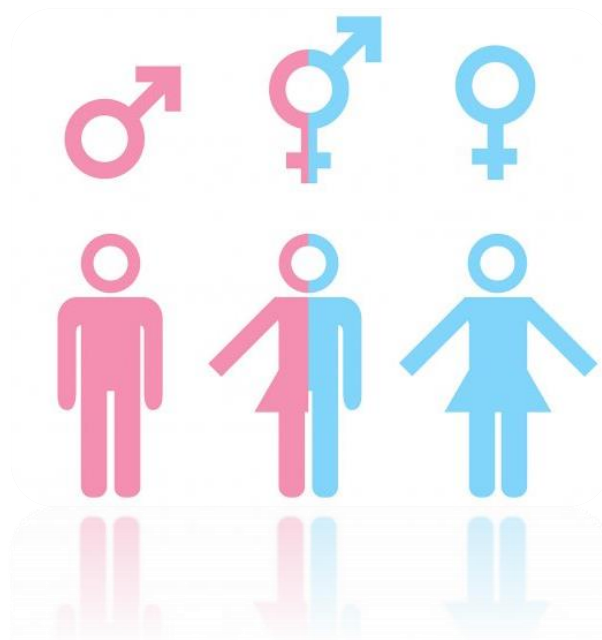


# La transgresión de la norma de género:

Experiencias de las identidades “trans”  
con los Servicios de Salud



**Universidad de Girona**

Facultad de Derecho: Grado en Criminología

Trabajo Final de Grado (Junio 2017)

Autor: Marcos Cárdenas del Río

Tutora: Maribel Narváez Mora

**Índice.**

1. Introducción.....	3
2. Perplejidades conceptuales.....	5
3. Planteamientos teóricos.....	15
4. El rol del facultativo.....	17
5. Propuesta metodológica.....	30
a. Facultativos.....	34
b. Tratamiento Psicológico.....	42
c. Despatologización.....	45
d. Tránsito social.....	47
e. Identidad legal y tratamiento jurídico.....	49
6. Conclusiones.....	53
7. Referencias.....	57

## 1. Introducción.

Años atrás la determinación del género era algo mucho más sencillo que actualmente: eras un niño o una niña. La determinación del género en la cultura occidental ha sido determinada mediante un único criterio, la genitalidad. En la actualidad parece que todo esto se ha vuelto un poco más complejo.

Nacimos en una cultura que nos deja algo realmente claro, el mundo en que vivimos está dividido en dos categorías: la masculina y la femenina. Estas categorías se presentan, no solamente como diferentes entre sí, sino como completamente opuestas. En nuestra vida rutinaria, y a veces sin darnos cuenta, recibimos constantemente mensajes que refuerzan esta idea. Si prestamos un poco de atención podemos ver como prácticamente todo está definido mediante la visión del género.

Con el paso del tiempo hemos visto como las personas pertenecientes a un género han podido hacer cosas que sus antecesores jamás habrían soñado. En épocas pasadas la revolución del género consistió en cambiar los roles de género; actualmente y con los progresos sociales, parece ser que los cambios van dirigidos a establecer un concepto de género diferente y nuevo, que tenga en cuenta la diversidad de variables que aparecen representadas por todas las personas con realidades diferentes.

Todo esto puede resultar algo confuso y complicado ya que después de todo para algunas personas es muy difícil de entender. Aparecen nuevas categorías de género, nuevas formas de expresión y nuevos conceptos cuya descripción necesitamos para la comprensión de mi objeto de estudio. Un ejemplo de estas nuevas categorías es aquella usada para referirse o categorizar a las personas que se identifican con el género que les fue determinado al nacer, las personas cisgénero<sup>1</sup> o mayoritariamente consideradas personas normativas en este aspecto. La “cis-hetero-normatividad” es la categoría usada para todas aquellas personas que pertenecen claramente a uno de los dos géneros aceptados, el masculino o el femenino, no han sentido una incongruencia entre sus órganos sexuales, sus caracteres sexuales secundarios y su identidad de género, y mantienen relaciones estrictamente heterosexuales.

En esta investigación se pretende explorar el terreno cambiante del género hoy día. ¿Qué es el género y qué es lo que lo determina? ¿Cómo puede ser el sexo de alguien al nacer (su anatomía) diferente que su identidad de género? Y ¿si los roles de género son rechazados por completo? ¿Qué pasa con las personas que no se consideran ni hombres ni mujeres? ¿A qué procesos están obligados a someterse las personas transexuales y bajo la custodia de quién? ¿Qué entes garantizan el cumplimiento de la norma?, ¿Cómo viven esas experiencias?

Existe una gran parte de la sociedad que no se siente representada por los estándares del género impuestos en ninguna o alguna de sus variantes. Los

---

<sup>1</sup> Las personas cisgénero son aquellas que viven de acuerdo con el género asignado al nacer en base a su sexo (ver Serano, 2007).

estereotipos marcados para determinar claramente quien es hombre y quien es mujer se ven cuestionados por las circunstancias de una parte de la población mundial que no cumple con las expectativas del género. Existe una gran variedad de circunstancias donde se pueden conjugar las variables sexo anatómico, género, expresión de género y sexualidad, de la que resultan realidades diferentes a la realidad normativa impuesta.

Los casos que se tratarán en esta investigación son los referentes a personas transexuales. Estas personas son tan diversas como el resto de la sociedad y tanto en ellas, como en el resto de la población, pueden aparecer las mismas variables anteriores. Por ejemplo, por poner un caso contra intuitivo, una mujer transexual, que originariamente había nacido con un cuerpo de hombre, puede tener una expresión de género masculina, un género femenino y una genitalidad formada por un pene y unos testículos, además de sentirse atraída sexualmente por mujeres. Lo mismo ocurre con los hombres. Las personas transexuales no son más que el reflejo de la sociedad en la que vivimos. Todo este fenómeno no es más que una compleja cuestión de identidad.

En el Eurobarómetro del año 2015<sup>2</sup> relativo a la opinión de la ciudadanía europea con respecto a qué colectivos son percibidos como más discriminados, las personas que son percibidas como más discriminadas según datos globales de la Unión Europea son las personas de otra etnia e involucradas en procesos migratorios (musulmanes y rumanos gitanos), ocupando el primer lugar con un 64%. En Europa, con respecto a la percepción de discriminación, el colectivo *trans* ocupa el tercer puesto (56%) después de las personas con una diferente orientación sexual (58%); pero en lo referente a lo que percibimos los españoles, el colectivo percibido como más discriminado, por encima de cualquier otro, es el de las personas transexuales, así manifestado por un 66% de los encuestados.

En este estudio de la Unión Europea, que refleja lo que piensan los ciudadanos, uno de cada seis europeos manifiesta que se *sentiría muy incómodo al compartir trabajo con una persona transexual*, y el 43% de la población europea *no querría que sus hijos/as tuvieran parejas transexuales*. Un 44% de los españoles *pondría en desventaja a un candidato trans para un puesto de trabajo con las mismas habilidades y cualificaciones que otra persona*. Además, el 75% de los españoles piensa que *se deberían introducir nuevas medidas para aumentar el nivel de protección de estos grupos en riesgo de discriminación*.

Otro estudio del año 2014 realizado por la Agencia de Derechos Humanos Fundamentales de la Unión Europea, “Being *trans* in the European Union” (Ser trans en la Unión Europea)<sup>3</sup>, realizado a personas transexuales de la U.E. presentaba resultados entre los que he creído conveniente destacar que el 54% de las personas se habían sentido discriminadas en algún momento del último año. Un 62% decían haber sido objeto de acoso y un 8% había sufrido algún tipo de ataque físico o sexual. El

---

<sup>2</sup> European Commission (2015) Eurobarometer n° 437. “Discrimination in the EU in 2015”. Disponible en:

<http://ec.europa.eu/COMMFrontOffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/SPICIAL/surveyKy/2077>

<sup>3</sup> FRA, European Union Agency for Fundamental rights.(2014) “Being *trans* in the European Union”.

informe hace una mención específica y resalta que el colectivo más vulnerable, que más discriminación y violencia había sufrido en el último año era el de los jóvenes transexuales. La causa de todas estas discriminaciones es la transfobia, que no entiende de fronteras, junto con la actual circunstancia de catalogar a las identidades *trans* como un problema de salud mental; Así fue catalogado por el DSM-IV-TR y el CIE-10, los manuales internacionales de trastornos mentales. ¿Cómo se puede luchar contra la discriminación hacia las personas transexuales y la transfobia si partimos de considerarlos enfermos mentales?

*“Actualmente la propia comunidad científica se enfrenta a un debate sobre cómo abordar esta realidad, sobre todo desde el punto de vista de dejar de considerar las identidades trans como una patología. La propuesta que en estos momentos se está realizando es la de trasladar las identidades trans desde el CIE-10 al próximo CIE-11, al lugar donde se recogen los Códigos Zeta que son otro tipo de clasificaciones de la relación que tienen las personas con los estados de salud”. (García, 2017)*

Es de gran importancia considerar las identidades *trans* como una forma más de la diversidad del ser humano, sin catálogos ni procesos patologizantes.

Las identidades *trans*, se manifiestan desde la más temprana infancia, como señala el psicólogo De la Cruz (2014:6), no se trata de juegos de cambio de roles que es cosa habitual en menores, ni son menores que podemos definir como “variantes de género” .

*[...] “no se trata de que un niño o una niña se sienta femenino o masculino [...] si no de que se sienta niño o niña y en consecuencia sienta la necesidad de expresarse de manera femenina o masculina. En el primer caso sólo hablaríamos de género y en el segundo de sexo, y como consecuencia de ello, de género” [...]*

Me dispongo a hacer una revisión de los conceptos involucrados en la cuestión de las identidades *trans*, dar un paseo por la historia de la transexualidad, el origen de su consideración como trastorno, algunas teorías sobre el género y la relación con el rol que el facultativo ha asumido en la constante búsqueda de su causa y solución, para por último adentrarme en las experiencias de personas transexuales con los servicios médicos del territorio español, y así comprender mejor esta realidad.

## **2. Perplejidades conceptuales.**

El género tiene varias categorías distintas: la identidad de género es como defines tu género y cómo te ves a ti mismo; las expresiones de género son las diferentes formas en las que nos presentamos y desempeñamos el género a través de acciones, nuestra forma de vestir o nuestro comportamiento; y el sexo biológico es el sexo anatómico o las características físicas que forman parte de nuestro cuerpo; Para la gran mayoría de personas los genitales externos y la fisonomía se corresponden con el género con el que se identifican, pero no es el caso de todo el mundo.

La noción de “género” (Martín, 2006:36) aparece como una nueva categoría de carácter cultural de las construcciones identitarias de las personas para romper con el determinismo biológico implícito en el concepto “sexo” que “marcaba simbólicamente y efectivamente el destino de hombres y mujeres”.

Este concepto fue acuñado por las Ciencias Sociales junto con otros conceptos relacionados como los “estereotipos de género”, a los que prestaré especial atención.

Al igual que con otros paradigmas de la investigación socio-cultural, no existe una definición única del género.

“La dicotomía sexo/género se desprende de la más amplia oposición binaria naturaleza/cultura de corte estructuralista” (Martín, 2006:37).

En la línea de las investigaciones feminista de los 80, hemos de hacer referencia a la necesidad de separar las cualidades biológicas humanas (sexo) de las cualidades humanas sociales (género). Por “sexo” se entienden “las características anatómicas del cuerpo, incluida la genitalidad, así como las características morfológicas del aparato reproductor y aspectos tales como las diferencias hormonales y cromosómicas”. Por “género” se entendían que “las representaciones colectivas interpretaban como ser socialmente un hombre o una mujer. El conjunto de atributos que se asocian a cada categoría biológica en una determinada cultura: la construcción cultural de lo masculino y lo femenino” (Maqueira, 2001: 161).

La inscripción a uno de los dos géneros comienza antes de que nazca el bebé, en la etapa del diagnóstico del sexo del bebé mediante la ecografía, es donde comienzan con fuerza los estereotipos de género de los progenitores que nos da información sobre el sistema referencial de lo que significa ser hombre o mujer. Es imposible saber el sexo de los bebés sin ver sus genitales, es por ello por lo que surgen marcadores sociales como el color de las vestimentas o el uso de pendientes en las niñas, para informar simbólicamente sobre el sexo del bebé y así no movernos en un terreno abstracto que produce miedo. (Martín, 2006:42).

Es evidente que en nuestra sociedad la indeterminación del género produce un estado de incertidumbre en la mayoría de la población. Cuando le es asignado un género determinado a un bebé, éste parece más real y es justo en ese momento cuando a funcionar la maquinaria del género. A partir de ese momento todo gira en torno a éste y se comienzan a potenciar las diferencias innatas entre ambos sexos/géneros. Todo ello irá configurando la forma en la que la persona va a identificarse en un futuro, dentro del género masculino o femenino, como perteneciente a uno de los dos estados considerados opuestos.

Como dicen Coll-Planas y Vidal (2013: 18) nuestra sociedad es sexista porque necesita basarse en los caracteres sexuales para poder clasificar a las personas como hombres y mujeres en dos categorías fijas, delimitadas, inmutables y centrales en la definición de la identidad. En sus palabras, “Somos incapaces de imaginar a las

personas en abstracto, sin saber si son hombres o mujeres, cuando una persona se encuentra delante a otra a la que no puede clasificar claramente como hombre o como mujer, siente incomodidad o hasta rechazo”.

El género es la categoría central a la hora de relacionarse con los demás y de estructurar la vida social, pero realmente todo esto es un poco más complicado de lo que parece.

Si partimos de una visión biologicista que pueda explicarnos la configuración del género (Coll-Planas y Vidal, 2013), las diferencias entre hombres y mujeres serán justificadas desde las diferencias físicas, las provocadas por las hormonas y la fisiología, como algo innato en las personas. Estas diferencias existen pero no hay que olvidar que el género es aprendido y se va configurando a lo largo de la vida del individuo. Recibimos fuertes presiones para que nos adaptemos al género asignado al nacer y en todo ese proceso, las personas van configurando todas esas categorías de género que aparecen a su alcance y que van construyendo la identidad a partir de las relaciones sociales.

Si la identidad de género estuviera determinada solamente por la genética no se explicaría por qué otras culturas reconocen la categoría de un tercer género (o sexos supernumerarios) para las personas que no son clasificables en las categorías “mujer-hombre”. Martin y Voorhies (1975)<sup>4</sup> alertaron de manera rompedora de las rigideces epistemológicas del dimorfismo sexual, al escribir “los sexos supernumerarios”, donde incluyen representaciones sociales de sexo/género no acomodadas a la concepción bipolar sexual de la cultura occidental. En la sociedad occidental, estos “sexos supernumerarios” son el transexual, el travestido y el *cross-dresser*, que según Nieto (1998: 20-21) son hasta ahora insertos en sus propias comunidades diferenciadoras, “como si en el artificio de su aislamiento de identificación pudiera llegarse a obtener una nueva categoría, que paradójicamente no se reconocía como tal: el tercer género”.

Lo cierto es que las personas son al mismo tiempo biología y cultura, y reciben influencias derivadas de la genética y las experiencias vividas en el entorno social. (Coll-Planas y Vidal, 2013)

Todo es percibido a través del “filtro del género”. Día tras día estas supuestas diferencias innatas entre hombres y mujeres se van reforzando de manera inconsciente. Las características de todas las personas son divididas e incluidas dentro de las categorías masculina y femenina. El género es una cuestión que tiene una importante (e ¿incuestionable?) influencia en todos nosotros. La mayoría de las personas siguen la norma establecida casi sin cuestionamiento alguno por sus identificaciones, referentes, aprendizaje, por el miedo a los castigos sociales y la necesidad de aceptación: el patrón cis-hetero normativo.

---

<sup>4</sup> Para las autoras hay sociedades que reconocen más de dos sexos, llamando supernumerario a ese tercer sexo. Ejemplos de sexos supernumerario señalado por antropólogos son los *sererr* de los pokot de Kenya, estudiados por Edgerton (1964), los *nadle* de los navajo, estudiados por Hill (1935) y a los *Hijra* de la India, estudiados por Nanda (1990).

El género está dividido en tres dimensiones: el sexo, el género propiamente dicho y la orientación sexual. La representación del patrón cis-hetero-normativo es considerada como la correcta. Se considera que si se nace con un cuerpo de macho, hay que sentirse y comportarse como un hombre y si se nace con un cuerpo de hembra, la expresión de género ha de ser femenina, prevaleciendo la idea de que la plenitud se alcanza complementando la masculinidad y la feminidad. (Coll-Planas y Vidal, 2013).

Todas estas normas llevan a excluir algunas realidades de personas diversas. La norma sexo, con la que nos enseñan que una persona debe tener un sexo claramente determinado, excluye a las personas intersexuales, que al nacer presentan órganos o caracteres sexuales no definidos con uno de los dos sexos. La diversidad de la naturaleza no solamente no es representada, sino que además es tratada como un error que hay que corregir tempranamente.

El término intersexual (Hernández Guanche, 2009: 90) se refiere al grupo de afecciones en las que se da una “anormalidad” en los genitales internos y externos que impide definir si un individuo pertenece al género masculino o femenino.<sup>5</sup>

Las personas intersexuales presentan cuerpos que no pueden ser, a priori, clasificados como masculinos o femeninos, o mejor dicho, como de hombre o de mujeres. A finales del siglo XIX se inaugura la sexología, una ciencia nueva, deudora de los supuestos darwinistas (Hernández Guanche, 2009: 93) que considera a los hermafroditas seres incompletos en su desarrollo. Existen bebés con cuerpos que hacen problemática la identificación de su sexo. Cuando nace un bebé con esta circunstancia un equipo médico activa el protocolo de actuación médica (Protocolo de Money) con el fin de asignarle un sexo determinado e inconfundible. Entonces es sometido a tratamientos y a veces, a cirugía para adaptar su cuerpo al sexo determinado por los médicos. En este proceso tiende a priorizarse la apariencia, una vez más, de los genitales. Los doctores se basan en el tamaño del pene/clítoris para decidir: si se considera lo suficientemente grande se le asigna el sexo/género masculino, en los demás casos, se le amputa, ya que se piensa que el clítoris no debe ser visible. Lo que resulta relevante es que el bebé en un futuro disponga de un pene lo suficientemente desarrollado para proceder a la penetración vaginal o en el caso de las niñas deben de estar lo debidamente preparadas para poder ser penetradas. Además, como apunta Hernández Guanche (2009:94), “lo que define al cuerpo masculino no resulta de lo que el órgano sexual haga para el cuerpo del mismo, sino en relación a lo que hace con otros cuerpos”[...] “el pene se toma como elemento a partir del cual se definen las identidades sexuales heteronormativas<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Según La Enciclopedia de la University of Maryland Medical Centre. Ver: [http://www.umm.edu/esp\\_ency/article/001669.html](http://www.umm.edu/esp_ency/article/001669.html)

<sup>6</sup> Es el momento de señalar que aunque el protocolo de Money prescriba que ha de respetarse el indicador cromosómico, en realidad no se hace, sino que antes bien se tienen más en cuenta los indicadores arriba señalados siendo asignados como niñas la mayoría de los bebés, siguiéndose, pues, criterios estéticos o visuales antes que estrictamente científicos (Hernández Guanche, 2009:100)



La mayoría de estas intervenciones no se deben a motivos de salud sino a la necesidad cultural de distinguir entre los dos sexo.

Otra excepción, la de la norma género, la podemos encontrar en las personas que no tienen una expresión de género, un rol de género o una identidad de género acorde con su anatomía de nacimiento: las personas *transgender*<sup>7</sup>. Missé (2013) aclara los términos que quedan englobados dentro de esta categoría y define de la siguiente manera:

Travestido (o travesti) *“hace referencia a aquellas personas que esporádicamente se visten y actúan con los códigos del género opuesto, aunque en su vida social y cotidiana se identifiquen con el género que les fue atribuido al nacer”* (Missé, 2013: 11)

Transexual *“es aquella persona que quiere someterse a una reasignación genital o modificar su cuerpo para vivir el género que siente como propio. Como bien dice la palabra, es una transición en el sexo biológico.”*<sup>8</sup> (Missé, 2013: 12)

Transgénero *“hace referencia a aquella persona que vive en el género opuesto al que le asignaron al nacer, pero sin modificar necesariamente su cuerpo. Es un tránsito en el género. Este concepto emerge de los movimientos trans norteamericanos de los años ochenta en oposición a la categoría médica transexual, y a menudo está relacionada con una crítica al sistema binario hombre-mujer.”* (Missé, 2013: 12)

*Transgender o trans*, por tanto, serán los términos usados para hacer referencia a las trayectorias vitales de las personas que viven en un género diferente al asignado al nacer.

El género es en gran parte una construcción social. La construcción de los estereotipos sobre lo masculino y lo femenino pueden explicarse a partir de las categorías de hombre y mujer (Dovidio *et al.* 2003). Los “estereotipos de género (Etchezahar, 2014: 132) funcionan como subagrupamientos o subcategorizaciones que se definen como los procesos a través de los cuales se organiza la información en diversos grupos a partir de similitudes entre sí y diferentes de los restantes miembros del grupo” (Dovidio *et al.* 2003:813). Según Allport (1954:20) “la mente humana debe pensar con la ayuda de categorías...nosotros no podemos evadir ese proceso. La vida ordenada depende de ello”. En palabras de Athenstaedt *et al.* (2008) “el género puede considerarse como una categoría social extensa ya que cada individuo necesariamente pertenece a uno de los grupos existentes: hombres o mujeres”. (Etchezahar, 2014: 132).

---

<sup>7</sup> En el vocabulario usado para hablar de personas de cambian de sexo/género se usan normalmente tres términos: transexual, transgénero y travesti. El término “*transgender*” será usado para englobar a todas ellas, identidades consideradas como no normativas o de personas que no se identifican en todo momento con el género asignado al nacer.

