de carácter abstracto (edad, clase social, género) que se acompañan de un conjunto de ideas, representaciones, actitudes, conductas y valores asociados que les dan contenido, el cual varía según el contexto social en el que tienen lugar. En este sentido, la sociedad occidental, ha intentado manejar las distintas formas, situaciones y vivencias de la masculinidad y la feminidad, utilizando una concepción dualista en forma de oposiciones binarias (hombre/mujer, masculino/femenino). Este hecho tiene repercusiones de gran importancia ya que pone en funcionamiento toda una serie de mecanismos: actitudes, expectativas, sentimientos, emociones que remiten a creencias,

ideas estereotipadas y valores en relación a la feminidad y la masculinidad que existen en una sociedad en un momento histórico dado.

Gran parte de la identidad personal procede de la adopción e interiorización de esas creencias, normas, valores, estereotipos, compartidos por el colectivo al que se pertenece, con el que la persona se identifica, convirtiéndose de esta manera en criterios de organización social muy poderosos (3).

En nuestra sociedad las personas están altamente generizadas en torno al sexo biológico y más concretamente en torno a los genitales, en función de los cuales se realiza la asignación de género como hombre o mujer.

En Occidente, existe una tendencia al pensamiento dual que no es universal, y que ha creado estas categorías binarias, rígidas y contrapuestas entre sí, además de complementarias, como lo son hombre/mujer, masculino/femenino, heterosexual/homosexual. Estas categorías no reflejan la realidad que es cambiante, dinámica y de naturaleza compleja, sino que la recrea en base a mecanismos selectivos diversos, a menudo simplificadores, que actúan como criterios de organización y normativización personal y social, produciendo así representaciones dicotomizadas de la realidad. (3)

La identidad de género es la imagen que las personas, de manera más o menos consciente, proyectan en el ámbito social en relación a la ideología de género dominante. (4) Este proceso se inicia desde etapas tempranas de la vida, desde el mismo momento en que utilizando una ecografía, se le informa a la madre el sexo del bebé, poniendo en marcha una serie de conductas y actitudes que refuerzan los estereotipos de género que se asocian al hecho de ser mujer u hombre en nuestra sociedad.

Numerosos autores han destacado la importancia del concepto de género como una de las aportaciones más interesantes del pensamiento del siglo XX. La categoría género permite romper con el determinismo biológico y la identificación entre sexo y género como algo natural. (4)

En los 80, el concepto de género se interpretó de manera dicotómica, tratando de reflejar la duali-

dad biológica implícita en el concepto de sexo y fue a partir de la década de los 90 cuando se planteó que la categoría de género para ser operativa, debería alejarse de la base dual con la que se había conceptualizado en la década anterior. (4) En este sentido, numerosos autores advirtieron que el concepto de género había sido mal utilizado como sinónimo culturalista de sexo (5) Se criticó la utilización de la palabra género como un constructo analítico fundamentado en la organización social de los sexos, como si fuera la construcción social del sexo biológico. (4)

Alejándose del planteo dicotómico de los sexos, el concepto de género alcanzó una gran potencia porque permitió su utilización para otras formas de socialización y construcciones de identidad de género como la androginia o las personas transgénero que no se adaptan a las formas determinadas dicotómicamente como masculinas o femeninas en nuestra cultura. De esta manera, se comenzó a considerar al género como una categoría analítica abstracta que permite analizar y comprender realidades identitarias múltiples y variadas según los contextos sociales. Este concepto de género resulta una categoría útil para superar las concepciones dualistas. (4).

