La cuestión de sexo/género en medicina: tecnologías de reasignación de sexo y valores de género en España

TESIS DOCTORAL

Esther Ortega Arjonilla

2014

Directora:

Eulalia Pérez Sedeño

La cuestión de sexo/género en medicina: tecnologías de reasignación de sexo y valores de género en España

Tesis doctoral

Esther Ortega Arjonilla

2014

Directora:

Eulalia Pérez Sedeño (Instituto de Filosofía, Consejo Superior de Investigaciones Científicas)

Universidade de Santiago de Compostela
Facultad de Filosofía
Departamento de Lóxica e Filosofía Moral

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y COMPETITIVIDAD

CSIC
CCHS

CENTRO DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
Instituto de Filosofía

Eulalia Pérez Sedeño, profesora de Investigación del CSIC y Catedrática del área de Lógica y Filosofía de la Ciencia, en el Departamento de Ciencia, Tecnología y Sociedad del Instituto de Filosofía del CSIC

INFORMA QUE

la presente tesis, titulada *La cuestión de sexo/género en medicina: Tecnologías de reasignación de sexo y valores de género en España*, de la cual es autora Esther Ortega Arjonilla, cumple todos los requisitos exigidos por la legislación vigente.

Por eso, como directora suya, firmo el correspondiente visto bueno en Madrid a 22 de septiembre de 2014.



Fdo. Eulalia Pérez Sedeño
Dpto. Ciencia, Tecnología y Sociedad
Instituto de Filosofía
CCHS-CSIC

C/ ALBASANZ 26-28
28037 MADRID. ESPAÑA
TEL.: 916 022 300 FAX: 916 022 971
http://www.cchs.csic.es

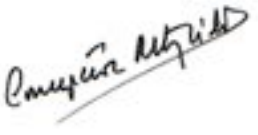
Departamento de Lóxica e Filosofia Moral
Facultad de Filosofía
Praza de Mazarelos s/n
15782 Santiago de Compostela

Concepción Martínez Vidal, profesora titular del área de Lógica y Filosofía de la Ciencia, en el Departamento de Lóxica e Filosofía Moral de la Universidade de Santiago de Compostela

INFORMA QUE

la presente tesis, titulada *La cuestión de sexo/género en medicina: Tecnologías de reasignación de sexo y valores de género en España*, de la cual es autora Esther Ortega Arjonilla, cumple todos los requisitos exigidos por la legislación vigente.

Por eso, como tutora suya, firmo el correspondiente visto bueno en Santiago de Compostela a 22 de septiembre de 2014.



Fdo. Concepción Martínez Vidal
Departamento de Lóxica e Filosofía Moral
Facultade de Filosofía
Praza de Mazarelos s/n
15782 Santiago de Compostela

A Bárbara, por estar siempre a mi lado en este camino y en la vida.

Agradecimientos

Parece que al llegar el momento de escribir los agradecimientos esto llega a su fin, aunque sinceramente espero estar al principio de un nuevo camino. Esta tesis no hubiese sido posible sin un montón de gente que ha estado a mi alrededor, en algunos momentos más cerca y en otros más lejos, pero que han marcado, sin duda, el camino.

Quiero dar las gracias, en primer lugar, a mi directora Eulalia Pérez Sedeño, porque si algo es seguro es que no hubiese llegado hasta aquí sin su apoyo y paciencia. Gracias Eulalia por darme la oportunidad cuando aún era una estudiante de doctorado con muchas ganas pero un poco despistada. Y gracias también por darme luego el espacio para tomar mis decisiones y volver ... Y gracias por la amistad forjada a lo largo de estos años.

A Rebeca Ibáñez, amiga y compañera de equipo, por liarme y convencerme: "tú tienes que acabar esa tesis", una tarde de cañas en la Alameda. Por estar especialmente cerca estos últimos meses, cuando ella estaba en el mismo proceso, solo un escalón por delante; por leerme, corregirme, preguntarme ... Parece que, al final, lo hemos hecho, amiga.

A Carmen Romero Bachiller, amiga, compañera y referente. Por plantearme siempre ¿Y si fuese de otra forma? Por los excelentes días de *brainstorming* y por los no tan buenos de "¡Hay que acabar este artículo!". Por la amistad y la complicidad de tantos años.

A Dauder, por estar ahí para leerme y por hacer lecturas tan positivas, estupendo en momentos de baja autoestima.

A Lucas Platero, por su apoyo cercano en estos últimos meses.

A Marta González, que junto con Eulalia me metieron el gusanito de los CTS y muy especialmente de los CTG en el cuerpo. Gracias por ese

glorioso curso de doctorado: "Ciencia, Tecnología y Género", nunca disfruté, ni aprendí más en todos estos años.

A María Jesús Santesmases con la que comencé a aprender cómo era esta cosa de la investigación en nuestro año y pico en Alfonso XII. También a mis compañeros de aquella época en el "pisito", en especial: Ana Arriba, Marta Romero y Carlos Trelles, mis compis de despacho con los que aprendí las dotes de la dialéctica.

Al equipo de investigación, todas y todos sabéis quienes somos, así que no os nombro una a una, vaya a ser que se me olvide alguien. Cada vez que nos reunimos aprendo algo nuevo, así que ya sabéis: a ver si lo hacemos más. Solo mención especial a María José Miranda por las conversaciones desde el chat acortando la distancia (Graz – Recife) y la soledad y a María González Aguado, por intentar guiarme, a mi vuelta de Graz, por los vericuetos del CCHS.

Al Instituto de Filosofía del CSIC, del que forme parte cuando aún estaba en Pinar, lugar de inspiración.

Al IAS-STS de Graz, por acogerme y descubrir un centro de investigación internacional. Sin mi estancia en Graz, sin su duro invierno, sus seminarios y sus "work in progress" esta tesis no habría sido posible. A mis compañeros de Graz por su estímulo intelectual Anup, Claudia, Nichole, Anna, Poonam, Christa, Mauro, Lorenzo, Tanja, Mikko, Luca, Hami y Kesheng.

Mención especial para Anup Sam Ninan por brindarme su compañía, apoyo y amistad desde los primeros días (los más duros de mi vida por circunstancias personales) en Graz. Por los cafés, las cervezas y las horas y horas de conversación en "Die Scherbe".

Y aunque obviamente ya se mezcló desde las primeras líneas, toca agradecer desde lo más personal:

A mi familia y mis amigos por estar ahí aunque no entendiesen muy bien qué demonios estaba haciendo, ni a qué me dedicaba. Gracias.

A mis tías y primos que me animaron desde la distancia. Especialmente a mi tía Amparo, que años atrás me animó a perseverar cuando no tenía ganas, ni fuerza; y a mi primo Ángel, que siempre me ha animado para no ser él el único doctor en la familia.

A los amigotes de Rivas, especialmente, Isabel y Leo por su comprensión y entusiasmo. Y por acogernos a mi vuelta de Graz. Al resto de los ripenses, por las risas y el cuidado, por las cañas de los viernes, por ahorrarse la tentación y no preguntar (demasiado) por la tesis (al menos, a mí).

Al Comando Malasaña: Mayte, Manu, Elena, David, Lara y Wally por tantos momentos y tanta cotidianeidad. Por animarme en el segundo principio de esta andadura. A Mayte por la complicidad y Manu, por dejarme ese hueco en la oficina durante meses cuando creí que me volvía loca en casa.

Al Alqamaru y sus seres, siempre en mi corazón.

A "Gustazo" por sacarme al campito una vez al mes cuando más lo necesitaba y por las risas, el buen rollo y la amistad. Carola, Carmen, Ángela, Belinda, Lucas, María.

A la Karakola y a las karakolas ese espacio en el que aprendí cómo la voluntad de hacer y transformar juntas genera cambios reales. Asor, Maite, Silvia, Cris, Maggie, Laura, Nat, Ross, Mila, y tantas otras ...

A mis queridísimas Insumisas, mi primer colectivo feminista, mis amigas del alma y cómplices desde hace veinte años, sí, chicas, veinte años. María, Miren, Bárbara, Yoya, Mofli, Bea. Gracias. Por enseñarme tanto, por nuestros seminarios semanales, por comenzar el camino de la vida con las gafas feministas junto a mí y por las mujeres en que nos hemos convertido. Por el respeto a la diferencia, que también nos hemos enseñado mutuamente. Este trabajo también tiene una parte vuestra.

A mi madre, Concha Ortega (Mary para la familia), a la que adoro y admiro, aunque se lo diga poco. Por su apoyo y empeño durante tantos

años con la idea de que yo fuese a la universidad. Un ejemplo de constancia, serenidad y entereza ante la adversidad. En los momentos duros tu ejemplo me ha iluminado, mamá. Gracias por todo y por tanto.

Y finalmente, a Bárbara. Mi compañera. Mi amor. Ya sabes que sin ti, sin tu apoyo, confianza, cuidado y amor este trabajo no hubiese salido adelante. Gracias por creer que podía incluso cuando yo no lo he creído. Por la complicidad y por la espera paciente. Por compartir la vida.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Tabla de contenido

Agradecimientos 1

Tabla de contenido 5

Listado de acrónimos 9

Introducción 11

I. Apuntes teóricos y conexiones parciales 17

I.1. Los estudios sociales de la ciencia 20

I.2. Estudios feministas de la ciencia 24

I.3. Los estudios transgénero 30

II. Aspectos y dificultades de una metodología híbrida 34

1. Cuerpos, hormonas y "travestidos" a principios del siglo xx.. 41

Introducción 41

1.1. El "descubrimiento" del cuerpo transexual en las prácticas tecno-científicas del siglo XX. 42

1.2. De las teorías sobre los dos sexos inconmensurables: Representación vs materialidad del cuerpo. 46

1.3. Las hormonas sexuales en la construcción del sexo durante el siglo XX 50

1.3.1. Del control del cuerpo por el sistema nervioso 51

1.3.2. Las secreciones internas 52

1.3.3. Las secreciones se tornan hormonas sexuales 54

1.4. Las teorías de la diferencia sexual, los teóricos del tercer sexo y el Instituto para la Ciencia Sexual 59

1.4.1. El Instituto para la Ciencia Sexual 62

1.5. Fallas, conexiones y (dis)continuidades 63
1.5.1. (Dis)continuidades 67
1.6. Actores, redes y conocimientos situados 73
1.7. Comentarios finales. 77

2. Estándares, clasificaciones y tecnologías de género 79

Introducción 79
2.1. Primeras cirugías de reasignación posteriores a la IIGM. 81
2.2. El desarrollo de la transexualidad como tecnología. 85
2.3. La estandarización del método. El primer SOC y el DSM-III 96
2.4. El aparato consolidado: los trastornos de identidad de género. 110
2.5. Interferencias: la presión activista en los debates del SOC-7 y el DSM-5 118
2.5.1. El SOC-7, ¿un paso adelante? 119
2.5.2. DSM-5: De los GID a la Disforia pasando por la Incongruencia de género. 125
2.6. Algunas reflexiones finales 132

3. Cartografías: prácticas y actores en el estado español 135

Introducción 135
3.1 Mapa estatal de las prácticas de intervención médica: 136
3.2 El modelo UTIG 140
3.3 Diagnósticos 143
3.4 Hormonas 152
3.5 Las prácticas quirúrgicas 165
3.6 Apuntes de conjunto. 186

4. El potencial transformador del activismo trans: la "campaña internacional por la despatologización trans" 193

Introducción 193
4.1. Los precedentes del activismo trans y la Red de Despatologización en el Estado español 195

4.2. El punto de partida de la campaña por la despatologización: la Ley 3/2007 de 15 de marzo 197
4.3. La Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español 200
4.4. Documentos 205
4.4.1. La apertura y el escrutinio de los procesos psicológicos y de diagnóstico 207
4.4.2. La reconfiguración de la demanda de intervención con respecto al SOC-6 213
4.4.3. Demanda de una "lógica de la elección" para conseguir un "mejor cuidado" 217
4.4.4. La cajanegrización de los procesos de hormonación y cirugía. 223
4.5. Disidencias, desplazamientos e influencias 228
4.5.1 El SOC 7 y la Despatologización 231
4.5.2 Controversias en el proceso de revisión del DSM-5 233
4.6. Comentarios finales 236

A modo de conclusiones 239

Redes y ensamblajes 239
Sobre cuidados y lógicas confrontadas 245
Activismo en salud trans 249

Referencias 253

Listado de acrónimos

ANT: Actor-Network Theory / Teoría del Actor-Red

APA: American Psychiatric Asociation/ Asociación Americana de Psiquiatría

ATET: Asociación Transexual Española – Transexualia

Campaña Internacional STP: Campaña Internacional Stop Trans Pathologization/ Campaña Internacional Stop Patologización Trans

COGAM: Colectivo Gay Madrid

CRS: Cirugía de Reasignación Sexual

DSD: Disorder of Sex Development/ Trastorno del Desarrollo Sexual

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/ Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales

Estudios CTS: Estudios Ciencia, Tecnología y Sociedad

EVR: Experiencia de la Vida Real

FAGC: Front D'Alliberament Gai de Catalunya

FAT: Federación de Asociaciones de Transexuales

FELGTB: Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales, Bisexuales

FtM/F2M: Female to Male/ Transexual de mujer a hombre

GI: Gender Incongruence/ Incongruencia de Género

GID: Gender Identity Disorder/Trastorno de Identidad de Género

GIDNOS: Gender Identity Disorder Not Otherwise Specified/ Trastorno de Identidad de Género No Específico

HAC: Hiperplasia Adrenal Congénita

HBIGDA: Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association/ Asociación Internacional de Disforia de Género Harry Benjamin

ICD/CIE: International Classification of Diseases/ Clasificación Internacional de Enfermedades

LGTB: Lesbianas, Gais, Transexuales, Bisexuales

LGTBQ: Lesbianas, Gais, Transexuales, Bisexuales, Queer

MELH: Movimiento Español de Liberación Homosexual

MtF/M2F: Male to Female/ Transexual de hombre a mujer

SECPRE: Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

SIFCO: Sistema del Fondo de Cohesión Sanitaria

SOC: Standards of Care/Estándares de Cuidado

STS: Science and Technology Studies/ Estudios de Ciencia y Tecnología

TIS (GID): Trastorno de la Identidad Sexual

UCLA: Universidad de California-Los Ángeles

UTIG: Unidad de Trastornos de Identidad de Género

WHO/OMS: World Health Organization/Organización Mundial de la Salud

WLSR: World League for Sexual Reform / Liga Mundial por la Reforma Sexual

WPATH: World Professional Association of Transgender Health/ Asociación Mundial Profesional de Salud Transgénero

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Introducción

> There was a *muchacha* who lived near my house. *La gente del pueblo* talked about her being *una de las otras*, "of the Others". They said that for six months she was a woman who had a vagina that bled once a month, and that for the other six months she was a man, had a penis and she peed standing up. They called her half and half, *mitá y mitá*. (Anzaldúa 1987, 19)

> Las feministas necesitamos el poder de las teorías críticas modernas sobre cómo son creados los significados y los cuerpos, no para negar significados y cuerpos sino para construir significados y cuerpos que tengan una oportunidad de vida. (Haraway 1988, 580)

> Hay una *vida* para el cuerpo después de los estudios de ciencia y el feminismo, pero no es la misma vida que antes. (Latour 2004, 227)

Esto es un estudio de caso. Eso es lo que hacemos en los estudios CTS, estudios de caso. Un estudio de caso sobre cómo se hace género en un lugar concreto. El lugar concreto son las prácticas médicas. Pero eso también significa otros lugares, porque las prácticas, lo que hacemos, siempre está en relación al espacio, al tiempo, a otras cosas o personas.

También tengo claro lo que esto no es. No es una tesis que intente estabilizar qué es la transexualidad y menos aún qué son o cómo son las personas trans. En ese sentido, algunos dirán que soy poco ambiciosa, yo prefiero pensar que soy poco normativa.

Por el camino, lo que compone este trabajo es una búsqueda. Una búsqueda de las formas concretas en que se ha cimentado ese constructo complejo al que llamamos transexualidad.

Este trabajo comenzó hace muchos años. Formalmente, por poner un origen mítico, comenzó cuando yo era una estudiante de doctorado – a principios de los dos mil - que tenía que hacer un trabajo para uno de los cursos del programa de doctorado "La perspectiva feminista como teoría

crítica", en el que me había inscrito sólo unos meses antes. Por aquellos entonces yo era una (joven y) aguerrida feminista que disfrutaba ocupando gran parte de mi tiempo en la Eskalera Karakola, un centro social okupado autogestionado feminista en el barrio de Lavapiés, Madrid. En ese tiempo, las reflexiones sobre la identidad, el género y la sexualidad ocupaban literalmente las veinticuatro horas de mi día a día. Todo esto me sirve para introducir el lugar desde el que este trabajo empezó a ser pensado, reflexionado, vivido.

El análisis desde las teorías críticas feministas se puede encontrar a lo largo de todo este trabajo y, sin embargo, el foco no está puesto desde los estudios feministas sino desde los estudios CTS. Este desplazamiento tiene que ver con mi propia trayectoria vital y teórica pero también con lo que yo sentía como una necesidad con respecto a lo que fue configurándose como el objeto de mi tesis, la transexualidad.

A diferencia de los primeros trabajos y reflexiones sobre este asunto, las cuestiones que me interesaba rastrear no estaban (tan) centradas en las identidades como construcción hasta cierto punto abstracta sino con la materialidad de estas identidades y sus efectos. Es decir, me dejó de interesar pensar qué era o de qué manera era posible una identidad y me empezó a interesar mucho más cómo estas identidades eran actuadas[1].

[1] A lo largo de este trabajo irá apareciendo el concepto de "actuar" o "actuado/a" como un término que tomamos del inglés *enact* o *enactment*. Las traducciones que se suelen hacer de este concepto pasan más bien por "representar" o bien "promulgar" cuando está referido a leyes. Sin embargo, en CTS el término *enact* ha sido utilizado en un sentido un tanto diferente por ejemplo en (Mol y Law 2004). En ese trabajo, y otros de estos autores, *enact* conlleva un sentido más activo que el de la mera representación. En este trabajo seguiré la traducción que de este artículo se realizó en (Pérez Sedeño e Ibáñez Martín 2012), aunque soy plenamente consciente de la dificultad y de la no-resolución de la traducción. Recientemente, Ibáñez Martín (2014) ha traducido *enactment* como actu(aliz)ado.

Pensar cómo una identidad podía (o no) ser actuada me llevó a pensar en el cuerpo, en los cuerpos como lugares de fijación de estas identidades y, al mismo tiempo, frente al anclaje de la identidad que yo entendía que se producía – en el caso de las personas trans – a través del cuerpo, me encontraba con el cuerpo *trans*[2] como el lugar que era constantemente reedificado, movilizado para poder llevar a cabo ese anclaje.

Así es como este trabajo ha virado desde los estudios feministas o los estudios de género, a una aproximación CTS. Frente a la pregunta de *qué* es o *por qué* , en este trabajo me pregunto por el *cómo*. La pregunta de investigación, entonces, resultó ser algo así como: ¿ Cómo se produce el género en la práctica? ¿De qué formas concretas se hace el género? El caso *trans* es un lugar privilegiado para desenmarañar, desentrañar formas en las que el género es producido. Y claro, si miramos al espacio de lo *trans* parece evidente que la tecnología, en este caso la tecnología biomédica, juega un papel importante en esa producción del género.

A lo largo de los capítulos del trabajo veremos cómo la transexualidad se produjo históricamente, en un momento y con una serie de actores determinados y cómo este constructo – la transexualidad - se ha ido reactualizando a lo largo del tiempo incorporando actores, o redefiniendo los objetos y las prácticas en las que estaba inscrita, y veremos cómo, además, esta reactualización ha producido (no pocas) fricciones, desplazamientos y tensiones.

En el primer capítulo, "Cuerpos, hormonas y travestidos a principios del siglo XX" veremos cómo se configuró el marco biopolítico

[2] El término *trans* aparecerá a lo largo de todo este trabajo utilizado como término paraguas para referirme a personas transexuales, transgénero, travestis, o en general para personas "variantes de género" o con géneros no normativos. Es el término que viene siendo usado como aglutinador en los últimos años desde la propia comunidad.

en el que emergió la transexualidad y qué actores estuvieron implicados en el mismo. Frente a las miradas que sitúan el origen de la transexualidad en los Estados Unidos de América en el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial, veremos cómo cuando seguimos a los actores que participan de la producción de la transexualidad hemos de mirar hacia atrás en su pasado reciente y conectar a los principales actores que produjeron este objeto con el clima socio-político y científico de la Europa de entreguerras.

En el segundo capítulo, "Estándares, clasificaciones y tecnologías de género" analizaremos las formas en las que la biomedicina se traduce en el *único* actor autorizado para definir la transexualidad. Así esta se convierte en un espacio cerrado, privativo de la autoridad médica que viene a definir los espacios patológicos y los espacios de normalidad dentro del régimen biopolítico de la diferencia sexual. Veremos cómo mediante una serie de prácticas repetitivas de estandarización y de clasificación, la transexualidad se ha establecido como una tecnología de género. También en este capítulo se apuntarán las primeras fugas de esta representación y la influencia de otros discursos en la configuración de las definiciones del espacio *trans*.