El término “*transgender*” surge en Estados Unidos durante la década de los noventa dentro de un área de investigación de los estudios de género para englobar como término paraguas a esta diversidad de identidades. A principios de los dos mil llega a Europa con fuerza usándose como equivalente el término “*trans*” con la misma finalidad. (Missé, 2013:14)

<sup>8</sup> Este concepto nace en la década de los cincuenta de la mano de los primeros médicos que intervienen a personas trans para diferenciarlas de las personas que practican el travestismo. (Misse, 2013:12)

Desde principios de los años setenta las teóricas feministas impulsaron la existencia de categorías de género con una diferencia social además de biológica, adquiridas de forma cultural. “Se quería poner de manifiesto que el concepto de género y la diferenciación entre sexos era una cuestión cultural y no biológica.” (Ramírez Belmonte, 2008: 308). Comenzaba a tratar de diferenciarse entre sexo y género.

Ramírez Belmonte continúa tratando la primera dificultad en cuanto a esta diferenciación: la definición de mujer sin hacerla en contrapunto de lo masculino.

Sin embargo, Martínez Guzmán (2012: 164) nos insta a comprender los desafíos que las identidades *trans* suponen sobre los conceptos *sexo* y *género*. En su estudio trata de hacernos reflexionar sobre “la manera en que la perspectiva psicosocial tradicional sobre el sexo/género puede ser cuestionada y transformada al contacto con las identidades *trans*”. El autor (2012: 167- 168) identifica dos formas con que la perspectiva psicosocial comprende y construye la categoría de género: Una primera en base a “un conjunto de rasgos estables, que perduran en el tiempo, y que caracterizan diferenciadamente a hombres y mujeres. Rasgos definidos por condiciones biológicas y físicas”. La segunda es entendida como “el resultado de un proceso de socialización en edades tempranas, que conduce a adquirir una identidad y unos roles sociales en consonancia con un marco cultural que distingue entre hombres y mujeres”. Concluye afirmando que:

*“en esta asunción las categorías sexo y género funcionan como categorías cerradas de hombre y mujer, masculino y femenino como entidades naturales y predefinidas [...] como lo que se cuenta como natural y normal [...] ratificando la idea de que hay solamente dos sexos y que son excluyentes entre sí, [...] la idea de que el género es un correlato sociocultural cimentado en la base biológica del sexo, [...] la idea de que el género es un rasgo esencial que define al individuo y que está inscrito de manera estable en su biología y su psiquismo.” [...] (Martínez Guzmán, 2012: 168)*

Serret (2009: 82) afirma que las identidades *trans* son transversales al género y son identidades que “quebrantan el binarismo normativo a pesar de que los tres tipos de discurso que las nutren siguen naturalizando (cada uno a su manera) la oposición masculino-femenino.” Esta consecuencia paradójica nos lleva a pensar que aunque las personas con identidades *trans* transgreden la norma género con sus vivencias y realidades y ponen en un estado de cuestionamiento el sistema de género establecido, una gran parte de ellas tiene como objetivo vital ser percibidas claramente como pertenecientes al género sentido, a ser percibidas socialmente como hombres o mujeres. Los estándares del género afectan a toda la población, y aparecen de una forma más intensa en el momento en el que esos referentes son cuestionados continuamente. Es el caso del colectivo *trans* compuesto por personas que perciben un intenso cuestionamiento acerca de su identidad de género.

David Cauldwell (citado en Meyerowitz, 2002:43) considera que

*“el sexo puede observarse en los genitales, las barbas y los senos, determinados por las gónadas, y escucharse en los timbres graves o agudos manifiestos en las voces de hombres y*

*mujeres adultos, y encuentra que estos últimos piensan distinto como resultado de la evolución social y el individualismo: no existe ningún modo distintivo masculino de pensar y no existe ningún modo femenino distintivo de pensar”.*

A principios de los cincuenta, algunos médicos que trataban con personas que tenían percepciones diferentes a su género tuvieron que comenzar a distinguir entre la biología sexual y las mentalidades. Entre ellos, el doctor Money, sexólogo y psicólogo (conocido por sus estudios con personas hermafroditas) indagó sobre qué ocurría en éstas y su personalidad al presentar genitales ambiguos y que por decisión médica se les asignaba un sexo arbitrario. Money llegó a la conclusión de que independientemente del sexo biológico la auto-percepción de las personas variaba mucho en cuanto a su identificación como pertenecientes a lo masculino o a lo femenino, es definitiva, que no estaba ligada a su sexo biológico (Serret, 2009:83). El doctor Money defendía que la pertenencia a un género se podía moldear desde el nacimiento y que se podían crear hombres o mujeres, pero más adelante veremos los resultados de sus experimentos.

El efecto paradójico de esta distinción entre *sexo* (genitales, perfil endocrino, perfil cromosómico, etc) y *género* (componente psico-cultural) es que por un lado permite desbiologizar la percepción del género, por el otro sigue anclando la noción de identidad a la idea que la persona despliega a través de su desarrollo psíquico y social de pertenecer a un género. (Serret, 2009: 84).

El género es un *concepto esencialmente controvertido* (Gallie, 1964), pues tiene, a mi parecer las características de la idea original de Gallie que analizaré seguidamente. Siguiendo la línea de Iglesias (2003:80) un concepto esencialmente controvertido es un concepto evaluativo, complejo, tiene un carácter argumentativo y desempeña una función dialéctica.

El concepto es (Añón Roig, 2016:2) “una idea general, abstracta e inarticulada como un marco a partir del cual se construyen argumentos que permiten caracterizar el concepto que precisa desarrollar una teoría o una concepción que establezca cuáles son las relaciones de prioridad de los diversos aspectos de una noción compleja”. Para una semántica interpretativa, como afirma Iglesias (2003:100), la concepción más adecuada dependerá de los mejores argumentos y la que mejor relacione las razones en juego por parte de los intérpretes.

Un concepto esencialmente controvertido (CEC) es evaluativo y siempre entregan juicios de valor o se refiere a algo que valoramos positiva o negativamente. En el concepto género encontramos dos categorías que se definen como esencialmente opuestas, la categoría masculina o todo lo que envuelve al mundo de lo masculino y los hombres, y la femenina, en torno al mundo femenino o de las mujeres. En una sociedad bajo un sistema patriarcal la primera está siempre más valorada que la segunda, lo masculino goza de privilegios históricos por encima de lo femenino. Está valorado más positivamente de manera social, mientras que lo femenino pasa a ocupar un segundo lugar.

El género es un concepto internamente complejo, pues como los CEC denota entidades evaluadas exhaustivamente que tienen un carácter internamente complejo. El género trata de diferenciar dos tipos de sujetos supuesta y completamente opuestos con base en unas circunstancias anatómicas, basadas en la biología. El género se presenta como una concepción estable, inmutable, rígida e incuestionable, pero en las realidades de las personas no se manifiesta así.

La evaluación de un CEC debe atribuirse a la entidad internamente compleja como un todo. Se asume que todos los hombres deben pertenecer al género masculino y que todas las mujeres lo han de hacer al femenino, pero existen muchos tipos de excepciones a estas creencias.

Los diferentes elementos constitutivos de esa entidad internamente compleja son inicialmente diversos y descriptibles. El género está formado por diferentes elementos como el sexo (anatómico, formado por lo biológico, los genitales, el sexo cromosómico, los caracteres sexuales secundarios), la expresión de género (la forma en que nos comportamos conforme a un género y otro) y la identidad de género (el género que es percibido como propio). Aunque todos estos elementos gozan de una descripción propia, todos son necesarios para describir conjuntamente realidades de personas, pero ninguno de ellos es determinante para establecer la pertenencia a uno de los géneros binarios. Existe un gran abanico de posibilidades y conjugaciones de todos estos elementos, y todos son válidos y reales. El sexo anatómico no determina el género de pertenencia, pues existen personas que no presentan un sexo anatómico binario, y pueden llegar a identificarse con cualquier de los dos géneros o con ninguno. (Indeterminación del género). El sexo cromosómico tampoco es determinante, pues existen mujeres con cromosomas XY y cuya identidad de género es la femenina.<sup>9</sup>

Los diferentes usuarios del concepto suelen asignar interpretaciones sustancialmente diferentes a cada elemento constitutivo del CEC. Cada teórico del género da una importancia mayor a alguno de sus componentes. Desde una visión basada en la biología, el género vendrá determinado inequívocamente por las características anatómicas. Existen corrientes transexuales también basadas en interpretaciones biologicistas como irregularidades en la forma del cerebro que equiparan el cerebro de una mujer cis al de una mujer transexual con similitudes significativas y de igual manera en los hombres transexuales. Además se alude en muchas ocasiones a particularidades hormonales en los sujetos o en anomalías en la etapa del embarazo.

Desde un punto de vista sociocultural el género se percibe como una construcción social, como un proceso de aprendizaje que viene impuesto incluso antes de que la

---

<sup>9</sup> Las mujeres con esta particularidad son llamadas mujeres con Síndrome de Morris. Este síndrome se caracteriza por una intolerancia a la testosterona que es rechazada por el metabolismo de la persona. Las mujeres con síndrome de Morris presentan cromosomas XY, sus testículos normalmente quedan dentro del abdomen y presentan órganos genitales de mujer, senos y, a causa de ese rechazo metabólico a la testosterona producida por su cuerpo, paradójicamente, tienen un aspecto que sería catalogado como muy femenino.

persona haya nacido. Coll-Planas, Bustamante y Missé (2009) hacen mención a la “maquinaria del género” que comienza a funcionar desde que al bebé le es asignado un género en base a su genitalidad.

Por último lugar, la expresión de género es algo comúnmente observable en nuestra sociedad, pues todas las personas, masculinas o femeninas tienden a expresarse de una forma propia, dependiente o independientemente del género asignado al nacer, estén de acuerdo o en desacuerdo con éste. La expresión de género no es más que la forma en la que nos presentamos, nuestra manera de actuar, de vestir, de relacionarnos con los demás, y ésta es independiente al sexo y al género asignados. Existen mujeres que no se expresan conforme a los estereotipos femeninos (o al menos no en todos sus aspectos) y hombres que no siguen los estereotipos masculinos, pero se identifican como hombres a pesar de ello. Esta expresión de género se da en personas cissexuales, personas transexuales, transgénero, etc...siendo a veces independiente a la identidad de género sentida como propia.

Los conceptos controvertidos son abiertos y vagos, y están sujetos a considerables modificaciones a la luz de las circunstancias cambiantes. Esto viene ocurriendo con el género históricamente. El género es un concepto cambiante y que sufre una continua evolución a lo largo de las épocas. Antiguamente la intención había sido la de cambiar los roles de género que establecían lo adecuado en el comportamiento de lo identificado como masculino/hombre y lo femenino/mujer. En la actualidad lo que intentan muchos grupos es el cuestionamiento del propio concepto de género. Lo masculino y lo femenino se encuentran en los extremos de la línea del género en forma de estereotipos opuestos y complementarios. Esta modificación adicional no puede predecirse ni prescribirse con antelación.

El género es un concepto que está sometido a un continuo e interminable debate. Como hemos visto existen una gran diversidad de definiciones sobre qué es el género, como se adquiere y cuales con sus características. Cada parte de este debate sabe y reconoce que su propio uso del género, su interpretación particular del concepto es disputada por otros, que poseen opiniones incompatibles y diferentes sobre la cuestión. Estos litigios centrados en el concepto no son solucionables mediante argumentos y sin embargo son sostenidos por argumentos y pruebas perfectamente respetables. El uso que cada parte hace de la interpretación específica del concepto es impulsado por la necesidad de mantener su propia interpretación correcta y percibida como superior en contra de las demás interpretaciones de los demás usuarios del concepto que son percibidos como incorrectos e irracionales.

Son muchas las cuestiones por resolver. Todo ello me ha llevado a indagar sobre por qué las personas que no pueden o no quieren adecuarse a las normas del género están obligadas a identificarse con uno de los dos géneros estrictos. ¿Por qué existe tal interés en seguir garantizando el binarismo? He creído interesante poder dirigir mi estudio hacia la comunidad transexual, cómo personas que no se adecuan desde un principio a unos estándares de género y que tienen que pasar por un proceso de

adecuación que siga garantizando ese binarismo. El recurso de la medicina aparece como necesario para este proceso de adecuación. El médico aparece como representante de la institución que ha de corregir esta circunstancia. La transexualidad aparece como un error incluso desde la propia concepción que tienen sobre sí mismos las personas transexuales. El discurso biomédico ha calado muy hondo incluso en la auto-percepción de las identidades *trans*, cuando de hecho, esta circunstancia ha de percibirse como una forma más de la diversidad.<sup>10</sup>

Según Pelayo y Moro (2003:856):

*“en el proceso de creación de nuevos modos de vida resulta fundamental escapar de las formas preexistentes de identificación sexual. Las formas de sujeción que se han manejado para construir una ciencia del sexo, se concretan en la noción del verdadero sexo o atribución al sujeto de un sexo auténtico que le corresponde y al que va a quedar estrechamente ligado; este concepto resume lo que Foucault establece como lazo fundamental entre nuestra subjetividad, nuestra identidad y nuestra sexualidad”.*

En esta investigación me encuentro con la limitación de no poder establecer categorías de género sin establecer un punto de partida basado en la fisiología de las personas, el sexo anatómico. No importa si consideramos que existen dos o cuantas queramos categorías diferentes de género, pero a la hora de definir las, me resulta imposible encontrar un criterio común entre ellas para poder clasificarlas. La complejidad del género y las numerosas posibilidades y correlaciones que se pueden dar entre género, sexo, y expresión de género son muy diversas.

Debo partir, por tanto, desde la biología o la determinación del sexo en su origen, para poder identificar en la naturaleza qué seres son considerados machos y hembras, y en base a qué características se ha venido determinado el género. Sólo tomando en cuenta este criterio puedo establecer que no siempre existe una relación determinante entre tener una anatomía determinada y pertenecer a un género. Solamente por este camino nos podemos desprender de la sujeción al verdadero sexo, estrecho y opresivo, como mecanismo para articular formas de subjetivación para distinguir entre hombres y mujeres.

*“El peso de esta estricta identificación sexual cataloga a las personas de forma muy estrecha marcando y disciplinando las pautas del comportamiento y las relaciones sociales, de manera que a la postre enclaustran la personalidad, constriñen el ejercicio del placer y son un paseo previo a toda una política del cuerpo... acaban convirtiéndose en campos reconstruidos para el ejercicio del poder.”*(Pelayo y Moro, 2003: 857)

Los casos que son de interés para este estudio son aquellos para los que su calificación es presentada como una patología, pues también resulta ligada a mecanismos de opresión. El médico y su figura de autoridad en el imaginario común tienen un papel muy relevante en esta cuestión.

---

<sup>10</sup> Fuente: entrevista a Mar Cambrollé, presidenta de la Asociación de Transexuales de Andalucía (26/12/17)

### 3. Planteamientos teóricos.

En *El verdadero sexo*, donde Foucault relata la vida de un hermafrodita de mitad del siglo XIX para demostrar la inexistencia de un verdadero sexo y como prueba de que existen estados de sexualidad inclasificables e indeterminados en su género. (Foucault, 1980: 937-938)

En los casos en los que la anatomía es clara y determinada, la clasificación dicotómica entre sexos mantiene sus pretensiones de naturalidad, pero Foucault bucea en el caso intermedio de una indefinición ambigua, de una realidad corporal inconcreta para criticar la atribución del verdadero sexo y para poner de manifiesto el carácter contingente y potencialmente represivo de esa estricta exigencia de identificación. (Pelayo y Moro, 2003:858)

“Lo que más me ha llamado la atención en el relato de Herculine Barbin es como, en su caso, no existe el verdadero sexo”, (Foucault, 1978: 624). Lo fundamental es que el caso de Alexina cuestiona la existencia de un verdadero sexo. “La indeterminación anatómica es la base para hacernos dudar primero de la realidad natural de una dicotomía sexual agotadora entre hombres y mujeres, y luego de la sexualidad como la esencia del individuo”. (Pelayo y Moro, 2003:859)

Como ha señalado Butler, Herculine no representa una “identidad” sino exactamente lo contrario: “la imposibilidad sexual de una identidad”. (Butler, 1999:131).

De esta forma “se establece la duda sobre la conveniencia de una clasificación arbitraria que pretende establecer una verdadera identidad de género cuando no está claro cuál es el auténtico determinante de su significado: la identidad anatómica, el género, el acto, el orificio, el sentido de las fantasías” (Butler, 2000: 91).

En este sentido, Foucault considera de gran relevancia que no confesemos nuestro verdadero sexo, que escapemos de decir la verdad sobre él ya que lo único que se pretende es introducirnos en “definiciones previsibles y arbitrarias de un catálogo en el que ya está todo dicho sobre nosotros” (Butler: 2000:91).

Por una parte me interesa el discurso de la Teoría Queer<sup>11</sup> y la ola feminista de los 90 para hacer una crítica al género y a los roles que se establecen en la sociedad; por la otra, desde la línea de pensamiento de Foucault, (del que surge dicha teoría, pero también otras líneas de pensamiento), en relación a las instituciones y el tratamiento del enfermo para relacionarlo con la transexualidad patologizada como “trastorno de

---

<sup>11</sup> Queer es un vocablo inglés inicialmente utilizado como un insulto para denominar a las personas con sexualidades anormales, sin embargo, el término fue reapropiado y utilizado como forma de nominación política; en este apartado aduce al conjunto de teorías que problematizan la naturalidad de la noción de sexo, denominadas como Teoría Queer (Lasso Báez, 2014: 119).

identidad” o actualmente como “disforia de género” y así poder hacer una aproximación sobre cómo todas esas teorías afectan a las personas que muestran una incongruencia entre el sexo y el género.

Cuando hablo de transgresión a la norma, no me refiero a una transgresión política y voluntaria que reivindique la continuidad del género o que cuestione el sistema patriarcal o el sistema binario sexo-género específicamente, sino que existe una transgresión que me gustaría llamar involuntaria; Existen en nuestro país numerosos casos de menores transexuales que a muy temprana edad manifiestan insistentemente e intensamente la pertenencia a un género diferente al asignado en el nacimiento, y es por ello por lo que creo que esa reivindicación es inexistente en niños y niñas que nada saben sobre cuestiones políticas. Estos menores transgreden la norma y cuestionan el sistema binario de género-sexo-roles de género sin ese tinte reivindicativo.

Los médicos, desde el origen del término *trans* (que utilizaré para englobar todas las realidades de las personas que transitan por los sexos-géneros en cualquiera de sus manifestaciones) han prestado un gran interés para solucionar esta incongruencia elaborando protocolos para la atención sanitaria y quirúrgica. Desde experimentos con personas intersexuales (El caso de David Reimer y el Dr. Money)<sup>12</sup> hasta los procesos de reasignación de género en personas transexuales.

“Para entender el significado de la transexualidad y las vivencias de las personas que se identifican como transexuales, es necesario tener en cuenta cómo se ha ido construyendo esta categoría en el último siglo” (Garaizabal, 1998: 39). El tratamiento de este fenómeno en nuestra sociedad poco tiene que ver con la respuesta ante el mismo de otras sociedades, en otras culturas o de cómo son percibidas las personas transexuales por sí mismas o por el resto. Garaizabal hace una primera constatación basada en la necesidad de que las personas se adscriban a un solo sexo, considerado su “verdadero sexo”, y la describe como “una exigencia que aparece con las sociedades modernas, pero que no siempre ha existido, al menos, de la misma manera”<sup>13</sup>. Garaizabal concluye con una cita de Foucault de especial relevancia:

*“las teorías biológicas sobre la sexualidad, las concepciones jurídicas sobre el individuo, las formas de control administrativo en los Estados modernos han conducido paulatinamente a rechazar la idea de una mezcla de los dos sexos en un solo cuerpo y a restringir, en consecuencia,*

---

<sup>12</sup> David Reimer sufrió una deformidad en el pene al nacer junto con su hermano gemelo (Brian). Por recomendación del Dr. Money que afirmaba que el género se puede moldear desde la infancia, fue operado practicándole una vaginoplastia, se le trató con estrógenos y fue educado como una niña, al contrario que su hermano gemelo. El experimento tuvo una gran repercusión hasta que David (entonces llamado Brenda) se manifestaba con una identidad de género masculina. Cuando se enteró de su historia comenzó un tratamiento de masculinización pero años después se quitó la vida. Véase: Butler, J. 2013. *Hacerle justicia a alguien: la reasignación de sexo y las categorías de la transexualidad*. Debate feminista. Vol: 47, pp: 3-31.

<sup>13</sup> En sociedades se permitía que personas hermafroditas eligieran el sexo al que querían adscribirse a partir de una determinada edad, con la única condición de que después no cambiaran. Existía un reconocimiento médico y legal. A partir de la configuración de los Estados modernos (finales del siglo XVIII y principios del XIX) se limita la posibilidad de elección de sexo para las personas “dudosas”



*la libre elección de los sujetos dudosos. En adelante, a cada uno un sexo y uno solo. A cada uno su identidad sexual primera, profunda, determinada y determinante; los elementos del otro sexo que puedan aparecer tienen que ser accidentales, superficiales o incluso, simplemente ilusorios [...] Desde el punto de vista del derecho, esto implica evidentemente la desaparición de la libre voluntad de elegir.” (Foucault, 1980 citado por Garaizabal, 1998: 41)*

Garaizabal (1998: 42) descubre como con la existencia de personas que se sienten del género contrario al que determina su sexo biológico se desafía la rígida división de géneros establecida en nuestra sociedad. Las personas transexuales son consideradas como anómalas, siendo víctimas de discriminación social en todos los ámbitos de su vida.

#### **4. El rol del facultativo**

La transexualidad no es un fenómeno de nuestro tiempo, ésta ha existido en todas las épocas y culturas. Según Nieto (1998) “una interpretación etnocéntrica basada en el binarismo *Hombre-masculinidad, Mujer-feminidad* ha mostrado cierta ceguera ante el reconocimiento de los más de dos géneros que se registran en otras sociedades”. Existen culturas donde las cuestiones de género son tratadas de manera muy diversa, como por ejemplo en la cultura de los *Lakota* de los *Cheyenne*, los *Nadl-e* de los *Navajos*, los *Sererr* de los *Poknt* de Kenya o los *Hijra* de la India (Nieto, 1998). Éstos son sólo algunos ejemplos de cómo una cultura identifica la diversidad de variantes que pueden darse entre la correlación sexo-género y sobre todo, como afronta esta diversidad, qué tipo de consideración tienen estas personas dentro de la misma. En algunas de estas culturas las personas con identidades *trans* son veneradas y consideradas como chamanes que tienen la capacidad de mediar ante problemas surgidos entre hombres y mujeres; en otras son castigadas, llegando a imponerse la pena de muerte por tener esta condición, y en algunas de estas culturas son ignoradas por completo careciendo de derechos. Lo relevante de esta forma diferente de tratar la misma realidad es que, en muchos de los casos, no ha tenido relevancia el discurso biomédico.