El género abarca un conjunto de creencias, actitudes, sentimientos, valores, expectativas, atribuciones, comportamientos y actividades que diferencian a los sujetos – en lo real y en lo imaginario o simbólico – y en cuyo desarrollo tiene un papel predominante la construcción social, en la que intervienen las instituciones políticas y educativas, el mercado de trabajo, los medios de comunicación, la familia, etc., transmitiéndose la jerarquización de los roles a través de relaciones interpersonales. (6)

La relación sexo/género es muy compleja. En lugar de entender el sexo como algo determinado biológicamente, y el género como algo determinado por lo social debemos considerar ambos fenómenos en interacción permanente y con límites no nítidos. (7)

Laqueur plantea la importancia de la construcción de sexo y género para la estructuración y organización de la vida social, y pone en claro cómo las diferencias sexuales, basadas en la anatomía, se interpretan en claves culturales. Es decir, se construyen estas distinciones para dar respuesta a



unos valores sociales, que buscan su legitimación a través del discurso científico. (8)

### 3. El modelo biomédico

Desde la perspectiva biomédica, la transexualidad es una patología clasificada entre los trastornos mentales y del comportamiento. La creación y utilización de manuales diagnósticos como el CIE-10 y el DSM IV, desarrollados bajo las directrices de la Organización Mundial de la Salud (1) y de la Asociación de Psiquiatras Americanos, (2) respectivamente, responden a los imperativos de la psiquiatría de orientación biomédica o neokraepelismo, que pone énfasis en la clasificación y descripción precisa de cuadros clínicos. En dichos manuales clínicos, los trastornos mentales son aprehendidos bajo la analogía de las enfermedades físicas y sus síntomas son entendidos como resultado de una disfunción biológica subyacente, desligándolos de mecanismos culturales, psicológicos y biográficos. Constituyen un intento de simplificar la realidad para hacerla más manejable y conseguir nosologías psiquiátricas neutrales independientes del contexto histórico-cultural. Para dar un carácter de objetividad y neutralidad científicas, se eliminan criterios sociales y culturales, lo que hace que la taxonomía no explique la variabilidad cultural. (9)

Sin embargo, a pesar del esfuerzo por lograr la neutralidad, las definiciones de la transexualidad de los manuales de la APA (2) y la OMS, (1), ponen en evidencia la ideología y los valores implícitos que subyacen a las mismas, en la medida en que apuestan por un modelo dicotómico de identidad de género. Habría que decir que este modelo no es muy afortunado porque incluso desde el punto de vista biológico esta dicotomía no describe todas las posibilidades, ya que la naturaleza va más allá del dimorfismo. Hay seres humanos como los intersexuados por ejemplo, que desbordan estas coordenadas. El dimorfismo es una forma de reduccionismo que deja fuera a muchas personas. Pero mirando bien, el sistema sexo/género no sólo es incompleto y resulta insuficiente para describir todo el espectro, sino que además ha ayudado a incrementar las desigualdades entre los dos géneros *oficiales*.

Es que en el sistema biomédico como en cualquier otro, la salud y la enfermedad mental están

formuladas de una manera culturalmente específica y tiene relación con el contexto histórico y geográfico en el que se formula. (10). Sin ir más lejos, el relativismo cultural e histórico de las clasificaciones que manejamos ha quedado patente en el caso de la homosexualidad definida como patología hasta hace poco tiempo. Y esto fue así porque el deseo heterosexual era catalogado como deseo normal y en virtud de un giro perverso del pensamiento, pasó a ser considerado “natural” (esto es, inscrito en la naturaleza y el destino de los seres humanos). (11)

Cuando los expertos que participan en la elaboración de los manuales definen los trastornos de identidad sexual, lo hacen partiendo de las creencias, la ideología y el bagaje de la sociedad y el momento histórico que les toca vivir. Además, están describiendo y definiendo al mismo tiempo, las características de la demanda de las personas transexuales que acuden al sistema sanitario solicitando la reasignación sexual. Con ello están estableciendo una definición que parte de individuos o grupos de personas y sobre esa base, intentan generalizar sus conclusiones sin tener en cuenta que éstas no son aplicables a la totalidad de un colectivo que se caracteriza precisamente por la diversidad y no por la homogeneidad.