En el siguiente capítulo, "Cartografías: actores y prácticas" centro mi atención en los actores y las prácticas sanitarias concretas que se están dando en el Estado español con respecto a la transexualidad. Analizo cómo frente al intento de los especialistas médicos de ser los "portavoces únicos" (Callon 1986) se están produciendo una serie de tensiones y desplazamientos que están reinterpretando el espacio de lo trans y en el que, por un lado, los especialistas ya no son las únicas voces autorizadas y, por otro, la proliferación de voces autorizadas para hablar de transexualidad está produciendo, a su vez, una actualización de las prácticas en las que está inmersa.

En el último capítulo, "El potencial transformador del activismo trans" veremos cómo efectivamente y también en el marco del Estado español, se ha producido una proliferación de actores con propuestas que

actualizan las prácticas y los discursos sobre lo *trans*. Estos nuevos actores plantean desde una posición crítica y situada que las prácticas de salud respecto a lo *trans* se pueden hacer de otra forma. Poniendo el conocimiento que tradicionalmente se ha llamado *lego* en el centro de su discurso (Epstein 1996), han propiciado una democratización en la forma de conocer así como cambios en las prácticas mismas.

I. Apuntes teóricos y conexiones parciales

Desde que el físico teórico e historiador de la ciencia T.S. Kuhn escribió *La estructura de las revoluciones científicas* (1962), la ciencia, en tanto que aproximación a la verdad a través de un método objetivo, neutral, universal y libre de valores, perdió su estatus como forma de conocimiento privilegiado. A partir de la década de los sesenta del siglo XX, la ciencia es concebida como un producto históricamente contingente.

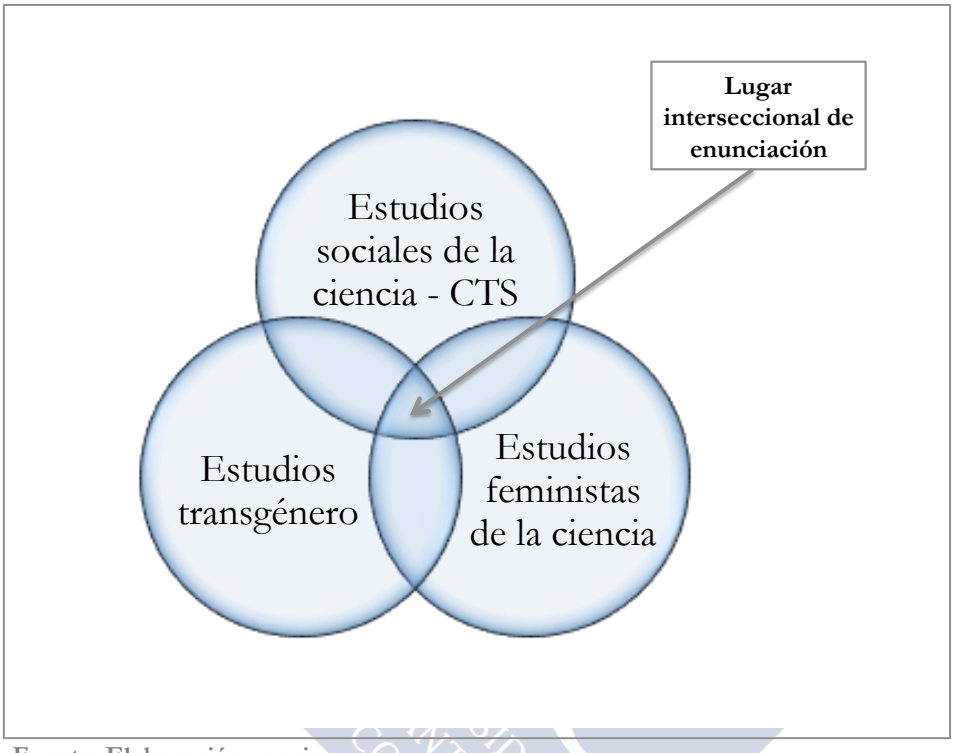
Al mismo tiempo, el feminismo como movimiento socio-político entraba en escena con lo que se ha denominado como *segunda ola,* fundamentalmente desde el feminismo estadounidense. En ciencia, pasamos de preguntarnos por el papel de las mujeres en la ciencia a preguntarnos si era posible y cómo sería una ciencia feminista (Harding 1986; Haraway 1988).

Por su parte, los estudios transgénero o en concreto lo que se ha venido a denominar "Critical Transgender Studies" (estudios críticos transgénero) conforman, a su vez, un campo interdisciplinar que hunde sus raíces en los estudios y teorías feministas y *queer*. Formalmente, algunos consideran que surge a finales de los noventa con un número especial de *GLQ* dedicado a los "transgender issues" (1998).

Este trabajo se presenta como una propuesta que se ubica en las intersecciones de estos tres campos, los estudios sociales de la ciencia, la teoría crítica feminista de la ciencia y los estudios transgénero. Siguiendo el "retrato de una implosión" de Lykke (2008) construyo mi propio diagrama

de Venn (figura I.1) que representaría el lugar desde el que pretendo hablar a lo largo de este trabajo, la intersección de estos tres campos mencionados.

Figura I.1: Posicionamiento



Fuente: Elaboración propia.

Pero además, tradicionalmente ha habido dos tipos de visiones en los estudios sobre lo trans que se han convertido, con el paso del tiempo, en dos posiciones solidificadas que, en efecto, no conversan entre sí al encontrarse en dos paradigmas de conocimiento antitéticos.

Por un lado, la visión del marco biomédico que ha tendido a entender identidades no normativas en términos patológicos. El modelo biomédico en este caso se ha mantenido fiel al sistema y las políticas de la diferencia sexual, en la que se parte de la premisa de la existencia de dos sexos y marca como anormal cualquier posición que no se adecue a una de estas dos posiciones. A su vez, dentro de este modelo hay, al menos, dos grandes corrientes, una de corte más biologicista que busca una causa etiológica de la transexualidad en el cerebro y que ha estado representada

por los defensores de la neuroanatomía diferencial de la escuela de Amsterdam (Zhou et al. 1995; Kruijver et al. 2000; Chung, De Vries, y Swaab 2002) – desde mediados de los años noventa – y más recientemente con aportaciones tanto de la escuela holandesa como de investigaciones realizadas en el marco del Estado español (Garcia-Falgueras y Swaab 2008; Swaab y Garcia-Falgueras 2009; Savic, Garcia-Falgueras, y Swaab 2010; Zubiaurre-Elorza et al. 2013; Zubiaurre-Elorza et al. 2014). Una segunda corriente de corte ambientalista atribuye una supuesta etiología de la transexualidad a factores relacionados con la crianza en las etapas tempranas (Zucker y Green 1992; 1993; Zucker y Bradley 1995). Este debate, como vemos, es una reedición de los eternos debates de biología y causas innatas frente al ambientalismo y las causas sociales.

Por otro lado, la visión que podríamos denominar como constructivista respecto a la identidad trans ha insistido en marcar que el género y, en menor medida, el sexo son construcciones culturales históricamente contingentes, es decir, que son construcciones que los humanos realizamos en un momento histórico concreto. En este sentido, el constructivismo social se ha apoyado en la antropología para mostrar cómo el marco del sistema sexo/género varía de unas culturas a otras. Autores representativos de este tipo de literatura antropológica son Nanda (1990) y Herdt (1994), entre otros. La asimilación de nuestra construcción occidental de lo trans a otras construcciones culturales en las que existen figuras que, en esta interpretación, se situarían fuera o, al menos, en los límites del sistema de dos sexos y dos géneros o que proponen sistemas sociales alternativos en cuanto al género han venido de la mano de antropólogos de la sexualidad como Anne Bolin (1988; 1994). Desde la historia de la ciencia también se ha hecho hincapié, especialmente en los últimos años, en marcar el carácter socialmente construido del sistema sexo/género en la cultura occidental, e incluso se han realizado esfuerzos de datación en la fluctuación y sustitución de los diferentes modelos de

estratificación o división social respecto al género y, en concreto, sobre la antigüedad del sistema de dos sexos (Laqueur 1990; 2003; Schiebinger 1986; 2003; Stolberg 2003; Vázquez García 2009; Vázquez García y Cleminson 2010). En esta misma línea, algunas corrientes dentro del feminismo especialmente desde Butler (1990) en adelante han insistido en el carácter cultural del género, no sólo como sistema de organización social sino como mecanismo de identidad. Aunque, en este terreno la aportación más novedosa de Butler no es su consideración respecto al carácter cultural del género sino a la consideración de que el sexo sería también una construcción y por tanto queda invalidada la división sexo/género que en el feminismo había sido (casi) axioma hasta Butler.

I.1 Los estudios sociales de la ciencia

Los estudios sociales de la ciencia se han ocupado y preocupado en las últimas cuatro décadas, al menos, de estudiar las prácticas científicas y tecnológicas, los artefactos que producen o que son producidos en estas prácticas, así como las diferentes actividades que están relacionadas de una u otra manera con la producción de este tipo de conocimiento.

Después de la Segunda Guerra Mundial la visión que la sociedad tenía de la ciencia y la tecnología se había transformado. Cundía la sensación de que un nuevo mundo se estaba creando a raíz de los avances tecnológicos y los descubrimientos científicos. Una ola de "tecno-optimismo" se extendió por el mundo occidental y se pensó que a la vuelta de unos pocos años todo se podría conseguir de la mano de la tecnociencia.

Pero, al mismo tiempo que el tecno-optimismo se extendía en las sociedades occidentales, se proyectaban algunas sombras, en especial, sobre las consecuencias del supuesto desarrollo autónomo de la tecnociencia o de las implicaciones políticas del mismo. A este replanteamiento ayudaron, por ejemplo, el lanzamiento de las bombas atómicas sobre Hiroshima y Nagasaki en Agosto de 1945, el inicio de la carrera espacial con el

lanzamiento del *Sputnik* en Octubre de 1957, la enfermedad de Minamata (Japón) que causó más de 110 muertos y miles de afectados entre 1953 y 1968 y que se produjo por la ingesta de pescado contaminado por vertidos de mercurio de una empresa química, o el envenenamiento por talidomida, un producto farmacéutico especialmente destinado a paliar algunos efectos del embarazo como las nauseas, que fue comercializado entre 1958 y 1963 y que provocaba graves malformaciones fetales.

Estos hechos propiciaron el cuestionamiento de la ciencia y la tecnología tanto desde el interior de la comunidad científica como desde los movimientos sociales organizados a partir de los años sesenta del siglo XX que vinieron a incidir sobre la necesidad de incluir la ciencia y la tecnología en el debate político. De esta manera surgieron los estudios sociales de la ciencia[3] como una forma de entender la ciencia y la tecnología en su contexto social, allá por los años sesenta del siglo XX.

Los estudios sociales de la ciencia han de ser, por definición y tradición, estudios críticos con la ciencia y la tecnología. Han de apartarse de la visión tradicional de la ciencia que consideraba esta bajo un prisma triunfalista y de conocimiento acumulativo, una visión propia de la concepción positivista de la ciencia.

Dentro de los estudios CTS surgieron desde el primer momento diferentes sensibilidades que denotaban a su vez diferentes orientaciones metodológicas. Porque si algo define a los estudios sociales de la ciencia es su tradición heterogénea y multidisciplinar, más que configurarse como una disciplina[4]. Y como mencionaba al principio de esta introducción, los CTS

[3] Utilizaré como sinónimos estudios sociales de la ciencia y estudios CTS. Este último acrónimo es propio del español y significa estudios de Ciencia, Tecnología y Sociedad.

[4] Esta afirmación no es compartida por algunos de los principales proponentes de los estudios sociales de la ciencia como Bruno Latour (1999), Wiebe E. Bijker (2003) o Sheila Jasanoff (2004), por nombrar algunos. Estos autores entienden que son más los efectos positivos si se pertenece a un campo disciplinar.

se caracterizan también por su aproximación metodológica a su objeto de estudio, los que hacemos CTS generalmente hacemos estudios de caso.

De cualquier manera, lo que sí sería una característica diferencial de los estudios sociales de la ciencia, sean o no una disciplina, es que han conseguido romper con la distinción entre "naturaleza y cultura" o entre "ciencia y cultura". La naturaleza y la sociedad o la ciencia y la cultura no son entidades diferenciadas y que no tienen relación. A diferencia de otras "nuevas" divisiones disciplinares como los estudios culturales, los estudios CTS no consideran (en general) que se pueda entender la naturaleza o "lo científico" como un lienzo en blanco sobre el que se escriben o se inscriben los resultados de la cultura, de lo social. Tampoco consideran los CTS que se pueda interpretar la práctica científica fuera de su contexto social, ya que una de las premisas de los CTS es romper con la clásica división entre el contexto de descubrimiento y contexto de justificación (Longino 1990; Pérez Sedeño 2008). Se pone así en cuarentena desde los CTS la supuesta "objetividad" científica del positivismo mertoniano.

Dentro de los estudios sociales de la ciencia, este trabajo entra en diálogo con aquellos otros que se encuadran en los estudios material-semióticos, esto es, la Teoría del Actor-Red (ANT) y sus herederos. Este tipo de estudios se han caracterizado por recentrar el interés más allá del "giro discursivo" o "giro lingüístico" propuesto por aproximaciones previas desde la sociología de la ciencia y el humanismo. La ANT es, desde mi punto de vista, heredera de los estudios etnográficos de laboratorio, de los que se puede trazar una genealogía que empezaría con la propuesta teórica de Harold Garfinkel y sus *Estudios en Etnometodología* (1967) y tendría su continuidad en la propuesta de Bruno Latour y Steve Woolgar (1979) que analizan la ciencia *haciéndose* y concluyen que la división naturaleza/cultura es errónea desde el momento en que la naturaleza sólo existe en forma de artefacto en el laboratorio.

Los dos puntos más interesantes que proponen la ANT y sus desarrollos posteriores son, desde mi perspectiva, dos: la *ampliación* del principio de *simetría* y la reconceptualización y activación de la *agencia*. Mediante el principio de simetría se entiende que todos los actores, humanos y no-humanos, así como los diversos aspectos "naturales" y "sociales" de los procesos han de valorarse atendiendo al mismo tipo de causas explicativas, es decir, no es posible, como se venía haciendo desde posiciones del llamado giro social, continuar dando diferentes hipótesis causales a los diferentes actores (Callon 1986; Latour 1993). El segundo aspecto definitorio de la ANT sería la reconceptualización radical del concepto de *agencia*. Como ha señalado muy acertadamente Romero Bachiller, la agencia no sería en este caso un atributo humano sino que se entiende como un efecto inestable de "múltiples interacciones entre elementos y materialidades heterogéneas conformadas en relaciones disímiles". Es decir, que la agencia no es ya (más) una cualidad inherente a los seres humanos, sino que es el producto de articulaciones entre elementos diversos materiales – humanos y no-humanos – y simbólicos (Romero Bachiller 2006, 30-32).

Los desarrollos posteriores que han profundizado los aspectos semiotico-materiales de la ciencia y la tecnología han tendido a tomar cierta distancia con la ANT, aún siendo algunos de ellos proponentes de la misma (Law y Hassard 1999; Callon, Lascoumes, y Barthe 2009). Una de las principales críticas que ha recibido la ANT es el exceso de descripción de los procesos y su carencia de normatividad en cierto sentido. En este sentido, las epistemologías feministas del *punto de vista* y, muy especialmente, Donna Haraway[5] han sido incisivas en la crítica a las metodologías utilizadas por la ANT y su falta de compromiso político:

[5] Siguiendo a Sandra Harding (1986) se ha situado tradicionalmente a Donna Haraway como representante del posmodernismo feminista. Sin embargo, no considero que la principal característica del posmodernismo, su relativismo ontológico, se pueda aplicar a la posición teórica que Haraway defiende. La

> No basta con mostrar la contingencia histórica radical y los modos de construcción para todo. [...] Así, creo que mi problema y "nuestro" problema es como lograr *simultáneamente* una versión de la contingencia histórica radical para todas las afirmaciones del conocimiento y los sujetos conocedores , una práctica crítica capaz de reconocer nuestras propias "tecnologías semióticas" para lograr significados y un compromiso con sentido que consiga versiones fidedignas de un mundo "real", que pueda ser parcialmente compartido y que sea favorable a los proyectos globales de libertad finita, de abundancia material adecuada, de modesto significado en el sufrimiento y de felicidad limitada. (Haraway 1995, 321)

I.2 Estudios feministas de la ciencia

En efecto, como señaló Latour en una de las citas que abre esta introducción, el cuerpo ya no volverá a ser el mismo después de su encuentro con los estudios de ciencia y el feminismo (Latour 2004); pero tan importante como esto (o más) es que los estudios de ciencia no serían los mismos sin la aportación del feminismo.

El feminismo tanto en su vertiente de movimiento socio-político como en su vertiente de teoría crítica ha señalado a la ciencia por ser un lugar que, lejos de suponer un espacio aséptico a las contaminaciones de la cultura, en el que los "hechos" hablarían por sí mismos y sería neutro en cuanto a "valores contextuales", la pretendida objetividad positivista, pues bien, lejos de suponer ese tipo de espacio se configura como un espacio exclusivo y excluyente tanto para las mujeres como para todos los sujetos que no cumplan las características de la cultura dominante (Harding 1986).

---

posición teórica de Haraway parte del escepticismo al analizar la ciencia, al igual que lo hacen otras corrientes epistemológicas feministas, y propone nuevos métodos de conocimiento que sean situados, parciales y políticamente comprometidos (Haraway 1988), en la misma línea que algunas propuestas del *punto de vista* (Moraga y Anzaldúa 1983; Collins 1999).

En efecto, al igual que en otras esferas de la vida pública el feminismo se ocupa primero de señalar el escaso número de mujeres en ciencia, para pasar después a criticar la ciencia por ser una ciencia masculinista y androcéntrica en la que el hombre (en masculino) es la medida de todas las cosas (Keller 1982; 1996). Este tipo de críticas que habían llegado a otros sectores de la academia unos años antes, no llegó a los estudios de ciencia hasta finales de los setenta, pero llegaron para quedarse y producir un cambio profundo, al menos, en los CTS. Siguiendo a Lykke (2008) hay tres dimensiones fundamentales en la articulación del feminismo con los estudios sociales de la ciencia: la introducción de la perspectiva de género en el análisis de la tecnociencia, la re-introducción del cuerpo en la investigación científica y la revisión epistémica de la ciencia con la "objetividad científica" en el centro del análisis. Me detendré brevemente en las dos últimas ya que son las que más peso tienen en este trabajo.

La cuestión de la "objetividad" científica está relacionada, en primer lugar, con la denuncia de la ciencia positivista que, bajo la "ilusión del "objetivismo" (Keller 1996), auspició un conocimiento pretendidamente neutral y libre de valores, realizado por un sujeto universal y autónomo pero que a la postre se reveló como un conocimiento parcial y realizado por un tipo de sujeto concreto, masculinizado y con voluntad de dominio sobre la naturaleza (Keller 1992). El tipo de sujeto que posteriormente Haraway identificó como el *testigo modesto*, varón, blanco, heterosexual, occidental, que aparece invisible y que pretende que mira desde arriba, desde lo que se suele denominar 'el punto de vista de Dios', que lo ve todo desde una posición de supuesta neutralidad (Haraway 1997, 41-57).

Pero las epistemologías feministas no se limitaron a denunciar esta falsa objetividad científica, objetivo que, por otro lado, se solapa con una denuncia en términos similares desde los estudios CTS. En este sentido las epistemologías feministas han sido mucho más prescriptivas, al marcar

distintas formas de superar esta falsa objetividad científica. Sin pretender entrar de modo exhaustivo en cada una de las propuestas de objetividad desde los estudios feministas de la ciencia, hemos de señalar – aunque sea someramente – algunas de las principales propuestas. Sandra Harding (1986) realizó un compendio de las diferentes posturas dividiendo en tres grandes categorías, *empirismo feminista*, *epistemologías del punto de vista* y *posmodernismo feminista* que, en la actualidad, está ampliamente superado.