El concepto “Transexual”, tal y como lo conocemos hoy día, fue definido desde sus orígenes por especialistas en el ámbito de la medicina. Que los médicos fueran los primeros en definir esta realidad es un hecho que va a marcar el modo de afrontar esta situación en el colectivo, incluso actualmente. (Missé, 2013:28).

La transexualidad ha sido históricamente relacionada con la homosexualidad y durante décadas han sido consideradas como una misma cosa. A día de hoy no es extraño escuchar el tópico absurdo de que una persona transexual es una persona muy homosexual que llegado a su objetivo final de convertirse en alguien del sexo opuesto al del nacimiento.

A finales del siglo XIX en Europa se comienzan a desarrollar teorías médicas que tratan de abordar esta cuestión. En 1860 Karl Heinrich Ulrich desarrolla la “Teoría del

tercer sexo” donde se pueden distinguir por primera vez a personas en “cuerpo de hombre y con alma de mujer”. Heinrich bautizó a estas personas como “unaristas” pero era un concepto en el que se seguían incluyendo a las personas homosexuales.

La primera diferenciación entre la realidad transexual y la homosexual aparece en la obra de Magnus Hirschfel (1910) con su Teoría de los estados intermedios. Mediante ésta pudo llegar a establecer cuatro categorías para definir las incongruencias del sistema sexo-género-sexualidad. La primera de ellas se refería a las personas hermafroditas o intersexuales. La segunda era para las personas que tenían características sexuales atípicas, como por ejemplo hombres con pecho (ginecomastia) o mujeres con barba. Una tercera categoría era la pensada para las personas que tenían impulsos sexuales atípicos, como las personas homosexuales, las personas que practicaban relaciones sexuales sadomasoquistas o fetichistas; Y una cuarta y última categoría era la usada para todas las personas que presentaban un estado intermedio de los caracteres psíquicos, en aquel entonces conocidos como “travestidos”, pues aún no existía el término “transexual”.

Otros endocrinos cercanos a Hirschfel como Harry Benjamin y Eugen Steinach comienzan a investigar los efectos de las hormonas en humanos, y en 1919 realizan la primera operación de “cambio de sexo”.

Hirschfel es exiliado a Francia en 1933 por el nazismo de Hitler y sus investigaciones fueron destruidas. Benjamin fue exiliado a Estados Unidos donde continuó con la línea de investigación de Hirschfel y comenzó a tratar a personas que se sentían identificadas con el género opuesto al asignado al nacer y así comienza a adquirir fama en esta comunidad de personas.

En 1954 introduce el término “transexual” para distinguir a estas personas de los “travestidos” y en 1966, Harry Benjamin define los primeros criterios para el diagnóstico de estas personas en su obra *“The Transsexual Phenomenon”* (El fenómeno transexual). Posteriormente Benjamin crea *“The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association”* (La Asociación Internacional de disforia de género Harry Benjamin) y el primer Protocolo oficial para la reasignación de género (*The Standards of Care Gender Identity Disorders*, en 1979) De esta forma se establecen los criterios para identificar y diferenciar al verdadero transexual, al que era apto para tratamiento y la modificación corporal.<sup>14</sup> (Missé, 2013)

De estas propuestas surgen las ideas de “transexual primario” y “transexual secundario”; el primero fue definido como aquel que siente aversión por su propio cuerpo y atracción por personas de su sexo anatómico, mientras que el secundario no cumplía esos requisitos. Todos estos requisitos siguen influyendo hoy en día en la forma de diagnosticar y a causa de estas consideraciones la transexualidad tiene la consideración de trastorno mental.

---

<sup>14</sup> La historia de la transexualidad ha sido rescatada del libro de Miquel Missé *Transexualidades* (2013) y de diferentes artículos recopilados por José Antonio Nieto en *Transexualidad, transgenerismo y cultura* (1998).

Los estudios de Benjamin sobre diagnóstico, etiología y tratamiento provocaron relaciones hostiles por parte de los psicoanalistas (Greenberg *et al.*, 1960; Gutheil, 1964; Lukianowicz, 1959; Northup, 1959; Ostow, 1953), quienes estaban en contra de amputar órganos sanos a, como ellos denominaban, pacientes emocionalmente desequilibrados. Aparecieron grandes discusiones sobre la legalidad de estas operaciones (Holloway, 1974; Hastings, 1966: 599).

Otros médicos de la época como John Money o Robert Stoller, pretendían encontrar un marco explicativo para diagnosticar al “verdadero transexual” usando criterios que aseguraran una serie de garantías, cierta estabilidad en el convencimiento de su identidad de género y en el deseo de someterse a un tratamiento y unas intervenciones. Estos criterios han ido sirviendo además para ir construyendo a las propias personas transexuales. (Garaizabal, 1998: 45)

En 1970, el director de la clínica de identidad de género de la Universidad de California en Los Ángeles hacía la siguiente afirmación: “para mí en este momento la cuestión fundamental ya no es si se debería realizar la reasignación de sexo en los adultos, sino más bien en cuáles de ellos” (Green, 1970: 270).

Desde Norteamérica se importa el modelo médico a Europa y España. Cuando se despenalizaron las operaciones de cambio de sexo en España, en el año 1984<sup>15</sup>, comenzaron a interesarse por el tema algunos cirujanos aplicando los protocolos americanos en las unidades españolas y llegando a convertirse en médicos de referencia. Había un gran desconocimiento sobre este tema en España y la asistencia consistía simplemente en aplicar dichos protocolos. El Protocolo de Benjamin va por la séptima edición y no ha sufrido significantes modificaciones desde entonces a pesar de la evolución social de los “pacientes” en su auto-percepción (Missé, 2013).

En 1980 la transexualidad es catalogada como “trastorno de transexualidad” por el DSM, para en 1994 cambiar el término por el de “trastorno de identidad de género”. Según la APA (*American Psychiatric Association*), en su versión V del DSM (2013) – o *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*– en la actualidad el término usado por el manual es el de “Disforia de Género”. El término hace referencia al “malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por un sujeto y el género asignado”. Este diagnóstico aparece después de la lucha por los colectivos por descatalogar la transexualidad de las enfermedades mentales.<sup>16</sup>

En las *Características diagnósticas* descritas por el DSM describe el diagnóstico diferencial del “trastorno de la identidad sexual” de la siguiente forma:

*“Existen dos componentes en el trastorno de la identidad sexual que deben estar presentes a la hora de efectuar el diagnóstico. Debe haber pruebas de que el individuo se identifica, de un modo*

<sup>15</sup> Antes de ese momento la práctica de estas operaciones eran consideradas como delito de castración o lesiones y se condenaba a los médicos que las realizaban.

<sup>16</sup> Hasta la última revisión era catalogada como “Trastorno de identidad de género” en el DSM-IV-TR. APA (desde el año 2000 hasta el 2013 cuando se modifica con la nueva versión DSM-V y pasa a llamarse “disforia de género”).

*intenso y persistente, con el otro sexo, lo cual constituye el deseo de ser, o la insistencia en que uno es, del otro sexo (Criterio A). Esta identificación con el otro sexo no es únicamente el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales. Deben existir también pruebas de malestar persistente por el sexo asignado o un sentido de inadecuación en el papel de su sexo (Criterio B). El diagnóstico no debe establecerse si el individuo padece una enfermedad física intersexual (p. ej., síndrome de insensibilidad a los andrógenos o hiperplasia suprarrenal congénita) (Criterio C). Para efectuar el diagnóstico deben existir pruebas de malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio D).” (APA, 1995:545)*

*“El trastorno de la identidad sexual puede diferenciarse del comportamiento de disconformidad con el papel del propio sexo por la magnitud y la extensión de los deseos, de los intereses y de las actividades propias del otro sexo. Este trastorno no se refiere al comportamiento de disconformidad con el papel del propio sexo, como, por ejemplo, los comportamientos de «marimacho» en las niñas y de «afeminado» en los niños. Por el contrario, el trastorno representa una profunda alteración del sentido de identidad del individuo con respecto a la masculinización o a la feminización. Al comportamiento de los niños que no se corresponde con el estereotipo cultural de masculinidad o femineidad no debe asignársele el diagnóstico de este trastorno a no ser que se dé todo el síndrome, con malestar y deterioro” (APA, 1995:549)*

Haciendo referencia a niños y niñas transexuales, continúa:

*“En los niños, el hecho de identificarse con el otro sexo se manifiesta por una marcada preocupación por las actividades femeninas tradicionales; pueden preferir vestirse con ropa de niña o mujer o pueden confeccionarla ellos mismos a partir de material disponible, cuando no poseen ropa femenina. A menudo se usan toallas, delantales, pañuelos de cuello para representar faldas o pelos largos. Existe una atracción fuerte hacia los juegos y los pasatiempos típicos de las niñas. Les gusta especialmente jugar a mamá y papá, dibujar chicas y princesas bonitas, y mirar la televisión o los vídeos de sus ídolos femeninos favoritos. A menudo, sus juguetes son las muñecas (como Barbie), y las niñas constituyen sus compañeros. Cuando juegan a papá y mamá, estos niños realizan el papel femenino, generalmente «el papel de madre» y muestran fantasías que tienen que ver con mujeres. Evitan los juegos violentos, los deportes competitivos y muestran escaso interés por los coches, camiones u otros juguetes no violentos, pero típicos de los niños. Pueden asimismo expresar el deseo de ser una niña y asegurar que crecerán para ser una mujer. A la hora de orinar se sientan en la taza y hacen como si no tuvieran pene, escondiéndoselo entre las piernas. Más rara vez los niños con trastorno de la identidad sexual pueden afirmar que encuentran su pene o testículos horribles, que quieren operárselos o que tienen o desearían tener vagina. Las niñas con trastornos de la identidad sexual muestran reacciones negativas intensas hacia los intentos por parte de los padres de ponerles ropa femenina o cualquier otra prenda de mujer. Algunas llegan a negarse a ir a la escuela o a reuniones sociales donde sea necesario llevar este tipo de prendas. Prefieren la ropa de niño y el pelo corto; a menudo la gente desconocida les confunde con niños, y piden que se les llame por un nombre de niño. Sus héroes de fantasía son muy a menudo personajes masculinos fuertes, como Batman o Superman. Estas niñas prefieren tener a niños como compañeros, con los que practican deporte, juegos violentos y juegos propios para niños. Muestran poco interés por las muñecas o por cualquier tipo de vestido femenino o actividad relacionada con el papel de la mujer. Las niñas que padecen este trastorno rehúsan en ocasiones orinar sentadas en la taza del water. Pueden explicar que poseen o que se dejarán crecer un pene y rechazan los pechos o la menstruación. Pueden también asegurar que crecerán para ser un varón. Estas niñas revelan una identificación con el otro sexo muy pronunciada en los juegos, los sueños y las fantasías” (APA; 1995:549)*

En la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE- de la Organización Mundial de la Salud (1992) -OMS- se encuentra bajo el término “transexualismo” y está incluido en el apartado de “Trastornos de la identidad sexual” (F.64.0). El transexualismo es definido por la OMS de la siguiente manera:

*“Consiste en el deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del sexo opuesto, que suele acompañarse por sentimientos de malestar o desacuerdo con el sexo anatómico propio y de deseos de someterse a tratamiento quirúrgico u hormonal para hacer que el propio cuerpo concuerde lo más posible con el sexo preferido.” (OMS, 1992: 121)*

Y nos da las pautas para el diagnóstico seguidamente, mediante la que podemos reconocer perfectamente uno de los requisitos usados en la ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, que permiten la modificación del sexo y nombre en el documento nacional de identidad:

*“La identidad transexual debe haber estado presente constantemente por lo menos durante dos años y no ser un síntoma de otro trastorno mental, como esquizofrenia, o acompañar a cualquier anomalía intersexual, genética o de los cromosomas sexuales.” (OMS, 1992: 123)*

En el argot popular y *trans*, la transexualidad es denominada como “disforia de género”, concepto introducido en 1973 por Norman Fisk (y que continúa hasta día de hoy)<sup>17</sup> para referirse a la “ansiedad asociada al conflicto entre la identidad sexual y el sexo asignado” (Bergero *et al.* 2004:2829) Este término actualmente está en constante cuestionamiento por el colectivo transexual, puesto que no todas las personas transexuales manifiestan una ansiedad o un conflicto con su cuerpo de partida, o en el caso de presentarlo, no siempre se manifiesta en el mismo grado.

Es dentro de todo este panorama que tanto en Estados Unidos como en España, Missé (2013) hace referencia a que los primeros en definir la realidad transexual fueron los médicos. Esta cuestión es la que ha tenido como consecuencia que las personas transexuales no tengan ni voz ni voto en las decisiones que envuelven su proceso. Las personas transexuales son consideradas por la medicina psiquiátrica como enfermos mentales a día de hoy, es por ello que los médicos creen que la única manera de acercarse al objetivo perseguido es bajo una supervisión constante y mediante la superación de tests de personalidad o de la vida real. Es el psiquiatra o psicólogo el que tiene que diagnosticar y quien decide quien tiene acceso al tratamiento endocrino y quirúrgico y quién no.

Para el año 2008 y por las presiones del colectivo transexual, los protocolos son institucionalizados por el Ministerio de Sanidad y se crean las Unidades de Trastorno de Identidad de Género (UTIGs) como centros de referencia en diferentes

---

<sup>17</sup> En su última actualización, el capítulo referido a trastornos sexuales y de la identidad sexual es novedosamente dividido en tres capítulos distintos en el nuevo DSM-V: disfunciones sexuales, disforia de género y trastornos parafilicos. “el capítulo de la disforia de género, que pone el énfasis en la “incongruencia de género”, es nuevo en el DSM-5 y sustituye al trastorno de la identidad sexual del DSM-IV-TR” (Echeburua *et al.* 2015: 69)

Comunidades Autónomas y secundando a la pionera Unidad andaluza. Las UTIGs están formadas por un equipo experto multidisciplinar formado por psicólogos, psiquiatras, endocrinos, ginecólogos y cirujanos estéticos.

Actualmente sigue siendo este protocolo el que marca las líneas de cómo se ha de llevar a cabo la transición de adecuación entre sexo y género, y es el centro de todo proceso relacionado con las personas transexuales, como por ejemplo, para la modificación de su identidad legal<sup>18</sup>. Anteriormente a ella, la única forma de conseguir un cambio registral de nombre (y que rara vez incluía el género) era mediante posteriormente a la reasignación genital. Mediante un proceso judicial se decidía qué solicitantes eran merecedores de obtener el cambio de nombre. En este proceso era de vital importancia el informe pericial del médico forense en el que, después de observar el cuerpo desnudo de la persona en cuestión, decidía si se encontraba ante un hombre o una mujer teniendo en cuenta la genitalidad como elemento decisorio en la mayoría de los casos.

Con la nueva ley este trámite pasa a ser un trámite administrativo más a través del Registro Civil, pero no exento de requisitos médicos. Para acceder al cambio registral de nombre y género la persona ha de acreditar que posee un diagnóstico de “Disforia de Género” emitido por un psiquiatra o psicólogo y que lleva un tiempo mínimo de dos años de tratamiento hormonal. El segundo de los requisitos no sería necesario en el caso de haberse sometido a alguna intervención quirúrgica, ya que en ambos casos se considera que se ha llegado a una situación irreversible.

La interpretación médica de la transexualidad ha tenido en consecuencia un gran impacto en la manera en la que se plantea a solución al problema de incongruencia entre sexo y género colocando a los profesionales de la medicina como garantes del sistema sexo-género binario y sin dar lugar a las opiniones y particularidades personales de la diversidad de personas que viven esta situación. En palabras de Missé, sociólogo y activista transexual,

*“las personas trans se fueron dando cuenta de que los intereses de los médicos tenían mucho más que ver con mantener el orden tradicional de género que con las necesidades de la población trans. Los médicos dejaban de ser médicos para convertirse en guardianes del sistema binario hombre-mujer, elaborando criterios muy estrictos para que una persona pudiera modificar su cuerpo. El día en que las personas trans quisieron tener algo que decir sobre sus tratamientos, los criterios para decidir quién era transexual y quién no y quisieron explicar con sus propias palabras qué sentían y cómo vivían, se habían convertido en meros pacientes sin voz ni voto”(2013: 68).*

Los profesionales médicos ubicados en las antes llamadas UTIGs (Unidades de Trastorno de la Identidad de Género) en España, hacen mención a que “el uso del diagnóstico oficial no debe ser utilizado con fines de estigmatización. El uso de un diagnóstico oficial debe ser considerado un paso importante para garantizar la

---

<sup>18</sup> Véase: Ley 3/2007, de 15 de Marzo, disponible en: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Privado/13-2007.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Privado/13-2007.html)

asistencia sanitaria a estas personas.” (Bergero *et al.* 2004: 2830). Líneas más abajo se confirma como los criterios de diagnóstico y terapéuticos están basados a nivel internacional en los estándares de la asociación Harry Benjamin, “recomendándose la atención de estos pacientes en equipos multidisciplinares con estrecha relación entre los diferentes profesionales que los componen” (Bergero *et al.* 2004: 2832). Este equipo multidisciplinar está compuesto normalmente por un psiquiatra o psicólogo, que hace en una primera fase las entrevistas, el seguimiento y el diagnóstico. El segundo paso es el acceso a un endocrino que es el encargado del tratamiento de sustitución hormonal y su posterior seguimiento. Por último se deriva al usuario a diferentes profesionales encargados de las cirugías que deseen realizarse como cirujanos plásticos, urólogos y ginecólogos, y se incluyen en la lista de espera de la unidad.

En el diagnóstico, según los autores del artículo, el psicólogo tiene la máxima responsabilidad, pues todo el proceso posterior deriva de la valoración psicológica, haciendo referencia al arrepentimiento posterior a un diagnóstico no certero.

Harry Benjamin en su obra *El fenómeno transexual* dijo: «Dado que es evidente, pues, que la mente del transexual no puede ser cambiada en su falsa orientación de género, es lógico y justificable intentar lo opuesto, ajustar el cuerpo a la mente» (Benjamin, 1966).

Bergero *et al.* (2008: 213) afirma que:

*“esta frase refleja la ideología biomédica respecto al sexo y a la identidad de género. Por una parte se descubre que 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.” Es decir, “la identidad de género se entiende como inmutable y constante a lo largo del tiempo mientras que el sexo se convierte en maleable ayudado por la tecnología médica mediante métodos hormonales, quirúrgicos, transformando así la realidad corporal en artefacto para alcanzar así una identidad integrada.”*

El problema del paciente transexual no reside en “su mente” como señala el defensor del cambio de sexo John Money (1972: 201).

Por su parte Gooren afirmaba que “los transexuales podrían ser *rehabilitados* pasando de perturbados mentales a víctimas de un trastorno en la diferenciación sexual y los seguros médicos podrían ser (legalmente) obligados a cubrir los costos de la reasignación de sexo, como en otros casos de intersexualidad.” (Becerra, 2003).

Para Ehrenreich e English (1973) “en el momento en el que la reproducción y el funcionamiento sexual caen bajo la jurisdicción médica, los médicos juegan un papel crucial a la hora de mantener la organización de género”. Al proporcionar un ritual de tránsito entre identidades sexuales, la operación de “cambio de sexo” reafirma de manera implícita los roles tradicionales femenino y masculino. “a pesar del testimonio mudo de pacientes confusos y ambivalentes en cuanto al carácter de la experiencia de género, a los individuos incapaces o que no desean adaptarse a los roles sexuales que

se les adjudicó al nacer se les moldea en una mesa de quirófano para que consigan ser aceptados según el rol del sexo opuesto.” Dwight y Urban (1998: 114).

Los médicos, han sido y son, desde que la transexualidad se conoce como tal, los encargados, de alguna manera de mantener el orden del género. Por un lado proporcionando las herramientas para que las personas transexuales puedan acomodar su físico a su género/sexo sentido; por el otro, elaborando criterios y protocolos muy estrictos, (perpetuando las características inmutables de ambos géneros) que necesariamente las personas han de cumplir o asumir para poder tener acceso a dichos tratamientos e intervenciones.

Numerosos estudiosos del género han intentado averiguar las causas de la adquisición de la identidad de género en personas transexuales a lo largo de la historia. Risman (1998) investiga acerca de la adquisición de la identidad de género dividiendo su trabajo en cuatro paradigmas: biológico, psicoanalítico, sociopsicológico y teoría del rol. Kohlberg (1966) observa que existe identidad de género cuando el niño identifica su sexo de manera constante y correcta. Money y Ehrhard (1972: 300-301) explican que la identidad de género es “la identidad, unidad y persistencia de la individualidad de cada uno como varón o mujer [...] especialmente como lo experimenta el conocimiento de uno mismo [...] identidad de género es la experiencia personal del rol de género.” Davison y Gordon (1979) indican que la identidad de género es la conciencia de que uno es niño o niña. Risman concluye resaltando el nexo común entre las definiciones de los diferentes autores: “la identidad es la experiencia personal del género, la conciencia de que uno es varón o mujer”, mientras que el rol de género hace referencia a “las expectativas normativas definidas culturalmente que van asociadas con el género”. (Risman; 1998: 234).

Las investigaciones de Benjamin (1966) se propusieron identificar una predisposición biológica hacia la transexualidad, dando nulos resultados una y otra vez. Posteriores estudios se afirmó que las personas transexuales son fisiológicamente normales según todos los criterios físicos que se utilizan para determinar el sexo. (cromosomas, gónadas, genitales externos, capacidad reproductora interna y niveles de hormonas). (Matto, 1972; Pauly, 1974; Philbert, 1971; y Jones, 1973).

En contra de la hipótesis de Benjamin, la mayor parte de las investigaciones se han centrado en las causas psicológicas y sociales de este fenómeno mediante teorías psicoanalíticas, del aprendizaje social, del desarrollo y las teorías del rol. (Risman, 1998: 235).