Para la OMS y la APA la transexualidad es un trastorno mental por dos razones: las personas transexuales transgreden el orden establecido y su situación produce un sufrimiento significativo y una desventaja adaptativa importante que se traduce en la disforia y en la comorbilidad psíquica. (2, 12) Como plantea Martín Casares: “el sistema de género obliga a hombres y mujeres a admitir los valores asociados a la masculinidad y a la feminidad bajo pena de verse despojados de su identidad” (4) Pero habría que preguntarse ¿por qué una identidad o expresión de género que difiera de la asignada al nacer constituye por sí misma un trastorno mental o una minusvalía en la competencia del ser humano? (13)

Las principales creencias del sistema biomédico que subyacen a la calificación de la Transexualidad como una patología mental son: el determinismo biológico, el modelo de identidad sexual dicotómica única y estable a lo largo de la vida y la sexualidad heterosexual y coitocéntrica dirigida a la reproducción. Foucault, sostiene

que en nuestra sociedad, se adjudica a cada individuo su identidad sexual, primera, profunda, determinada, y determinante (14)

En el sistema biomédico, se plantea como lo natural, que el recién nacido desarrolle una identidad de género congruente con el sexo biológico.

Los conceptos homosexualidad/heterosexualidad se definen a partir de la identidad sexual del sujeto hombre/mujer la cual a su vez se define a partir de la genitalidad.

Este modelo produce sufrimiento entre aquellas personas que quedan excluidas porque no pueden ajustarse al concepto de dismorfismo sexual presente en la sociedad. Es difícil situarse fuera del modelo dicotómico que utilizamos cuando desde el punto de vista genético, hormonal y morfoanatómico se pertenece a un sexo, y desde el punto de vista psicológico y social a otro.

En el tratamiento del transexual subyace un marcado dualismo entre el cuerpo y la mente, lo que posibilita ajustar el sexo (que en este caso se iguala a la realidad corporal) a las definiciones normativas de género. El tratamiento hormonal y la cirugía transexual subrayan el modelo occidental de género, encarnando la polarización de género con base en los genitales y el cuerpo.

En las personas transexuales la falta de correspondencia entre lo biológicamente determinado y la identidad sentida como propia, haría necesario un tratamiento que pasaría por adecuar el cuerpo para cubrir las expectativas del sistema social de sexo/género. Se asegura que el sufrimiento (disforia) de las personas transexuales se mitigará o desaparecerá cuando se reasignen de sexo. De esta manera, muchas personas transexuales hablan de la genitoplastia como de “un nuevo nacimiento”, pues habrá un nuevo renacer desde la nueva apariencia de los genitales. Esta visión hace de la anatomía destino, siendo la genitalidad el centro de la identidad del individuo, olvidando la tremenda complejidad de la vida. (15)

Este aspecto es tan importante que nuestra experiencia nos permite afirmar que los transexuales sufren con frecuencia presión de su entorno para pasar necesariamente por la cirugía de reasignación como una prueba de la veracidad de su discurso. (16)

Sin embargo, las intervenciones sanitarias en la Transexualidad son un hecho reciente lo cual hace pensar que la necesidad del tratamiento médico y/o quirúrgico no son inherentes a la Transexualidad, sino producto del progreso de la Medicina que permite la utilización de terapias hormonales y quirúrgicas para lograr un cambio morfoanatómico y hormonal impensable en otras etapas de la humanidad (17)

El proceso de reasignación sexual nos recuerda que “lo corporal no es nunca natural, sino que siempre es construido social y políticamente” Las novedosas técnicas quirúrgicas y la utilización de las hormonas, las nuevas tecnologías, el uso de prótesis y materiales diversos introducidos dentro del cuerpo para modificar su forma están permitiendo cuerpos reconstruidos y fabricados donde se combina lo orgánico y lo artificial y “dan forma a realidades donde la naturaleza y la sexualidad adquieren nuevos significados y conducen a formas alternativas de percibir el ser persona y las relaciones de los humanos entre sí y con el entorno”(18).

La mayoría de las personas transexuales que acuden a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género del Hospital Carlos Haya de Málaga, solicitan la reasignación sexual. El tratamiento hormonal y quirúrgico en la sanidad pública ha sido una de las más importantes reivindicaciones de los transexuales en los últimos tiempos. No debemos olvidar que las personas transexuales al igual que la mayoría de nuestra sociedad, pueden ver al género como algo rígidamente demarcado y excluyente: masculinidad/feminidad, reflejando en la solicitud de reasignación, los roles de géneros tradicionales, autoexcluyentes entre sí.