La propia Harding rectificó esta primera propuesta al diferenciar el empirismo "espontaneo" de otras versiones más sofisticadas del empirismo feminista (Harding 1993). Estas otras versiones "más sofisticadas" son las del *empirismo feminista contextual* del que Helen Longino es quizá su máxima proponente y considera que el conocimiento científico es: parcial, por el necesario contexto de investigación y por la visión socialmente situada de los sujetos; plural, porque puede haber varias representaciones epistémicamente aceptables de un fenómeno aunque estas sean diferentes entre sí; y provisional, ya que el conjunto de prácticas que son productoras de conocimiento pueden verse superadas o modificadas por una ampliación en el cuerpo del conocimiento (Longino 2002). Longino considera que,

> La objetividad se asegura al garantizar la inclusión de todas las perspectivas socialmente relevantes en la comunidad comprometida en la construcción del conocimiento. (Longino 1997, 75)

Es decir, que la objetividad es un proceso social y además para conseguir esta objetividad se han de cumplir una serie de normas que garanticen la dimensión transformadora del discurso crítico: ha de haber foros públicamente reconocidos para la crítica, no se debe sólo tolerar el disenso sino que se deben absorber y aceptar las críticas, se han de establecer estándares públicamente reconocidos en los cuales confrontar y evaluar las teorías y prácticas observacionales, y, por último, las comunidades han de estar caracterizadas por la igualdad "atemperada" en la

autoridad intelectual en la que todas las perspectivas relevantes estén representadas (Longino 1993, 112-113).

Harding (1986) se situó como proponente de las epistemologías del punto de vista feminista, dejando a Haraway como representante de las epistemologías feministas posmodernas. Sin embargo, la propia Haraway en *Situated Knowledges* (1988) contesta a Harding afirmando su posición epistemológica muy alejada de las posturas posmodernas y relativistas. En mi opinión, y coincidiendo con Romero Bachiller (2006), la posición de Haraway se debe englobar en las epistemologías del punto de vista.

El proyecto epistemológico de Harding plantea que el punto de vista de los grupos marginalizados ha de ser el punto de partida para una *ciencia sucesora* ya que tienen mayor facilidad para hacer visibles y cuestionar los valores de la ciencia hegemónica – valores sexistas, racistas, colonialistas y androcéntricos - (Harding 1991). El proyecto de una ciencia sucesora requiere de una *objetividad fuerte*, que privilegie puntos de vista como los de las "Outsiders" (Lorde 1984), "Outsiders within" (P. H. Collins 1999), "Borderlands" o fronterizas (Anzaldúa 1987), entre otros. Junto a esta objetividad fuerte, Harding reclama para la ciencia sucesora una *reflexividad fuerte* que sitúe al sujeto y al objeto de conocimiento en el mismo plano, ya que entiende que ambas posiciones se encuentran expuestas a los mismos tipos de fuerzas sociales (Harding 1993); en este sentido, la propuesta de Harding encuentra muchos puntos de conexión con la propuesta de la Escuela de Edimburgo de sociología del conocimiento, el llamado *Programa Fuerte* (Bloor 1976).

Por su parte Donna Haraway (1988) realiza un doble ejercicio descriptivo y normativo de cómo ha sido la ciencia y cómo debe ser la ciencia feminista. La ciencia ha sido, desde sus orígenes un proyecto colonialista, militarista, capitalista, racista y sexista; se ha caracterizado además por tratar de ser universal y ahistórica (Haraway 1995, 317). Utiliza la metáfora de la visión para articular un discurso en el que se posiciona

frete a la objetividad positivista y la visión trascendental de la ciencia tradicional pero también frente al relativismo paralizante en el que todas las posiciones son equiparables y la visión desde ningún sitio.

> La alternativa al relativismo son los conocimientos parciales, localizables y críticos, que admite la posibilidad de conexiones llamadas solidaridad en la política y conversaciones compartidas en la epistemología. (Haraway 1995, 329)

Para Haraway, la objetividad feminista pasa por el *conocimiento situado* y *encarnado*, la visión desde abajo, desde las posiciones de los subyugados parece un lugar mejor para desplegar las nuevas herramientas de visualización, pero al mismo tiempo Haraway nos advierte de que la visión desde el punto de vista de los subyugados no representa una posición "inocente" y que "son preferidos porque parecen prometer versiones transformadoras más adecuadas, sustentadas y objetivas del mundo" (ibidem. 1995, 328).

En este sentido, la objetividad situada de Haraway reclama un objeto de conocimiento diferente del de la ciencia positivista. El objeto en los conocimientos situados ha de ser un *actor* y un *agente* que intervenga en el propio proceso de conocimiento (Haraway 1988, 592).

Respecto a la re-introducción del cuerpo como aportación desde los estudios feministas a la ciencia, hay que señalar que el cuerpo había sido dejado de lado como objeto de conocimiento científico, excepto para algunos proyectos desde la antropología ligada al colonialismo o para la medicina en la que el cuerpo se interpretaba como el recipiente en que inscribir una serie de cuestiones tales como las enfermedades. El cuerpo era, en esta visión una entidad absolutamente pasiva, un *recurso* en terminología Haraway (ibidem. 1988, 594).

El cuerpo había sido para la ciencia un "objeto natural" que no merecía la consideración de ser pensado ni teorizado. Sin embargo, la teoría feminista junto con los estudios críticos sobre la raza y los estudios críticos

sobre discapacidad han puesto al cuerpo en una posición central en el pensamiento socio-político contemporáneo. El cuerpo ha sido enunciado desde los primeros manifiestos feministas desde Wollstonecraft a Sojourner Thruth y posteriormente desde Beauvoir a Irigaray (Lennon 2010). Me interesa especialmente aquí el giro constructivista en la comprensión del cuerpo que se produce a partir de una concepción del cuerpo en tanto que construcción social y, en concreto, cómo este ha sido articulado a partir de su comprensión como producto social, cultural e históricamente situado y construido y no como una entidad biológica de inscripción. En este sentido, *producto* aquí tiene una doble acepción en el sentido de producto material de articulaciones diversas (de raza, género, identidad) y como un proceso a través del cual conocemos el mundo (Balsamo 1996); en este segundo sentido sería un objeto frontera en el sentido concebido por Haraway (1988), de nuevo.

Para los estudios CTS ha sido fundamental la conceptualización del cuerpo como instancia material que se invoca desde el feminismo; ya sea desde el feminismo como movimiento social y su reapropiación de la materialidad del cuerpo y lugar de enunciación del discurso, representado por la obra colectiva pionera de mujeres activistas feministas en salud a principios de los años setenta del siglo XX en Estados Unidos, *Our bodies, ourselves* (1971), como desde las teorías críticas feministas y los propios estudios feministas de la ciencia, representados de forma fundamental por los argumentos de Butler (1993) y de Haraway (1995), respectivamente. Para Butler, especialmente en *Cuerpos que importan* (1993), la sujeción de nuestros cuerpos a las prácticas normalizadoras (de género) supone no sólo la forma en que los cuerpos masculinos y femeninos buscan la aproximación al ideal regulador sino también, y más importante, el proceso por medio del que los sujetos (generizados) entran a formar parte de la existencia y dejan de ocupar posiciones abyectas, no coherentes en la matriz heterosexual de la diferencia sexual (Butler 1990; 1993; 2004). Por su parte,

Donna Haraway señaló, ya en la primera versión del "Cyborg Manifesto" en 1985, la falsa apariencia de la corporalidad en las narrativas científicas contemporáneas, proponiendo la figura del *cyborg* como la que más fielmente representa la materialidad del cuerpo en la frontera del siglo XXI, en la que la división naturaleza/cultura ha sido desautorizada por las evidencias materiales de la imposibilidad de discernir entre ambos polos de esta dualidad. En este sentido la figura del cyborg se presenta como una mezcla indelimitable de organismo humano y cibernético, simultáneamente "animal y máquina", una criatura que habita un mundo ambiguamente natural y artificialmente creado (Haraway 1995, 253). Como vemos, Haraway renuncia de forma manifiesta a un estado de naturaleza pura que constituyese el cuerpo; por el contrario reclama el cuerpo (o los cuerpos) como híbridos, quimeras, cyborgs. "Somos *cyborgs*. El *cyborg* es nuestra ontología, nos otorga nuestra política" (Haraway 1995, 254).

I.3 Los estudios transgénero

En tercer lugar, quiero señalar y delinear aunque sea de forma somera el tercer ámbito de intersección de este trabajo, los llamados estudios transgénero, después de haber dedicado una amplia parte de estas notas teóricas a los estudios CTS y a los estudios feministas (de la ciencia).

Los estudios transgénero o estudios *trans*[6] suponen un campo muy amplio y relativamente reciente de estudio. Algunos autores citan el número especial de la revista GLQ editado por Susan Stryker en 1998 como el documento "fundacional" de un campo llamado estudios transgénero. Pero en realidad, si nos detenemos por un momento a pensar cómo

[6] En el ámbito anglosajón se utiliza la primera denominación, esto es, estudios transgénero. Sin embargo parece pertinente en el caso del estado español y el ámbito hispanohablante la utilización del segundo término, estudios trans, ya que, como defiendo a lo largo de este trabajo, el término trans en el Estado español se utiliza en los últimos años como término paraguas para englobar un amplio abanico de posiciones de género.

constituimos estas divisiones disciplinares veremos que es (probablemente) un poco más complicado.

En este sentido, mi impresión y mis reflexiones sobre qué constituye el campo de los estudios transgénero confluye con las la teorización que de este asunto realiza David Valentine en *Imagining Transgender* (2007). En este trabajo Valentine realiza dos movimientos interesantes: el primero consiste en la búsqueda de lo que puede componer un campo de estudios transgénero, el segundo consiste en la reflexión acerca de qué trabajos serían los constitutivos y propios de esta nueva área de estudio. Valentine sostiene que este campo estaría compuesto por trabajos que tratan el transgenerismo desde muy diversas disciplinas, desde la medicina hasta los estudios literarios sobre identidades. Esta amplitud del campo de estudio da cuenta a su vez de la complejidades, contradicciones y confluencias que han posibilitado su emergencia.

Así, para Valentine, el campo de los estudios transgénero estaría compuesto por una serie de trabajos que, a su vez, dan cuenta de un conjunto de prácticas sociales diversas que históricamente se han articulado de maneras concretas para crear el campo de estudio. Por otro lado, los estudios transgénero no constituirían para Valentine un campo de estudio estable por la propia indeterminación que supone la categoría "transgénero", que sería la categoría que permitiría la disciplina pero produciría, al mismo tiempo, el efecto de complicar la estabilización de la disciplina.

Esta problematización de la categoría va a ir apareciendo a lo largo de este trabajo y remite a la idea más amplia apuntada y desarrollada por Law (2004) en el sentido de que las categorías en ocasiones producen realidades complejas con efectos aparentemente contradictorios o paradójicos; esta es una de las dificultades que presentaría un análisis detallado de las realidades de ciertas categorías o hechos en las ciencias sociales.

Además, ya que por su propia idiosincrasia los estudios transgénero no son un campo aislado, parte de los mismos están incorporados en e intersectan con los "estudios queer", "los estudios LGTB", los "estudios de las mujeres" o los "estudios de género". Por último, el campo de los estudios transgénero daría cuenta de una forma diferente a todos los anteriormente mencionados de cómo las diferencias entre las personas con cuerpos generizados y asignados en masculino o femenino son producidas y articuladas en función de las geografías del espacio físico de procedencia o arraigo, de la posición histórica y socio-política contemporáneas, por citar algunas. Y, en línea con esta última reflexión, y al abrigo de esta, los estudios transgénero, precisamente por la visibilización de las diferencias en el interior de la categoría "transgénero", dan cuenta de cómo los estudios feministas y los estudios LGTB/queer han entendido las categorías de género y sexualidad de manera diferente (Valentine 2007, 144-145).

Trasladando estas reflexiones al contexto español y tratando de realizar una aproximación local y situada hay dos aspectos que me gustaría resaltar en relación a los estudios transgénero: la primera, al hilo de las reflexiones de Valentine tiene que ver con la forma en la que los "estudios críticos transgénero" y las prácticas activistas trans confluyen para intervenir de forma diferente sobre los cuerpos trans. En este sentido, los estudios críticos trans son los que han introducido, desde mi perspectiva, una visión diferente de los cuerpos trans, en este caso, no como mero receptor de una serie de prácticas y tecnologías de inscripción cultural sino como agente activo de estas mismas prácticas. El cuerpo es analizado en relación simétrica con otros actores que intervienen en los procesos de producción, inscripción o disidencia cultural de la matriz heteronormativa de la diferencia sexual.

En segundo lugar, atendiendo al amplísimo campo de estudio que hemos dado en incluir como "estudios transgénero" quiero comenzar a delinear aquí las aportaciones que se han realizado al mismo desde el

Estado español. Hay que señalar que las primeras aportaciones al campo de los estudios trans en el Estado provienen de la antropología de la sexualidad, en este sentido la compilación de Nieto (1998) marcaría un punto de partida en este campo. Posteriormente, ya durante los primeros años del siglo XXI, las principales aportaciones han venido desde la medicina con sendas compilaciones Becerra (2003a) y Gómez Gil y Esteva de Antonio (2006) en las que se sigue de forma bastante fiel el marco biomédico a la hora de hablar e intervenir en el espacio de lo trans. Aún así, en ambas compilaciones se da un hecho interesante y peculiar a este (nuevo) campo de estudio como es la inclusión de algunas perspectivas críticas con la forma de inscripción de lo trans en el paradigma biomédico; así, las aportaciones desde la psicología crítica de Cristina Garaizabal en ambas compilaciones o la inclusión de la perspectiva del asociacionismo trans mediante capítulos de activistas históricas como Juana Ramos abren cuñas a la posibilidad de pensar lo trans no sólo desde el discurso de normativización biopolítica de la medicina. Desde el activismo feminista y queer también se han realizado interesantes aportaciones y acercamientos al espacio de lo trans tanto desde obras colectivas como *El eje del mal es heterosexual: figuraciones y movimientos feministas/queer* (2005) o el ya clásico *Testo yonqui* de Preciado (2008). Pero hemos de señalar que el punto de inflexión para la creación de un corpus de estudios críticos trans vino dado por la publicación de *El género desordenado* de Missé y Coll-Planas (2010) a raíz de las experiencias activistas en el marco de la Campaña Internacional por la Despatologización Trans. A partir de el año 2010 diversos/as autores han contribuido a la formación de este incipiente campo de estudio desde una perspectiva crítica y activista[7]. En este apartado hay que incluir también las diversas aportaciones que se han venido realizando en forma de tesis de

[7] Ver a este respecto (Platero 2009; 2011; 2012; 2014; Solá y Urko 2013; Missé 2013; Soley-Beltran y Coll-Planas 2011; Coll-Planas 2012; Coll-Planas, Alfama, y Cruells 2013; Ortega Arjonilla, Romero Bachiller e Ibáñez Martín 2014).

máster o tesis doctorales en las que lo trans se constituye como objeto central de estudio[8].

II. Aspectos y dificultades de una metodología híbrida

Una ventaja que tiene trabajar desde los estudios CTS es que permite la posibilidad de explorar y aplicar diferentes modelos metodológicos de una forma más laxa que cuando te has de ceñir a unas "normas" disciplinares. Esto en ocasiones también puede resultar un inconveniente ya que cuando combinas metodologías propias de diferentes disciplinas, en cierto modo estás realizando (micro)innovaciones en el plano metodológico y eso conlleva salir del paraguas protector de las "normas" a las que antes hacíamos referencia. En cualquier caso, y aunque asusta salirse de la comodidad de las normas resulta excitante por las promesas que augura.

Este trabajo, además, presenta dos partes diferenciadas, al menos, en lo que a metodología de investigación se refiere. Los dos primeros capítulos presentan un modelo de investigación más propio de las humanidades y la investigación histórica, la búsqueda bibliográfica y archivística y el análisis de los documentos originales. Este último punto cobra importancia especialmente en el segundo capítulo, dedicado al desarrollo y estabilización de las tecnologías biomédicas productoras de la transexualidad. Podría haber elegido alguna otra práctica tecnológica pero resultó una elección deliberada el señalar dos tecnologías (en principio) discursivas como los vehículos para narrar la producción biomédica de la transexualidad. En este sentido, los "estándares de cuidado" y el "DSM", ambos en las diferentes actualizaciones que desde los años ochenta del siglo XX se han ido produciendo, son analizados como "actores material-semióticos" (Haraway 1995), en tanto que, los considero entidades que tienen una carga a la vez discursiva y material.

[8] Ver: Ortega Arjonilla 2005; Cano-Caballero Gálvez 2010; Martínez-Guzmán 2011; Mas Grau 2011.

Por su parte, los dos últimos capítulos tienen una orientación metodológica más propia de las ciencias sociales y, en particular, de la antropología. Este uso de los métodos propios de la antropología, como la etnografía u otros métodos de investigación cualitativa, ha sido un recurso muy utilizado en los estudios sociales de la ciencia. De hecho, algunos trabajos considerados ya clásicos de los CTS son trabajos etnográficos (véase por ejemplo, Latour y Woolgar 1979; Traweek 1988; Mol 2002).

En cualquier caso, la metodología especialmente para los dos últimos capítulos se ha ido desplegando al tiempo que se ha ido desarrollando la investigación. Esto no quiere decir que no tuviese una idea prefijada de las formas en que me quería acercar a mi objeto de estudio, sino que el proceso de investigación es un proceso vivo en el que también podemos comprobar cómo puede ser "la ciencia haciéndose" (Latour y Woolgar 1979), aunque en este caso no restringida a los muros del laboratorio, y en el que los actores que forman parte del proceso de investigación ejercen su propia agencia. Este hecho, la agencia de los "actores", moldea a su vez las aproximaciones al objeto de estudio.

Así, dos variables "inesperadas" han marcado el trabajo de campo inicialmente diseñado para el abordaje de las prácticas de producción de género en el caso trans. Por un lado, la agencia de los "actores", como ya hemos expuesto, su aceptación (o no) a participar en el proceso de investigación en un campo que, al menos en los últimos años, es altamente polémico ya que se están movilizando discursos que refieren a posiciones políticas enfrentadas en la concepción de cómo deben ser las normatividades y políticas sobre los cuerpos *trans*. Por otro lado, la propia precariedad del proceso de investigación en el contexto en el que se produce. Esta no es una cuestión meta-teórica, ni menor y ha tenido un importante peso específico a la hora de realizar la investigación. Por ejemplo, la idea inicial de desarrollar un trabajo etnográfico amplio en alguna de las unidades, en concreto en la UTIG de Málaga se vio

imposibilitado por las constricciones respecto a la financiación de la misma y a los tiempos de la investigación[9].

Así, el planteamiento inicial de realizar una etnografía centrada en la construcción de la transexualidad en el espacio concreto de una institución hospitalaria, la UTIG, se vio sustituido por una búsqueda en diferentes espacios en los que la transexualidad se *actúa* (Mol y Law 2004). Los diferentes lugares en los que esto sucede ha quedado reflejado en mis notas de campo que componen un mapa de anotaciones sobre visitas de menor duración a las diferentes UTIG, a consultas privadas de profesionales sanitarios que trabajan en cuestiones trans, centros de atención primaria, centros de salud mental de la red madrileña de salud, (SERMAS), locales de asociaciones de transexuales, jornadas en congresos médicos sobre transexualidad, jornadas organizadas por asociaciones de personas trans, mesas redondas con profesionales de la salud, o las diferentes actividades de los "Octubres Trans", especialmente, las manifestaciones convocadas en el marco de los mismos en los que el espacio público es ocupado. De alguna manera he "seguido a los actores" (Latour 2007) a través de las diferentes localizaciones en las que lo *trans* se está produciendo de formas concretas.

Además de mis notas de campo, hay otro material que tiene un importante peso específico en este trabajo, si bien solo aparece reflejado en

[9] La UTIG de Málaga se mostró siempre abierta y dispuesta a acogerme para realizar el trabajo etnográfico y desde aquí quiero agradecerles su disposición a colaborar. El problema resultó ser que en el momento en que este trabajo etnográfico se podía producir no disponía de financiación específica para el mismo y no me pude desplazar por un periodo de tiempo de entre dos y tres meses a Málaga, que se encuentra a más de 600 kilómetros de mi localidad de residencia habitual en ese momento. A pesar de que el trabajo de campo de esta tesis se ha realizado en parte en el marco de dos proyectos de investigación más amplios y financiados a través del Plan Nacional de I+D+i como son, "Cartografías del cuerpo: biopolíticas de la ciencia y la tecnología" (2009-07138/FISO) y "Visiones y versiones de las tecnologías biomédicas" (FFI 2012-38912-CO2-01), no era posible financiar mi estancia de investigación y todos los gastos que conllevaba a través de los mismos.

pequeñas dosis, las entrevistas. Como llevo trabajando en cuestiones relacionadas con lo trans desde hace unos diez años, he recolectado material en forma de entrevistas desde el año 2004, si bien es cierto que esos primeros materiales no estaban centrados en la exploración de las preguntas de investigación que han guiado este trabajo. Aún así, este material ha resultado importante a la hora de situar la investigación en el contexto actual, más aún cuando el contexto actual está marcado por el cambio fundamental que supuso para las cuestiones trans en el Estado español la entrada en vigor de la Ley 3/2007, que regulaba las condiciones de reconocimiento legal del cambio de nombre y mención de sexo, la (mal) llamada "Ley de identidad de género".

El periodo de trabajos de campo que sí se ve reflejado directamente en esta investigación es el comprendido entre los años 2010 y 2014, ambos incluidos. En estos años se han realizado, en el marco de los dos proyectos de investigación sobre tecnologías biomédicas mencionados con anterioridad, tres oleadas de entrevistas.