Green (1974) y Matto (1972) estudiaron a las personas transexuales aplicando el pensamiento psicoanalítico tradicional. Green indica que:

*“Los psicólogos freudianos parten de la idea de que ambos sexos están sujetos a una bisexualidad psíquica similar antes del nacimiento y que el componente psicológico ascendente depende fundamentalmente de las experiencias tempranas con los padres.” (Green, 1974)*



*“La feminidad en los niños se explica mediante el supuesto de que, dado que quienes primero les cuidan son mujeres, todos los niños tienden hacia la feminidad, y que sin figuras masculinas fuertes a su alrededor los niños pueden convertirse en transexuales. Tales niños muestran una identificación con su madre, a menudo debido a que disponen de figuras ausentes física o emocionalmente. La falta de identificación y la consiguiente adecuación al rol viene causada de forma implícita por una identidad de género incorrecta” (Matto, 1972: 101).*

Estas ideas que presuponen un conflicto de género es el resultado de una transferencia problemática de identidad que arranca de la persona que comienza a educar al niño, no se cumplen con respecto a las niñas, que también son cuidadas por sus madres. (Risman, 1998: 236)

Stoller (1969) se basa en la teoría del aprendizaje social e identifica un modelo familiar en el que sostiene que existe en los antecedentes de niños (refiriéndose a las niñas transexuales) con conflictos de identidad de género, y afirmando que, en estos casos, existen dos características: la primera es que la madre muestra problemas de identidad de género: “a menudo tendía a parecer un chico en la adolescencia y continúa siendo masculina en la edad adulta. Es decir, agresiva, competitiva y le gustan los deportes en equipo”. Stoller describe a las madres “masculinas” como “bisexuales”; sobre la segunda característica de tales familias refiere que existe un desmedido contacto físico entre madre e hijo en los dos primeros años de vida y que “finalmente la madre tiene demasiado poder en la familia debido al desplazamiento psíquico y la ausencia física del padre”. Se supone que “la madre refuerza una conducta amable, femenina y dócil a la vez que desalienta la conducta masculina agresiva” (Risman, 1998: 238).

Stoller afirma (refiriéndose a los niños transexuales) que:

*“las transexuales femeninas son más difíciles de diagnosticar porque en ellas se dan unos límites clínicos más difusos, porque a las mujeres en esta sociedad se les permite una mayor flexibilidad de rol de género que a los hombres” [...] “la transexualidad femenina es la defensa contra un trauma de la infancia”.*

Stoller se centra en la búsqueda de los siguientes modelos familiares:

(1) “padres que piensan que su hija no es guapa” (2) “una madre deprimida, frágil, disminuida psicológicamente que se exige de la educación de su hija cuando ésta es aún joven”; (3) “un padre que no ayuda a su mujer a afrontar el problema psicológico, y que a menudo es alcohólico y la maltrata”; (4) “existencia de estímulos dirigidos a la niña para que apoye decididamente a su madre a modo de esposo: se da este refuerzo hacia la niña debido a que la familia necesita que se cumpla esta función.” Y, por último, (5) “se alienta la conducta masculina y se desalienta la femenina hasta que las cualidades masculinas cristalizan en la consiguiente identidad”

También el doctor Money, (reconocido médico por sus intervenciones con personas intersexuales), defendió que la identidad sexual es una conducta aprendida. Mediante esta hipótesis extraída de sus estudios con bebés que presentaban unos genitales ambiguos afirmó que la identidad sexual se podía moldear mediante un proceso de aprendizaje resultante de la interacción social, por lo que

independientemente del sexo anatómico del bebé, se podían crear niños o niñas; Por aquella época, el doctor Money, realizó un experimento con dos bebés gemelos (el caso de David Reimer). Uno de ellos había perdido sus órganos genitales poco después de nacer. Los padres de los niños acudieron al Doctor Money en busca de ayuda que por aquel entonces divulgaba sus teorías sobre la construcción de la identidad sexual. Intervinieron al bebé y le realizaron una vaginoplastia, le proporcionaron un tratamiento hormonal con estrógenos y se propusieron crear una niña (Brenda) en base a la teoría de Money. El chico creció educado como una niña a diferencia de su hermano gemelo que fue educado como un niño (Money y Anke, 1982). Durante toda su vida, presentó una conducta e identidad claramente masculinas, rechazando el rol femenino. Cuando David creció, sus padres le contaron la verdad y se sometió a un proceso de reasignación sexual para convertirse en David. A la edad de treinta años conoce al Doctor Milton Diamond que se interesa por el caso y lo saca a la luz, demostrando el fracaso del experimento del doctor Money. Años después David colabora con John Colapinto en la redacción de un libro que relata su historia, *As nature made him*. (Rivero, 2012).

Otras investigaciones posteriores sugieren que el aprendizaje no determina la identidad sexual. En un estudio de 2004 (Reiner y Gearhart) se siguió el caso de 16 menores que habían nacido con el pene atrofiado debido a una patología, la extrofia cloacal. Todos recibieron una educación como chicas. 11 de los 16 declararon que sentían una identidad sexual masculina. (Gómez y Esteva, 2006).

En contraposición a la teoría del aprendizaje social, aparecen teorías basadas en la biología que entienden que la transexualidad es una alteración producida durante el proceso de gestación. En un determinado momento, en la fase del proceso en la que se lleva a cabo la diferenciación sexual del cerebro, se da un proceso hormonal que produce una alteración entendida como “la desarmonía entre la diferenciación sexual de las primeras etapas y la posterior diferenciación sexual del cerebro” (Gómez y Esteva, 2006). Según el doctor Becerra (2003) “la acción de las hormonas sexuales sobre el cerebro durante un periodo crítico produce una serie de efectos irreversibles sobre la estructura cerebral y, por tanto, sobre el comportamiento, que persiste durante toda la vida”.

Un reciente estudio (Rametti *et. al.* 2011) mide la micro-estructura de la sustancia blanca de los fascículos blancos de las personas transexuales. Estos fascículos son los encargados de conectar regiones de la corteza cerebral implicadas en conductas emocionales y cognitivas complejas. El estudio concluye que los fascículos cerebrales están masculinizados en los hombres transexuales y feminizados en las mujeres transexuales. Lo novedoso del estudio es que ha sido realizado con personas transexuales que aún no han comenzado el tratamiento hormonal. Este dato es importante porque estudios similares han sido realizados con cerebros post mortem de personas que ya habían sido sometidas a tratamiento de sustitución hormonal. (De la Cruz, 2014: 7)

Estas teorías afirman que los esfuerzos por determinar las causas de la transexualidad. Algunas de ellas tratan de construir una escala única para definir la transexualidad y otras no son más que el reflejo de ideas preconcebidas basadas en el mantenimiento de estereotipos del género e ideas retrógradas que están muy alejadas de la realidad de estas personas.

El protocolo de Benjamin se continúa aplicando en todas las unidades que tratan la transexualidad a lo largo y ancho del Estado español. Las personas transexuales acuden a éstas con la idea de que se les ayudará a solucionar su situación de malestar, y una vez allí se encuentran con la primera de las pruebas: la valoración psicológica y el diagnóstico, en la que la mayor importancia la tiene la llamada *experiencia de la vida real* (o *test de la vida real*). Pons (2013: 5) explica que este test es “el proceso de evaluación previo o paralelo al diagnóstico, realizado mediante seguimiento terapéutico que verifica si se cumplen o no los criterios necesarios para desarrollar la cotidianidad en el género en el que se anhela vivir.” Este seguimiento se realiza mediante entrevistas, test de personalidad y mediante la observación de lo referente a la corporalidad (vestimenta, pose, sentimientos...etc). Esta prueba o test, (continúa) es recomendado como requisito indispensable para la obtención del certificado de “*trastorno de Identidad de género*” o actualmente de “*Disforia de género*”, y la única puerta para poder acceder al tratamiento de sustitución hormonal, a las cirugías deseadas, (ya sea por la sanidad pública o privada) y al cambio en la mención del sexo y nombre en los documentos de identificación oficiales.

*“Mediante la experiencia de la vida real también se evidencia lo complejo del proceso de constitución de la subjetividad de género, una subjetividad que rebosa las posibilidades identitarias disponibles, que no solamente resiste o reproduce las imposiciones de la cultura de género, sino que es un juego de resistencia y reproducción que se articula, distanciándose y acercándose, a las normas, pero también resignificando y transformando. Los criterios utilizados por los/as profesionales de la UTIG a la hora de evaluar durante el proceso derivan de estos ideales regulatorios de género [...] la experiencia de la vida real deviene uno de esos momentos claves en los que se reconstruye la idealidad a la norma, un proceso de regulación del género. Para Pons este proceso se puede entender como tecnología de género porque se intenta disciplinar al sujeto para que encarne los preceptos del género normativo a través de corregir todo aquello que los ponga en cuestión, intentan que invoque y recite las normas de la matriz, lo intentan objetivar” (Pons, 2013: 7).*

Las personas *trans* usuarias conocen los criterios idóneos para una evaluación y diagnóstico favorables. En las sesiones utilizan los criterios usados por los psicólogos y “la forma legitimada de actuar o conducirse como hombre o como mujer”. Pons describe esta circunstancia como una “utilización del diagnóstico que reproduce una representación social que estigmatiza a los propios sujetos”. La *experiencia de la vida real* se presenta como un “ritual en el que hay un juego de poder donde la autoridad médica evalúa y corrige la corporalidad, recomendando ciertas prácticas corporales, [...] para producir subjetividades de género específicas, regular y normalizar, es decir, objetivar al sujeto haciéndolo inteligible en el campo de lo social y seguir produciendo verdad” (Pons, 1013:12)

El doctor Pedreira Massa (2014) especialista en psiquiatría infantil, en su comparecencia para hablar sobre infancia y transexualidad en la Comisión de Asuntos Sociales del Parlamento Autonómico de Madrid, nos explica cómo es el camino evolutivo y de desarrollo mediante el que se llega a una identidad de género. La identidad de género se constituye de la siguiente manera:

*[...] “Partimos de un sexo genético, es cierto, pero el sexo genético influye en la evolución del sexo embriológico. El sexo embriológico en suma duración da lugar al sexo anatómico y hormonal del feto para las transformaciones que están teniendo que origina el sexo fetal. Desde el nacimiento y a raíz de estas configuraciones previas del sexo, se llega al sexo civil, que es el sexo en el cual se es inscrito, según el Código Civil. Y ese sexo civil configura dos elementos: por un lado el sexo social y por el otro lado, el sexo educativo. Entre sexo social y sexo educativo se va a ir construyendo de una manera paulatina, constante, pero permanente, el sexo psicológico que a su vez condiciona la creación del sexo relacional, y con éste el sexo identificativo que pone en marcha, por fin, la identidad sexual. Fíjense ustedes el camino que hay, como para reducirlos a uno o dos aspectos, cuando en realidad es una interacción de al menos diez factores que interactúan entre sí.*

*Así que para las determinantes en cuanto a la elección sexual tenemos por un lado a la genética, por otro lado la anatomía, por otro lado la fisiología, por otro lado la educación, pero no podemos olvidar las relaciones sociales, la construcción de la identidad psicológica, la identidad psicosocial y por fin la identidad de género” [...].*

El profesor y antropólogo, Juan Gavilán (2016) reflexiona sobre la transexualidad con el objetivo de que surjan formas de comprensión y respeto de la diversidad sexual y de género.

En nuestro país existen personas transexuales cada una con su propia manera de auto-percibirse, circunstancias sociales diferentes y en definitiva, con diferentes realidades. Muchas personas transexuales tienen enormes dificultades para integrarse en la sociedad y sufren situaciones continuas basadas en las desigualdades derivadas de su situación y en todos los aspectos de sus vidas cotidianas.

Si bien es cierto que muchas personas transexuales manifiestan un alto grado de disforia de género, en otros muchos casos ésta se presenta de una forma moderada o inexistente. Gavilán nos cuenta como la gran mayoría de personas que han acudido a las UTIGs han sido sometidas a largas esperas y evaluadas para poder descartar patologías, creando un sentimiento de incertidumbre en los usuarios.

La doctora Esteva, endocrina de la Unidad de Género de Andalucía manifiesta que todos los profesionales de la salud tienen que dar respuesta a las demandas reales del colectivo transexual de la forma más disciplinar y ética posible, y que se ha confundido despatologización con desmedicalización:

*[...] “hoy las personas transexuales necesitan de la atención médica para reconstruir su identidad, pedirle a un médico que intervenga, a veces de manera irreversible, a una persona sin que se le permita hacer un juicio previo sobre la bondad de esta intervención es algo a lo que ningún profesional debería acceder” [...].*

[...] *"Los médicos no somos el enemigo como ciertos teóricos y algunos líderes del movimiento transexual quieran hacer creer a la opinión pública. ¿Por qué no pública la Consejería de Salud las encuestas de satisfacción que la misma Consejería hizo sobre una muestra de más de 500 personas atendidas en la Unidad? La percepción que la sociedad tiene de la transexualidad ha cambiado mucho y a ello ha contribuido en buena manera la normalización de la atención a estas personas dentro del sistema público [...]."*<sup>19</sup>

Para Gavilán (2016) y Nieto (1998) la transexualidad ha existido siempre, en todas las culturas y épocas. En las sociedades occidentales, la medicina ha colonizado la transexualidad, considerándola un trastorno de la identidad de género y creyendo que solo a través de la intervención de la medicina pueden alcanzar su dignidad las personas transexuales.

Según Gavilán, en la entrevista proporcionada al Diario Sur como respuesta a las Doctoras Esteva y Almaraz, ambas endocrinas de las Unidades de Transexualidad, el problema deviene del diagnóstico (como "disforia de género"). Según el profesor no se puede seguir diagnosticando a las personas *trans* con ese término ya que no es posible hacer una correlación entre transexualidad y disforia. Existen cada vez más profesionales médicos que consideran que esta disforia no es inherente en las personas *trans*, sino que va a depender de sus circunstancias sociales, del grado de marginación, segregación, violencia y estigmatización que viva la persona en concreto.<sup>20</sup> El siguiente texto es de gran relevancia en el asunto ya que recoge las actuales demandas del colectivo transexual mientras hace una crítica al sistema seguido en algunas unidades de transexualidad de los hospitales españoles. Gavilán expresa lo siguiente:

*"En un informe realizado en 2009 por Thomas Hammarberg, Comisario de los Derechos Humanos del Consejo de Europa, les proponía a los profesionales de la medicina que no consideraran necesario el diagnóstico y la evaluación para ofrecer la atención médica a las personas transexuales. Y, por supuesto, es absolutamente necesario eliminar las sesiones interminables de diagnóstico en las que las personas transexuales se veían forzadas a un sufrimiento feroz y sometidas a preguntas denigrantes que ejercían una violencia exacerbada sobre personas vulnerables. Tiene que desaparecer el diagnóstico, igual que desapareció la experiencia de vida que consistía en obligar a las personas en tratamiento a realizar tareas o trabajos encarnando su sexo sentido para demostrar que mantenían estable la identidad que decían tener. Era un tiempo de sufrimiento atroz en el que solían aumentar, según los propios expertos, los episodios de acoso y violencia."*

*"El modelo de asistencia basado en el respeto mutuo y la amistad, como lo describen de forma bucólica las doctoras Esteva y Almaraz, ha tenido que brillar por su ausencia en la UTIG cuando unas personas salían llorando de la consulta, otras rezaban antes de entrar y sufrían lo indecible por temor a equivocarse y no responder de la forma adecuada a las preguntas que se les formulaban cara al diagnóstico. Es difícil comprender cómo se puede establecer una relación médico-ciudadano o una relación de amistad médica cuando los 'pacientes' tienen que soportar una batería de preguntas en unas condiciones tan difíciles. He entrevistado a muchas personas*

<sup>19</sup> Entrevista a las Dras. Esteva y Almaraz, endocrinas de la Unidad de Transexualidad del Hospital Civil de Málaga . *La diversidad de la transexualidad*. diariosur.es 25/03/2017. Disponible en: <http://www.diariosur.es/opinion/201703/25/diversidad-transexualidad-20170325003259-v.html>

<sup>20</sup> Entrevista a Juan Gavilán. *Medicina y transexualidad*. diariosur.es. 4/4/2017. Disponible en: <http://www.diariosur.es/opinion/201704/04/medicina-transexualidad-20170404075342.html>

*que han pasado por esa Unidad y tengo una batería considerable de información sobre el tratamiento que aseguran haber recibido tanto los adultos como los menores transexuales.*

*No se trata de buscar la amistad del médico sino de cambiar el modelo. Nadie pretende desviar el tratamiento de las personas transexuales a la medicina privada. Aquí no vale la demagogia. La asistencia pública tiene que garantizar una atención médica desde la igualdad y la dignidad. Y lo que resulta más gratificante de todo es que el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, con el trabajo meritorio del Dr. Raúl Hoyos Gurra al frente, se haya convertido en un centro de referencia en el tratamiento de las niñas y los niños transexuales.*

*La próxima vez que me hagan una entrevista llamaré a los miembros de la extinta UTIG para saber sobre qué puedo hablar. Pero mientras pueda, me arriesgo a recordar que Nils Muižnieks, el actual Comisario de los Derechos Humanos, en mayo de 2014 hizo un llamamiento urgente a todos los gobiernos para que revisaran la legislación y las prácticas médicas con el fin de proteger a las personas intersexuales de intervenciones quirúrgicas irresponsables.*

*Tal vez tenga sentido que, al hilo de los protocolos de la barbarie civilizada en los quirófanos de los hospitales, nos preguntemos si la praxis médica relacionada con la identidad de género es tan inocente como pretenden las autoras a las que nos referimos o si ha causado en muchas ocasiones un daño irreparable a los pacientes, aunque gozaran de las justificaciones pertinentes. Podría ocurrir que el modelo basado en el diagnóstico, la evaluación y las unidades multidisciplinarias especializadas fuera un modelo anacrónico y que vulnerara los derechos humanos."*

## **5. Propuesta metodológica.**

El objetivo de la presente investigación es comprender cómo afecta a las personas transexuales el proceso de reasignación y de adecuación al género/sexo sentido y cuál es la relación con los profesionales de la salud y con las Unidades de Identidad de Género del territorio español. Mi intención es de comprender las experiencias de la transexualidad en España usando como herramienta analítica el Análisis Crítico del Discurso, dentro del marco del método cualitativo, en el que contaré con la participación de personas transexuales (hombres y mujeres) y de madres de menores transexuales. Como técnica de recolección se han usado entrevistas en profundidad que permitan comprender el mundo desde sus experiencias y percepciones. En el criterio de selección de la muestra se ha tenido en cuenta únicamente que la persona tenga la condición de transexual y que haya tenido contacto alguna vez con los profesionales médicos a lo largo de su proceso. Las edades de las personas adultas van comprendida entre 24 y 58 años. En el caso de las menores transexuales, el rango de edad va desde los 6 hasta los 17 años en la actualidad. La información ha sido elaborada a partir del discurso de alguno de sus progenitores, en este caso todas las entrevistadas han sido madres que han estado presentes en todas las fases del proceso de las menores.

Las personas entrevistadas bajo el anonimato serán identificadas de la siguiente manera con el objetivo de la mejor comprensión del análisis. Las mujeres transexuales, (las personas que manifiestan que su identidad de género es la femenina) serán identificadas mediante las iniciales MT y enumeradas siguiendo el orden cronológico

de las entrevistas. Los hombres transexuales serán identificados por las iniciales HT (las personas que manifiestan que su identidad de género es la masculina) y siguiendo el mismo orden.

Las madres de menores transexuales serán identificadas con las iniciales MM y a continuación el orden cronológico del momento de la entrevista.

El interés por esta cuestión surge a raíz de que, en el año 2012, la Fiscalía Provincial de Málaga inicia diligencias de investigación (nº462/2012) por las presuntas “praxis médicas” de la UTIG de Málaga y su relación con la posible vulneración a algunos derechos fundamentales como la igualdad de trato o la no discriminación por razón de sexo, previa denuncia por la Asociación de Transexuales de Andalucía (A.T.A); La asociación aportó un gran volumen de testimonios documentales con el repertorio de preguntas autorizadas por los testigos, en los que además se describían sus experiencias personales con la Unidad de Género del hospital Carlos Haya. Desde entonces, el Fiscal Superior de Justicia de la Comunidad Autónoma de Andalucía activó línea directa entre el colectivo transexual y la Fiscal Delegada de Violencia a la Mujer de Andalucía, Flor de Torres.

La Fiscalía entiende que la identidad de género “entronca directamente en el catálogo de derechos fundamentales reconocidos en la Carta Magna de la Constitución Española: nuestro honor, nuestra intimidad personal y nuestra imagen consagrado en el Art. 18 de la Constitución y el derecho a la salud del art. 43 del mismo cuerpo legal y que tiene su plasmación práctica en el principio de igualdad del art. 14 sin acciones u omisiones discriminatorias en ningún caso por tal identidad.” Y continúa, “Tratándose de derechos fundamentales debe protegerse el afrontamiento del ejercicio al acceso a la Salud Pública con plena igualdad y sin discriminación alguna ni catalogación estigmatizante en la medida de lo posible y con el máximo respeto a la apuesta de nuestra Comunidad Andaluza a través de la primera y pionera unidad de Tratamiento en España en tal sentido.”

Se practicaron diligencias consistentes en revisar la documentación, reuniones conjuntas de la Fiscalía con la Asociación y la Consejera de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, seguidas de contactos posteriores con la Sra. Gerente del Hospital, Carmen Cortés y la Dra. Encargada y coordinadora de la Unidad, Isabel Esteva, para que informen del tipo de praxis médica que se lleva a cabo en el hospital.

La Unidad explica que las praxis y los protocolos seguidos son ajustados estrictamente a las recomendaciones internacionales para la atención de personas con disforia de género y que en ellos se contempla la exploración de la esfera sexual de la persona: “el análisis del placer sexual, autoerotismo, deseos, sueños, fantasías y conductas sexuales, experiencias traumáticas o situaciones estresantes en relación con la sexualidad y la orientación sexual.” Se valora la orientación sexual de la persona, justifica el escrito, por su importancia y asociación con el arrepentimiento post-cirugía

en transexuales que manifiestan orientación homosexual frente a los que manifiestan orientación heterosexual.

Las denuncias del colectivo iban dirigidas hacia una praxis discriminatoria en la Unidad consistente en la obligación de someterse a diversos test, en los que entendían se estaba vulnerando su derecho a la intimidad y al honor, consistentes en preguntas intrusivas y de tinte sexual, que según los usuarios, nada tienen que ver con la identidad, sino más bien con su vida íntima y sexual.