La identidad transexual solicitando ser exactamente una réplica del otro sexo, sostiene el paradigma occidental basado en la existencia de dos sexos opuestos y de conductas, temperamentos, emociones y orientaciones sexuales constituidas sobre la base de una polaridad biológica. Esta oposición está representada por los genitales, símbolos de las diferencias reproductivas y base para la asignación del sexo biológico. (16, 19)

Las personas transexuales realizan al sistema sanitario una doble y contradictoria demanda:



por un lado, cuestionan el sistema dicotómico, lo ponen en tela de juicio, y después lo utilizan demostrando la insuficiencia de toda referencia simbólica y anhelando convertirse exactamente en el otro y ser reconocidos como hombres o como mujeres (20) A veces tomamos conciencia de que gran parte de las que acuden al sistema sanitario, sitúan todo en la representación corporal y muy poco en la representación psíquica. Acuden al sistema sanitario para “corregir un error de la naturaleza”. La mayoría de estas personas describen minuciosamente la incomodidad o incluso el horror que les produce su cuerpo, sobre todo sus genitales. En los transexuales masculinos esta sensación incluye también a las mamas. Chiland afirma que “el discurso de los transexuales es más rico para expresar el horror que tienen por el sexo de su cuerpo, que para hablar de lo que es deseable de la pertenencia al otro sexo”. (20)

Es comprensible la preocupación por el cuerpo porque el cuerpo y el aspecto externo son la primera tarjeta de presentación y tienen un papel muy importante en la relación con el entorno. Pero con frecuencia el cuerpo toma un protagonismo importante y la vigilancia permanente de su evolución con los tratamientos hormonal o quirúrgico puede llegar a constituir el centro de la vida.

La gestión de la apariencia de estas personas tiene estrecha relación con las definiciones sociales de lo que es un hombre o una mujer. Butler dice que en la actividad cotidiana se reconoce con facilidad la representación de un tipo de feminidad determinado por los mensajes culturales dominantes. (21) La autodefinición de género que cada persona proporciona de sí misma tiende a ser polarizada.

En las personas transexuales observamos una importante dificultad o imposibilidad de cumplir el rol de género esperado de acuerdo al sexo biológicamente determinado. Como consecuencia puede producirse una búsqueda de cumplir estereotipos, cambio de sexo y feminidad extrema. La inculcación de la feminidad no se produce intersubjetivamente, sino que su búsqueda se dirige hacia la feminidad en abstracto, es decir hacia modelos ajenos a la experiencia cercana, convirtiéndose así en una búsqueda de estereotipos.

La identidad no es sólo un proceso que se siente a nivel íntimo. Las personas transexuales desean ser reconocidas por los demás como hombres o mujeres. La construcción de la identidad necesita de la interacción y el reconocimiento del “otro”. La identidad de género se va construyendo y transformando en el marco de unos contextos sociales y unas actividades concretas. En estos contextos, la dimensión cognitiva, sensitiva, emocional, “performativa” y de acción social se va entretejiendo y retroalimentando. (18, 21)

Los profesionales sanitarios que las asisten (psicólogos, psiquiatras, endocrinólogos, cirujanos plásticos...) comparten las mismas creencias del modelo biomédico imperante en la sociedad occidental. La tarea del profesional de salud mental consiste en objetivar en la exploración diagnóstica una divergencia entre el desarrollo de un sexo morfoanatómico y fisiológico perteneciente a un sexo, y la construcción de una identidad de género de signo contrario. Por eso el profesional puede entender sin dificultad la estereotipada frase que escucha una y otra vez en las consultas de las Unidades de Género: “Soy una mujer y me siento atrapada en un cuerpo (de hombre) que no es el mío”.

El modelo biomédico ha contribuido a crear y desarrollar un modelo de transexualidad, influyendo en gran manera en la construcción del discurso de las personas transexuales, que con frecuencia ocultan aquellos aspectos que creen que puedan impedir el acceso a la reasignación sexual.