La primera oleada de entrevistas se produjo durante el año 2010 y en ella se entrevistó a diversos activistas que venían trabajando en cuestiones trans con la idea de reflejar las diferentes posiciones desde el activismo. A todas las personas entrevistadas en esa primera oleada se les dio la oportunidad de elegir si querían que sus nombres apareciesen mencionados en los productos de la investigación, en tanto que voces representativas del activismo y asociacionismo trans. Esta primera oleada de entrevistas tenía un guión poco estructurado y se pueden considerar como entrevistas abiertas en torno a la caracterización de lo trans, posicionamientos políticos y activistas y concretamente posicionamientos sobre despatologización.

La segunda oleada de entrevistas se produjo durante el año 2012. En esta oleada, el interés era recabar las visiones de los profesionales sanitarios en torno a la cuestión trans. Al igual que en la primera oleada, a

los participantes en esta segunda oleada de entrevistas se les ofreció la posibilidad de que sus nombres apareciesen mencionados en los futuros resultados de la investigación y todos consintieron en que sus nombres apareciesen. Para esta segunda oleada sí se preparó un guión más exhaustivo, que podría responder al esquema de entrevistas semi-estructuradas en torno a diversos bloques: descripción de su formación y trabajo específico en relación a la transexualidad, prácticas concretas en las que está vinculado a lo trans y un tercer bloque de tensiones, conflictos y cambios en las prácticas o en los procesos de intervención.

He de mencionar que, finalmente, decidí no incluir los nombres de ninguna de las personas entrevistadas en las dos primeras oleadas, ya que su inclusión no proporcionaba ningún valor añadido a este trabajo, en el que finalmente he optado por marcar los aspectos comunes o característicos de la posición desde la que hablaban los activistas o los profesionales de la salud. Así, las referencias a activistas aparecerán anonimizadas mediante un código y las referencias a entrevistas a profesionales sólo marcaremos a qué tipo de especialidad sanitaria pertenece, no así sus nombres.

Por último, una tercera oleada realizada entre Mayo de 2013 y Marzo de 2014, en la que entrevistamos a personas trans concretas. Esta tercera oleada se planteó como entrevistas semi-estructuradas en torno a un guión de varios bloques centrados en su visión de las prácticas médicas relacionadas con lo trans, el itinerario de intervención que habían seguido, el rastreo de las tensiones y conflictos que se hubiesen podido generar en estas prácticas de intervención médica y, por último, su visión sobre cómo mejorar los procesos de atención y cuidados en las prácticas sobre lo trans. Para esta última oleada, en la que personas trans nos contaban sus prácticas contamos con la ayuda, el "enrolamiento" (Callon 1986), de algunas asociaciones de personas trans y también con el modelo "bola de nieve", es decir, de contactos que a su vez nos proveen de nuevos contactos. En este caso, la premisa dada a todas las personas participantes en este grupo de

entrevistas es la anonimización de los datos para proteger sus identidades y favorecer el clima de confianza necesario en este tipo de trabajos.

1. Cuerpos, hormonas y "travestidos" a principios del siglo XX

"¿Verdaderamente tenemos necesidad de un sexo verdadero?"

(Foucault 1978)

Introducción

Todas las fuentes consultadas sitúan el surgimiento de la figura del transexual[10], en los términos en que lo entendemos hoy en día, como la suma de acontecimientos protagonizados por tres personajes principales. La mayor parte de las fuentes coinciden en afirmar que la acuñación del término se debe al psiquiatra David Oliver Cauldwell, que en 1949 lo utilizó para referirse a "personas que desean ser miembros del sexo al que no pertenecen propiamente"[11] (Cauldwell 2001). La figura del endocrinólogo Harry Benjamin es señalada como la persona que introdujo el término "transexualidad" o "transexualismo" en Estados Unidos y lo difundió entre la comunidad médica en los años cincuenta del siglo XX; además, sentó las bases para la estandarización del tratamiento médico en su obra – ya clásica – *The Transsexual Phenomenon* (1966). El tercer personaje principal en esta historia oficial es Christine Jorgensen, el primer caso de una mujer

[10] La palabra transexual se utiliza en la actualidad generalmente para referirse a las personas que consideran necesario transformar su cuerpo a través de hormonación y cirugía para ajustar el cuerpo a la identidad de género que experimentan como propia y que es, en el esquema binario en el que habitamos, opuesta al sexo de nacimiento.

[11] Todas las traducciones son propias excepto en las que se especifique otra cosa.

transexual[12] conocido por la opinión pública de Estados Unidos a través del periódico *New York Daily News* en diciembre de 1952.

El caso de Christine Jorgensen nos sirve para introducir la aproximación a la pregunta de investigación que origina este capítulo, a saber, cuáles son las prácticas médicas y científicas específicas que hacen emerger la figura del transexual y su condición clínica asociada, en el contexto de los Estados Unidos a principios de los años cincuenta, una época, al tiempo, marcada por la cercanía y el recuerdo aún reciente de la Segunda Guerra Mundial. O de otra forma, cuáles son las condiciones de posibilidad para la "invención" de la figura encarnada por Christine Jorgensen y que se trasforma en el ideal del "moderno transexual".

1.1. El "descubrimiento" del cuerpo transexual en las prácticas tecno-científicas del siglo XX.

El 1 de diciembre de 1952 la portada del periódico *New York Daily News* titulaba junto a las fotografías de Jorgensen: "Ex soldado americano se convierte en belleza rubia: Las operaciones transforman a un joven del Bronx".

La figura del transexual emerge en la intersección de las teorías sobre el sexo y la sexualidad, las prácticas tecno-científicas y la popularización de imágenes como la de Christine Jorgensen en los medios de comunicación. Sin embargo, parece pertinente analizar en detalle cuales fueron las teorías sobre la sexualidad humana, las prácticas médicas y científicas, así como otros aspectos sociales que pudieron estar implicados en el surgimiento de esta figura.

[12] A lo largo de este trabajo nos referiremos a las personas con el género que han manifestado sentir como propio y no con su sexo asignado (generalmente) en el momento de nacimiento.

Figura 1.1. Portada del New York Daily News (1 /12/1952)



Fuente: New York Daily News. (http://www.nydailynewspix.com)

En primer lugar deberíamos centrar más, si cabe, a qué nos referimos cuando hablamos de transexual. La definición dada por Cauldwell apuntaba al deseo de "pertenecer al otro sexo", sin embargo, en la actualidad las ideas e imágenes asociadas a la transexualidad o a las personas transexuales está vinculada, en mucha mayor medida, no tanto al deseo como a las prácticas quirúrgicas y hormonales que harían posible en el imaginario social este "convertirse" o "pasar a ser del otro sexo".

Así, el Diccionario de la Lengua Española recoge las siguientes acepciones para la entrada "transexual":

Figura 1.2

> **transexual. 1.** adj. Dicho de una persona: Que se siente del otro sexo, y adopta sus atuendos y comportamientos. U. t. c. s.
>
> **2.** adj. Dicho de una persona: Que mediante tratamiento hormonal e intervención quirúrgica adquiere los caracteres sexuales

Fuente: («Diccionario de la lengua española - 22ª edición» 2013)[13]

[13] **http://lema.rae.es/drae/?val=transexual. (Último acceso 13/03/2013).**

Sin entrar a valorar los aspectos lingüísticos en la definición del diccionario, como podría ser la relación de atuendos y comportamientos con un sexo determinado, podemos ver cómo en el diccionario de la academia se reflejan, en la primera acepción, la concepción de Cauldwell de la transexualidad, y una segunda acepción, que está más relacionada con intervenciones médicas, quirúrgicas y farmacológicas sobre el cuerpo.

Así, podemos afirmar que una visión general de la transexualidad es aquella que combina las ideas relacionadas con – lo que hoy llamamos – la "identidad de género", es decir, la convicción que una persona tiene de su pertenencia a un género determinado (varón/mujer), pero también parece primar un componente que refleja la materialidad del cuerpo, y que especifica los cambios necesarios en esta materialidad para "adquirir los caracteres sexuales del sexo opuesto"[14].

Las diversas fuentes consultadas, como señalábamos con anterioridad, coinciden en afirmar que el concepto moderno de transexual está atravesado por la confluencia de los discursos biomédicos sobre la normatividad de los cuerpos, lo que un cuerpo debe ser y que su punto de partida se sitúa en Estados Unidos a mediados del siglo XX con la figura de Jorgensen como eje sobre el que se articulan estos mismos discursos (Bullough 1998; Ekins y King 2001; Hausman 1995; Meyerowitz 2002;

[14] La terminología utilizada en este campo es amplia y, hasta cierto punto, confusa debido en parte a las herencias del inglés y en parte por cómo han "cuajado" o no estas herencias. Durante todo el trabajo me inclinaré por utilizar la terminología que defiende Coll-Planas en la introducción a la obra *El género desordenado*, ya que creo que define con bastante precisión el estado de la cuestión respecto a terminología en el Estado español. Así, utilizaremos *Trans* como término paraguas para todas las personas que no presentan una correspondencia normalizada entre sexo y género, con *transexual* nos referiremos a aquellas personas que consideran necesaria la transformación del cuerpo para adaptarlo a las supuestas "características" que coincidan con su "identidad de género", por último *transgénero,* en el contexto latino serían todas aquellas personas que cuestionan la necesidad de escoger entre una de las dos posiciones de género y además adecuar el cuerpo a estas posiciones, mientras que en el contexto anglosajón funcionaría como término paraguas para englobar a todas las posiciones variantes de género (Coll-Planas 2010, 22-23).

Meyerowitz 1998). También sabemos que, si bien el "caso Jorgensen" marcó un punto de inflexión en la "popularización" del concepto, la teoría y las prácticas subyacentes se despliegan previamente y migran, viajan de un continente a otro y de un tiempo a otro.

A lo largo de este capítulo vamos a rastrear cuáles fueron las prácticas científicas que posibilitaron el surgimiento del "transexual", qué actores humanos y no humanos estaban envueltos en el proceso y cómo estos se articulan para hacer emerger el cuerpo transexual a través de una serie de prácticas concretas.

En primer lugar veremos que en esta historia el tiempo no es una variable lineal, como la propia historia que vamos a contar tampoco lo es; está cargada de materialidad y por esa misma carga de materialidad, saturada de saltos, desplazamientos, vacíos, continuidades y discontinuidades que nos llevan desde los años cincuenta del siglo XX, pasando por el momento actual – principios del siglo XXI - hasta principios del siglo XX. También nos desplaza con saltos topográficos de una historia americana, que por momentos se torna europea y que se desplaza de un continente a otro, al tiempo que marca estas continuidades y discontinuidades.

Para poder narrar esta historia debemos tener en cuenta todos estos elementos: la percepción diferencial del tiempo, los diversos actores implicados, así como las relaciones entre estos, sin olvidar la materialidad de los cuerpos que esta historia despliega. En el capítulo se combinan las aproximaciones desde los estudios sociales de la ciencia, en concreto utilizaré algunos planteamientos de la Teoría del Actor-Red (ANT)- por sus siglas en inglés - para el estudio de las redes y los objetos de la práctica científica (Latour y Woolgar 1979; Latour 1993; Law 2004), la teoría crítica feminista y *queer* (Butler 1990; 1993; Halberstam 1998; Haraway 1995) y en concreto dos conceptos provenientes de la epistemología feminista de Donna Haraway "conocimientos situados" (Haraway 1988) y "localización

encarnada" (Haraway 1999) así como algunos planteamientos de la concepción del tiempo del filósofo francés Michel Serres (Serres y Latour 1995).

1.2. De las teorías sobre los dos sexos inconmensurables: representación vs materialidad del cuerpo.

La diferencia sexual ha sido examinada desde diferentes perspectivas si bien lo que aquí me interesa poner de relieve es su contingencia histórica, es decir, que surge en un momento y lugar determinados en un marco biopolítico concreto (Foucault 1976). Para el caso que nos ocupa, la diferencia sexual está en el origen mismo de la categoría transexual, ya que ésta sólo se puede descifrar si atendemos al contexto en el que surge. En otras palabras, la figura del transexual sólo tiene sentido en su acepción ligada a la biomedicina y a la intervención médico-tecnológica en un contexto en que las posiciones que los cuerpos pueden ocupar dentro del espectro "sexo" son solo dos, a saber, la de varón o la de mujer; solo en este marco normativo binario se puede entender esta figura del transexual como persona que cambia o desea cambiar sus características físicas.

En la historia de la cultura occidental ha habido diferentes marcos normativos respecto al sexo en los que los cuerpos debían estar inscritos, si bien desde, al menos, el siglo XIX ha sido la medicina la encargada de la regulación normativa con respecto al cuerpo como parte de un proyecto biopolítico más amplio de control de poblaciones (Foucault 1963).

Los diferentes modelos conceptuales y marcos normativos han sido ampliamente expuestos desde la historiografía del sexo, la historia de la ciencia o los estudios feministas (Laqueur 1990; Schiebinger 1991; Schiebinger 1993; Vázquez García y Cleminson 2010; Vázquez García y Cleminson 2012). Desde este tipo de análisis se ha puesto de manifiesto que las ideas sobre los sexos y la generación han variado a lo largo de la

historia, si bien parece que desde el siglo XVIII nos encontramos en un momento de hegemonía del "modelo de dos sexos" que naturaliza la diferencia sexual, ya que justifica esta diferencia en las – entendidas como - diferencias biológicas entre los sexos.

Según Laqueur, el "modelo de un sexo" o "modelo de sexo único" estuvo vigente en Europa durante el medievo y el Renacimiento. Estaba basado en las teorías hipocrático-galénicas sobre la generación y fue gradualmente sustituido por el modelo ilustrado de los dos sexos (Laqueur 1990). En este modelo de sexo único, la figura del varón viril representaba la perfección y se situaba en la cúspide de una hipotética pirámide sexual, mientras que en la base de la misma se situaban las mujeres como seres absolutamente imperfectos; entre ambas posiciones había toda una gradación de figuras intermedias y trasmutaciones sexuales entre las que se encontraban, según los médicos de la época, hombres menstruantes, mujeres barbudas, viragos, afeminados y diferentes tipos de hermafroditas (Laqueur 1990; Vázquez García 2009). Tanto las figuras intermedias como las mujeres eran concebidos como derivaciones imperfectas del varón si bien se concebía la posibilidad de la existencia de estas figuras intermedias. En este sistema de sexo único o estamental, el sexo era concebido de manera similar a otras características definitorias de la sociedad de Antiguo Régimen, en base a estamentos. En esta tradición, el cuerpo estaba vinculado en una trama horizontal al sistema de linajes y grupos de parentesco, no sólo al de estamentos – cuya vinculación sería vertical o piramidal, como señalábamos anteriormente - y en este sentido, se entendían sucesos excepcionales como la "mejora de sexo", para algunos casos bien documentados en los que personas de género difuso asignadas como mujeres en el momento del nacimiento se trasmutaron en varones con desigual suerte y mediante este proceso antes mencionado de mejora de sexo (Vázquez García y Cleminson 2010, 2-3); es el caso de Elena/o de Céspedes (Alhama de Granada, Granada. 1546) o Catalina de

Erauso/Alonso Díaz Ramírez (San Sebastián. 1592), por citar algunos ejemplos más conocidos en el panorama español (Laqueur 1990; Vázquez García 2009; Vázquez García y Cleminson 2010).

A partir del siglo XVIII este modelo de un sexo deja paso a un nuevo modelo, el "modelo de dos sexos" que se instituye como hegemónico en tanto que parte activa del proyecto ilustrado que veía a las mujeres como diferentes – e inferiores - tanto en términos sociales como biológicos y que sustenta la separación de las esferas pública y privada de la vida social en occidente. La codificación biológica de las diferencias es la que permitió excluir de la ciudadanía plena a las mujeres o a los "étnicamente inferiores". Se trataba de solidificar las diferencias a través de la biología. Sólo existían en este marco dos categorías que definían el sexo, varón y mujer, y se planteaban como inconmensurables y excluyentes entre sí. Como argumenta Schiebinger, "para la década de 1790, los anatomistas europeos presentaban los cuerpos masculinos y femeninos como poseedores de un *telos* diferenciado, fortaleza física y mental para el hombre, maternidad para la mujer (Schiebinger 1991, 191)

Respecto a los anteriormente catalogados como figuras intermedias en el modelo de sexo único, a partir del siglo XVIII y con plenitud durante el siglo XIX se negó su existencia. En el nuevo paradigma ilustrado de conocimiento, que en el caso español está personificado en Feijoo y Martín Martínez durante el siglo XVIII, se trata de descifrar diferentes rasgos en las estructuras anatómicas, fisiológicas y de temperamento para argumentar las diferencias entre hombres y mujeres e imposibilitar el espacio a las figuras intermedias (Vázquez García y Cleminson 2010, 16-17). En la España del siglo XIX la determinación del sexo de los individuos se realiza través de la medicina legal, la embriología y la teratología; fueron los peritos forenses los que se ocuparon de encontrar una técnica de diagnóstico que permitiera cifrar sin error el "verdadero sexo" de los individuos, más allá de su apariencia (Cleminson y Medina Doménech 2004; Vázquez García

2009). Las posiciones intermedias eran normalizadas a través de la medicina legal, que asignaba el sexo en los casos dudosos y si se infringía la resolución, los individuos eran severamente castigados por trasgredir la norma (Cleminson y Medina Doménech 2004).

Este relato en el que se puede hacer una clara diferenciación entre dos modelos sexuales normativos hegemónicos ha sido cuestionado desde diferentes frentes. Algunos historiadores de la ciencia han cuestionado la narración de Laqueur por considerar que las teorías de la generación propias del modelo de sexo único eran mucho más complejas de lo que sostiene este autor (Daston y Park 2001). Otra crítica importante ha venido por la cronología para el cambio de un modelo de sexo único al modelo de dos sexos, ya que, según Stolberg, esta cronología establecida en base a las representaciones de la diferencia sexual en los cuerpos debería retrotraerse a 1600, es decir, al inicio del siglo XVII (Stolberg 2003), si bien la polémica por las fechas no sólo envuelve a Laqueur ya que Stolberg refuta a éste y también a Schiebinger en base a las representaciones de esqueletos femeninos durante el siglo XVIII[15] (Laqueur 1990; Schiebinger 1986).

Desde nuestra perspectiva, sin embargo, la crítica más importante que se le puede hacer a estos relatos es que por un lado, al ser relatos representacionales se olvidan o dejan de lado los cuerpos sobre los que se actúa, los cuerpos concretos de la diferencia sexual. Por otro lado, tanto los relatos de Laqueur como de Schiebinger no se interrogan por las propias dinámicas de la ciencia, sino que recurren tan solo al contexto social para explicar los desarrollos científicos (Roberts 2002). En esta lectura, se vuelve a realizar una distinción entre ciencia – biología en este caso concreto – y cultura, pero además se vuelve a dejar el campo de la ciencia como un

[15] Esta controversia excede los límites de este capítulo y tiene una importancia, hasta cierto punto, tangencial para el tema que nos ocupa, a saber, la creación histórica de la diferencia sexual en el marco de la ciencia moderna. Para profundizar en la controversia historiográfica ver (Laqueur 2003; Schiebinger 2003; Stolberg 2003).

simple efecto de la cultura – entendida además como alta cultura - de una época concreta pero sin una entidad, ni dinámicas propias. Así, la ciencia sería representacional, una especie de lienzo privilegiado sobre el que trazar –en el lenguaje propio de la ciencia - una serie de ideas culturales sobre los cuerpos.

La alternativa a esta lectura es una historia coral de diversos actores que aparecen y desaparecen, conectan e interfieren para hacer emerger la transexualidad en Estados Unidos durante la segunda mitad del siglo XX.

1.3. Las hormonas sexuales en la construcción del sexo en el siglo XX

La historia del descubrimiento de las "hormonas sexuales" ha sido contado desde la historia de la ciencia, los estudios CTS o los estudios feministas de la ciencia. Así, desde los estudios CTS se ha narrado como un acontecimiento que ponía de manifiesto las propias dinámicas de la ciencia (Oudshoorn 1994) o bien en relación con la ciencia reproductiva (A. Clarke 1998). Desde los estudios feministas de la ciencia se ha investigado en la producción de las "hormonas sexuales" y su influencia en el desarrollo y en la puesta en marcha de los primeros "tratamientos" de cambio de sexo en Europa en el periodo de entreguerras. Algunas autoras mencionan la importancia de este hecho para la historia del sexo y la producción histórica del sexo y el género (Fausto-Sterling 2000; Roberts 2007). Por último, la investigación sobre transgenerismo y transexualidad se ha ocupado de definir la importancia e influencia de las redes creadas en torno a las hormonas sexuales para poner en marcha los primeros tratamientos de "cambio de sexo" (Hausman 1995; Halberstam 1998; Meyerowitz 2002).