*[...] “el problema es que se relaciona la transexualidad con algo sexual, cuando lo fundamental es que se trata de una cuestión de identidad, lo sexual queda reservado para la intimidad de la alcoba de cada uno [...] HT1<sup>21</sup>*

A lo largo de esta investigación se ha tenido la oportunidad de entrevistar a diferentes personas transexuales que han pasado por las Unidades de Identidad de Género para, de esta forma poder acercarse a la realidad de esta experiencia (y sobre las que se hará un análisis en este epígrafe). Sería interesante adelantar cómo estas personas manifiestan (con pocas excepciones) un gran descontento con el trato recibido en las Unidades derivado de la valoración psicológica. Este descontento viene debido al trato recibido por parte del equipo de psicólogos del mismo hospital referido en las diligencias de la fiscalía. Algunas de las personas manifiestan que sentían una enorme ansiedad y malestar cada vez que tenían que acudir a la consulta, el continuo cuestionamiento ante la realidad que trataban de trasladar y la absoluta decepción que sentían después de tan larga espera. Algunos usuarios se mostraban sorprendidos al presenciar en la sala de espera como otros usuarios salían de la consulta completamente desconsolados y llorando.

En la práctica de los test y entrevistas practicados, si bien es cierto que son precedidos de un consentimiento informado, en el caso de una negativa a prestar dicho consentimiento se entiende que es imposible comenzar con la fase inicial y diagnóstica del proceso, por lo que la persona no tendría acceso al tratamiento hormonal ni a las cirugías que necesite. Por ello, todas las personas usuarias de la unidad sienten como una obligación, aunque no quieran, pasar y consentir este proceso para poder llegar a su objetivo. Algunos usuarios manifiestan que no solamente se sentían obligados a prestar su consentimiento para la resolución de los mencionados test, sino que también lo hacían en otro tipo de prácticas, como lo era la observación y evaluación de sus órganos genitales.

*[...] “la endocrina bien con el tema hormonal pero había que hacer lo que ella decía. Mostrarle ciertas cosas o partes cuando yo no quería...como medirme para ver cuánto había crecido...Ahora hacen firmar unos papeles para que sólo puedan atendernos ellos y no otros centros médicos. Yo sigo yendo pero aún no he firmado el papel. Intentan hacer que firmes sin explicarte qué es” [...] (HT4).*

---

<sup>21</sup> Entrevista a chico transexual denominado HT1.



Bien es cierto que los protocolos de las clínicas españolas siguen estrictamente las recomendaciones internacionales, basadas en el protocolo de Harry Benjamin del año 1966. Los test, según comentan mis confidentes, son de tinte sexista y tratan de averiguar si la persona en cuestión cumple con todos los estándares y estereotipos del género al que dice o siente que pertenece.

Los principios de Yogyakarta y la Resolución 11 del Consejo de Derechos Humanos de la ONU abogan por el freno a la discriminación de las personas por su identidad de género. La Carta de la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Resolución del Parlamento Europeo de 12 de Septiembre de 1989 hablan de la necesidad de establecer medidas de normalización de tratamientos en el sistema nacional de Salud y de la normalización de la atención asistencial y social de toda índole, incluidos los tratamientos dirigidos a las personas transexuales. Esta atención debe ser universal en la medida de lo posible, al menos en el caso en el que se trate de una atención primaria, como podría ser la prescripción del tratamiento hormonal y el seguimiento al mismo.

En cuanto a la necesidad de apoyo médico, la mayoría de personas transexuales entrevistadas manifiestan que es necesaria para conseguir el objetivo de adecuación de su físico a su percepción de la identidad. Todos se refieren al tratamiento de sustitución hormonal como necesario para conseguir esta adecuación, y su consecución es el fin primordial de la mayoría de entrevistados.

*[...] “la relación con un tema de apoyo médico puede ser así, no discuto que no lo sea, pero es así por razones históricas y no por necesidad real.” [...] (MT1)*

Todos los usuarios son conscientes de los riesgos y peligros que conlleva el tratamiento sin acompañamiento médico, pero en algunos casos, se han visto obligados a la automedicación por no encontrar una respuesta satisfactoria en las mencionadas unidades.

*[...] “a mí no me dieron nunca el tratamiento...el tratamiento me lo busqué yo solita...y yo me ponía lo que creía [...] cuando se enteraron querían que comenzara de nuevo los test psicológicos” [...] (MT2)*

La relación entre los usuarios y los profesionales médicos es tensa, viéndose en algunos casos obligados a abandonar la unidad y a gestionar el proceso por otros medios como la automedicación o acudiendo al ámbito privado.

*[...] “después de dos años de mi vida esperando para que me evaluaran yo creo que está bien...yo iba porque no tenía más remedio, viajaba una vez al mes o cada dos meses para sentarme delante de una señora, que parecía que le interesaba muy poco mi vida, que me pasara unos test mecánicamente y chao, no se sabía ni mi nombre después de dos años viéndola...así que en cuanto tuve lo que quería me fui de allí...yo porque me lo pude permitir, pero hay gente que no tiene más opciones que tragar durante todo el proceso [...] (HT1)*

*[...] “no entiendo por qué ellos tienen el poder de decidir sobre mi vida...esto no debería ser así [...] Así de veces he salido de allí para poner una queja, pero sabes qué pasa? Que luego tienen tu nombre y te putean y nadie se queja por eso...te juegas que te lo pongan aún más difícil [...] (HT4)*

Se ha dividido el análisis en cinco categorías que se han considerado de gran importancia en la relación entre el tránsito y las instituciones médicas.

a. Facultativos.

Las experiencias de las personas entrevistadas con los facultativos están basadas en relaciones de poder en el que prima la decisión del médico sobre la del usuario que accede a la unidad. En la mayoría de los casos, esta manifestación de poder se da en los diferentes discursos, explícita e implícitamente, cuando se refieren a la obligatoriedad de pasar por el proceso que el facultativo determina. Los facultativos de estas unidades se basan en protocolos internacionales, pero en la realización diaria de su tarea tienden a una valoración muy poco flexible en relación con las necesidades que el paciente manifiesta. El protocolo parece ser incuestionable, aunque en algunos casos excepcionales, como el de personas con una edad más avanzada, esa figura de autoridad del médico se suaviza, al percibir la autoridad de determinados usuarios, como es el caso de la entrevistada MT1 que comenzó su tránsito con cincuenta y cuatro años. Ella no ve necesario, en su caso, someterse a intervenciones quirúrgicas y se siente feliz habiendo hecho el tránsito social. Pone énfasis en que se trata de una cuestión de identidad, en recuperar una identidad que le ha sido negada. Esta persona manifiesta que:

*[...] “el médico tiene el poder porque la persona no tiene el poder, si no yo no estaría aquí...a mí quien firmó el certificado que me permitió cambiar en el registro civil fue probablemente el endocrino más duro de este país,..[...] y a mí me duró cinco minutos en la consulta para que me firmase un certificado conforme a que no tenía porqué hormonarme...” [...]*

*[...] “solo hable tres veces con el...cuatro veces, pero la cuestión es que fui con un certificado de psicóloga que yo miré como un mero trámite...y le dije: tú te tomarías estas pastillas? Y me dijo: no, no, porque no son buenas para la salud...y entonces, porque me dices que me las tome yo? Yo aquí he venido porque necesito un certificado en el que me digas que aplique la parte de la ley que dice que por razones médicas no te puedes hormonar y a mí me duele mucho la cabeza, sabes? O sea, que ya estas firmando el certificado...” “eso fue un jueves y el domingo ya tenía el certificado en mi casa” [...]* (MT1)

*[...] se enfrento con una persona que tenía una autoridad, y cuando tienes autoridad la cuestión es que esta es percibida por el interlocutor como de superior rango que la suya y evidentemente no va a hacer un médico algo en contra de su paciente...lo primero que me dijo es estoy aquí para ayudarte,...pues si estás aquí para ayudarme, la ayuda que yo necesito es esa, y efectivamente lo hizo” [...]* (MT1)

Continúa para expresar su opinión acerca de las unidades de referencia de la siguiente manera:

*[...] “Es que es una verdadera locura, mi conclusión fue que si tu guetificas a un grupo de personas esa guetificación, las metes en un gueto y les dices...al final está afectando a las mismas personas, incluso a los mismos profesionales que están tratando a esas personas...están exactamente igual de discriminados, exactamente igual de baja autoridad que las personas que iban a la unidad, esa es mi conclusión. Porque a mí, yo no entiendo absolutamente nada como un endocrino como Antonio Becerra sea capaz fuera de esa Unidad de Gueto, en cinco minutos solucionar mi problema y allí mantener a un montón de gente incrementándole el problema durante años, no lo entiendo, salvo que allí haya algo...que es la misma persona, no son personas distintas, Antonio Becerra, el mismo, el que estaba fuera, al que fui yo a una clínica privada, pero con una mutua...”[...]* (MT1)

No ocurrió lo mismo con el resto de entrevistados/as que han tenido que pasar por prolongados tiempos de espera, primero para acceder a la Unidad y conseguir una primera visita, y segundo, por un largo proceso de evaluación psicológica.

De los/as demás entrevistados/as mayores de edad, la única que accedió a los servicios médicos siendo menor, (la mujer transexual MT2) describe una falta de atención que no entiende. Cuenta que su percepción era que no la atenderían hasta que no cumpliera la mayoría de edad. Accedió a los servicios médicos a la edad de trece años, junto con su hermana mayor, también transexual, pero mayor de edad. Achaca la diferencia de trato entre ella y su hermana a su minoría de edad.

*“a mí en la primera cita no me dejaron ni entrar...entró mi hermana...yo entré unos minutitos, luego tuve que salir...entonces pues le comunicaron que para las personas menores no había caso hasta que se cumpliera la mayoría de edad...en ese caso dijeron la verdad, no? Eso desgraciadamente fue así... [...]* (MT2)

A partir de los dieciocho años, y después de aproximadamente ocho años acudiendo a citas anuales, es decir con veinte o veintiún años, aún no había conseguido acceder a un tratamiento hormonal en la entonces Unidad de referencia, por lo que decidió emprender el camino de la automedicación, con los riesgos para la salud que ello conlleva.

*[...] “es que a mí nunca me han mandado un tratamiento, tesoro, el tratamiento me lo busqué yo solita...con lo cual en el momento de que ellas se enteraron de que yo me estaba auto-hormonando, me dijeron que iban otra vez a empezar el tratamiento y las pruebas psicológicas...imagínate! Que ya serían de 6 años, vale? Cuando los años iban pasando y yo no veía el cambio, yo veía que no evolucionaba nada, [...] yo ya estaba desesperada, yo ya no sabía qué hacer, porque me daba problemas también con el nombre, tenía problemas para prácticamente todo, y me estaban arruinando la vida” [...]*(MT2)

*[...] pues yo empecé a hormonarme por mi cuenta porque mi hermana me vio tan mal tan mal que me dio una pastilla, me parece que era de Androcur o de Meriestra, pero ella creía que me iba*

*a calmar temporalmente, ella no quería darme más pastillas, quería un poco que yo me calmara [...] (MT2)*

*[...] es que medidas drásticas, yo no podía vivir sin al menos una esperanza, ...yo creía que iba a ser todo diferente, que iba a cambiar todo, no me daba cuenta de que mi cuerpo ya estaba cambiado y de que obviamente las hormonas no iban a hacerme mucho, pero bueno había que agarrarse a un puntito de fe, no? Y ese era mi puntito de fe, entonces no podía yo dejar mi etapa de felicidad, la poquita que tenía...lo que podía en ese momento...y gracias a dios funcionó [...] (MT2)*

Todos los usuarios de las Unidades tienen un recuerdo negativo o indiferente sobre su paso por las mismas, a excepción del HT2, que manifiesta que el trato ha sido correcto, que se ha sentido ayudado y comprendido en su etapa de tránsito.

*[...] “la primera vez que fui sí que fue todo como un poco policía, un poco como que me están aquí juzgando...también yo iba más nervioso, no sabía muy bien,...sabes? Me hicieron los análisis, me dieron la siguiente cita y luego ya sí, hablando con los dos médicos que hay en la unidad de Sevilla si me he dado cuenta de que ellos no se quieren pillar los dedos tampoco, hay gente que tiene que aprender también, igual que tenemos que aprender nosotros y en realidad yo hasta ahora he tenido mucha suerte, o por lo menos a mí me han tratado muy bien...incluso cuando di el consentimiento para empezar el tratamiento, que tienes que firmar el consentimiento y tal, y el médico se levanta, estaban los dos sentados en frente de mí, y él se levantó, se sentó a mi lado y firmó conmigo el consentimiento...o sea, súper cercano el tío...y luego la verdad es que no tengo ningún problema” [...] (HT2)*

Otros de los entrevistados, el HT3, comentan que el trato ha sido bueno, cercano y valoran la experiencia como muy positiva.

*[...] con el de cabecera ha sido fabulosa y la unidad de Málaga también, ha sido buenísima, me han ayudado muchísimo, me han acogido muchísimo, y parece muy buena la relación con los médicos. No he tenido pega de ningún médico, por suerte no he tenido médicos que hayan creado conflictos con este tema, he tenido no sé si suerte o es que el personal actúa como tiene que actuar. Personas que este tema lo ven como algo normal. Pero no solamente esa unidad, en mi ambulatorio hay enfermeras, hay médicos, y todos ellos, he ido a pincharme las hormonas y me han tratado muy bien y han sido muy natural y eran muy buena gente. [...] (HT3)*

Sin embargo, algunos ejemplos del trato percibido por el resto de entrevistados queda plasmado en las siguientes líneas. Describen una experiencia negativa, parecida a una pesadilla.

*[...] “Nunca jamás me han ayudado, realmente ha sido una pesadilla, yo considero que por culpa de ellos he perdido mi adolescencia, mi juventud, por culpa de ellos, porque si la cosa hubiera ido un poquito mejor, si hubieran sido un poquito más condescendientes yo ya estaría operada, la pesadilla ya hubiera acabado, y por culpa de ellos todavía sigue...ha sido terrible, ha sido larguísimo, sigue siendo amargo” [...] (MT2)*

*[...] “No se puede entender porque ellos siguen un protocolo médico y el protocolo es de hacer esperar a todas las personas transexuales, todas! Y de que obviamente ellos saben que hay*

*suicidios porque lo saben, porque ha habido millones de suicidios de personas trans que no han podido lograr su adecuación en Carlos Haya" [...]. (MT2)*

*[...] La experiencia ha sido una pesadilla, larga, duradera, es como cuando te hacen...es que incluso es peor que el bullying!, es peor...porque te dan ilusiones de poder tener tu sueño y nunca nunca nunca llega! Es como si hubiera una cuesta y nunca poder llegar a pesar de lo cansada que una persona pueda llegar a estar...es terrorífico! Por lo menos mi experiencia...tú me dirás...algo bueno tendrá, pues yo te digo que no tiene nada nada bueno, cero.... Todo por mi cuenta [...] me han hecho perder mis años porque yo tengo 26 años y yo ya podría estar viviendo mi adolescencia, y lo que tengo de juventud yo la podía haber vivido maravillosamente bien y no he podido [...] (MT2)*

El HT1, de 24 años de edad, me cuenta como su espera le sirvió para obtener los documentos del diagnóstico necesarios para poder regular su situación legal, y para poder intervenir en el ámbito privado. Sin el diagnóstico de Disforia de género es muy complicado continuar con el proceso.

*[...] "Yo creo que una mayoría ha tenido una mala experiencia allí, o por lo menos muchas de las personas que yo conozco, por el simple hecho del cuestionamiento y la evaluación, de tener que demostrar ante un desconocido quien eres y sentirte siempre mirado con lupa...tienes que adaptar el rol de hombre macho alfa para que queden completamente convencidos, pero claro, ese truco ya nos lo sabemos...si les hiciéramos sus test a ellos mismos ninguno lo pasaría... Te preguntan cosas muy raras, yo flipaba, cosas sexistas....que nada tienen que ver con ser hombre o con ser mujer [...] (HT1)*

*[...] "muchos amigos y amigas mías temblaban cuando tenían que ir a la consulta con la psicóloga, porque había una en particular que hacía que la gente pasara un mal rato y muchos salían casi siempre llorando de la consulta... no sé qué tipo de prueba es ésta, pero creo que la psicóloga tiene que estar para apoyarte en el tránsito, con todo lo que eso supone en la vida de una persona [...] y si una persona tiene una duda, que es normal porque su vida va a cambiar completamente, está en su derecho y no hay que tomarlo como que se arrepiente y poderlo hablar con naturalidad y sin miedo a ser rechazado. Al final su protocolo es mentira, porque todos nos sabemos qué tenemos que decir...las cosas típicas que se entienden por qué es ser hombre o qué es ser mujer [...] (HT1)*

*[...] Lo único que veo que han hecho ellos por mi es darme tratamiento, hay burocracia que no deberían hacerlas. Después de que ellos decidan si soy o no transexual. [...] (HT4)*

El HT 5 acude a la sanidad privada para realizar su tránsito y no tiene problemas significativos con respecto al proceso. Tuvo una corta experiencia en la Unidad Pública de Transexualidad.

*[...] "la verdad es que yo el endocrino que tuve, es un hombre que...me tocó uno simpático, no fue desagradable, me habló muy bien, me dijo tú cómo quieres llamarte? Pues yo te voy a llamar así la próxima vez que vengas...el doctor que me operó de la mastectomía, pues fue un hombre súper amable, que me hablaba con tranquilidad, yo si lo tuviera que recomendar lo recomendaba...estuve muy bien, la verdad, estuve súper agusto con él [...] (HT5)*

[...] *“los médicos de la UTIG...la gente conoce a la famosa psicóloga aquella, que es una puñetera hija de puta, porque yo cuando conozco a una persona y me transmite nerviosismo y desconfianza, me pongo nervioso, y esa muchacha la primera vez que la vi, yo fui a verla hará cosa de dos años antes de operarme”* [...] *“mi madre entró conmigo pero me dijo, vas a hablar tú...me siento y me dice la mujer: a ver cuéntame, así con cara de mala hostia, y me puso nervioso, así como muy seria y un poco rancia...entonces mi madre empezó a contarle que me sentía hombre de toda la vida y todo un poco”* [...] *“es una tía que a mí no me transmitía confianza, solo nerviosismo, me ponía que pfffffff ...”* [...] *“si tu vas a un psicólogo o vas a la UTIG es porque es una cosa que tienes de mucho tiempo, porque realmente lo necesitas”* [...] (HT5)

En cuanto a las experiencias con los facultativos, es de interés aportar los testimonios de las entrevistas a las madres de las menores transexuales que han acompañado a sus hijas de la mano en el tránsito social y médico. La cuestión del tránsito en menores es una cuestión compleja en España. Los menores no tienen acceso a los bloqueadores hormonales hasta bien entrada la pubertad, lo que es representado como un problema para niñas y niños, que con el apoyo de sus padres y el entorno más cercano, han comenzado y superado la etapa del tránsito social. Estos niños/as viven en muchos casos en el género con el que se identifican durante años y el desarrollo puberal diferente al deseado es una experiencia traumatizante. Todas las madres me informan que en edades muy tempranas (a los tres años de edad aproximadamente) ya manifestaban de forma constante y clara la pertenencia a un género diferente al asignado al nacer.

[...] *“Empezó diciéndome mamá yo quiero ser una niña, yo cuando sea mayor voy a ser una niña?”, no cariño, tú vas a ser un niño porque tienes colita...al día siguiente ya me dijo directamente: mamá, tú sabes que yo soy una niña, verdad? Yo por qué tengo nombre de niño?... esa fue mi entrada en el mundo transexual”* [...] (MM1)

[...] *“Mi hija también lo sabía por supuesto porque me decía: mamá ahora que no hay nadie, yo me llamo tal...un día me decía Sara, otro día me decía Lily, sabes? [...] Pero tssss no se lo digas ni a papá ni a mi hermana [...] y luego ya al poco tiempo con su hermana y con su padre aquí se vestía y decía...es que me llamo Sara, o me llamo Lily...y la dejábamos jugar, era como jugar...y luego ya veíamos que se sentía divinamente pero ya éramos cómplices de que fuese sólo aquí, en la casa...muy triste porque es verdad que hay mucha gente que dice....a ti como te gustaría llamarte...y tiran para adelante y van a su ritmo, pero no a contracorriente sabes? Que va la criatura para un lado y tu le estás diciendo que no, que tú eres gay y punto, mira a Jesús Vázquez mira a fulanito! Y mientras pues se ponen malos, con dolores de cabeza, y de todo [...] (MM3)*

En lo referente a la experiencia con los profesionales médicos, las vivencias generales de las madres con sus menores, han sido la de percibir un gran desconocimiento por parte de los mismos hacia el tema. Algunas veces los médicos, como personas que son, también manifiestan sus prejuicios. Los casos de menores transexuales son casos delicados, y los padres, con la esperanza de poder ayudar a sus hijos/as y contribuir para que tengan una vida más digna y feliz, acuden a los servicios médicos como primer paso para la búsqueda de respuestas que expliquen este

comportamiento. Es entonces cuando se encuentran con que hay un gran desconocimiento en España acerca del fenómeno transexual, pues no existe en la mayoría de profesionales formación sobre este asunto, y si han recibido, en la mayoría de los casos es en base a los criterios patologizantes de los manuales de enfermedades mentales.