A pesar de que la reasignación sexual, actúa como un proceso “normalizador”, nuestra sociedad presenta dificultades para aceptarlos e integrarlos, lo que les lleva a tener inconvenientes en la vida cotidiana, en la integración académica, familiar, social y laboral que tienen que ver no sólo con su historia individual, sino también con el modelo social imperante de en qué consiste ser un hombre y una mujer y que los excluye a ellos. (16)

Estas importantes dificultades les pueden conducir a interrupciones tempranas de la escolarización lo que les coloca en una situación de desventaja sociolaboral, y puede conducirlos a situaciones de riesgo de exclusión social, además de exponerles a situaciones de violencia verbal, física y sexual a lo largo de la vida. (16)

En la actualidad, existe un importante debate respecto a la transexualidad. Hay autores que la codifican como trastorno mental, para otros es un trastorno de la diferenciación sexual y otros abogan por su despatologización.

La hipótesis etiológica más destacada sostiene que la identidad de género de cada individuo es el resultado de la actividad de ciertas áreas de su propio cerebro. En los transexuales se produciría una discrepancia entre la diferenciación de las áreas cerebrales de las que depende el establecimiento de la identidad de género de ese individuo y el resto de niveles que definen su sexo. De esta forma puede desarrollarse un organismo femenino en sus aspectos genéticos, hormonales y orgánicos pero con áreas cerebrales de identidad sexual masculina. (22)

En todo este debate observamos que a lo largo de la historia, distintas instituciones han creado significados sociales sobre la realidad sociosexual y han determinado lo que es normal y aceptable, lo que es enfermedad y lo que no lo es. Hasta la Revolución Francesa, el poder para definir la realidad social estaba en manos de la Iglesia. La Iglesia primero, la ciencia después son centrales en el proceso de construcción de las identidades sociosexuales. Olga Viñuales dice que “los y las protagonistas de las disidencias sexuales, pecaron primero, enfermaron después y son hoy en día, consumidores de diferencia”. (23) Es difícil sustraerse del todo al sentido común de una época y a ciertas imágenes demasiado pregnantes que imperan en un momento histórico de su desarrollo.

#### 4. Propuesta de una lógica difusa

Proponemos principios de la lógica difusa o lógica heurística para este problema basándonos en lo relativo de lo observado. Este tipo de lógica toma dos valores aleatorios, pero contextualizados y referidos entre sí. Pensamos que el modelo de la lógica difusa representa el mundo real mejor que el modelo dicotómico. Aplicando esta lógica al género, se evitaría la obligación de adherirse completamente a la dicotomía hombre/mujer que establece la ideología dominante.

Para cada conjunto difuso, existe asociada una función de pertenencia para sus elementos, que

indican en qué medida el elemento forma parte de ese conjunto difuso. En esta forma de interpretar los hechos, la realidad no tiene que ser verdadera o falsa, sino que puede haber grados de verdad, pues los elementos de un conjunto no tienen por qué estar dentro o fuera completamente del mismo. Puede haber “grados de pertenencia”, de un elemento a un conjunto dado (24)

La lógica difusa incluye el intervalo, que se sitúa en el medio, entre cero y uno; permitiendo la existencia de multivalores, de multivalencias y de este modo, entramos en el ámbito de la complejidad y algunas veces en el mundo de las paradojas. (25). “Sentirse hombre o mujer no es algo estático o uniforme, sino que está en continuo cambio, es decir que es un proceso abierto, complejo y plural”. (18)

En este sentido, Kim Pérez afirma que “La realidad difusa se encuentra cuando se puede definir por un más o menos, y esto es lo que ocurre precisamente con el género, en el que las conductas se pueden definir fácilmente con un más o menos masculinas o femeninas. Hay un continuo que va de lo extremadamente masculino a lo extremadamente femenino y hay una amplia zona más o menos indefinida entre los dos extremos” (26).