Durante el siglo XIX, la diferencia sexual y todas las cuestiones relacionadas con ella fueron parte de un complejo sistema de relaciones, de conexiones parciales que Foucault (1976) llamó biopoder y que implicó a su vez un renovado interés en la sexualidad, en los cuerpos y en la aplicación

de los ideales de "normalidad" y "salud" a través del conocimiento científico (Roberts 2002). La sexualidad se convirtió en ciencia durante el siglo XIX, la *scientia sexualis* (Foucault 1976). La medicina y la biología buscaron conocer los lugares exactos en la geografía corporal que daban cuenta de las diferencias sexuales o raciales pero también trataron de conocer y reconocer el cuerpo como un todo para entender su funcionamiento interno (Roberts 2002, 10).

1.3.1. Del control del cuerpo por el sistema nervioso

En este sentido, durante el siglo XIX se sabía de la relación de las gónadas con ciertos aspectos del comportamiento y de la fisiología corporal. La experimentación con animales se había realizado durante siglos y era un hecho conocido por los granjeros que la castración de los animales domésticos influía en su carácter y en su físico. De la misma manera, y sin necesidad de tener muy claras las razones que justificasen el tratamiento, gran número de mujeres fueron castradas – les extirparon los ovarios quirúrgicamente – para combatir la histeria, la infelicidad o para que pudiesen ser más controlables por sus maridos y ejerciesen de amas de casa (Fausto-Sterling 2000, 182).

En este intento de conocer el cuerpo, sus conexiones y su funcionamiento desde la ciencia, hasta mediados del siglo XIX al menos, se pensaba que las gónadas trasmitían sus efectos a través de conexiones nerviosas. Sin embargo, de igual manera que había resistencias a considerar que el origen de las diferencias se situaba en el cuerpo, o militantes contra la castración de las mujeres, algunos fisiólogos pensaban que las gónadas no actuaban a través del sistema nervioso y que en general el cuerpo segregaba sustancias químicas que eran vitales para su propia supervivencia (Roberts 2002, 10). En 1849, Arnold Adolf Berthold, que era profesor de fisiología en la Universidad de Gotinga creó "gallos de pelea" después de extirpar y posteriormente volver a transferir las gónadas a unos pollos (Fausto-

Sterling 2000, 182-183). Pocos años después el fisiólogo francés Claude Bernard, descubrió la función productora de glucosa del hígado y elaboró la teoría de las secreciones internas según la cual el cuerpo producía unas sustancias químicas, a las que llamó "secreciones internas", que lo hacían permanecer en un estado de equilibrio y que en cierto modo lo hacían mantenerse independiente de su entorno (Roberts 2002, 10-11). Pero ni la descripción de los implantes de gónadas en los pollos para crear gallos de pelea, ni la descripción de la producción de glucosa por el hígado evitaron que para la ciencia de la época, el cuerpo humano estuviese controlado por el sistema nervioso.

1.3.2. Las secreciones internas

Sin embargo, a finales del siglo XIX una emergente ciencia endocrinológica formada fundamentalmente por fisiólogos que trataban de diferenciarse académicamente de la medicina clínica, tomó en serio las secreciones internas y las introdujeron en el laboratorio. En este sentido, fueron relevantes los experimentos de Edward Schaefer – fisiólogo inglés – que centró sus investigaciones en el hígado, el riñón y el páncreas como generadores de estas secreciones internas y la comunicación de sus resultados a la Asociación Médica Británica en 1895. Schaefer no quiso relacionar sus hallazgos e investigaciones con las del fisiólogo francés Charles-Edouard Brown-Séquard que en 1889, unos años antes, había informado a la Sociedad de Biología de París de sus experimentos inyectándose a sí mismo extractos de testículos de cobaya y perro como parte de una investigación en curso sobre organoterapia, precursora de los tratamientos hormonales (Fausto-Sterling 2000; Roberts 2007).

La organoterapia consistía en introducir extractos de órganos de diferentes animales en humanos para compensar supuestas deficiencias en secreciones internas generadas por algunos órganos. En el caso de Brown-Séquard se había inyectado extractos gonadales que le habían procurado –

según él mismo relató – una especie de rejuvenecimiento físico y mental a sus setenta y dos años de edad. La organoterapia alcanzó una enorme popularidad tanto en Europa como en Estados Unidos en las postrimerías del siglo XIX y los primeros años del siglo XX como terapia para cierto tipo de trastornos del cuerpo, como el caso de extractos tiroideos para el tratamiento de problemas relacionados con la glándula tiroides o extractos de glándulas suprarrenales usados como útiles vasoconstrictores. A pesar de estos hallazgos, los fisiólogos discutían y daban poca veracidad a este tipo de prácticas de organoterapia y desde luego, desacreditaron completamente el trabajo de Brown-Séquard (Fausto-Sterling 2000; Roberts 2002). Diversos autores desde interpretaciones desarrolladas desde la ANT han señalado que los "descubrimientos" científicos no tienen un efecto inmediato ni simple (Law 2004; Roberts 2007) – en el sentido de unidireccional –. También parece claro que hay otras cuestiones implicadas en el conocimiento científico, más que los "simples" hechos presentados o representados por los datos científicos (Harding 1986; Haraway 1995); en este giro contextual del conocimiento científico se puede entender mejor la controversia creada en torno a la posibilidad de que las secreciones internas pudiesen controlar algunas funciones corporales en lugar de que el encargado de hacerlo fuese el sistema nervioso (Roberts 2002; 2007).

El concepto de "hormona" fue introducido por Ernest Henry Starling, discípulo de Schaefer, en 1905, que las definió como mensajeros químicos que se trasportan desde el órgano en el que se generan hasta el órgano sobre el que producen sus efectos a través del torrente sanguíneo (Fausto-Sterling 2000; Roberts 2002; Roberts 2007). Dos años después, en 1907 el propio Schaefer reconocía la posibilidad de que las secreciones internas – las hormonas – fuesen las responsables de la diferencia sexual biológica. En 1910 ya se habían completado dos importantes desplazamientos en relación a las implicaciones biológicas de la diferencia sexual. En primer lugar, se había producido un cambio significativo en

cuanto a cómo se producían las reacciones del cuerpo ante los estímulos gonadales, el paso de la teoría del control por parte del sistema nervioso al control por parte de elementos químicos segregados por el cuerpo. En segundo lugar, se había completado el desplazamiento desde un difuso término de secreciones internas al de hormonas – específicas – como mensajeros químicos. A partir de ese momento, la tarea en la que se centraron los fisiólogos fue la de "descubrir" cada uno de los diferentes tipos de hormonas (Roberts 2002, 12-13). A esta tarea de clasificar, describir y definir le llamaremos "producir" - siguiendo el trabajo de Nelly Oudshoorn (1990; 1993; 1994). Veremos cómo el trabajo científico está producido en una compleja red de agentes que propiciaron, en estos primeros años del siglo XX, la invención de las hormonas sexuales en un nuevo marco de enunciación de la diferencia sexual y en un proceso de coproducción que difuminaba los límites entre lo científico y lo social.

1.3.3. Las secreciones se tornan hormonas sexuales

El proceso mediante el cual las secreciones de las gónadas se convierten en hormonas sexuales ha sido descrito, entre otras, por Nelly Oudshoorn (1990; 1993; 1994) y Adele Clarke (1998). Este aspecto es esencial para nosotros cuando intentamos trazar las articulaciones de las redes en las que fue tejida la emergencia de la transexualidad en las primeras décadas del siglo XX. Las – llamadas - hormonas sexuales jugaron un papel destacado en esta emergencia de la transexualidad.

Se ha asociado el "descubrimiento" de las hormonas sexuales a la búsqueda de las bases biológicas de la diferencia sexual. En este sentido, las creencias sobre la masculinidad y la feminidad y valores de género asociados son consustanciales a los científicos que trabajaban en este campo pero también es fundamental señalar que estas creencias y valores se ven en parte modificados en las propias prácticas científicas.

La concepción dualista de la diferencia sexual hizo que a partir de 1910 se buscasen las bases de esta diferencia en las hormonas. En este momento, a principios de siglo XX estaba culturalmente arraigada la idea de que sólo existían dos sexos, que éstos eran excluyentes y que había características físicas sexo-específicas, en cada uno de ellos. De hecho, la creencia de que los ovarios eran los responsables directos de los comportamientos asociados a la feminidad se puede atestiguar por el tratamiento médico para evitar la histeria en las mujeres, que consistía en la extirpación de los ovarios y la matriz durante, al menos, toda la segunda mitad del siglo XIX, como ya hemos referido con anterioridad. Además, una vez determinada la *existencia* de las hormonas estas se interpretaron como específicamente masculinas o femeninas; como señala Oudshoorn "en el periodo entre 1905 y 1920 las hormonas sexuales fueron definidas como exclusivamente especificas del sexo en origen y función" (Oudshoorn 1990, 169). Con esta idea subyacente, varios factores se articulan para poner en funcionamiento un sistema de investigación que situó las hormonas sexuales como objeto de prácticas científicas que consiguiesen reproducir sintéticamente estas hormonas, especialmente las femeninas, en un desarrollo importante de la ciencia reproductiva. Para Oudshoorn, que el trabajo fundamentalmente se realizase con las hormonas sexuales femeninas, está justificado por el hecho de la facilidad en el acceso al biomaterial necesario para estas prácticas, la orina de mujeres embarazadas[16], por parte de los investigadores (Oudshoorn 1990, 175). El énfasis para esta autora hay que situarlo en el hecho de que estas redes compuestas por ginecólogos – que eran los que proporcionaban el biomaterial – fisiólogos, bioquímicos e industria farmacéutica se articularon

[16] El biomaterial era fácil de conseguir porque las mujeres embarazadas y el embarazo ya constituían objetos de interés científico. La ginecología ya estaba establecida como especialidad mientras que no había una disciplina que se ocupase de la misma manera de los cuerpos de los varones. La andrología como especialidad biomédica no surge hasta mediado el siglo XX (Wöllmann 2009).

en este momento histórico concreto para producir las hormonas sexuales tal como las conocemos en la actualidad.

En efecto, la industria farmacéutica veía la producción sintética de hormonas como un extenso mercado en el que conseguir pingües beneficios. La idea subyacente es que estas hormonas estaban ligadas a un gran número de enfermedades que sufrían las mujeres, ya que,

> La producción de un medicamento para el tratamiento de las enfermedades de las mujeres cabía esperar que contase con un gran mercado ya que las mujeres suponían más del 50% de la población mundial. (Oudshoorn 1990, 168)

Con esta idea, la industria farmacéutica comenzó a invertir en investigación sobre hormonas sexuales a partir de 1910. Al mismo tiempo, los ginecólogos estaban interesados en los resultados que esta investigación pudiese producir para aplicarlos en sus propias pacientes y por tanto veían con buenos ojos la posibilidad de proveer de biomaterial a las farmacéuticas. Además, hay que señalar que los laboratorios de investigación que consiguieron este biomaterial en las cantidades necesarias fueron aquellos centros de investigación ligados a la industria farmacéutica. Los fisiólogos fueron los primeros interesados en conseguir resultados en estas investigaciones para explorar y constituirse como campo de investigación diferenciado de la ginecología; la endocrinología pujaba como nueva ciencia emergente y sólo concebía la definición del sexo bajo el prisma de las "hormonas sexuales" y la bioquímica fue fundamental para conseguir aislar los compuestos y las hormonas femeninas desde lugares diferentes de los ovarios, carísimos y costosísimos de conseguir (Oudshoorn 1990; 1994).

Sin embargo, nuestra lectura de este proceso – coincidente con la de Celia Roberts en este punto – es que las "prácticas de la supremacía masculina" (Haraway 1999, 157) son las que hicieron posible poner a punto una serie de redes alrededor del cuerpo de las mujeres (Roberts 2002, 19).

Las "hormonas sexuales" fueron producidas en las intersecciones de una ciencia sexista y capitalista- financiada por el mercado – en un intento de sacar amplios beneficios económicos del cuerpo de las mujeres. Además, las ideas subyacentes a este plan de investigación es que las "enfermedades de las mujeres" podían ser paliadas o curadas a través de un (solo) medicamento, en una clara simplificación del cuerpo de las mujeres; aquí, de nuevo, vemos que todas las enfermedades del cuerpo de las mujeres estaban ligadas a la propia "naturaleza" femenina del cuerpo. Estas redes posibilitaron además, por un lado, abundante material de investigación y solidificar ciertas ideas sobre la diferencia sexual asociadas al cuerpo – en especial al de las mujeres – pero, por otro lado, dieron cierto sentido de fluidez y cambio a través de las mismas prácticas que posibilitaron la "producción" de este nuevo concepto de hormonas sexuales.

Entre 1920 y 1940 (c.a.) se completó todo un programa de investigación en el que las hormonas sexuales se iban conociendo y reconociendo en un sistema complejo de co-producción. En un primer momento se buscaron las hormonas sexuales específicas de cada sexo, en la confirmación de la hipótesis de características sexo-específicas y en el marco de un sistema basado en la diferencia sexual. Posteriormente, se constató que lo que se creían hormonas sexuales específicas de un sexo, se encontraban también en el otro y que los estrógenos y la testosterona – que antes se llamaban hormonas sexuales femeninas y masculinas, respectivamente - eran químicamente muy similares. Se pasó de considerar que la diferencia sexual estaba depositada en ciertos órganos, a ver las hormonas sexuales como los correlatos químicos de la masculinidad y la feminidad y considerar la diferencia sexual más como una cuestión de porcentajes químicos (Oudshoorn 1994, 33-37).

La idea de la diferencia sexual se solidifica, como decíamos más arriba, mediante su naturalización a través de las hormonas sexuales y la difusión de la nomenclatura como hormonas masculinas y femeninas que,

como hemos visto, desde los primeros momentos en la investigación de estas hormonas, estrógeno y testosterona, se configuró como una idea que definía con poca exactitud tanto el origen como las funciones de éstas (Oudshoorn 1990, 169). Esta solidificación responde a un patrón interno de la ciencia pero también a un patrón contextual ya que la supremacía masculina está en la base de esta reificación biológica de la diferencia sexual. Al mismo tiempo, las normatividades que rigen estas políticas de la diferencia sexual han de flexibilizarse, han de hacerse más fluidas, en parte por las conclusiones de los propios hallazgos científicos y en parte porque fuerzas opuestas a la conceptualización más tradicional de esta diferencia, como los movimientos a favor de la reforma sexual, también están jugando un papel en las propias redes de conocimiento e investigación.

Las hormonas sexuales jugaron un papel fundamental en la flexibilización del modelo de diferencia sexual, ya que la evidencia de que era posible encontrarlas en ambos sexos desechó la hipótesis previa de que eran sexo-específicas y al tiempo apuntaló la teoría de una supuesta bisexualidad humana universal. En este sentido, hay que entender la teoría de la bisexualidad como referida a las características fisiológicas de los cuerpos y no sólo identificado con la orientación del deseo sexual – como en nuestros días.

Las teorías sobre una supuesta bisexualidad humana se desarrollaron en occidente durante la segunda mitad del siglo XIX, pero no es hasta principios del siglo XX que toman renovado vigor al calor de algunos hallazgos en biología y disciplinas científicas afines. En este proceso, las hormonas sexuales jugaron un papel inesperadamente importante, al menos desde los años veinte del siglo pasado (Fausto-Sterling 2000; Meyerowitz 2002).

Hay toda una serie de cambios que se producen en la segunda mitad del siglo XIX en Occidente que indiscutiblemente hay que poner en relación con el surgimiento de las teorías sobre la bisexualidad humana. La

incorporación de un número cada vez mayor de mujeres a la fuerza de trabajo en el modelo fabril del siglo XIX, las demandas del movimiento feminista respecto a la igualdad en la participación pública de las mujeres, la potencia de los movimientos sociales reformistas en términos de clase y raza - este último con mayor visibilidad en Estados Unidos - y algunas "novedosas" teorías científicas como el evolucionismo darwinista[17] están en la cocina de esta flexibilización del modelo de la diferencia sexual durante la segunda mitad del siglo XIX. A todas estas redes de influencias mutuas hemos de añadir desde principios del siglo XX la creciente visibilidad del movimiento social por la reforma sexual y la despenalización de la homosexualidad, y la formación de nuevos campos científicos como la sexología o la endocrinología que tratan de desarrollarse de forma independiente a otras disciplinas como la neurología o la medicina clínica respectivamente (A. Clarke 1998; Meyerowitz 2002; Fausto-Sterling 2000).

1.4. Las teorías de la diferencia sexual, los teóricos del tercer sexo y el *Instituto para la Ciencia Sexual*

Los más importantes psiquiatras, neurólogos y sexólogos de principios del siglo XX se interesaron profundamente por los descubrimientos relacionados con las hormonas sexuales. La investigación con estas hormonas y el descubrimiento de que éstas se encontraban presentes en organismos masculinos y femeninos supuso un reforzamiento de las posiciones que abogaban por la bisexualidad humana, los llamados "teóricos del tercer sexo". La evidencia mediante análisis de laboratorio de estrógenos en la orina de hombres data de 1927, mientras que la

[17] Algunos de los que promovían esta visión renovada de la dualidad sexual se apoyaban en las teorías evolucionistas de Darwin, si bien Darwin no era el único científico que durante el siglo XIX tenía esta visión de un cierto hermafroditismo latente: "en muchos, probablemente en todos los casos, los caracteres sexuales de cada sexo descansan dormidos o latentes en el sexo opuesto preparados para desarrollarse bajo circunstancias peculiares". Darwin (1868) recogido en Meyerovitz (2002, 22-23).

testosterona en la orina de mujeres es de 1931 (Oudshoorn 1990, 171). La teoría del "tercer sexo" había sido desarrollada por Ulrichs a finales del XIX y Hirschfeld la heredó como punto de partida sobre el que construir su teoría sobre la sexualidad humana.

Las influencias mutuas entre diferentes actores en la última década del siglo XIX y las dos primeras del siglo XX componían una red en la que el sexo y la sexualidad eran puestas en cuestión en el terreno social y escrutadas bajo el microscopio en el terreno científico.

Figura 1.3.

Hitos sobre sexo y sexualidad a finales del s. XIX y principios del XX	
1889	Geddes y Thomson publican *The Evolution of Sex*
1892	Richard von Krafft-Ebing publica *Psychopatia Sexualis, with especial reference to Contrary Sexual Instinct: A medico-legal study*
1895	Oscar Wilde es juzgado públicamente por conducta homosexual
1896	Havelock Ellis comienza a trabajar en sus *Studies in the Psychology of Sex*
1897	Magnus Hirschfeld funda el Comité Científico Humanitario
1898	El libro *Sexual Inversion*, de Havelock Ellis es objeto de persecución por obsceno y escandaloso
1903	Otto Weininger publica *Sexo y carácter*, en el que elabora una teoría biológica compleja del sexo
1904	El endocrinólogo Eugen Steinach estudia los efectos de las hormonas sexuales sobre la conducta animal
1905	El psiquiatra suizo August Forel publica *La Questinne Sexuelle*, donde aboga por el matrimonio homosexual
1905	Sigmund Freud publica *Tres ensayos sobre la teoría sexual*
1906	La feminista norteamericana Emma Goldman, defensora del control de la natalidad y de los derechos de las mujeres, funda la revista *Mother Earth*
1907	El médico alemán Iwan Bloch aboga por el estudio científico del sexo
1908	Magnus Hirschfeld edita el primer número de *Journal of Sexology*
1909	Eduard Carpenter publica *The Intermediate Sex: A Study of Some Transitional Types in Men and Women*
1910	El fisiólogo británico Francis Marshall publica el primer tratado sobre la fisiología de la reproducción
1910	Hirschfeld publica *Los travestidos*
1912	Se extraen hormonas ováricas mediante solventes lipídicos
1913	El endocrinólogo británico Walter Heape publica *Sex Antagonism*
1914	Magnus Hirschfeld publica *La homosexualidad de hombres y mujeres*

Fuente: (Fausto-Sterling 2000, 186-187) y elaboración propia.

Como podemos observar en la figura (1.3) durante el periodo de veinticinco años que recoge la misma, las investigaciones y publicaciones

sobre el sexo y la sexualidad se multiplican desde campos diferentes pero adyacentes. Podríamos entender esto como un proceso de "co-produción" (Jasanoff 2004) de las ideas científicas y sociales sobre el sexo.