MM1, mamá de una niña transexual que con cuatro años ya manifestaba clara y persistentemente su identidad, me relata su paso por los estamentos médicos, los lugares donde acude en busca de ayuda y las respuestas obtenidas en este trayecto:

*[...] “me fui a la seguridad social, y ahí me tocó una doctora que estaba sustituyendo al médico de mi hija, y me dijo, sí eso es el típico caso de niño gay...y le dije, perdona?...tú, con cuatro años, me estás diciendo que mi hija...bueno, en este caso hablaba de ella en masculino, tiene síntomas claros de niño gay? Vamos a ver, la orientación sexual es a partir de los 8 o 9 años, depende del caso, pero con 4 años, que me estas contando?” [...]* (MM1)

*[...] El pediatra me dijo que sabía el caso y que el había consultado al Equipo de orientación educativa, que está formado por orientadores, y que le había dicho el director de San Roque que lo que teníamos que hacer era cortarle más el pelo a mi hija y que se pusiera a jugar al fútbol....el pediatra de la seguridad social... [...]*Y le dije pues mire usted, usted ya va tarde,...” *me dijo que masculinizara a nuestra hija, y yo le dije que no, porque nuestra hija llevaba ya un tiempo desde que me dijo que era una niña, que yo le pregunté, bueno, entonces tú cómo te llamas? Y ella me dijo su nombre, y le dije, bueno cariño, ahora vamos a hacer una cosa, yo voy a ir a hablar con un médico para que nos diga qué ha pasado” [...]* (MM1)

*[...] “nos mandan a salud mental y allí nos atiende un psicólogo que era un encanto pero me decía no tengo ni idea del tema transexual, tú cuéntame a mi...yo por aquella época ya era madre pedante empoderada...porque yo me había puesto a estudiar y yo decía, mira yo soy psicóloga y yo te voy a hablar de colega a colega, la paciente que tenemos en común, la he parido yo y es tu paciente...y me dijo,...tienes que traer a la niña un par de días para que yo la observe y descartar que esto sea un posible caso de maltrato infantil y que tú y tu marido no le estéis inculcando que es una niña...tú sabrás que hay muchas madres que intentan provocarle enfermedades a sus hijos, dentro del protocolo nuestro,( que nunca me lo enseñó) tenemos que descartar que sea algún tipo de maltrato hacia tu bebé. [...]* Dos días que la niña estuvo unas horas en salud mental sin yo poder tener contacto con la niña [...]

A lo largo del proceso, la familia es investigada por un posible caso de maltrato infantil y tienen que demostrar ante los trabajadores sociales que son padres aptos. Tienen que dejar claro que ellos no han inducido a su hija a esta situación, si no que ha sido su hija la que les ha manifestado desde hacía tiempo su identidad. La única intención de estos padres era la de ayudar a su hija, la aceptación de su realidad y que tenga una vida digna y feliz.

*[...] “el psicólogo me lo maquillaba como protocolo y nos mando a mi marido y a mí a una trabajadora social, mi marido es maestro, yo soy orientadora, los dos trabajamos para la Junta de Andalucía, y nos manda a la trabajadora social para que valore si somos padres aptos para nuestra hija.” [...]* (MM1)

[...] “ se nos criminaliza tanto a los padres, nosotros ya partimos de la base que a nivel médico lo primero que hay que descartar es que los padres seamos los culpables, cuando precisamente el sentimiento de culpa que tenemos los padres es que cuando estamos sin saber qué ocurre, los padres, los hombres suelen decir será que yo no le he inculcado bien los roles masculinos?, ¿Será que mi varón no me ha visto a mí como un hombre? Y se rayan mucho, pero no por el caso de mi marido, si no porque he estado en contacto con muchísimos padres de niñas transexuales [...] (MM1)

[...] “que no solamente nos criminalizamos nosotros y nos culpabilizamos de ver que está pasando, que en el primer profesional con el que tu topas, el médico te dice y te hace pasar por una serie de trámites.... A mí siempre me argumento con muy buenas palabras que esto era por protocolo sanitario.” [...] (MM1)

[...] “nos manda a una trabajadora social, mi marido y yo bastante preocupados porque el horror que tiene un padre es que te cuestionen como eres, y pensamos, bueno, ahora como argumentamos nosotros que no estamos maltratando a nuestra hija? Porque tiene cuatro años, y nosotros estamos dejando que sea quien es...como esta mujer nos haga un informe desfavorable, no sólo nos quitan la custodia de nuestra hija, si no que es que nos quitan nuestras profesiones... es que nos estamos jugando nuestra hija que es lo que más nos importa pero también nuestro futuro profesional, imagínate la sensación de criminalización que tuvimos que pasar por un juicio.” [...] (MM1)

[...] todo el mundo, todas las madres lo que queremos son hijos normales, dentro de la norma, dentro de la media, que ni despunten por arriba ni despunten por abajo...yo no quería tener ni una hija trans, ni un hijo superdotado, ni una niña autista, yo quería una persona que fuera normal, que no fuera señalada [...] (MM1)

[...] “que los profesionales de la salud te traten criminalizándote es lo más duro y es lo que más te desconcierta...[...] pero imaginad a un padre o una madre que no tengan ni idea de esto y que un médico que es una figura de autoridad les mande el mensaje como nos mandó el primer médico “córtele usted el pelo más corto a su hijo y póngalo a jugar al fútbol” a ver si ese niño se masculiniza mas...pues te acabas de cargar a una persona...[...] (MM1)

En su relación con los servicios médicos, la madre de una menor transexual que comienza su tránsito social con seis años de edad (MM2), cuenta lo siguiente:

[...] “para descartar posibles intersexualidades me dijeron que le hiciera el cariotipo, pues yo sin tener ni idea de cariotipo me fui al médico a que le hiciera una analítica de cariotipo, me mandaron al endocrino al hospital materno infantil, la endocrina era una señora mayor que no tenía ni idea, que decía que sólo se había encontrado un caso en su vida profesional...mi hija fue lo peor que hice: llevarla allí. La desnudaron, la toquetearon, ella estaba todavía incipiente, no estaba...”y tú por qué eres así? Y tú por qué te sientes así? A una niña de 6 años....yo se lo dije: sáquela fuera por favor, y ahí se puso a llorar, ella lloró y le dije “ya no vas a pasar tu más mal rato” [...] MM2

Más tarde, esta madre acude a la Unidad especializada de Málaga, para obtener una cita para su hija, con la esperanza de conseguir ayuda profesional que le facilite el tránsito a su hija, y esta es la experiencia que describe de un encuentro con una de las psicólogas de la Unidad:



[...] *“me dieron una cita, pero antes de darme la cita, me la encuentro (refiriéndose a una psicóloga de la unidad) en el pasillo y mi jefa le habla: “mira que es una compañera, que mira lo que le pasa con su hija, que tal y que cual, y no se me olvidará la “hija de puta”...dilo con todas las letras! hija de puta!, lo puedes poner entrecomillado...y me dice: mira, mira...yo te voy a hablar de un tema que tú desconoces, primero, las madres queréis proyectar...cuántos hijos tienes tú?, y yo: tres. Todos varones? Y yo: si. Menos mi hija...no no no! son varones! Y me dijo: no quieras proyectar la niña que nunca has tenido...y digo: cómo? Yo me quede...y yo llorando...los lagrimones por aquí...claro [...]* (MM2)

[...] *“Pero claro, si a mí me dice eso, una que se supone que es experta en esto: ...vamos que va! Un niño? Qué va! Usted si su hijo se pusiera una capa de superman le dejaría que se tirase por la ventana? Y le digo, pero es que eso no es lo mismo...o como voy a dejar a mi hijo que se tire por una ventana! Pero si mi hijo se ha hecho daño en el glande y su comportamiento no es el esperado de un niño y reincide y reincide, desde los dos o tres años está escondiéndose, disfrazándose, reafirmando, me quito el collar este y el anillo cuando estaba con los artículos me decía: que yo no soy el niño, que yo soy la niña! Mamá!....entonces claro tú dices aquí algo pasa...yo pensé en principio que era gay porque no tenía ni idea del tema de la transexualidad...y entonces me dijo: mire, aquí el 70% de los casos revierte”[...]¿el 70%? ¡Si yo no conozco a nadie! El 70% revierte...lo que no sabía ella es que se iban a la privada...claro, no van a revertir!! Lo que se van es de la UTIG!!! Se van a la privada!! [...] Y dice...cuantas y cuantos chavales vienen por aquí y los acompañamos psicológicamente y a los padres y tal...y después me llaman por teléfono y me dicen...nada, era una tontería de la adolescencia [...] eso es mentira! Primero que eso es mentira! Eso no me lo creo yo ni jarta de vino! Conociendo tantos transexuales como yo conozco, ni uno he visto que se haya echado para atrás, ni uno! Pero es que no se echan para atrás porque es que la identidad es invariable e inmutable...es que...yo como me voy a volver a ser hombre ahora ?* (MM2)

[...] *la doctora le dijo a la madre de esta niña: tu nunca vas a ser una mujer de verdad, tu nunca vas a tener la regla y tu nunca vas a tener hijos” y su madre le dijo...porque eso me lo se de memoria....le dijo: “hay mujeres de verdad que no pueden tener hijos, hay mujeres de verdad que no tienen la regla y no porque no tenga la regla no va a poder ser madre, mi hija es una niña de verdad” y ya ella se fue de la UTIG porque le puso yo que sé de denuncias,...total[...]* (MM2)

[...] *En mi experiencia en Málaga (UTIG) no me han aportado nada, al revés, a mí lo que me han dado han sido problemas, problemas, explicaciones, sin sentidos, y discriminación...es lo que he sentido...no me he visto amparada por la sanidad pública andaluza, en Granada sí, pero hasta que yo llegué nada! Nefasto! Vamos pero que yo creo que es el sentir de todos. [...]* (MM2)

La tercera entrevistada, la MM3, madre de otra niña transexual menor de edad, me cuenta como tras algunas visitas con médicos de la sanidad pública, en las que los facultativos no sabían cómo afrontar el tema ni donde enviar a su hija, decide iniciar la búsqueda de ayuda por internet y encuentra apoyo en asociaciones, para posteriormente acudir a un profesional del ámbito privado que le ayuda y que cuenta con una larga experiencia con personas transexuales en el acompañamiento en el tránsito. Refiriéndose a los primeros profesionales de la sanidad pública dice:

[...] *“tenía mucha disposición, buena voluntad pero ninguna información, menos todavía que el otro médico...pues nada, me vine descontenta, desmoralizada, llegue a la casa y me metí en el*

*Google, que tampoco sabía cómo poner de niño a mujer...pasar...no sabía la palabra, me entiendes...entonces, pues nada me salió una asociación que se llama Arcoiris y había un teléfono, y ese hombre del teléfono, le mandé un Whatsapp y en seguida me contestó y me dice...ponte en contacto con esta madre, esta misma que te he comentado antes, y si no con este asistente social y con esta asociación. [...] (MM3)*

*[...] "Me puse, me metí otra vez en el Google, puse endocrinos y por aquí cerquita encontré una endocrina, una endocrina que bueno, que hace esto y...porque yo decía a ver si voy a ir yo a esta mujer le voy a pagar ciento y pico de euros y no me va a entender bien el tema de mi hija...estas cosas hay muchos que no quieren tratarlas, no saben, no tienen ni idea o no quieren saber...entonces pues nada, pues fui a ella, una mujer muy...me dijo...yo llevo 30 años, casi 30 años"[...] (MM3)*

De lo que podemos extraer de los discursos de las personas que han acudido a las instituciones médicas, debo resaltar la percepción de un gran desconocimiento acerca de la realidad de las personas transexuales en el colectivo médico en general. En las Unidades especializadas parece ser que si existen profesionales con cierta formación, que aparte del tratamiento y seguimiento de las personas usuarias han publicado diversidad de artículos y libros. La cuestión no es dudar de la profesionalidad de los denominados expertos en cuanto a su conocimiento acerca del fenómeno. Lo que se percibe y rescata de los testimonios es la manera de actuar, que a veces parece ser la causa de una falta de empatía hacia el colectivo o hacia determinadas personas. A la hora de llevar a cabo sus tareas, únicamente se basan en criterios rígidos, dejando de lado las necesidades particulares de las personas a las que atienden. Los entrevistados manifiestan que la información que solicitan sobre su estado en la unidad brilla por su ausencia. Existe la demanda general de un trato basado en el diálogo junto con una intervención más cercana y real. Las personas transexuales y las madres entrevistadas acuden a los servicios médicos buscando respuesta y ayuda ante sus inquietudes, encontrar una solución a su incongruencia, y sienten la necesidad de hacerlo lo antes posible, teniendo la sensación de estar perdiendo el tiempo en determinadas fases del proceso, como en la de evaluación psicológica. La mayoría de las personas entrevistadas manifiestan que no han encontrado una respuesta satisfactoria de los servicios médicos. En el ámbito privado la situación mejora en algunos casos, pero siempre depende del azar o del conocimiento de un médico sin prejuicios.

#### b. Tratamiento Psicológico.

Las personas entrevistadas definen el tratamiento psicológico como largo, desesperante y han sentido cuestionada su identidad. Ninguno de los entrevistados entiende la utilidad del proceso psicológico, con una excepción, la del entrevistado HT3 (que piensa que una evaluación psicológica es necesaria para afirmar que la persona es realmente quien dice que es y descartar posibles patologías).

La MT2, que en aquel entonces era menor de edad, acudía sin medios y sin falta a las citas previstas por el equipo. Manifiesta su descontento con la atención, la falta de información como respuesta a sus demandas y denuncia el tipo de preguntas a las que era sometida.

La MT2 narra lo siguiente sobre la necesidad de una evaluación psicológica:

*[...] “El segundo problema es de 2 años o más que antes había de tratamiento psicológico, eso es una barbaridad, eso no debe de existir, por ejemplo, yo pienso, yo soy de las personas que piensa, mira soy una mujer transexual y yo quiero ir hacia adelante porque es mi sueño...vas! y lo haces, es así [...] obviamente los médicos no quieren, pero es tu consecuencia, es tu decisión, que ya después cambias de opinión, querida o querido, que tu lo has decidido así! Hasta el final..luego no te puedes echar atrás....luego otra cosa es... que yo lo veo ya bien: ay mira, endocrino que yo no me encuentro muy segura de lo que yo siento, si quiero evolucionar o no, me haría usted el favor de acceder a una psicóloga o psicólogo que me pueda ayudar a orientarme mejor, vale? Eso es otra cosa...una cosa y muy diferente que tú hagas eso a que te lo pongan por obligación como pérdida de tiempo [...] (MT2)*

*[...] “fatal, fatal cariño, las citas eran de media hora, yo tenía que venir desde Sevilla a Carlos Haya no sé ni de qué manera porque había citas que yo no podía asistir porque yo era pequeña, yo no trabajaba, yo no tenía dinero, tenía que depender de mis padres, que imagínate mi padre! [...] (MM2)*

*[...] “no ha sido fácil, pero bueno...la citas eran de media hora y cada vez que yo entraba allí, las preguntas eran horribles, sinceramente, porque no tenían nada que ver conmigo ni con mi psicología, tenían que ver con enfermedades psicológicas que yo no tenía ni padecía, eso era evidente...me estaba probando para ver si yo estaba loca o no...me trataban como a una enferma, eso está claro...me hacían preguntas como por ejemplo si yo había visto a mis padres hacer el amor, y si a mí me gustaba, si yo me tocaba pensando en ellos,...esa clase de barbaridades tan enormes, pues....era como las que me preguntaban, había peores todavía inclusive [...] (MT2)*

El HT1 coincide con la mayoría, el objetivo del HT1 con la Unidad era la consecución del Informe que le diagnosticara con Disforia de Género para poder acceder a las intervenciones quirúrgicas fuera del hospital y de sus largas listas de espera. Manifiesta que tardó dos años en conseguirlo, y que cuando tuvo en su poder el informe, continuó su camino. A partir de ese momento tuvo acceso a un tratamiento hormonal, a las cirugías y al cambio de identidad en el DNI. Describe su experiencia de la siguiente manera:

*[...] “Fue regular porque a mí me tuvieron como 2 años de tratamiento psicológico y eso, muy desesperante, siempre esperando el traspaso al endocrino y nunca llega ese día, siempre más preguntas y mas test, y al final pues me lo dieron pero una vez que tuve el informe yo me fui de allí....yo las operaciones me las he hecho por privado porque no estaba dispuesto a esperar tanto tiempo y he usado a la unidad como medio para poder conseguir el papel que me abriría las demás puertas, al cambio de nombre y a las cirugías...desgraciadamente no se tiene en cuenta la autonomía y la determinación de la persona si no que nos tienen que evaluar y tenemos que pasar esa prueba[...] (HT1)*

[...] *“cualquier persona en su sano juicio, después de hablar cinco minutos conmigo sabe que soy una persona normal, que estoy integrado, tengo mis estudios y mi trabajo, no entiendo como esto no lo puede percibir una psicóloga, y necesita que yo vaya a hacer unos test que nada tienen que ver conmigo. Si nos pretenden evaluar bajo esos criterios y esas preguntas es que no tienen ni idea de lo que es la transexualidad. [...] (HT1)*

[...] *“en aquel entonces me sentía muy vulnerable, tenía que convencerles de que lo que yo sentía era verdad, y yo también tenía mis inseguridades...pero no porque no supiera quién soy yo, porque entiendo que suena a ciencia ficción para algunas personas. En el momento en el que acudí allí, yo ya había hecho mi propio proceso de entenderme a mí mismo y de asimilación, y no fue fácil...cuando alguien acude allí, ya sabe qué es lo que necesita, sólo espera encontrar esa puerta que nunca se abre [...] (HT1)*

[...] *“Si te falta un test te amenazan y coaccionan con que no tendrás acceso al tratamiento, los test estaban obsoletos, evalúan estereotipos de género que ya han quedado atrás, que son de otra época, pero ellos tienen que cumplir con su protocolo y hacer pasar a muchas personas por un largo e interminable proceso para garantizar que son aptos y dignos de ser quienes son, de conseguir su objetivo...lo encuentro muy injusto y una pérdida de tiempo para la vida de la persona, que bastante ha sufrido ya para llegar allí esperando ser ayudada...como médicos quieren controlar todo, y no pueden controlar mi vida. Yo decido quien soy y que quiero hacer con mi cuerpo. Si me equivoco es mi problema, no el suyo...(HT1)*

El HT2 manifiesta una opinión similar a los anteriores y continúa en la línea de no comprender por qué ha de existir una evaluación psicológica que determine la identidad de la persona.

[...] *“ me parece muy fuerte que alguien te tenga que decir quién eres, vale? Porque no creo que haya nadie para decirte quien eres y quien no eres...a mi me parece que la evaluación psicológica no” [...] (HT2)*

[...] *“ ahora sí me parece bueno que exista un psicólogo no clínico que esté formado en todo esto y que pueda atender a gente que tenga problemas, porque puedes tener problemas con todo...como personas trans por la inserción social, por el entorno, te puedes enfrentar a un montón de cosas...igual que hay asistencia psicológica con personas formadas para víctimas de violencia de género, por ejemplo, una persona que sufre un delito de odio, por ejemplo, necesita una persona que esté formada en esto...y yo creo que sería bueno, la verdad....porque todos nos tenemos que enfrentar a mucho y estaría bien....lo que pasa es que claro...si solicitas eso mucha gente te va a asociar con el psicólogo policía, con el psicólogo clínico, el test, y no es eso...la parte de apoyo está bien pero donde nadie te obliga a nada, tu eres quien eres y punto. (HT2)*

La opinión del HT3 es la única que discrepa ligeramente de los demás. Éste se muestra a favor de que un profesional en psicología evalúe a la persona para descartar posibles patologías, como trastornos de la personalidad o esquizofrenia. En su relato, manifiesta su conformidad con la evaluación psicológica, y sobre todo con el acompañamiento del profesional para afrontar los posibles problemas y situaciones cotidianas desfavorables a las que algunas personas tienen que encararse día a día. Lo hace de la siguiente forma:

[...] *“Ten en cuenta que hay personas que pueden creerse que son superman y se tiran de un balcón. También hay personas que pueden creer que son un hombre en cuerpo de mujer y no lo son... entonces como todo es tan amplio...lo que yo pienso es que tienen que haber personas cualificadas, médicos y psicólogos y gente preparada para poder llevar estos casos porque puede haber alguien que se crea hombre y no lo es [...] (HT3)*

[...] *yo pienso que si tiene que haber una evaluación de un psicólogo, a parte en el caso que la persona tenga disforia de género, como es mi caso, yo creo que el apoyo de un psicólogo tiene que estar presente, porque no todo el mundo vive en chueca, en un barrio con libertades, con gente abierta, hay mucha gente en pueblos pequeños, barrios pequeños y hay que prepararlos para lo que viene después. Hace falta un psicólogo/a que apoye y acompañe esta esto. Porque puede ser complicado estar en un pueblo y salir y decir oye, buenas tardes, mira que ya no me llamo Rocío que me llamo Julio. Ese acompañamiento hace falta. [...] (HT3.)*

El HT4 manifiesta una vivencia neutra con el psicólogo.

[...] *“Con la psicóloga ha había una relación que ni bien ni mal, está haciendo su trabajo, me escuchaba y ya está, no la veía muy implicada” [...] (HT4)*

Mientras que en lo que respecta a su opinión sobre la necesidad de una evaluación, se mantiene en la línea de la mayoría de los entrevistados:

[...] *“No lo deberían de decidir ellos, el psicólogo solo debería de estar ahí para descartar que tengamos algún problema , pero si no es así, ellos no tienen por qué decir nada, deberían ayudarnos si estamos mal, pero no decidir si yo soy o no soy, porque eso solo lo sé yo. Preguntan cosas íntimas que no tienen nada que ver” [...] (HT4)*

El HT5, acude a la Unidad de Andalucía derivado de otra Comunidad Autónoma, pero decide buscar otro sitio porque conoce las largas listas de espera de las Unidades y opta por ir al ámbito privado.

[...] *“los médicos no sé cuál es su función, pero realmente si lo tienes claro desde que eres pequeño no tienes por qué ir al psicólogo ni nada, porque eso se sabe desde que eres pequeño, yo me comportaba como un chico a los cinco o seis años, o menos, a lo mejor hay gente que no sabe si es una cosa u otra y necesitan test psicológicos, en algunos casos yo pienso que sí, pero vamos yo lo tenía claro desde que nací” [...] (HT5)*

### c. Despatologización.

En lo referente al estado patologizante alrededor de la transexualidad, conforme he descrito en epígrafes anteriores, es muy interesante descubrir la opinión de cada una de las personas al respecto. En una primera impresión, las personas entrevistadas no parecen necesitar atención psicológica, ni mucho menos psiquiátrica. Es sorprendente saber que estas personas en concreto están catalogadas en algún tipo de patología mental. Ninguno de los tratados se siente identificado con las descripciones de los manuales de diagnósticos. Sin embargo, es cierto que algunas tienen recuerdos

negativos acerca del malestar que sentían cuando no se reconocían a si mismos y las limitaciones que eso supuso.