Observando la realidad, constatamos que no es posible hablar de identidades de género rígidamente demarcadas, compactas lineales, uniformes. En la realidad observamos “tramas de feminidad y masculinidad mixtas”. Tenemos que buscar nuevas imágenes y metáforas que hagan justicia a la gran variabilidad y heterogeneidad de la realidad del género. (18)

Fischer Pfaeffle en “Devenires, cuerpos sin órganos, lógica difusa e Intersexuales”, propone hacer una reflexión sobre las aportaciones de la

Biomedicina al concepto de sexo y género: “La Biomedicina ha producido saberes sobre el cuerpo humano, sobre la designación sexual y la diferencia sexual, frecuentemente a partir de una visión simplista, dicotómica, de una lógica binaria, produciendo un modelo y un deseo de verdad. El discurso biomédico sobre la diferenciación sexual fue producido como un modelo de verdad, de forma arbitraria y simplista. Pues parte de la concepción, por un



lado, de que al haber solamente dos gónadas (ovarios y testículos) solamente debe haber dos sexos, dos roles sociales; y por otro, de que la función de los genitales es la reproducción humana. El placer no tiene ninguna importancia, ninguna relevancia” (25)

Alemany, sostiene que “la simplificación que contempla las vivencias, las emociones, las sensaciones y la erótica que tenemos las personas como seres sexuados en varones o mujeres, reducidos a parámetros estrictamente físicos como son los órganos genitales, los cromosomas, las gónadas y las hormonas, ignora que el cuerpo se propone como algo que cada sujeto tiene que conquistar, que no es algo dado, marcado por el destino anatómico” (27)

### 5. Las personas transexuales

La transexualidad tal como la define la Medicina, es un hecho reciente, sin embargo la existencia de personas que han transgredido los roles de género esperados según lo biológicamente pautado, han estado presentes en todas las culturas y a lo largo de toda la historia de la Humanidad. (4, 28)

En algunas culturas, las sociedades y personas han ido construyendo situaciones que trascienden y desbordan las rígidas coordenadas que delimitan las categorías hombre/mujer y masculino/femenino como los hijras de la India y Pakistán, o los eunucos de los harenes orientales, o los inuitas o los berdaches. (4)

En nuestra realidad cultural estas personas son desconcertantes y desconocidas. Nos hacen ver, que frente a la concepción biomédica, bipolar occidental de sexo-género, existe otra realidad de géneros e identidades múltiples, heterogéneas. Esto es evidente en todas las personas transexuales que solicitan al sistema sanitario reasignación sexual. Pero sobre todo, son más desconcertantes aquellas que no solicitan reasignación sexual, y que muestran una creciente aceptación y reafirmación del género sin tener que recurrir a la cirugía de reasignación, esto es, sin tener que responder a la exigencia de lo que se entiende en la biología por ser mujer u hombre. (15).

Las personas transexuales nos hacen ver que sexo y género no están relacionados de forma, secuencial, coincidente ó simétrica, y que no

existe una correspondencia universal entre lo que es sexo y lo que es género. Ambas esferas no son totalmente independientes una de otra, sino que se establece una relación de contingencia entre ambas. En cada cultura existen distintas formas específicas de organizar el pensamiento en torno al sistema sexo/género y a la sexualidad. (15)

Norma Mejía en su libro *Transgenerismos. Una experiencia transexual desde la perspectiva antropológica* afirma: “la realidad es que no existen dos sexos y dos géneros, sino más. Tantos que el número de géneros posible no tiene límite”. El problema según esta autora es que “hemos confundido unas construcciones abstractas diseñadas”, con la realidad. No es que los transexuales constituyan un tercer sexo/género. “Es que entre los seres humanos para los cuales lo imaginario es más real que la realidad, sólo existen terceros sexos/géneros. El primero y el segundo, son puras fantasías colectivas”. (29)

Una de las dificultades más importantes para conocer las realidades transexuales en toda su diversidad lo constituye el hecho de que sabemos muy poco de esta población (30). Hasta ahora han permanecido ocultos para los sistemas sanitario y social, a veces por una fuerte preocupación por la privacidad, y otras por temor al rechazo y la estigmatización. (30) La mayoría de las personas que acuden a nuestras Unidades de Género, pretenden ser “una mujer o un hombre más”, quieren permanecer anónimas porque la visibilidad puede suponer una oportunidad para lograr la integración y la aceptación pública y lograr seguridad, pero también puede exponerles a la violencia en distintas formas que se ejerce contra ellos (31)