Prácticamente todas las figuras clave de la época que abordaban desde diferentes perspectivas la cuestión de la sexualidad y que escribían sobre travestismo, homosexualidad o identidad de género compartían esta teoría emergente (Meyerowitz 1998; Meyerowitz 2002). Así, si bien parece que Hirschfeld fue el que de manera más clara apostó por esta teoría del "tercer sexo" no era el único que cuestionaba el modelo rígido de diferencia sexual heredado de la Ilustración y la política sexual decimonónica. El matiz importante que diferencia a Hirschfeld de otros contemporáneos es que no vincula el "travestismo" a la homosexualidad – en el sentido de considerar el "travestismo" como un subtipo extremo de la homosexualidad - como sí lo hacían otros sexólogos contemporáneos como Krafft-Ebing o Freud. Para Hirschfeld, que estudió en profundidad lo que él denominaba "estados sexuales intermedios", el "travestismo" – como el lo denominó – estaría incluido en una tercera categoría que serían estos "estados sexuales intermedios" o "tercer sexo" y que comprendía homosexuales, hermafroditas, travestistas y andróginos (Hirschfeld 1910). Para Hirschfeld, el "tercer sexo" no era un estado patologizante sino una variación natural de la sexualidad humana que podía explicarse como variaciones en los niveles de hormonas sexuales presentes en los cuerpos (Hausman 1995; Meyerowitz 1998; Meyerowitz 2002). Su obra sobre los estados sexuales intermedios estaba basada en los numerosos casos clínicos que estudió, además de influida por predecesores y otros teóricos contemporáneos, como Havelock Ellis, pero su impronta fue muy marcada en la Europa de entreguerras ya que fue él quien comenzó a recomendar las cirugías y los tratamientos hormonales atendiendo a la demanda y el deseo intenso de cambiar de sexo de muchos de sus pacientes (Meyerowitz 1998).

1.4.1. El Instituto para la Ciencia Sexual

El Instituto para la Ciencia Sexual fue receptor, productor y difusor de las nuevas teorías científicas sobre el sexo y la sexualidad. Creado en 1919 bajo el auspicio de Magnus Hirschfeld fue un elemento central que articuló diferentes actores en torno a cuestiones socio-científicas relacionadas con el sexo. El Instituto se considera a día de hoy como el primer instituto de sexología fundado en el mundo y su historia es la de las pugnas por la emergencia de una ciencia sexual independiente en el contexto del Berlín de Entreguerras.

El Instituto abrió sus puertas en Julio de 1919, si bien había sido concebido con anterioridad, en el céntrico Tiergarten de Berlín. Hirschfeld fue además del fundador, el director del Instituto y tanto la línea teórica como el trabajo práctico que el Instituto desarrolló durante los catorce años que permaneció abierto, tenían la impronta de su director. En un principio, Magnus Hirschfeld se había dado a conocer como un activo impulsor del movimiento por la reforma sexual, además de médico, investigador sobre la sexualidad, eugenista, socialista, judío, homosexual y figura destacada del primer movimiento alemán en favor de los derechos de los homosexuales (Bullough 2003). Podríamos pensar, por tanto, que el Instituto para la Ciencia Sexual que abrió sus puertas en el Berlín de entreguerras reunía gran número de las características que hemos descrito para su impulsor. En efecto, el Instituto fue fiel reflejo de la orientación teórica de Hirschfeld que consideraba la ciencia sexual como un todo y la base sobre la que asentar una reforma de la concepción social de la sexualidad pero al tiempo excedió y performó las ideas de su impulsor.

El Instituto, abierto en una aristocrática casa de tres plantas en el Tiergarten, comprendía la vivienda de Hirschfeld y su consulta, además de un gran número de estancias dedicadas a los diferentes departamentos que componían el Instituto: psicoterapia, medicina somática sexual, sexología forense, ginecología y consejo matrimonial, archivo de etnología sexual,

oficina de la Liga Mundial para la Reforma Sexual, biblioteca y sala de conferencias. Posteriormente, se adquirió un gran edificio adyacente para albergar a visitantes y pacientes. El Instituto adquirió fama y nombre tanto a nivel local como global y los pacientes se mezclaban con visitantes de diferentes países, importantes personalidades internacionales o médicos e investigadores que realizaban estancias de investigación. En cierto modo, se puede afirmar que en los años que estuvo abierto el Instituto se convirtió en un nodo importante de producción cultural y científica pero también de política y activismo[18]. En mayo de 1933, tan solo unos meses después del ascenso al poder de Hitler – el 30 enero de 1933 fue nombrado Canciller por Hindenburg – el Instituto fue asaltado y saqueado por los estudiantes del Partido Nazi, se confiscaron sus archivos y la extensa biblioteca especializada en sexología. Los libros fueron destruidos unos días después en la quema pública de libros de la Opernplatz por ser considerada "sexología judía" (Pfäfflin 1997). El Instituto fue clausurado y reutilizado como edificio de oficinas en el que varias organizaciones antisemitas y de salud pública nazis – con cursos y seminarios sobre higiene racial - tenían su sede; posteriormente al final de la Segunda Guerra Mundial el edificio fue duramente bombardeado por los Aliados y casi completamente destruido y las ruinas finalmente desmanteladas en 1950.

1.5. Fallas, conexiones y (dis)continuidades

A causa de esta convulsa historia es complicado seguir la pista al tipo de actividades que se realizaron durante todos los años de actividad, ya que los archivos fueron en su mayor parte destruidos. Sin embargo, los conocimientos y hasta cierto punto, las prácticas que aquí se realizaron

[18] Una dificultad añadida para rastrear la historia del Instituto para la Ciencia Sexual es el intento de *damnatio memoriae* realizado por la Alemania Nazi. Los pocos datos que se han podido recuperar están en el Archivo de sexología de la Universidad Humboldt de Berlín, en http://www2.hu-berlin.de/sexology/index.html y en la exposición on-line de la Sociedad Magnus Hirschfeld, en http://www.hirschfeld.in-berlin.de/ (Último acceso 11 de abril de 2013, en ambos casos).

tuvieron continuidad en diferentes lugares de la geografía occidental. El Instituto fue precursor de lo que a partir de los años cincuenta y sobre todo, a partir de los sesenta se convirtió en el proceso biomédico de normalización de la identidad de género por antonomasia, la psicoterapia, la terapia hormonal y las cirugías de reasignación de sexo.

Una pregunta pertinente que salta inmediatamente al dar cuenta de esta historia es cómo rastrear las prácticas que se realizaron en el Instituto cuando hemos perdido la materialidad del archivo, que nos priva no sólo de la información científica e histórica, en forma de fuente primaria, sobre cómo se produjeron estas prácticas sino también cómo se produjo a través de estas prácticas insertas en ciertos cuerpos, la figura del transexual. La quema de los libros y la destrucción de los archivos por parte de los nazis y el posterior bombardeo del edificio por los Aliados en la Segunda Guerra Mundial nos hace toparnos de frente con las dificultades de la investigación histórica y preguntarnos cómo completar los huecos, vacíos y elusiones que esto ocasiona.

En el caso concreto del Instituto para la Ciencia Sexual, a los pocos datos primarios de los que disponemos podemos añadir algunas fuentes secundarias e indirectas y otros datos y acontecimientos que nos hablan de la importancia del mismo en el contexto cultural y científico del Berlín y la Europa de entreguerras, así como de algunas de las prácticas que aquí se desarrollaron. Además de artículos en revistas científicas de la época, se ha conservado correspondencia que algunos de los principales sexólogos e investigadores sobre la sexualidad mantenían con los miembros del Instituto, especialmente con su fundador. A través de estas referencias secundarias sabemos que, por ejemplo, investigadores que posteriormente se significaron por su trabajo en el campo de la endocrinología en relación a la transexualidad tuvieron estrecho contacto con el Instituto, sus técnicas de investigación y los profesionales que allí trabajaban e incluso, como en el

caso de Harry Benjamin, hubo quienes realizaron estancias de investigación allí a principios de los años treinta (Pfäfflin 1997).

En España, la producción teórica de Hirschfeld era conocida por los principales médicos y científicos vinculados al movimiento por la reforma sexual si bien su obra no fue traducida al español como sí lo fue en el caso de Havelock Ellis o Auguste Forel (Huertas y Novella 2013). Sin duda, uno de los que mejor conocía la obra de Hirschfeld fue Gregorio Marañón, que en su interés e investigación ligada a la endocrinología elaboró su propia teoría sobre los estados sexuales intermedios en la que confrontaba sus ideas con las de Hirschfeld, entre otros. Para Marañón, en efecto, existían los estados sexuales intermedios,

> A medida que los estudios sobre biología sexual han ido progresando, se ha visto, cada vez con mayor claridad, que el "varón-tipo" y la "hembra-tipo" son entes casi en absoluto fantásticos; y que, por el contrario, los estados de confusión sexual, en una escala de infinitas gradaciones que se extiende desde el hermafroditismo escandaloso hasta aquellas formas tan atenuadas que se confunden con la normalidad misma, son tan numerosos, que apenas hay ser humano cuyo sexo no esté empañado por una duda concreta o por una sombra de duda (Marañón 1930, 2-3).

El punto de divergencia con las teorías de Hirschfeld era en primer lugar la consideración de estos estados sexuales intermedios como trastornos anatómicos o funcionales causados por mal funcionamiento o distribución inapropiada de las hormonas sexuales, que además se podía acentuar por ciertos factores psicológicos y ambientales[19]. Sobre lo que podía incluirse en estos estados sexuales intermedios existía también divergencia en el criterio de uno y otro, ya que Marañón consideraba que el subtipo denominado por Hirschfeld como "travestidos" no era otra cosa que un grupo de homosexuales con comportamiento "extremo". Marañón consideraba que

[19] La consideración de factores psicológicos y ambientales era especialmente tenida en cuenta por Marañón para el caso concreto de la homosexualidad (Cleminson y Vázquez García 2007, 105)

estos estados sexuales intermedios no eran, en principio, punibles, aunque, hace la salvedad de castigar los comportamientos "escandalosos", y desconocemos – porque no hay más referencias a esto en la obra – si consideraba como escandaloso el comportamiento de los "travestidos", aunque intuimos que así era:

> El papel de la sociedad, por lo tanto, frente al problema de la homosexualidad, es estudiar los orígenes profundos de la inversión del instinto para tratar de rectificarlos. En modo alguno castigar al homosexual: siempre que no sea escandaloso. (Marañón 1930, 130)

En cualquier caso, tanto la obra científica de Hirschfeld como las políticas del Instituto eran no sólo conocidas sino compartidas en muchos puntos por el movimiento por la reforma sexual en España, del que Marañón formaba parte. El movimiento estuvo especialmente activo en los años veinte en España, durante la dictadura de Primo de Rivera, y llevó a la creación de la sección española de la World League for Sexual Reform (WLSR), que se denominó Liga Española para la Reforma Sexual sobre Bases Científicas, ya durante la Segunda República, en 1932 (Huertas y Novella 2013).

La Liga Española estuvo liderada por médicos, científicos y algunos legisladores, y Marañón se encontraba entre los miembros fundadores de la misma. La sección española de la Liga estaba diseñada por estas figuras; los diez puntos principales de la WLSR fueron discutidos y adaptados al contexto español lo que significó una atenuación de las demandas de la Liga. El "decálogo" como se llamó en español quedó publicado en el primer número de la revista oficial de la Liga, *Sexus*; pero, en efecto, más que un decálogo se trató de una lista de seis blandas recomendaciones que poco tenían que ver con la asertividad de los diez puntos de la WLSR, como queda puesto de manifiesto tanto en el mencionado primer número de Sexus como en las cartas y documentos que Hildegart Rodríguez – una de las principales figuras de la Liga - intercambió con Havelock Ellis. Las

propuestas radicales de la WLSR respecto a la igualdad económica, política y sexual de mujeres y hombres, la separación del matrimonio de la "tiranía de la iglesia y del estado", el divorcio o "una actitud racional hacia las personas sexualmente anormales, especialmente hacia los homosexuales" fueron, no ya atenuadas, sino en muchos casos eliminadas del listado de recomendaciones de la Liga Española hacia las autoridades legislativas (Sinclair 2007, 87-95).

Al igual que en Alemania, donde la irrupción del nazismo rompe la dinámica y las prácticas del Instituto y supone, en definitiva el cierre del mismo, en España, la Guerra Civil y muy especialmente la dictadura de Franco rompen con la posibilidad atisbada en los años de la Segunda República de una reforma de las concepciones, la leyes y la educación sexual.

1.5.1. (Dis)continuidades

En las historias que tradicionalmente narran la transexualidad se intenta salvar el lapso de tiempo que se identifica entre estas primeras cirugías – documentadas – de reasignación de sexo a finales de los años 20 y principios de los 30, por un lado, y la popularización del fenómeno en los años 50 en Estados Unidos, por otro, a través del "caso" de Christine Jorgensen.

En las concepciones históricas más ortodoxas y lineales ni siquiera se llega a cuestionar que este lapso de tiempo de al menos veinte años, suponga una fractura en la narración de una genealogía de la transexualidad. Así, se rastrea una genealogía de la transexualidad a través de personajes históricos (Bullough 1998). El inicio de la misma se sitúa en el medievo con testimonios de personas que podrían haber tenido géneros difusos y se extiende hasta la actualidad.

Desde los estudios sociales de la ciencia y el género, Bernice Hausman (1995) da primacía a la disposición de la tecnología apropiada

para entender el surgimiento de la transexualidad en Europa en los años treinta y su salto a los Estados Unidos en los cincuenta y sesenta. Hausman entiende la tecnología en un sentido amplio, no solo circunscrito a las tecnologías médicas que posibilitan los tratamientos hormonales o las cirugías de reasignación sino también las tecnologías de género – siguiendo a Teresa de Lauretis (1987) - como tecnologías sociales de representación (Hausman 1998, 193-199). Entendemos que Hausman sigue aquí algunas líneas marcadas desde los estudios CTS en los que se entiende la tecnología no como intermediaria en los procesos sociotécnicos sino como *mediadora* en tanto que es constitutiva de estos procesos (Latour 1993, 124). Sin embargo, Hausman sí concede un papel más importante a las tecnologías médicas ya que entiende que sin la mediación de estas tecnologías no se puede hablar de transexualidad, en el sentido que lo hacemos en la actualidad (Hausman 1995, 110-126).

Enfrentada a esta explicación, Meyerowitz, desde el ámbito de la historia y los estudios culturales, argumenta que, si bien esta fractura se produce se puede explicar en forma de diferencias culturales más que fruto de la disposición de la tecnología adecuada. Para ella, y en contra del argumento de Hausman, la transexualidad emerge en Europa en los años treinta y no en los Estados Unidos debido a que en la Europa de principios del XX había tomado forma y ganado terreno una nueva concepción y definición del sexo y la sexualidad que rompía en parte con las ideas del modelo de dos sexos inconmensurables; para esta autora parece que estas ideas no tuvieron el mismo eco en los Estados Unidos del primer tercio del siglo XX (Meyerowitz 2002, 18-23).

Nuestra interpretación de esta controversia pasa por asumir como consustancial a la investigación histórica estos saltos y discontinuidades pero tratando de superar la dicotomía que plantearían estas dos autoras entre la primacía de lo cultural como método de entender esta discontinuidad – Meyerowitz – y la preponderancia de la tecnología como

elemento explicativo central – tesis de Hausman -. En nuestro modelo, hemos preferido desafiar la concepción lineal del tiempo que subyace a ambas explicaciones y, siguiendo el argumento del filósofo francés Michel Serres (1995) entender el tiempo no como un proceso lineal en el que la ciencia estaría inscrita y en el que las distancias entre eventos serían siempre constantes, sino como un plegamiento saturado de fallas, valles y montañas – siguiendo el símil geográfico - (Serres y Latour 1995, 60-63). Para una mejor comprensión de estas diferentes visiones del tiempo Serres utiliza el símil del pañuelo como modelo:

> Si coges un pañuelo y lo extiendes para plancharlo, puedes ver en él ciertas distancias fijas y proximidades. Si dibujas un círculo en una zona, puedes marcar los puntos cercanos y medir las distancias lejanas. Después coge el mismo pañuelo y arrúgalo poniéndolo en tu bolsillo. Dos puntos distantes de pronto están cercanos, incluso superpuestos. Si, además, lo rasgas por lugares concretos, dos puntos que estaban cercanos pueden llegar a estar muy distantes. Esta ciencia de la cercanía y la ruptura se llama topología mientras que la ciencia de las distancias estables y bien definidas se llama geometría métrica. (1995, 60)

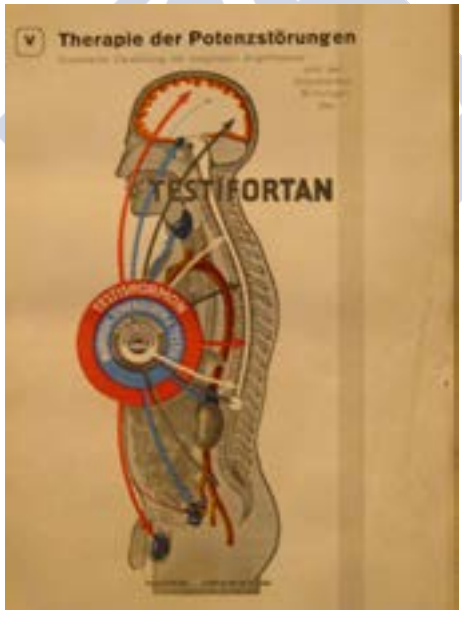
Analizando la práctica científica desde esta topografía temporal y en concreto las cuestiones relacionadas con las hormonas sexuales y la diferencia sexual, Celia Roberts (2002) argumenta que bajo esta perspectiva se puede explicar mejor la aparente persistencia de ciertas ideas sobre las mujeres y lo femenino que se vuelven a formular o aparecen recurrentemente durante siglos y con diferentes actores científicos (Roberts 2002, 19). En concreto, Roberts se refiere a la persistencia de las ideas del modelo de los dos sexos inconmensurables que vuelven a estar entre los valores subyacentes en la investigación sobre las hormonas sexuales.

En el caso de la controversia creada por la transposición de ciertas ideas y prácticas científicas desde la Europa de entreguerras, hasta los Estados Unidos posteriores a la Segunda Guerra Mundial, que eclosionan

con la creación o la producción medico-científica del transexual, creo que la concepción del tiempo de Serres nos puede ayudar a explicar este aparente salto en la misma medida que el análisis de los actores que participan en el proceso y las relaciones entre los mismos.

En ese sentido, el Instituto para la Ciencia Sexual fue durante los años veinte pionero en los tratamientos hormonales para diferentes trastornos. En aquel momento, como hemos visto a lo largo del capítulo, una asunción generalizada era que las hormonas sexuales controlaban la sexualidad y era un tesis compartida por Hirschfeld y el resto del cuadro médico e investigador del Instituto. De hecho, desde mediados de los años veinte varios medicamentos con base hormonal fueron desarrollados en el Instituto y manufacturados por la industria farmacéutica para el tratamiento de la impotencia masculina[20].

Figura 1.4: Prospecto de Testifortan



Fuente: (Magnus--Hirschfeld-Gesellschaft 2003a)

[20] El primer medicamento desarrollado en el Instituto fue el "Testifortan", que fue desarrollado por Hirschfeld y Schapiro y posteriormente el "Titus Pearl" desarrollado por Hirschfeld, ambos fueron manufacturados y comercializados por la compañía farmacéutica de Hamburgo, Promonta (Magnus-Hirschfeld-Gesellschaft 2003a).

Parece que los procedimientos para cirugías de cambio de sexo se habían producido en Berlín desde 1912 en el caso de FtM[21] y en 1920 en el caso de MtF; en ambos casos las cirugías habían sido "parciales"[22] – según la historiografía - y al menos en el caso de 1920 parece que la paciente había sido derivada al cirujano por Hirschfeld (Pfäfflin 1997). Fue a finales de los años veinte cuando se realizaron en el Instituto las primeras cirugías de reasignación de sexo MtF; éstas fueron recomendadas por Hirschfeld y realizadas por dos médicos del Instituto, Felix Abraham y Ludwig Levy-Lenz. Los casos fueron dados a conocer en 1931 por el propio Felix Abraham que publicó el primer artículo científico sobre la intervención – cirugía de reasignación de sexo - a dos "travestidos homosexuales" que además iba acompañado de ilustraciones detalladas de la cirugía que incluían la castración, la amputación del pene y la creación de una vagina o vaginoplastia (Meyerowitz 1998, 162). De estos dos casos conocemos al menos la identidad de una de las pacientes, Dorchen, que trabajó de sirvienta en el Instituto y que residió en él durante unos diez años aproximadamente (Magnus-Hirschfeld-Gesellschaft 2003b; Pfäfflin 1997). Este hecho es reseñable ya que implica una intervención quirúrgica pero también social al facilitar la inserción laboral de personas transexuales que de otra forma tenían bastantes dificultades en su integración social.

En el Instituto, al mismo tiempo que se realizaban intervenciones de reasignación como parte de la terapia a algunos pacientes, tanto

[21] Utilizamos los acrónimos en inglés FtM (Female to Male) que significa de mujer a hombre y su contrario MtF (Male to Female) que significa de hombre a mujer ya que son ampliamente utilizados en la literatura activista y queer sobre transexualidad o transgenerismo.

[22] Hemos de remarcar en este punto, el carácter androcéntrico y coitocéntrico de la historiografía para hablar o nombrar estas primeras cirugías de reasignación de sexo. En términos generales se denominan "parciales" o "completas" en función de si se ha realizado, o no, una vaginoplastia o una faloplastia y como no se puede suponer una función reproductiva interpretamos que la centralidad del coito heterosexual está en la base de esta terminología. La genitalidad aparece así como "marca" corporal de inscripción de una masculinidad o una feminidad heterocentradas.