Llama la atención el discurso novedoso de MT1 sobre las *ventanas de oportunidad* para referirse a las diferentes etapas de la vida en la que la persona tiene una oportunidad de manifestar como se siente. Ella identifica cuatro periodos de la vida, la infancia, la adolescencia, la juventud y la madurez. Cuanto más tiempo pasa, mayor es el malestar que la persona siente y más enquistado aparece su disfraz.

[...] *“la identidad sexual no es un problema, todos tenemos una. [...] (MT1)*

[...] *“La negación de la identidad es la acción más cruel que se puede ejercer sobre el ser humano. Lo esencial es que no es un problema y no se tiene que tratar como tal. El tránsito lo hace el entorno, no el individuo y hay que aprovechar las primeras ventanas de oportunidad. [...] (MT1).*

[...] *“la realidad es que sí es un problema social, no es un problema médico. Los problemas sociales no se arreglan en los hospitales ni en las unidades de identidad de género, que a mí me parecen una burrada” [...] (MT1)*

La MT1 me habla de problemas sociales, y trata de justificar que no se trata de un problema médico. La disforia de género es entendida como el malestar que sienten las personas ante la sensación de no verse identificadas con partes de su cuerpo o la percepción de sí mismo. Esa disforia aparece en algunas personas y no se descarta la posibilidad de que sea producto del rechazo social manifiesto hacia el colectivo transexual.

La MT1 ha realizado el tránsito social prescindiendo prácticamente del uso de la medicina y expresa su opinión acerca de la siguiente manera.

[...] *“la identidad sexual no es una enfermedad, si no todo el mundo debería estar metida en los hospitales porque todo el mundo tiene una identidad sexual” [...] (MT1)*

[...] *“hay una doble obsesión: ...por una parte el discurso de la despatologización, y después la misma persona, y los mismos grupos que están diciendo eso. En muchos casos lo que dice es que el tránsito es una cosa muy compleja...la identidad no puede transitar de un sitio para otro, se tiene o no se tiene...lo que se puede hacer es ocultar, pero no transitar.” [...] (MT1)*

[...] *“entonces, la cuestión de que es una cosa muy compleja y que necesita unos psicólogos...es una tontería...aquellas personas que no hablan de la existencia de unidades de identidad de género, de lo que si hablan es de la necesidad médica como una obsesión. La medicina es un apoyo, como para cualquier cosa, pero no es lo esencial, porque si eso fuese lo esencial yo hoy no estaría aquí” [...] (MT1)*

La transexualidad, como varios entrevistados expresan, es una cuestión de identidad que es independiente a cuestiones sexuales. La MT1 comenta que todos

tenemos una, que es común en todas las personas. El ocultamiento de esa identidad puede ser dañino para la persona y ese daño se va incrementando con el tiempo.

*[...] “no me gusta hablar de personas trans, de personas Cis, todo eso es un montaje, una forma de explicar algo que es mucho más sencillo: la identidad es algo con la que todos nacemos y en algunos casos, o a algunas personas, no se les permite reflejar o transmitir...es algo común a todas las personas, no es algo que sea de un grupo muy pequeño...el que no se permita expresar la identidad que tienes, que te obligue a estar encerrada u oculta durante mucho tiempo, evidentemente es dañino para la persona, no hay ninguna justificación ni siquiera de por qué eso se hace o por qué eso se ha hecho...por la educación que hemos sufrido algunas personas que se nos imponía una única manera de ver las cosas, pero aparte de eso no existe ninguna justificación.” [...] (MT1)*

*[...] “El test psicológico es consecuencia de la patologización y debería desaparecer, yo soy una persona normal, no me considero un enfermo mental. Lo gracioso es que el que la persona tratada no se considere un enfermo mental, además está considerado síntoma de la enfermedad. [...] Yo entiendo el sentido de la patologización, sobre todo se refiere a la situación de disforia que viven las personas y todo lo relacionado con ese malestar, pero ya es hora de que se evolucione y se tenga en cuenta que no todas las personas transexuales sufren disforia, sin embargo, todas están siendo patologizadas y obligadas a pasar por evaluación. En las consultas, si no presentas síntomas claros de malestar con todo el cuerpo, no avanzas, y no tienes acceso al tratamiento hormonal. De esta forma, las personas que no sienten disforia tienen que demostrar que sí la sufren para poder ser aptos...no es absurdo?. La realidad es que ellos tienen que tener la sartén por el mango, y una persona ajena a ti, pretende conocerte con test sobre si te gusta el fútbol o las muñecas, sobre si te gustan las flores o el color rosa, metiéndose en tu vida sexual e íntima obligatoriamente, porque tienes que consentir si quieres que te den tratamiento hormonal...].y ésta tiene el poder de decidir qué hacer con tu cuerpo y con tu vida...es muy injusto que la felicidad y el futuro de alguien dependa de la visión de un desconocido por muy profesional que se diga que es [...]. (HT1)*

#### d. Tránsito social.

Algunos entrevistados me hablan de Tránsito social para hacer referencia a que el tránsito no solamente lo puede hacer la persona en cuestión, si no que en algunos casos, lo hace la sociedad y el entorno, que es quien tiene que cambiar la visión errónea que tenía sobre esa persona. Vuelve el tema de las ventanas de oportunidad para hacer un paralelismo con las diversas ocasiones que pueden aparecer en la vida de las personas, ocasiones para quitarse el disfraz. Si se tarda demasiado tiempo en quitarse ese disfraz, se corre el riesgo de que se enquisté. Es evidente que no todas las personas transexuales tienen las mismas circunstancias ni cuentan con el mismo apoyo familiar o social. Incluso así, las personas renuncian a todo lo demás para poder realizarse y conseguir una identidad propia, su identidad real.

*[...] “mi sociedad ha transitado en torno a mi” [...] (MT1)*

*[...] “intento desmontar lo que aparece en muchos sitios, que son realidades distintas, las de muchos niños, la de los adultos y las de los adolescentes. Y es la misma realidad fotografiada en*

*varios periodos de tiempo...y esos periodos de tiempos...pues es el primero que es la época de la infancia donde se abre una ventana de oportunidad para que el niño o la niña saque la patita y finalmente se muestre...y después la siguiente ventana de oportunidad es en la adolescencia, la siguiente es en la juventud y ya después es en la edad adulta cuando ya no se puede más...en función de donde saques la patita o si te cierran esa ventana de oportunidad y tienes que volver otra vez hacia adentro, el sufrimiento es mayor y el disfraz que te has construido de pequeña, lo que se hace es imposible de quitar. Ese disfraz imposible de quitar es lo que obliga a obsesionarse en muchos casos a cambiar como persona usando las drogas en este caso y las operaciones. Si la ventana de oportunidad que se usa es al principio, eso no sucede" [...] (MT1)*

*[...] "Lo que yo postulo es intentar que ese disfraz no se enquistase, que dure lo menos posible y que se haga desde el principio, desde la primera infancia, claro...lo antes posible" [...] (MT1)*

*[...] "Lo que yo no llego a entender es como a mí me resultó tan fácil y a todo el mundo le resulta tan difícil...entonces pienso, ahí debe de estar pasando algo, debe de haber algún problema...y efectivamente el problema es la presión social que hace que no sea fácil...entonces el entender el tránsito como algo que tienes que hacer tú y no que finalmente tiene que hacer el entorno, pues lo que hace es que tú intentes cambiar" [...] (MT1)*

*[...] "simplemente lo que hice fue quitarme el disfraz de un día para otro, no fue un proceso ni siquiera meditado. Fue en un momento dado que el disfraz no aguantaba más y se rompió en pedazos." [...] (MT1)*

*[...] "los niños lo viven muy parecido, ellos son como son y no se les ha tenido que obligar a mentir durante mucho tiempo o a esconderse. Pero en los adultos eso finalmente se enquista y es muy muy complejo. A veces yo hablo de muñecas rotas, muchas personas con las que he hablado que llevan muchos años, 50 o 60, incluso todavía no han sido capaces de quitarse el disfraz, y lo que transmiten es amargura, es que nunca han sido felices, que no han podido...lo que podía ser una muñeca rota...mi visión, o mi aproximación a la explicación del problema, y eso es lo que desde mi punto de vista hay que conseguir de cambiar" [...] (MT1)*

*[...] "estos niños de 6 años que cuando les cortaron el pelo les cambio la cara...solo cortarles el pelo y que finalmente se reconociesen como niños, se les cambio la cara, la actitud y absolutamente todo" [...] (MT1)*

*[...] "El tránsito lo hice yo primero, cuando no sabía qué me ocurría, porque no disponía de información, yo mismo pensaba que lo mismo estaba loco. Pero una vez que la tuve, todo fue muy fácil porque podía ponerle un nombre al menos, y sobre todo porque empecé a conocer a gente en mi misma situación, y eso me decía: no estás loco, hay más gente que vive lo mismo. Podía identificar perfectamente en nuestras charlas vivencias y sentimientos que había tenido yo. Luego todo fue fácil, lo conté en mi adolescencia y tuve la suerte de que todo mi entorno lo aceptó y entendió. Desgraciadamente, yo soy un afortunado, porque recuerdo que muchos amigos tenían que abandonar sus hogares a consecuencia de esta situación." [...] (HT1)*

*[...] "al cambiar estás más positivo, más agusto, cuando empiezas con la hormonación." [...] "cada paso que das es un logro, el cambio del DNI, cada cosa era un logro" [...] (HT5)*



e. Identidad legal y tratamiento jurídico.

He querido redactar un apartado relacionado con la identidad legal de las personas transexuales por su estrecha relación con el diagnóstico. Las personas transexuales necesitan de ese diagnóstico para poder adecuar su identidad a su sentir. En el caso de las personas mayores de edad, existe regulación por la ley de 2007 que permite este cambio legal como un proceso administrativo en el Registro Civil.

Los requisitos son médicos. En primer lugar es necesario tener un diagnóstico favorable de Disforia de Género, además de haber estado dos años como mínimo en tratamiento de sustitución hormonal (salvo el caso de que éste segundo requisito no sea posible por contraindicaciones por causas médicas).

Como vemos, todo en la vida de las personas transexuales gira en torno al discurso médico por lo que un informe desfavorable, o la no consecución de uno favorable, tendrá unas consecuencias negativas en las pretensiones de las personas, que tendrán que vivir con una identidad que les acarrea serios problemas diarios y que genera en ellas un malestar constante. La privación de la consecución de una identidad tiene como consecuencia que la sociedad en la que vives no te reconozca como la persona que dices ser. Muchas personas han sido cuestionadas en su rutina cotidiana, acusadas de llevar documentos falsos. Las personas sin identidad<sup>22</sup> tienen que estar dando continuas explicaciones a desconocidos sobre su situación e intimidad. Son muy comunes los momentos de incomodidad, cuestionamiento y miedo que sufren estas personas en el entorno social. Las madres cuentan sus experiencias con la imposibilidad de identificación de sus menores de la siguiente manera:

*[...] "hemos tenido problemas con el médico privado [...] estamos pagando una cuota y estaba inscrita ella con nombre masculino, entonces nos dijeron que sólo podía hacerse el cambio cuando hubiéramos cambiado el D.N.I.,.. que ahora ya si está cambiado [...] pero antes nos pasaba que por megafonía decían el nombre masculino y mi niña no se movía. Y yo tiraba de ella y me decía: no! han llamando a papá! [...]" (MM1)*

*[...] "yo siempre me adelantaba y yo llegaba al hospital y le decía a la chica: mire usted esta es la tarjeta sanitaria, pone este nombre pero es esta niña. Y me decía: no, usted me trae una niña y esta es la tarjeta de un chico; esto es un seguro privado y usted está pagando por un varón, dónde está el varón? Y una vez tuve que decirle: tengo que bajarle la braguita a mi niña? Usted quiere que yo le enseñe lo que esconde debajo de la braga?. Yo lo entiendo, por eso yo decía, pues cambiarme la tarjeta, pero me decían no tenemos el DNI que lo confirme.[...]" (MM1)*

*[...] "se vulnera su intimidad, es que un forense te tiene que ver los genitales todavía para tener un DNI...yo no voy a consentir, con mi hija [...] voy a empezar con el DNI pero a mi hija no...yo no voy a permitir eso [...]" (MM2)*

---

<sup>22</sup> Digo personas sin identidad, pues aunque disponen de un documento de identidad, no les sirve para mucho. Muchas de estas personas no usan su documentación salvo en situaciones en las que es estrictamente necesario.

[...] “tú sabes lo que es que mi hija vaya en el AVE y vaya con una azafata que le tenga que vulnerar su intimidad porque en el carnet de familia numerosa pone Gabriela, que fue el primero en Andalucía que lo consiguió mi hija y que el DNI no le acompaña, y eso tiene que ir siempre con el DNI...en el tren no la dejaban subir y tuve que hacer un escrito defendiendo la intimidad de mi hija! Por qué? Es que todo todo...que entra en un gimnasio a hacer natación y tengo que explicárselo a todo el mundo...y que tengo que decirle, cuídate, no te pongas desnuda, entra en este sitio,...vale tendrá ella sus problemas ya consigo misma en esta sociedad en la que vivimos, bueno pues vamos a facilitar las cosas, si un niño está diciendo que es un niño...tu quien eres, quien va a certificar, que medico va a certificar lo que tú eres? Eso nadie! Nadie te certifica eso! No hay un medico en sus cabaes que te pueda certificar eso! Nadie! Yo no he encontrado ningún certificado! Eso lo puedes poner! Además en negrita, subrayado y con luces”[...] (MM2)

A las personas que son percibidas como transexuales, se les niega el acceso al trabajo, al alquiler de una vivienda, a votar, a utilizar una tarjeta de crédito, a subirse a un avión:

[...] cada vez que iba a comprar y tenía que pasar la tarjeta, pensaba tierra trágame, cada vez que tenía esa situación” [...] (HT5)

[...] “siempre evitaba identificarme, tenía que llevar dinero en efectivo porque no quería usar la tarjeta, pero a veces no tenía más remedio y siempre la cajera me miraba de reojo, a veces me decía que no era yo y tenía que dejar la compra en el supermercado porque no quería montar un espectáculo allí y ponerme a discutir” [...] (HT1)

[...] “Yo cuando tenía que ir a votar en pleno tránsito, pues claro, tenía una apariencia de hombre y un DNI de mujer, y siempre tenía que explicar en la cola lo que me pasaba a la que estaba en la urna, había veces que no me creían, así que decidí dejar de ir a votar por no pasar por esa situación” [...] (HT1)

[...] “Hice una entrevista de trabajo para la que estaba bastante preparado y la chica me estaba explicando incluso el nombre de mis futuros compañeros, todo parecía apuntar a que me elegirían a mí...fue fallo mío el contarles en la misma entrevista mi condición, porque yo no tenía el DNI acorde con mi físico, y se iba a llevar una sorpresa... ya no supe nada más, y lo peor es que no podía demostrar que me habían discriminado...[...] (HT4)

Éstas y muchas otras situaciones son las descritas por los entrevistados en el periodo en el que no han tenido un documento de identidad acorde con su género sentido. Sin embargo, todo esto desaparece cuando a la persona se le garantiza poder identificarse correctamente.

Los menores transexuales no tienen una ley que regule su situación, después de solicitar el cambio de nombre y sexo, tienen que acudir a un proceso judicial similar al que se ha tratado de evitar con la ley de 2007 para las personas adultas. Este proceso era humillante para la persona que tenía obligadamente que bajarse los pantalones ante un médico forense, y la decisión quedaba supeditada a si el médico forense decidía, en base a la genitalidad que se encontraba, si estaba ante de un hombre o una mujer.

Ahora parece que se repite este proceso ante uno de los colectivos más vulnerables de nuestra sociedad, los menores transexuales. Se debe garantizar en todo caso la protección al menor y no someterlo a situaciones humillantes y denigrantes que posiblemente quedarán en su memoria. La obsesión por la determinación del género en base a una genitalidad, lleva a las autoridades judiciales a veces, a ordenar prácticas que vulneran los derechos de los menores. Me gustaría resaltar, aunque el párrafo sea algo extenso, el caso de la MM1, que cuenta cómo fue su experiencia con los médicos forenses a la hora de solicitar el cambio de nombre y sexo de su hija menor transexual.

*[...] "Cuando estuvimos pidiendo el cambio de sexo de nuestra hija y alegando que era transexual,... una jueza que había, antes del juez que nos si nos lo aceptó, nos derivó a un forense" [...] y me dice la forense que quiere ver los genitales de mi hija porque mi hija es un niño porque tienen pene...y le dije: mire usted, es que yo estoy alegando que mi hija es una niña transexual, mi hija claro que tiene pene y tiene testículos. [...] Y me dice: yo por orden de la jueza tengo que verle los genitales a la niña [...] entonces a mi hija le intentamos bajar las bragas, mi hija chillaba, gritaba, lloraba lo más grande, yo... me dio otro ataque, yo me puse a llorar y hubo un momento que le dije a la forense que se acabó, que esto era denigrante para mi hija...que mi hija tenía una tijeras en la mano para cortarse su cola, yo empecé a explicarle a mi hija que los médicos se habían equivocado porque la sexaron en función de cómo lloraba para evitar que con cuatro años se corte el pene, y usted le va a decir a mi niña que es un niño porque tiene pene...usted le va a hacer ese maltrato a mi niña? [...] y me dijo pues bueno...si la niña no se baja las bragas, el cambio de nombre no puede seguir porque la jueza ha dictaminado que se baje las bragas [...] (MM1).*

*[...] y yo le dije a ella: mire, usted me va a hacer caso a mí...yo le digo que mi hija tiene testículos y pene, es una niña testicular perfecta, es transexual y es perfecta...qué gano yo diciéndole eso? Qué gano? Hágame caso! No tiene porqué verle a mi hija el pene y los testículos...yo se lo digo que tiene; Y entonces ella puso que tenía pene y testículos...pero digo: ponga que mi hija se ha negado, que usted da fe de las palabras de su madre, cuente lo que ha ocurrido de verdad, cuente como mi hija ha reaccionado" [...] (MM1).*

*[...] "Es que esto es una aberración! Están violando a mi hija, es que criminalizan a mi hija también. Tanto es así, humillante que en una segunda prueba forense ya fue mi marido y le dijo que no, que a mi hija nadie la iba a violar de esa manera, que a mi hija nadie la va a traumatizar de esa manera [...] estamos hablando de un caso de transexualidad, para qué quieren ver los genitales si te lo estamos diciendo ya, si estamos diciendo que es una niña que no se identifica con el sexo que le asignaron al nacer, qué ganamos nosotros diciendo que tiene pene? [...] (MM1)*

*[...] "A mí me llevaron al Fiscal de menores porque se metió la Fiscal de violencia de género Flor de Torres, como diciendo que esto eran unos malos tratos [...] imagínate hasta que punto estamos hablando, no hablamos de un juez de instrucción [...] (MM2)*

MM3 hace referencia al abandono legal de los menores en este aspecto. La ley de 2007 sólo prevé este cambio de identidad para los mayores de edad. Además, exige una serie de requisitos médicos a los que los menores no tienen acceso. No es recomendable que la transexualidad en la infancia sea tratada con tratamientos hormonales por su irreversibilidad, como es de deducir. Los jueces se basan en la ley

de adultos para resolver las situaciones de los menores, y en consecuencia, sus resoluciones son negativas.

[...] *“La ley... hay un vacío legal, los menores están un poquito como abandonados, porque la ley del 2007 que es por la que se rigen...los tratamientos verás, a las gimnastas les bloquean la pubertad para que no tengan tanto pecho, eso se trata de que te bloquean y simplemente no te desarrollas pero no te pasa nada, cuando te quitan los bloqueadores te desarrollas, es reversible...luego las hormonas no, pero el bloqueador sí [...]* (MM3)

[...] *“El género tendría que desaparecer del DNI, es igual que antes viuda, casada o soltera, a ti que te importa” [...]* (MM2).

En las entrevistas a adultos, aparecen diferentes situaciones.

[...] *“el problema es el reconocimiento social de la identidad, si el estado no te reconoce, ¿quién soy yo para reconocerte?, si no me puedes enseñar un carnet que me diga quién eres tú, ¿por qué tengo que pensar que eres tú? El estado se hace cargo de los derechos, pues eso es lo que mi análisis me llevó a pensar que de ahí surge todo lo demás. Si la identidad de todas las personas está reconocida, en aquellas personas que su identidad no esté reconocida, el propio estado es el que está propiciando el hecho de la segregación o de la diferencia o finalmente está potenciando los prejuicios” [...]* (MT1)

[...] *“Todo esto depende del médico, has de cumplir los requisitos, los dos años de tratamiento y el informe. Por lo tanto la psicóloga decide todo. El nombre debe de darle igual, no debería decidir eso un psicólogo ni nadie. [...]* (HT4)

[...] *“los jueces están cargados de prejuicios pero como cualquier persona, no es que sean peores o mejores como personas...son personas. El discurso muchas veces hay que ver si la identidad es elegible, si yo puedo elegir cuál es mi identidad y además puede cambiar, ...evidentemente, cuando alguien puede elegir determinadas cosas es en la mayoría de edad...y si es una elección, deber de ser no condicionada y lo que se supone es que son las personas adultas, las personas menores están condicionadas por su entorno, entonces...frente a eso dicen, si eso es así, si es algo que se puede elegir, yo tengo derecho a elegir quien soy, por ejemplo...bueno, pues sí, tú tienes derecho pero el estado ha de garantizar que nadie está influyendo en tu decisión y la única manera de garantizarlo a día de hoy es por edad.” [...]* (MT1)

[...] *“los médicos forenses lo que dijeron es que ellos podían decir si la niña estaba sana o no, cuáles eran sus genitales o cual era su cariotipo, pero no podían decir si era niña, o si era niño...que no podían afirmar si era niño, y así lo certificaron...o sea, ningún médico de este país va a poder certificar cual es la identidad que mantiene el cerebro...bueno, pues por eso se metían en una especie de callejón sin salida...no resolvían...resolvieron con el cambio de nombre pero no se atrevió con el cambio de sexo...vio que las pruebas eran suficientemente contundentes pero no se atrevió a rectificar el sexo...dijo claramente que no sería él el primero que hiciese esto es este país [...]* (MT1)

Como podemos observar, la cisnormatividad impregna la mirada de los jueces también. Con la pretensión de proteger los intereses del menor, realizan prácticas que llevan a éstos y a sus familias a situaciones traumatizantes. En muchos casos se puede llegar a vulnerar gravemente la intimidad del menor. Como apunta Muñoz León (2016)

hablando del reconocimiento de la identidad, “*existen cuatro tipo de respuestas a la solicitud de las personas trans de cambiar su nombre y sexo registral:*

- a) *Responder negativamente, argumentando que no existe una ley que permita dicha solicitud.* - Como es el caso que atañe a los menores transexuales en España.-
- b) *“Responder negativamente reafirmando el esencialismo anatómico.* - refiriéndose a tal concepto como la asunción de que a cada individuo le corresponde un verdadero género incardinado con los órganos genitales con los que ha nacido-
- c) *“Condicionar el cambio de sexo registral a la realización de una cirugía de reasignación genital, defendiendo la diferenciación sexual de posibles situaciones de intersexualidad.* -  
- Como ocurría hace años en España, antes de la entrada en vigor de la ley de 2007.
- d) *“Aceptar la solicitud, reconociendo un derecho de las personas trans a construir autónomamente la identidad de género.”* - que es lo que las personas trans buscan y defienden. (Muñoz León, 2016: 176).