Es necesario conocer más sobre las personas transexuales. Para su estudio hay que utilizar un enfoque abierto, descriptivo, analítico y exploratorio, pues es una estrategia inmejorable para aproximarnos a su conocimiento (30)

Para terminar, coincidimos con Rodríguez Alemán quien afirma que “la comparación transexual ha permitido evidenciar que en otras sociedades históricas y en otras culturas contemporáneas, la anatomía no es destino” (15)

## Conclusiones

La biomedicina es el modelo que actualmente rige en Occidente y contempla el proceso de reasignación sexual de las personas transexuales ajustando el cuerpo a la identidad de género sentida como propia.

El tratamiento hormonal y la cirugía transexual subrayan el modelo occidental de género, encarnando la polarización de género con base en los genitales y el cuerpo.

Los transexuales presentan dificultades en la vida cotidiana, en la integración académica, familiar, social y laboral que tienen que ver no sólo con su historia individual, sino también con el modelo social imperante de en qué consiste ser un hombre y una mujer y que los excluye a ellos.

El pensamiento dualista en forma de oposiciones binarias (hombre/mujer) es una de las

mayores trabas para la construcción de identidades y roles de género alternativos y para el respeto por la diversidad.

Es necesaria una revisión de las pretendidamente universales, naturales, neutrales y ahistóricas nosologías de la Medicina, la Psiquiatría y la Psicología y una reflexión sobre la influencia de la cultura y del momento histórico para determinar lo que es normal o patológico en un momento dado.

Sería importante avanzar a nivel social, educativo, jurídico y político en la consideración de las personas como seres humanos antes que como hombres o mujeres.

La identidad de género es una identidad fluida y abierta que se resiste a etiquetas dicotomizadoras del tipo masculino/femenino. Existen múltiples formas de expresar y vivir la identidad y nuestra sociedad debe trabajar para crear un espacio en el que todas ellas sean desarrolladas en libertad.

---

## Bibliografía

1. OMS. CIE-10, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*, OMS, 1992.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. DSM-IV-TR, Masson. Barcelona, 2003.
3. BARBERÁ HEREDIA, E. *Psicología del género*. Editorial Ariel, Barcelona, 1998.
4. MARTÍN CASARES, A. *Antropología del género. Culturas, mitos y estereotipos sexuales*. Ediciones Cátedra. Madrid, 2006.
5. STOLCKE, VERENA. *Antropología del género en Prat, Joan y Martínez, Ángel (eds) Ensayos de Antropología cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*. Ariel Antropología. Barcelona, 1996.
6. MARTÍNEZ BENLLOCH, I. y BONILLA CAMPOS, A.: *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Universitat de València, 2000.
7. GASTÓ FERRER, C. *Transexualidad. Aspectos Históricos y Conceptuales*. Cuadernos de Medicina Psicosomática y psiquiatría de Enlace 2006, 78: 13-20.
8. LAQUEUR, T.W. *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Cátedra. Madrid, 1994.
9. MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. (2000) *Anatomía de una ilusión. El DSM IV y la bipolarización de la cultura*. En *Medicina y Cultura: Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Enrique Perdiguero y Josep M. Comelles, Eds. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
10. SEPPILLI, T. (2000) *¿De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud?* En *Medicina y Cultura. Estudios sobre Antropología y Medicina*. Comelles, Josep, M. y Perdiguero, Enrique, Eds. Ediciones Bellaterra. Barcelona, 2000.
11. BALZA, I. *Bioética de los cuerpos sexuados: transgenerismo, intersexualidad y transexualidad*. ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política 2009, 40: 245-258.
12. BECERRA FERNÁNDEZ A.; DE LUIS ROMAN A, y PIEDROLA MAROTO G. Morbilidad en Pacientes transexuales con auto-tratamiento hormonal para cambio de sexo. *Medicina Clínica*. 1999. 113(13): 484-487.