Hirschfeld como el resto del personal médico del Instituto estaba involucrado en la mejora de las condiciones de vida de estas personas. Los miembros del instituto rubricaron numerosos "certificados de travestismo", que servían como una especie de salvoconductos ante un posible arresto por parte de la policía. La expedición de estos certificados requirió de un gran trabajo previo en el sentido de interceder y negociar con la policía para que no aplicase el artículo 175 del Código Penal Imperial[23] y reconociese la autoridad de los médicos del Instituto respecto a sus pacientes (Magnus-Hirschfeld-Gesellschaft 2003b).

Este tipo de intervenciones más centradas en aspectos psicosociales se inscribían en el programa teórico y sociopolítico del Instituto en relación al sexo y la sexualidad, y resumido en la creación de la Liga Mundial por la Reforma Sexual (WLSR) en 1928, en el marco del segundo congreso por la reforma sexual en Copenhague. El primer intento se llevó a cabo en 1921, fue el propio Instituto el que organizó la primera "Conferencia Internacional por la Reforma Sexual con Base Científica". Los más destacados sexólogos, reformadores e investigadores de principios del siglo XX se reunieron en esta conferencia para marcar las pautas de lo que creían debía ser el trabajo científico en torno a las cuestiones sexuales en un amplio espectro, desde abogar por una nueva legislación referente al aborto hasta el debate científico sobre cuestiones como el carácter innato o adquirido de la homosexualidad. Los siguientes congresos que trataron de consolidar esta liga a nivel mundial se celebraron en Londres, Viena y Brno en 1929, 1930 y 1932, respectivamente (Magnus-Hirschfeld-Gesellschaft 2003b).

[23] Tomado del Archivo de sexología on-line http:// www.sexarchive.info/GESUND/ARCHIV/SHC.HTM (Accedido el 18/06/2014).

1.6. Actores, redes y conocimientos situados

Varias son las cuestiones que se abren a raíz de las redes, actores, relaciones y posiciones que interseccionan en esta propuesta de aproximación a las prácticas médicas, científicas y sociales que producen la transexualidad en términos biomédicos. La primera de estas cuestiones es intentar aclarar cómo y por qué los cuerpos transexuales son producidos como objetos de la práctica científica y médica.

La propuesta de aproximación que realiza Celia Roberts para analizar el "descubrimiento" de las hormonas sexuales, nos parece una análisis sugerente para acercarnos a la producción de cuerpos transexuales como objeto de práctica científica. Roberts señala que el "exitoso descubrimiento" de las hormonas sexuales fue posible gracias a la disposición de una serie de grupos – fisiólogos, ginecólogos, industria farmacéutica, sexólogos, teóricos de la homosexualidad e investigadores en endocrinología – para tomar este actor, llamado secreciones internas en un momento y hormonas sexuales posteriormente, y traducirlo. Pero también para Roberts es importante remarcar que, como Haraway argumenta, no se puede obviar el contexto social en el que la ciencia es producida porque las cuestiones políticas permanecerían incuestionadas (Haraway 1999). Lo que en las historias de la endocrinología más tradicional o en las aproximaciones de los estudios sociales de la ciencia como la propuesta de Oudshoorn no aparece es, según Roberts, un argumento convincente de cuales son las redes y prácticas de desigualdad que están propiciando hechos concretos en esta historia de las hormonas sexuales, como el hecho de que la investigación hormonal estuviese organizada alrededor de los cuerpos de las mujeres – a través de las clínicas ginecológicas que a su vez proveían de material para la investigación hormonal (Roberts 2002, 17-19).

Fijándonos ahora en los cuerpos transexuales y reformulando esta cuestión en relación a los mismos. ¿Fueron los cuerpos transexuales producidos como objetos de práctica e investigación científica y médica?

¿Cuál es el papel que juegan estos cuerpos en las políticas del "tercer sexo" y del movimiento para la reforma sexual en Alemania y Europa? ¿Cuál es el papel que los cuerpos transexuales juegan en estas redes específicas de la producción de otro objeto científico, las hormonas sexuales? ¿Cuáles son los *sistemas de desigualdad estructurada* (Haraway 1995; 1999) que están co-constituyendo este hecho práctico?

Si atendemos a los análisis realizados hasta la fecha sobre lo que *grosso modo* podríamos denominar historia de las sexualidades no normativas, la transexualidad aparece posteriormente como objeto biomédico de investigación; concretamente se suele utilizar el caso de Jorgensen (1953) como punto de partida de la transexualidad tal y como la conocemos hoy. Sin embargo, el propio caso de Jorgensen que viajó a Europa para someterse al tratamiento y a la cirugía de reasignación nos sitúan en un espacio diferente – Europa – y nos evoca las prácticas que se desarrollaban en Europa antes de los años cincuenta e incluso con anterioridad a la Segunda Guerra Mundial.

En mi opinión, la "producción" médica de la transexualidad no comienza en los Estados Unidos en los años cincuenta o sesenta sino en Europa, Berlín más concretamente, a principios de los años treinta. De hecho, parece que el Instituto para la Ciencia Sexual se convirtió en un *locus* privilegiado en el que confluyeron las redes que articularon la investigación científica, la práctica médica y el trabajo social, político y educacional en torno al sexo y la sexualidad.

En el descubrimiento de las hormonas sexuales, el acceso al cuerpo de las mujeres fue fundamental tanto para proveer de material de investigación – orina de mujeres embarazadas - como para reforzar ciertas ideas sobre la diferencia sexual, las mujeres y lo femenino (Roberts 2002, 19-21). En el caso de la producción de la transexualidad como objeto de investigación encontramos que, el acceso a ciertos cuerpos a través de las diferentes prácticas que se realizaban en el Instituto y que tenían como

objetivo reforzar la idea de una ciencia sexual que naturalizaba todas las cuestiones relativas al sexo y la sexualidad, hizo posible la creación de la transexualidad como espacio de intervención biomédico. En este caso, asistimos al incipiente tratamiento de cuerpos con extractos hormonales para intentar cambiar la apariencia de los mismos en la dirección deseada así como de las primeras cirugías de reasignación sexual (Bullough 1994; 2003; Pfäfflin 1997; Haeberle 1981).

Sin embargo, desde la sexología (Pfäfflin 1997; Haeberle 1981) o desde los estudios sociológicos de la sexualidad (Hirschauer 1997; Balzer 2010) se ha señalado como más importante el intento de Hirschfeld y de las políticas del Instituto por descriminalizar las sexualidades no normativas mediante su lucha por conseguir una reforma sexual, tanto en Alemania como a nivel global, o por medio los "certificados de travestismo" (Balzer 2010, 84) expedidos para evitar que algunos de sus pacientes fuesen detenidos por la policía berlinesa.

En nuestro análisis, entendemos que el conjunto de prácticas que se ejecutan sobre determinados cuerpos y que producen la transexualidad, crean realidades paradójicas. Así, entiendo que se produce o que existe un espacio de tensión no resuelto entre la hipótesis científica de la existencia de un marco no binario en el que existiría un espacio poblado de categorías intermedias, el llamado "tercer sexo", en el que todas las posiciones en esta hipótesis teórica serian variaciones "naturales" del sexo y la sexualidad. Frente a este espacio teórico, las prácticas del Comité Científico-Humanitario y del – más amplio – Movimiento para la Reforma Sexual podrían leerse igualmente como un intento de marcar cierto grado de normalización como requerimiento para el cambio de una legislación que criminalizaba ciertas prácticas y figuras sexuales.

El intento de apartar o invisibilizar a ciertas figuras consideradas conflictivas para conseguir la ampliación de derechos civiles es, por otro lado, una práctica que aparece con profusión en la historia de los

movimientos sociales en occidente. Pensemos, por ejemplo, en el papel de las personas trans en las revueltas de Compton, San Francisco (1966) o de Stonewall, Nueva York (1969), que se marcan como el punto de partida de la reivindicaciones LGTB en Estados Unidos[24]; un espacio en el que, sin embargo, las personas trans son invisibilizadas en el posterior relato de la historia (Stryker 2008). En España tenemos el ejemplo en las primeras manifestaciones por la despenalización de la homosexualidad que se celebraron en Barcelona en 1977, en las que de nuevo las personas trans están en primera fila y son criticados por los propios organizadores de la marcha que los veían como un obstáculo para conseguir la normalización (Pineda 2008), y que posteriormente son invisibilizados, a través de las narrativas de la historia oficial LGTB (Platero 2011).

Así pues, también se podría argumentar que "los travestidos" son objetualizados en las prácticas para conseguir una regulación *homonormativa* (Halberstam 1998; Stryker 2008) en las complejas redes de relaciones establecidas entre los investigadores y activistas del Instituto para la Reforma Sexual, el Comité Científico-Humanitario y la Liga Mundial por la Reforma Sexual. En este marco, los cuerpos que no atendían a una sexualidad normativa debían ser leídos como pertenecientes a una de las dos categorías aceptadas, esto es, como varones o como mujeres.

Sin embargo, si atendemos a las diferentes prácticas que se realizaban desde el Instituto, no sólo sus intervenciones de carácter médico, sino también en su vertiente más social centrada en la consecución de cambios sustanciales en la legislación respecto a la homosexualidad, el travestismo, el aborto y otras materias en la agenda de la Liga para la Reforma Sexual en Alemania, vemos que estas prácticas están creando múltiples realidades, que en muchos casos entendemos como

[24] Tanto en Compton (1966) como en Stonewall (1969), las personas trans, en concreto mujeres trans, jugaron un papel muy activo y de primera fila en las revueltas. En ambos casos las revueltas se organizaron como revuelta a actuaciones policiales de acoso a la población LGTB.

contradictorias, pero que son efectos complejos de estas prácticas que se están produciendo de forma paralela (Law 2004). Estas múltiples realidades nos llevan a narrar historias sobre la producción biomédica de la transexualidad que no son unívocas y que tienden a la parcialidad y a la complejidad.

Si, de nuevo, volvemos a fijarnos en la materialidad de los cuerpos, la agencia de estas personas, "los travestidos", y las diferentes actuaciones que con respecto a estos se llevaron a cabo por parte de Hirschfeld y el resto del personal del Instituto, podríamos leer estas prácticas como generadas por una demanda y un deseo de tener "vidas vivibles" (Butler 2009), aunque este deseo de una vida vivible pueda dar lugar a prácticas normalizadoras que tienden a reinscribir los cuerpos en el marco heteronormativo de la diferencia sexual y que se alejarían del propio marco teórico en el que se inscribe el Instituto, a saber, la teoría de la bisexualidad humana y la categoría de tercer sexo dentro de la cual se encuentran los "travestidos" que era una de las figuras que rompían con el modelo de los dos sexos vigente en la época.

1.7. Comentarios finales.

El rastreo desde las intersecciones que forman los estudios sociales de la ciencia y la epistemología feminista, nos ha hecho – posiblemente – cambiar algunas de las hipótesis de partida de este capítulo, a saber, que el surgimiento del moderno transexual tiene lugar en una fecha y lugar concretos. Los Estados Unidos de 1953 quedaron espectacularmente fascinados con el "caso de Christine Jorgensen" y a partir de ahí se ha contado una historia profundamente americana con ciertos "toques" europeos.

Sin embargo, como hemos visto a lo largo del capítulo, los elementos constitutivos de la figura del transexual, los llamados en ese momento "travestidos", emergieron en Europa en una tupida y

enmarañada red, a través de la confluencia de los diversos actores implicados y de la agencia de todos y cada uno de ellos. Los investigadores sobre la sexualidad, los médicos, los activistas por los derechos de los homosexuales, las feministas, los componentes de la liga por la reforma sexual, la policía, la Ley Prusiana que penaba la homosexualidad y las prácticas sexuales "contra natura", las hormonas sexuales, el Instituto para la Ciencia Sexual, las personas *travestidas*; todos estos actores confluyeron en la producción de la transexualidad como objeto de práctica médico-científica en el primer tercio del siglo XX.

Cómo hemos visto, los elementos constitutivos de esta figura, en tanto que objeto científico se pueden leer o se pueden narrar en direcciones diversas. Yo me inclino por realizar esta narración en clave de práctica efectiva para posibilitar que individuos concretos salvasen la rígida división establecida en el marco de la diferencia sexual y tuviesen la posibilidad de habitar cuerpos e identidades que estuviesen en los márgenes de la vigilancia normativa de la diferencia sexual.

Así, en el Berlín de entreguerras quedó definido el marco biopolítico en el que estos cuerpos podían dejar de ser abyectos y pasar a tener una posibilidad de vida vivible. El *peaje de paso* se concretó en los dos elementos que desde este momento han definido la transexualidad como objeto de intervención biomédico: el primero, el reconocimiento de la autoridad médica como valedora y garante del rol social y del estatus "legal" de sujetos en los márgenes de las normatividades de género; el segundo, la intervención médica sobre el cuerpo para precisamente hacerlos inteligibles dentro del sistema de dos sexos, bien fuese con intervenciones hormonales o con intervenciones quirúrgicas sobre el mismo.

2. Estándares, clasificaciones y tecnologías de género

No pregunto por qué los pacientes mienten,
sólo asumo que lo hacen.
(Dr. House)

Introducción

En la primera mitad del siglo XX, la teoría de la bisexualidad humana, para algunos médicos y científicos, había redefinido el sexo y legitimado la cirugía de reasignación de sexo; en la segunda mitad del siglo, una teoría sobre la inmutabilidad de la identidad de género vino a sustituirla. Desde los años cuarenta y en adelante, los científicos que estudiaban la intersexualidad adoptaron el concepto de "sexo psicológico" en tanto que un sentimiento profundamente arraigado. [...] Aplicaron [médicos y científicos] esta concepción de sexo psicológico – que posteriormente etiquetaron como "rol de género y orientación" e "identidad de género" – primero a personas con condiciones intersexuales y posteriormente a transexuales. Desde este punto de vista, la mente – el sentimiento del ser (del yo) – era menos maleable que el cuerpo. (Meyerowitz 2002, 99)

La historia de cómo se forjaron los conceptos y prácticas tecnológicas que posibilitaron la producción de un espacio de intervención biomédico que regulase la diferencia sexual ha sido contada profusamente desde diferentes puntos de vista. Sin embargo, al igual que en el capítulo anterior prestábamos atención a cómo toda una plétora de actores, humanos y no humanos, confluían para este fin con resultados dispares, en el presente capítulo queremos ver de qué manera o de qué maneras la transexualidad que se constituyó como objeto de intervención biomédica

de una forma un tanto precaria, pasó a convertirse a la vuelta de unos pocos años en un afilado instrumento de normalización binaria. En este camino, las bifurcaciones, cruces, rodeos, etc. se van borrando de la historia para que el objeto final tenga una apariencia de estructura ahistórica estable, para perpetuarse y verse convertido en una fijación en la que los cuestionamientos no tengan espacio posible.

Tras la Segunda Guerra Mundial se produce un desplazamiento de los centros de saber y poder en los que este nuevo objeto – la transexualidad - es producido; el Instituto para la Ciencia Sexual de Hirschfeld en Berlín quedó destruido, primero ideológicamente por los nazis en el momento de su ascenso al poder en Alemania (1933) y posteriormente de manera física en el bombardeo de Berlín por los aliados en la última etapa de la guerra (1945). Como ya contamos, dos de los principales activos del Instituto, su biblioteca y archivo sobre sexología fueron quemados y los médicos e investigadores que allí trabajaban tuvieron que partir hacia el exilio o fueron represaliados.

Las tecnologías aplicadas sobre los cuerpos se siguieron utilizando en otros puntos de Europa y se vieron reforzados por la mejora de las técnicas quirúrgicas en el marco de la Segunda Guerra Mundial.

Pero no parece que parte del espíritu con el que Hirschfeld y el Instituto para la Ciencia Sexual trataban a estos "pacientes" se mantuviese con posterioridad; más bien parece que lo que prevalece en el nuevo contexto es la normalización de los cuerpos en estas categorías que hoy se entienden como naturales. Además, el foco de las intervenciones y el banco de pruebas sobre la sexuación del cuerpo se traslada a otro punto: los Estados Unidos se convierten en el lugar de referencia en esta nueva etapa y los cuerpos intersexuales son los nuevos lugares en los que se practica este dispositivo tecnológico.

2.1. Primeras cirugías de reasignación posteriores a la Segunda Guerra Mundial

En 1945, al concluir la Segunda Guerra Mundial todo había cambiado. El mundo asistía al comienzo de la era atómica y tanto la ciencia como la tecnología eran vistas por la opinión pública mundial con tremenda admiración por las promesas que auguraban. En el caso concreto de la medicina se esperaba de ella que diese respuesta a problemas de salud de toda índole con el desmedido tecno-optimismo de la época.

La cirugía plástica había vivido un rápido desarrollo durante la Primera Guerra Mundial y en las décadas siguientes en Europa debido a las mutilaciones y desfiguraciones causadas por el conflicto bélico, pero su expansión definitiva vino tras la Segunda Guerra Mundial en Estados Unidos (Haiken 1999).

En lo que respecta a la ciencia sexual, parece que ciertas ideas predominantes antes del ascenso de los nazis en Alemania y Europa pasaron a formar parte del imaginario colectivo en los Estados Unidos.

La historiadora Joanne Meyerowitz nos informa de cómo en Estados Unidos esta confianza absoluta en las promesas de la medicina daba lugar a artículos en revistas que en 1950, antes del caso Jorgensen afirmaban sin rubor:

> "Con hormonas y cirugía, hay pocas dudas de que, en un futuro no muy lejano los médicos puedan coger a un adulto plenamente desarrollado y - si el o ella lo desea - revertir completamente su sexo." (Meyerowitz 2002, 41)

O en otro magacín,

> ¿Quiere cambiar su sexo? Concedido: "El hecho de que el sexo es mutable ha sido ilustrado en ciertos casos de hombres que han sido fisiológicamente convertidos en mujeres y mujeres en hombres". (Ibid., 41)

En esta popularización de las expectativas sobre las posibilidades de la medicina, una de las personas que introdujeron nuevos términos e ideas entre el público fue David O. Cauldwell que, siendo un férreo opositor a las prácticas tanto hormonales como quirúrgicas de reasignación, ha pasado a la historia como el introductor del término transexual entre el público de Estados Unidos en los años cincuenta. Cauldwell en 1949 desde la tribuna privilegiada que tenía en *Sexology,* una revista de sexología dedicada al público generalista, afirmaba que el deseo patológico de pertenecer al sexo opuesto es un trastorno mental que se denomina transexualidad psicopática, de la que puede haber diversos grados (Cauldwell 2001).

Al mismo tiempo que se produce una trasposición de ciertas ideas sobre la ciencia sexual desde la Europa de entreguerras a los Estados Unidos posteriores a la Segunda Guerra Mundial, hay otra gran parte de estas ideas que no cruzan el océano ni perviven tras la guerra. En este caso, las teorías subyacentes al desarrollo de una ciencia sexual en el Instituto de Hirschfeld, que estaba guiado por la creencia en la teoría de la bisexualidad humana y por la posibilidad de un *continuum* de sexo - en el que los marcadores sexuales ambiguos eran concebidos como fruto de la variabilidad "natural" de la especie humana (Hirschfeld 1910) –, no cruzaron y arraigaron en los nuevos epicentros de investigación desarrollados en los años cincuenta en Estados Unidos. De hecho, antiguas ideas sobre el verdadero sexo son traídas de nuevo, forzadas y retorcidas hasta adaptarlas a las evidencias aportadas por ciencias emergentes como la genética o la embriología (Hausman 1995).

Los primeros ejercicios de normalización conocidos posteriores a la Segunda Guerra Mundial son los dos casos paradigmáticos y ampliamente conocidos de Christine Jorgensen y Roberta Cowell, ambas sometidas a tratamientos hormonales y procedimientos quirúrgicos en Dinamarca y Reino Unido, respectivamente, si bien han alcanzado notoriedad por la repercusión que tuvieron en Estados Unidos. En el caso de Jorgensen

especialmente porque era de nacionalidad estadounidense y además, de las tres cirugías a las que se sometió inicialmente, dos se realizaron en Dinamarca y la última en New Jersey (EE.UU).

En otros países estas cirugías ya se venían realizando. Harry Benjamin aseguraba tener datos de más de cincuenta personas que se habían sometido a cirugías de reasignación fundamentalmente en Dinamarca, Suecia, Holanda y Casablanca durante todo este periodo (Benjamin 1966). En esta última ciudad se estableció desde 1956 la clínica del doctor Georges Burou, ginecólogo francés que se especializó en la realización de vaginoplastias (Hage, Karim, y Laub 2007).

Curiosamente, estos primeros casos conocidos que en la actualidad denominamos como transexuales eran conocidos en la época bajo el término "travestismo", de hecho, el título del informe publicado por los médicos que participaron en la intervención de Jorgensen fue "Travestismo: tratamiento hormonal, psiquiátrico y quirúrgico" (Hamburger, Stürup, y Dahl-Iversen 1953), si bien en el artículo se intercala la utilización de los términos travestismo y eonismo[25] como sinónimos.