## 6. Conclusiones

1. El objetivo de este estudio ha sido comprender como han sido las experiencias de las personas que transitan por los sexos-géneros en relación con los servicios médicos. En el siglo XXI se sigue tratando el fenómeno de la transexualidad desde una perspectiva patologizante. La patologización de la transexualidad va de la mano del estigma social y genera transfobia.
2. La transexualidad sigue siendo concebida como un error que hay que solucionar. Las identidades *trans* junto con otras expresiones del género del individuo no son más que la representación de la diversidad de las personas. En nuestra sociedad la expresión de la diversidad de género y las identidades se han visto reprimidas históricamente, se han tratado de invisibilizar o de ajustar a un sistema de género bipolar.
3. Las personas transexuales tienen limitado su derecho a la libre autodeterminación como personas. A día de hoy este derecho está condicionado a cumplir con una serie de requisitos médicos. El cumplimiento de estos requisitos es tutorizado y garantizado por un profesional médico que al fin y al cabo, es una persona externa que sólo mantiene una relación temporal con el sujeto.
4. La identidad de las personas no se puede determinar basándose en cuestiones de expresión de género ni en el sufrimiento o malestar manifiesto necesario para el diagnóstico de disforia de género. Las expresiones de género son diversas en las personas y no se puede estandarizar con una

serie de test estáticos que pretendan medirla. El sufrimiento generado por la situación de incongruencia o disforia, no es constante en el tiempo, ni es persistente, ni se da en todas las personas transexuales en la misma medida. En algunas personas es inexistente. No se puede utilizar ese concepto para aplicarlo a todas las personas transexuales. Las identidades de género no se pueden diagnosticar sólo pueden ser manifestadas libremente. La disforia de género, conocida como ese malestar que se presenta en la persona depende de muchos factores, entre los que se destacan si la persona tiene la posibilidad de expresar su identidad, si tiene aceptación social y familiar, o de si la persona ha experimentado situaciones de transfobia social a lo largo de su vida. Este malestar tiene que ver con la experiencia social de la persona más que con la condición de ser transsexual.

5. La despatologización de la transexualidad es una cuestión que nos atañe a todos como sociedad. La transfobia es consecuencia de esta calificación y genera violencia, discriminación y graves situaciones de vulnerabilidad hacia las personas transexuales. Es un verdadero problema social. En un Estado de derecho no se puede permitir que existan continuas vulneraciones hacia un colectivo desaventajado, al que se le priva de derechos sistemáticamente. Es necesario alejarse de las perspectivas estigmatizadoras y patologizadoras de las identidades *trans*. Es muy necesario el aporte de datos científicos que apoyen la diversidad y leyes integrales que defiendan los derechos de la población transsexual.
6. El apoyo familiar es un factor de protección para la salud física y mental de los menores transexuales. La única forma de proceder es la de escuchar y observar al menor, la de mostrarle apoyo y acompañamiento en su evolución personal. Sólo así podemos prevenir situaciones de desamparo, el alto índice de suicidios que presenta la población trans y la caída en situaciones de depresión de menores y adultos. Los niños y niñas transexuales no van a dejar de ser quienes son porque los reprimamos o moldeemos. Esta expresión de la identidad se puede ocultar pero finalmente, tarde o temprano acaba apareciendo. El apoyo familiar y social es la principal herramienta para luchar contra la transfobia.
7. Las familias de los menores transexuales acuden a los servicios médicos buscando información. Esta información en muchos casos no se les da correctamente debido al gran desconocimiento de la comunidad médica sobre el asunto. Muchos padres y madres de menores transexuales sienten un gran desconcierto al sentirse criminalizados e investigados cuando acuden a los profesionales en busca de ayuda para sus hijos/as.
8. Es evidente que muchas personas que quieren transitar necesitan de acompañamiento médico. En estos casos los recursos médicos son

imprescindibles para lograr un tránsito físico exitoso. El papel del médico debe ser el del acompañamiento y el apoyo. Existe una relación tensa entre usuarios y profesionales médicos. Es necesario establecer canales de diálogo entre los facultativos y el colectivo transexual en el que ambos interlocutores expresen sus inquietudes y expectativas sin la necesidad de una evaluación y diagnóstico psicológico.

9. Las Unidades de referencia para el tratamiento de la transexualidad siguen protocolos internacionales basados en los estudios de Harry Benjamin. La sociedad transexual ha evolucionado desde los años setenta, y ya es hora de adaptar la atención sanitaria a las demandas actuales. En el siglo veintiuno, diversos estudios posteriores recomiendan la despatologización de la transexualidad. Diversos organismos europeos e internacionales recomiendan a día de hoy evitar un trato patologizante de las identidades *trans*. En la Declaración Universal de Derechos Humanos se habla del derecho a la no discriminación y a la libre determinación como persona. Es incomprensible por qué los estamentos médicos se empeñan en seguir con protocolos y estudios que se podrían considerar obsoletos, pertenecientes a otra época, y que en muchas ocasiones han sido debatidos, cuestionados, actualizados y reemplazados por hipótesis posteriores, y no basan sus intervenciones en las recomendaciones europeas e internacionales actuales.
10. La situación legal de los menores transexuales es insostenible. No existen formas de regulación específicas para la resolver la situación de incongruencia entre la identidad real del menor y su documento de identidad. Esta situación genera en los menores y en sus familias incertidumbre. Los menores transexuales quedan excluidos de la ley 3/2007 que sólo es aplicable a partir de la mayoría de edad. Los menores en su día a día se ven involucrados en situaciones de vulnerabilidad derivadas de la ausencia de una identificación correcta. La consecución de una identidad legal queda supeditada a la interpretación del juez que basa sus argumentos en el criterio de la genitalidad, en pruebas periciales que pueden atentar contra la intimidad y el honor del menor, produciéndose en su práctica situaciones humillantes y traumáticas para los niños.
11. Es necesaria una revisión de las leyes actuales y la creación de una ley integral que incluya y ampare los derechos de los menores, que refleje y cubra las necesidades reales de éstos. Una ley que recoja la posibilidad del cambio del documento de identidad en los menores transexuales, que regule el acceso a inhibidores hormonales de naturaleza reversible en el momento de desarrollo puberal de la persona y no cuando ya es demasiado tarde.

12. En lo que respecta a la actual ley, se necesitan eliminar los criterios médicos de diagnóstico, pues como consecuencia de esta circunstancia, la consecución de una identidad legal acorde depende del criterio y los estándares del género que tenga asumidos una tercera persona, en este caso el médico.
13. Es necesario activar un protocolo educativo de obligado cumplimiento en todos los colegios e institutos para casos de menores transexuales. Un protocolo que existe en algunas Comunidades Autónomas pero que aún no se ha universalizado en nuestro país. Se deben formar a los profesores en cuestiones de identidad de género y proporcionarles herramientas para abordar de manera natural esta cuestión en las aulas. La lucha contra el *bullying* debe de ser una prioridad en las escuelas en las que se encuentran menores que expresan una identidad de género no normativa.
14. La transexualidad es una cuestión de identidad, no una cuestión sexual. La identidad no es un problema, todas las personas tenemos una. La negación de la identidad es una de las acciones más crueles que se pueden ejercer sobre el ser humano. Este derecho no puede ser vulnerado o limitado constantemente. Los derechos fundamentales, como el derecho a la libre determinación como persona, no deben ser condicionados sino garantizados por las instituciones públicas.



## 7. Referencias.

1. Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. (2014); *Ser "trans" en la UE: Análisis comparativo de los datos de la encuesta a personas LGBT en la UE*. [Resumen].
2. American Psychiatric Association. (1994); *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, DC, Fourth ed.. Pp. 545- 551. Versión en castellano disponible en: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>
3. American Psychiatric Association. (2014); *DSM-V: Guía de consulta de los criterios diagnósticos*. Versión traducida por Ricardo Restrepo. Brug Translations, Inc., Chicago (EEUU). Pp. 239-242.
4. ANÓN ROIG, M.J. (2016); *Violencia de género y la concepción de la violencia contra las mujeres*. CEFD, nº 33.
5. ALLPORT, G.W. (1954); *The nature of prejudice*. p.20
6. ATHENSTAEDT, U.; HEINZLE, C.; LERCH-BAUMER, G. (2008); *Gender subgroup selfcategorization and gender role self-concept*, en: *Sex roles*, 58 (3-4) pp. 226-278.
7. BECERRA-FERNÁNDEZ, A. (2003); *Transexualidad: la búsqueda de una identidad*. Díaz de Santos, Madrid, pp. 97-123
8. BENJAMIN, H. (1966); *The transsexual Phenomenon*. New York, The Julian Press.
9. BERGERO, T.; CANO, G.; GIRALDO, F.; ESTEVA DE ANTONIO, I.; ORTEGA, M. V.; GÓMEZ, M.; GORNEMAN SCHAFFER, I. (2004). *La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el Sistema Público de Salud*. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), pp. 2828-2838.
10. BERGERO, T.; ASIAIN, S.; GORNEMAN, I.; GIRALDO, F.; LARA, J.; ESTEVA DE ANTONIO, I.; GÓMEZ, M. (2008) *Una reflexión sobre el concepto de género alrededor de la transexualidad*. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* Vol. XXVIII, nº 101, pp. 211-226.
11. B.O.E núm. 65, de 16 de marzo de 2007. *Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas*. Pp.11251-11253. BOE-A-2007-5585. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2007-5585](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2007-5585). (última visita el 12-05-2017).
12. BUTLER, J.; (1999) *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity*, Versión traducida por Mansour, M. y Manríquez, L. *El Género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad* (2001), pp. 126-137
13. BUTLER, J. (2000); *"Imitación e insubordinación de género"*, *Revista de Occidente*, nº. 235, p. 91.
14. BUTLER, J. (2013); *Hacerle justicia a alguien: la reasignación de sexo y las alegorías de la transexualidad*. *Debate feminista*, vol: 47, pp: 3-21.
15. COLAPINTO, J (1997). *John/Joan*. *The Rolling Stone*. December 11. Pp. 54-97

16. COLL-PLANAS, G., BUSTAMANTE, G. i MISSÉ, M. (2009). *Transitant per les fronteres del gènere*. [Transitando por las fronteras del género]. Barcelona: Observatori Català de la Joventut.
17. COLL-PLANAS, Gerard y VIDAL, Maria (2013). *Dibujando el género*. Barcelona-Madrid: Egales
18. DE LA CRUZ, A. (2014); *Contextos de desarrollo, ajuste psicológico e identidad sexual en menores transexuales*. Universidad de Sevilla. Facultad de Psicología.
19. DELPHY, C. (1995). *El concepto del género*.
20. DOVIDIO, J.F.; GAERTHER, S.; KAWAKAMI, K. (2003). *Intergroup contact: the past, present and the future*, en *Group processes & intergroup relations*, 6(1): p 813.
21. DWIGHT, B. y URBAN, T. (1998). *La construcción socio-médica de la transexualidad: interpretación médica*. pp. 91-122.
22. ECHEBURÚA, E., SALABERRÍA, y CRUZ-SÁEZ, M. (2014). *Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica*. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
23. EDGERTON, R. (1964). *Pokot intersexuality*. *American Anthropologist*, vol. 66. N° 6, pp 1288-1299.
24. EHRENREICH, B y ENGLISH, D. (1973). *Complains and disorders: The Sexual Politics of Sicknes*. Old Westburg. N.Y. Feminist Press.
25. ESTEVA, I; BERGUERO, T; GIRALDO, F; CANO, G; RUIZ, S; SORIGER, F. (2002) *Unidad de Trastornos de la identidad de género en Andalucía. Experiencia del primer año de funcionamiento*. *Endocrinología y nutrición*, 49. Pp. 41-74.
26. ETCHEZAHAR, E. (2014). *La construcción social del género desde la perspectiva de la Teoría de la Identidad Social*. *Ciencia, docencia y tecnología*. Vol. 25, n° 49, pp 128-142.
27. FOUCAULT, M; "Le vrai sexe" [El verdadero sexo], en Michel Foucault. *Dits et écrits II*, 1976-1988, Paris, Gallimard, 2001 (original 1980), pp. 934-942.
28. FOUCAULT, M.; "Il misterioso ermafrodito" [El misterioso hermafrodita], en Michel Foucault. *Dits et écrits II*, 1976-1988, Paris, Gallimard, 2001 (original 1978), p. 624.
29. GALLIE, W.B. (1964); *Essentially contested concepts*", in Gallie W.B., *Philosophy and the historical understanding*, Chatto and Windus (London). Pp 157-191.
30. GARAIZABAL, C. (1998). *La transgresión del género. Transexualidades, un reto apasionante*, en *Transexualidad, Transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*, José Antonio Nieto (comp.). Talasa, Madrid. Pp. 39-62.
31. GARCÍA, I; [Fundación Daniela]. (23 de febrero de 2017). *Jornadas sobre identidades trans en la infancia*. [Archivo de vídeo]. Recuperado de [https://www.youtube.com/watch?v=2Yu7StY6OpY&list=PLAqWSeI\\_m\\_ceSPxSbXtw4Ee9qFwwz-WX](https://www.youtube.com/watch?v=2Yu7StY6OpY&list=PLAqWSeI_m_ceSPxSbXtw4Ee9qFwwz-WX)
32. GÓMEZ-GIL, E. y ESTEVA DE ANTONIO, I. (2006). *Ser Transexual: dirigido al paciente, a su familia y al entorno sanitario, judicial y social*. Ed. Glosa.

33. GOOREN, L., (2003) «*El transexualismo, una forma de intersexo*», en BECERRA-FERNÁNDEZ, A., *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*, Madrid, Díaz de Santos.
34. GREEN, R. (1970); *A research strategy*", International Journal of Psychiatry, pp. 269-273.
35. GREENBERG, N.H., ROSENWALD, A., NIELSON, P. (1960) *A Study of transsexualism*. Psychiatric Quarterly, pp. 203-235.
36. GUTHEIL, E.A. (1954). *The psychological background of transsexualism and transvestism*. American Journal of Psychiatry, pp.231-235
37. HAMMARBERG, T. (2009); *Derechos Humanos e Identidad de Género*. [Visitado: 2017 marzo 4]. Disponible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1621709&Site=COE>.
38. HILL, W.W. (1935); *The Status of the Hermaphrodite and transvestite in Navaho culture*. American Anthropologist. Vol. 37, pp 273-279.
39. IGLESIAS, M; (2003) *Los conceptos esencialmente controvertidos en la interpretación constitucional*. Doxa. Cuadernos de filosofía del derecho. Nº 23, Pp 77-104.
40. JONES, J.R.; SAMIMY, J. (1973). *Plasma testosterona levels and female transsexualism*. Archives of sexual behaviour. pp. 251-256.
41. LUKIANOWICZ, N. (1959). *Transvestism: Survey of various aspects of transvestism in the light of our present knowledge*. Journal of Nervous and mental disease, pp. 36-61.
42. MAQUEIRA D'ANGELO, V. (2001). *Género, diferencia e igualdad*. En MAQUEIRA, V. y BELTRÁN, E.; *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos*, Madrid, Alianza, págs. 127-184.
43. MARTÍN, M.; KAY y VOORHIES, B. (1975); *Female of the Species*. Columbia University Press.
44. MARTÍNEZ GUZMAN, A. (2012). *Repensar la perspectiva psicosocial sobre el género: contribuciones y desafíos a partir de las identidades transgénero*. *Psico perspectivas*, 11(2), pp. 164-184.
45. MATTO, M.S. (1972). *The transsexual in Society*. Criminology. Pp. 85-109
46. MEYEROWITZ, J. (2002). *How sex changed. A history of trans-sexuality in the United States*. Harvard University Press, Cambridge, p. 43.
47. MISSÉ, M.; COLL-PLANAS, G.; (2010) *La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas*. Norte de Salud Mental. Vol. III, nº 38, pp. 44-55.
48. MISSÉ, M. (2013). *Transexualidades: Otras miradas posibles*. Ed. Egales. Barcelona-Madrid.
49. MONEY, J.; (1972). *"Sex reassignment therapy in gender identity disorders"*. International Psychiatry Clinics, pp.198-210
50. MONEY, J.; ANKE, A.; (1982). *Desarrollo de la sexualidad humana. Diferenciación y diformismo de la identidad de género*. Ediciones Morata, Madrid. (Edición original: 1972)
51. MUÑOZ LEÓN. (2016); *Cisnormatividad y transnormatividad como ideologías que articulan el tratamiento jurídico de la condición trans*. Revista Austral de Ciencias Sociales 30: pp. 161-181.

52. NANDA, S. (1990); *Neither man nor woman. The hijras of India*. Wadsworth Publishing Company.
53. NAVARRO-PÉREZ, P.; ORTIZ-GÓMEZ, T.; GIL-GARCÍA, E.; (2015) *La producción biomédica sobre transexualidad en España: análisis bibliométrico y de contenido (1973-2011)*. *Gac Sanit*, 29(2), pp. 145-151.
54. NIETO, J.A. (1998). *Transgénero/Transexualidad: de la crisis a la reafirmación del deseo*. Talasa, Madrid. pp. 11-36.
55. NORTHRUP, G. (1959). *Transsexualism: Report of a case*. *Archives of General Psychiatry*, pp. 332-337.
56. OMS, CIE-10: *The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders, Diagnostic criteria for research*; F64.0: Trastornos de la identidad sexual. 1992. Pp. 121-123. Version en castellano disponible en: [http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion\\_de\\_trastornos\\_mentales\\_CIE10.pdf](http://www.edras.cl/wg/data.edras.cl/resources-files-repository/Clasificacion_de_trastornos_mentales_CIE10.pdf)
57. ONU. (1948); *Declaración Universal de Derechos Humanos*.
58. OSTOW, M. (1953). *Transvestism*. *Journal of the American Medical Association*. p. 1553.
59. PARLAMENTO EUROPEO (1989); *Resolución de 12 de septiembre de 1989 sobre la discriminación de los transexuales*. Doc. A 3-16/89
60. PAULY, I.B. (1974). *Female transsexualism: Part II*. *Archives of sexual behaviour*. pp. 509-526
61. PEDREIRA-MASSA, J.L. (2014); *Infancia y transexualidad*. Comisión de Asuntos Sociales del Parlamento Autonómico de Madrid.
62. PELAYO, A; MORO, O. (2003); *“Michel Foucault y el problema del género”*. *Doxa: Cuadernos de Filosofía del Derecho*, 26, Pp. 847-869
63. PHILBERT, M. (1971). *Male transsexualism: an endocrine study*. *Archives of sexual behavior*. Pp. 91-93
64. PLATERO, R.L. (2014). *Trans\*exualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Ed. Bellaterra.
65. PONS RABASA, A.(2013) *El test de la vida real o la normalización de la performance de género: un análisis etnográfico*. VII Jornadas Santiago Wallace de investigación en antropología social. Sección de antropología social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires.
66. PRINCIPIOS DE YOGYAKARTA (2007); *Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. [visitado 2017 marzo 5] Versión en castellano disponible en: <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opedocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2>
67. RAMETTI, G., CARRILLO, B., GÓMEZ-GIL, E., JUNQUE, C., SEGOVIA, S., GÓMEZ, A., y GUILLAMON, A. (2011). *White matter microstructure in female to male transsexuals before cross-sex hormonal treatment. A diffusion tensor imaging study*. *Journal of psychiatric research*, 45 (2). Pp. 199-204.
68. RAMÍREZ BELMONTE, C. (2008). *“Concepto de género: reflexiones”*, Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete, 23, 2008, Pp. 307-314.

69. REINER, W.G., & GEARHART, J.P. (2004) *Discordant sexual identity un some genetic males with cloacal exstrophy assigned to female sex at birth*. *New England Journal of Medicine*, 350 (4), pp. 333-341.
70. RISMAN, B. (1998); *La (errónea) adquisición de la identidad de género en los transexuales*, pp. 233-246.
71. RIVERO, J.A. (2012). *El insólito caso de David Reimer*. Disponible en: <http://academic.uprm.edu/jrivero/pdf/El%20Ins%F3lito%20Caso%20de%20David%20Reimer.pdf>
72. SERANO, J. (2007). *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*. Emery, California: Sale Press.
73. SERRET, E. (2009). *La conformación reflexiva de las identidades trans*. *Sociológica (México)*, 24(69), pp. 79-100.
74. SOLEY-BELTRÁN, P. (2014); *Transexualidad y transgénero: una perspectiva bioética*. *Revista de bioética y derecho. Observatorio de bioética y derecho*. Vol.30. pp 21-39.
75. STOLLER, R. J. (1969). *Parental influences in male transsexualism*. En R. Green y J. Money (eds.), *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore, Johns Hopkins Press, pp. 153-169.
76. STOLEER, R. J. (1972). *Etiological factors in female transsexualism: A first approximation*. *Archives of sexual behaviour*, pp. 47-64.
77. Unión Europea (2015). Eurobarómetro de la Unión Europea (2015). "Discriminación en la U.E." nº 437. Octubre de 2015. Disponible en: <http://ec.europa.eu/COMMFrontOffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/SPECIAL/surveyKy/2077>