13. EHRBAR R. *Recomendaciones para una reducción de daños del diagnóstico del TIG en el DSM- V*. En: El género desordenado. Ed: Miquel Missé y Gerard Coll-Planas. Egales. Barcelona, 2010. Pág. 164-167.
14. FOUCAULT, M. *Herculine Barbin llamada Alexina B*. Madrid, Ed. Revolución, 1978.
15. RODRÍGUEZ ALEMÁN, R. Análisis antropológico de la transexualidad, entre la realidad cultural y la resistencia social. *Anuario de Filosofía, Psicología y Sociología* 2002. 4-5: 239- 248.
16. BERGERO T. ASIAIN S, GORNEMAN I. GIRALDO F., LARA J., ESTEVA I., GÓMEZ M. Una reflexión sobre el concepto de género alrededor de la transexualidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2008; 18(101): 211-226.
17. BERGERO, T.; CANO, G.; GIRALDO, F.; ESTEVA, I.; ORTEGA, MV.; GÓMEZ, M y GORNEMAN, I. La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el sistema público *Revista de la AEN*, 2004, 90, pp. 2.828-2.838.
18. ESTEBAN, MARI LUZ. *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*". Edicions Bellaterra. Barcelona, 2004.
19. FERNÁNDEZ, J., *Cuerpos desobedientes*, Buenos Aires, Edhasa, 2004.
20. CHILAND, C., *Cambiar de sexo*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1999.
21. BUTLER, J. *Cuerpos que importan*. Paidós. Buenos Aires, 2002.
22. GÓMEZ GIL, E. y ESTEVA DE ANTONIO, I. *Ser transexual*. Dirigido al paciente y su familia, y al entorno sanitario, judicial y social. Ed. Glosa. Barcelona, 2006.
23. VIÑUALES, O.; GUASCH, O., *Sobre el futuro de la identidad*, Madrid, Reverso, 2000.
24. MORILLAS RAYA, A. (2006). *Introducción al análisis de datos difusos*. Málaga, EUMED.Net.
25. FISCHER PFAEFFLE, A. E. *Devenires, cuerpos sin órganos, lógica difusa e intersexuales. Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. D. Maffia. Buenos Aires, 2003. Feminaria: 9-30.
26. PÉREZ, K. *Jornadas Feministas Estatales, Granada*, diciembre de 2009. Disponible en: <http://conjuntosdifusos.blogspot.com/2010/01/antigenerismo.html>. Consultado el 15-9-2010.
7. ALEMANY ANCHEL, M. J. y VELASCO LAISECA, J. *Género, imagen y representación del cuerpo*. Index de Enfermería, 2008. 17.
28. VERN L. BULLOUGH. *La transexualidad en la historia*. En *Transexualidad, transgenerismo y cultural: Antropología, identidad y género*. Jose Antonio Nieto, Comp. Madrid, 1998: Talasa Ediciones.
29. MEJÍA, N. *Transgenerismos. Una experiencia transexual desde la perspectiva antropológica*. Barcelona, 2006. Bellaterra.
30. AGUILERA, R. M., DURAND-SMITH, A. et al.. *Veinticinco años de investigación cualitativa en salud mental y adicciones con poblaciones ocultas*. Primera parte 2003. *Salud Mental* 26(6): 76-83.
31. BAIRD, V. *Sexo, amor y homofobia*. Amnistía Internacional. Madrid, 2006. Ed. Egales.

#### Contacto:

- Trinidad Bergero. Psicóloga Clínica. Unidad de Trastornos de Identidad de Género. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental. Hospital Carlos Haya. Málaga. [berg7679@hotmail.com](mailto:berg7679@hotmail.com). Dirección postal: C/ Las Palmeras, 4. 29018 Málaga.

- Susana Asiain. Licenciada Antropología Social y Cultural. Enfermera. Hospital de Navarra. Pamplona. [susasiain@yahoo.es](mailto:susasiain@yahoo.es)

- María Dolores Cano-Caballero. Doctora en Antropología por la Universidad de Granada. Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería Virgen de las Nieves de Granada. [canocaballero@hotmail.com](mailto:canocaballero@hotmail.com)