Parece que, quien realmente introduce o reintroduce el término transexual(ismo) en la literatura médica fue Harry Benjamin, que a su vez toma el término heredado de Hirschfeld[26]. Benjamin utiliza la expresión en relación al caso Jorgensen en 1953 y en un artículo posterior desarrolla ya una primera aunque completa teoría sobre el travestismo y el transexualismo que sería, según Benjamin, un tipo extremo del primero – el

[25] Este término proviene del nombre del espía de Luis XV, el Chevalier D'Eon que, durante años, se hizo pasar por mujer en las cortes europeas.

[26] La relación de Benjamin con Hirschfeld se remonta al menos a los años veinte, si bien algunos autores sitúan el origen de la relación con anterioridad (Meyerowitz 2002, 45). En cualquier caso, su relación era bastante estrecha y no cabe duda de que tanto gran parte de las ideas de Benjamin sobre la transexualidad como de los tratamientos que realizaba estaban inspirados en los trabajos de Hirschfeld. Durante los años veinte, Benjamin pasaba los veranos en Europa, concretamente en el Instituto para la Ciencia Sexual de Hirschfeld en Berlín (Pfäfflin 1997). Posteriormente, en los primeros años treinta trabajó en estrecho contacto con Eugen Steinach en la Universidad de Viena (Meyerowitz 2002, 45).

travestismo - en el que la "transformación de sexo" sería el principal deseo (Benjamin 1954).

Al mismo tiempo, las tecnologías farmaco-quirúrgicas de reasignación estaban siendo testadas y puestas a punto en el tratamiento médico de la intersexualidad durante los primeros años cincuenta en el Hospital Johns Hopkins (Fausto-Sterling 1998; 2000; Hausman 1995; Reis 2009; Eder 2010).

En la clínica de endocrinología pediátrica del Jonhs Hopkins, el doctor Lawson Wilkins, jefe de endocrinología, estaba desarrollando nuevos tratamientos hormonales para diversos síndromes intersexuales, entre otros la hiperplasia adrenal congénita (HAC); en 1951, Wilkins contrató a John Money, por entonces un joven psicólogo, para evaluar psicológicamente los tratamientos y para resolver la cuestión de la adscripción de sexo en pacientes que tenían características sexuales contradictorias entre su sexo biológico y psicológico. Money desarrollo junto a los Hampson[27] una guía de tratamiento para pacientes (niños y niñas) intersexuales en la que recomendaban una temprana asignación a uno de los dos sexos así como su adecuación genital al sexo asignado tan pronto como fuese posible (Money, Hampson, y Hampson 1955a). Money y los Hampson mantenían que lo que ellos denominaban "rol de género" quedaba marcado y definido en una fase temprana en la mente del niño o la niña; este rol de género que se aprendía a temprana edad era el que determinaba cómo estas personas se veían a si mismos como hombres o como mujeres a medida que iban creciendo (Money, Hampson, y Hampson 1955b; 1957).

[27] Mientras que Money era psicólogo, tanto Joan como John Hampson eran psiquiatras. Los tres desarrollaron diversos conceptos que en la actualidad se incluyen dentro de la categoría "género" en una serie de artículos publicados entre 1955 y 1957 y asociados al tratamiento de niños con condiciones intersexuales. En particular destacamos los conceptos de "rol de género", "orientación de género" e *imprinting* (Money, Hampson, y Hampson 1955a; 1955b; 1956; 1957).

Entendemos, por tanto, que el concepto de género se crea en el contexto del desarrollo de las tecnologías biomédicas para el tratamiento de los tránsitos sexuales. Asimismo, se pone de manifiesto que el género es también una tecnología, en este caso una tecnología discursiva que inscribe los comportamientos y actitudes en el marco de la diferencia sexual y que además está guiado por un subtexto de obligatoriedad heterosexual (Rich 1980) que solo se explicita en determinadas ocasiones.

Siguiendo la propuesta de Hausman entendemos que, en gran parte, es la tecnología y una cierta actitud hacia la misma la que permite esta capacidad de percibir la multiplicidad de marcadores sexuales en un cuerpo y, al mismo tiempo, hacer que el cuerpo represente una sola identidad sexual; pero también es la tecnología la que permite a los mismos médicos hacer cumplir el binarismo de género realizando un ejercicio de *passing*[28] forzoso a las personas intersexuales (Hausman 1995, 77). En este sentido, la tecnología no actuaría como mera "intermediaria" de los procesos descritos sino que se constituiría en "mediadora"[29] de los mismos (Latour 1993).

2.2. El desarrollo de la transexualidad como tecnología. (1965-1980)

El año 1965 marcó un punto de inflexión en lo que respecta a la consideración de la transexualidad. Parece que una serie de cambios de

[28] El *passing* se puede traducir como "pasar por otro/a" y es un ejercicio teorizado fundamentalmente respecto al concepto de raza. El *passing* de género ha sido analizado por Judith Butler, muy especialmente, en su obra *Cuerpos que importan* (1993).

[29] Siguiendo a Latour, entendemos que en este caso Hausman no concibe dos esferas inconmensurables de lo "natural" y lo "social" entre las que la tecnología serviría como nexo entre las dos pero sin capacidad de agencia propia. Más bien, Hausman concibe la tecnología como un actor con "agencia" propia que lejos de ejercer de intermediaria, ejerce como "mediadora" y transforma las realidades de lo natural y lo social. Los mediadores serían "actores dotados de la capacidad de traducir lo que transportan, de redefinirlo, de redesplegarlo y también de traicionarlo. Los siervos han vuelto a ser ciudadanos libres" (Latour 1993, 121).

estos años hacen posible que a partir de este momento las cirugías de reasignación se empiecen a aceptar como "tratamiento" para personas transexuales en Estados Unidos y en Reino Unido.

En Estados Unidos se estaban abriendo este tipo de centros especializados en género. Algunos tenían como referente la clínica de investigación sobre la identidad de género de UCLA (Gender Identity Research Clinic – UCLA) que se inauguró en 1962 con varios de los médicos del departamento de Psiquiatría de la universidad entre los que se encontraba Robert Stoller, que se puso al frente de la clínica (Meyerowitz 2002, 126). En Reino Unido se abrió una clínica de identidad de género en el hospital Charing Cross de Londres en 1965 (King 1981).

Es precisamente en 1965 cuando se realiza en el Johns Hopkins la primera cirugía de reasignación a un paciente "transexual" y también en ese año cuando se realiza una intervención similar en el hospital londinense (King 1981, 143-145). Ambas cirugías representan el comienzo de una nueva época ya que, hasta ese momento no se había reconocido la realización de este tipo de tratamientos por parte de clínicas y hospitales de primer nivel. El reconocimiento significa que tanto las tecnologías como el soporte teórico que había detrás de éstas estaban ya puestos a punto aunque, ni el aparato teórico estuviese exento de críticas, ni las tecnologías demasiado rodadas.

En los casos que se daban en la época anterior, el aparato teórico no estaba puesto a punto y los médicos se escudaban en el argumento de que los pacientes tenían algún tipo de condición intersexual para realizar los tránsitos y las intervenciones. Hubo dos casos que ejemplifican este argumento. En primer lugar, el caso de Roberta Cowell que en su autobiografía *Roberta Cowell's story* (1954) declaraba que siempre había sido una mujer, y además, realizaba esta declaración con la aquiescencia de sus médicos, si bien otros autores, Benjamin incluido, se han referido a ella como transexual; en segundo lugar, el caso de Agnes estudiado por Stoller,

Garfinkel y otros desde 1958, y en el que el personal médico estaba – aparentemente - convencido de la intersexualidad de Agnes y se le realiza la cirugía de reasignación sexual (Garfinkel 1967). Algunos años después, la propia Agnes realiza una narración bien distinta en la que cuenta que, durante años estuvo tomando los estrógenos que le habían prescrito a su madre y que su intención siempre había sido presentarse ante los médicos como una "mujer real" pero con genitales masculinos. El caso y la posterior versión de Agnes quedaron retratados por Garfinkel en un genial post-scriptum en el que reconoce y reflexiona sobre el caso (Garfinkel 1967, 205-209). Posteriormente, Kessler y McKenna (1978) utilizaron el caso de Agnes, tanto la versión de Garfinkel como la de Agnes, en su estudio etnometodológico sobre el género.

Y es que el caso de Agnes es paradigmático y ha servido para ilustrar los argumentos, tecnologías y valores que se ponían en juego en las clínicas de identidad de género a finales de los años cincuenta desde muy diversas posiciones.

> En 1966, seis años después de la vaginoplastia, Agnes hace otro relato de su propio proceso de transformación corporal. La segunda narración desafía y ridiculiza las técnicas científicas de los diagnósticos psiquiátrico y hormonal a los que deben someterse las personas transexuales en las instituciones médico-legales a partir de la década de 1950. El saber del tecnocordero engaña a la manada de lobos. Agnes dice que fue un niño de sexo anatómico masculino y que al inicio de su adolescencia (a los doce años) empezó a tomar a escondidas los estrógenos que le habían recetado a su madre luego de una panhisterectomía, una ablación completa del útero y los ovarios. Según ese segundo relato, todo habría empezado como un juego: en un primer momento roba alguna que otra cápsula ocasionalmente; después falsifica las recetas médicas para acceder a una provisión regular de Stilbestrol. (Preciado 2007, 24)

Siguiendo la lectura de este caso que realiza Beatriz Preciado cabe destacar no sólo el desafío de las técnicas de diagnóstico tanto psiquiátrico como hormonal, sino el alcance de los valores implicados en la definición de los hechos científicos.

A Agnes se la somete a una cirugía de reasignación porque ella afirma que sin lugar a dudas es una mujer, aparece a los ojos de los doctores de UCLA como una "mujer real" tal y como ellos conciben que debe ser. Todas las pruebas médicas realizadas indican que Agnes es un varón tanto anatómica como cromosómicamente. El único dato biomédico inconsistente es una cantidad inusualmente elevada de estrógeno en su organismo pero los médicos e investigadores en ningún caso piensan que se pueda tratar de estrógeno exógeno. Se trata en definitiva, de buscar el sexo verdadero aunque en este caso la identidad y el rol de género ya jueguen un papel crucial en la definición del mismo y son éstos – el rol y la identidad de género – los que determinan, por encima de otros marcadores biológicos, la verdad del sexo en este caso[30].

Desde mediados de los años sesenta y en adelante, con el desarrollo fundamental de la teoría de género por parte de Money ya no se buscaban marcadores biológicos de intersexualidad para proceder al tratamiento, se buscaba poder discernir quienes eran los "verdaderos transexuales" y quienes – por diferentes razones todas relacionadas con trastornos mentales – eran impostores.

Este periodo se caracteriza también por un cambio definitivo en la nomenclatura, que se diversifica y que está asociado al cambio de paradigma que se ha producido; a partir de mediados de los años sesenta

[30] El recuerdo de este caso es una de las posibles causas de la profunda convicción de que los pacientes mienten y el miedo que esto genera en las diferentes versiones de los Estándares de Cuidado (SOC), como veremos más adelante. Los SOC alertan de esto no como mera posibilidad y remiten a buscar otras fuentes de información sobre la verdadera identidad de género del paciente, las declaraciones de familiares cercanos y amigos, además de pruebas psicométricas para detectar mentiras e inconsistencias.

comienzan a proliferar las denominaciones que incluyen el término género para nombrar lo que hasta entonces, los años cincuenta, se había calificado como travestismo. Algunos autores señalan que en este momento, entre 1965 y 1980, las diversas nomenclaturas proliferan en paralelo a las diferentes teorías sobre la forma de diagnóstico y tratamiento (King 1981, 128-129).

Podríamos detectar una primera corriente encabezada por Benjamin y más asociada al tratamiento clínico de la transexualidad. A partir de sus primeros escritos de los años cincuenta en los que describía el "transexualismo", Benjamin desarrolla en *The Transsexual Phenomenon* (1966) una incipiente teoría etiológica en la que diferencia el travestismo de la transexualidad y al tiempo marca la pauta que caracterizó el diagnóstico y sobre todo, el tratamiento:

> El transexual hombre o mujer se siente profundamente infeliz como miembro del sexo (o género) que le fue asignado de acuerdo con la estructura anatómica del cuerpo, particularmente los genitales. Para evitar malentendidos: esto no tiene nada que ver con el hermafroditismo. El transexual es físicamente normal (aunque ocasionalmente con pobre desarrollo). Estas personas pueden apaciguar en cierta medida su infelicidad vistiéndose con las ropas del sexo opuesto es decir, travistiéndose […] Pero mientras que "vestirse" satisface al verdadero travesti (quien está contento con su sexo morfológico), esto es sólo una ayuda incidental, parcial y pasajera para el transexual. Los verdaderos transexuales sienten que pertenecen al otro sexo, quieren ser y funcionar como miembro del sexo opuesto, no sólo aparentarlo. Para ellos, sus órganos sexuales […] son deformidades repugnantes que tienen que ser cambiados por el bisturí del cirujano. Esta actitud parece ser la clave para el diagnóstico diferencial entre los dos síndromes (conjunto de síntomas) - travestismo y transexualismo (Benjamin 1966, 11). Citado y traducido en (Martínez-Guzmán 2011, 34-35).

La obra de Benjamin fue clave en este periodo debido a su carácter de compilación de casos clínicos en una época en la que Benjamin, probablemente, fuese el médico que más casos de este tipo había visto y tratado. Para diferentes especialistas médicos relacionados con la transexualidad, la obra de Benjamin pasó a ser su obra de cabecera y algunos autores apuntan que para los transexuales también fue una lectura obligada ya que les marcaba las pautas para conseguir el tratamiento médico (Billings y Urban 1982). La necesidad de justificar la intervención médica de normalización binaria de los cuerpos creó a su vez una figura estereotípica del "verdadero transexual" en el que la diagnosis solo se podía realizar en base a unas ciertas asunciones del rol de género que los "pacientes" desarrollasen para poder ser diagnosticados y conseguir el tratamiento. Según esta línea argumentativa, nos encontramos en el momento – mediados de los años sesenta – en el que el aparato de control biomédico queda configurado tal y como lo conocemos en la actualidad.

La actividad clasificatoria en busca de discernir "el polvo de la paja", buscar a los "verdaderos transexuales", ajustar el diagnóstico para la selección de los pacientes adecuados para las cirugías y el intento de aceptación dentro de la comunidad médica oficial hacen que los criterios se multipliquen si bien se pueden agrupar en dos grandes conjuntos categóricos: los criterios prácticos o conductuales y los diagnósticos o teóricos (King 1981).

Los criterios prácticos o conductuales requerían de los pacientes, por ejemplo, estado civil soltero, que no tuviesen enfermedad psíquica aguda, tendencias antisociales o que pudiesen afirmarse a sí mismos y mantenerse en el rol de género elegido al menos un año. En el Johns Hopkins, según la descripción de Money y Schwartz (1969), se requerían criterios similares y además que el paciente tuviese más de veintiún años, que viviese a una distancia razonable para poder desplazarse al hospital a realizar el seguimiento y que se designara a un pariente próximo como

informante adicional (ver nota 30) y para que diese el consentimiento por escrito en caso de operación (King 1981, 144).

Respecto al segundo tipo de criterios, los diagnósticos, estaban mucho más enfocados que los primeros a dilucidar quiénes de entre los que se querían someter al tratamiento eran aptos para el mismo, es decir, buscaban precisar un diagnóstico y encontrar a los "verdaderos transexuales", los "disfóricos", sobre lo que volveremos más adelante. En este segundo grupo de criterios quizá las teorías más conocidas sean las de Stoller que en *Sex and Gender* (1968) escribía:

> creo que sólo se debería operar a aquellos **varones que sean más femeninos**, hayan estado **expresando su feminidad desde edad temprana**, no hayan pasado etapas viviendo como varones aceptados, **no hayan disfrutado de su pene** y no se hayan considerado varones (Citado en: King 1981, 144-145) [Énfasis mío].

Ambos tipos de criterios los prácticos o conductuales y los diagnósticos o teóricos fueron elaborados por primera vez a mediados de los sesenta pero han pervivido hasta la actualidad con muy pocas variaciones. La guía de cuidados que se elaboró a finales de los años setenta y que en la actualidad es el manual mundial de referencia en el tratamiento y cuidados a personas transexuales, el Standards of Care (SOC), incluyó en su primera versión criterios de elegibilidad (prácticos) y disposición (diagnósticos) muy similares a los arriba enumerados; a día de hoy, la séptima versión del SOC (2012) incluye ambos tipos de criterios para proceder a los tratamientos hormonales y quirúrgicos (Coleman et al. 2012).

Por otro lado, como apuntábamos anteriormente, la etapa que va desde 1965 hasta 1980, que podríamos denominar como la del desarrollo de la transexualidad como tecnología, estuvo caracterizada por la vertiginosa multiplicación de las categorías que designaban la transexualidad. Por un lado, se reemplazó prácticamente en su totalidad el uso del término travestido por el de transexual para referirse a las personas

que demandaban este tipo de transformaciones corporales. Por otro lado, se multiplicaron los conceptos y categorías que daban cuenta de la transexualidad y su diagnóstico al calor de la teoría de Money sobre el "rol de género" (1957) y el asentamiento definitivo del concepto de "identidad de género" definido por Stoller (1968).

En concreto, nos interesa fijarnos en las conceptualizaciones y distinciones que realizaron Pearson y Oversey entre transexualidad primaria y secundaria. Se decía que tenían la primera personas que respondían que habían sentido "desde siempre" o "desde pequeños" la convicción de pertenecer al otro sexo y que además,

> son esencialmente asexuales y evolucionan hacia una solución transexual sin decantarse significativamente ni hacia la heterosexualidad ni hacia la homosexualidad. (Person y Oversey 1974a, 4)

Por su parte, la transexualidad secundaria, se atribuía a personas en las que la idea de pertenencia al otro sexo le había aparecido de manera tardía, en el final de la adolescencia o en la edad adulta y que además,

> son homosexuales afeminados y travestidos que tienden hacia la transexualidad solo tras periodos continuados de homosexualidad o travestismo activos. (Person y Oversey 1974b, 174)

A mediados de los años setenta surge otra categoría para designar la transexualidad y que nos revela la importancia creciente que tuvieron las teorías de Money y Stoller, en tanto que precursoras, para clasificar como trastornos todos los comportamientos, orientaciones e identificaciones de género no acordes con la norma vigente pero también la importancia de la tecnología en este cambio de nomenclatura. La nueva categoría "síndrome de disforia de género" fue introducida en la literatura médica por Norman Fisk (1973) si bien nos interesa especialmente la precisión que él mismo realiza (Fisk 1974) y la forma en la que se evidencia la ampliación de la categoría (Meyer y Hoopes 1974).

El movimiento que se realiza utilizando "disforia de género" como sustituto para el término transexualismo resulta bien interesante atendiendo a las razones para el mismo que dio Fisk. La utilización del nuevo término, "disforia de género" vino dada, en gran parte, porque los médicos e investigadores que en ese momento estaban trabajando sobre esta cuestión veían con preocupación cómo las entrevistas e historias de vida que se realizaban para llevar a cabo el diagnóstico de transexualidad o transexualismo encajaban en un patrón, el del clásico transexual definido por Benjamin, en la mayor parte de los casos que observan:

> El concepto de síndrome de disforia de género surgió de una gran necesidad clínica de una manera orgánica, natural. Ocurrió porque prácticamente todos los pacientes que inicialmente se presentaron para la investigación nos proporcionaron una psicobiografía totalmente estandarizada que parecía estar preparada o bien ensayada, sobre todo en los aspectos destacados pertenecientes al diagnóstico diferencial. Sería certero decir que de los 30 a 40 pacientes no psicóticos inicialmente seleccionados, todos se presentan como verdaderos casos de manual de transexualismo clásico. (Fisk 1974, 388)

Ante este hecho, deciden sustituir la categoría diagnóstica que se había impuesto unos años antes por una categoría mucho más amplia, en la que,

> Empleando el término diagnóstico de síndrome de disforia de género, nuestras indicaciones para terapias quirúrgicas de conversión de sexo se han visto ampliadas. (Ibídem., 389)

Como etiqueta diagnóstica, el síndrome de disforia de género es mucho más amplio ya que se basa en el significado etimológico de disforia que incluye insatisfacción, ansiedad, inquietud y malestar. Así el síndrome haría referencia a cuestiones mucho más amplias que la estricta definición de transexualidad en términos "sintomatológicos".

> En los primeros dos o tres años de nuestra investigación se hizo evidente que en las psicobiografías no fabricadas, o más exactamente, más francas y honestas que fueron obtenidas de nuestra población de pacientes, ciertamente había una gran diversidad y desviación de lo que se había definido como síntomas de la "transexualidad clásica". Además, el denominador común, abiertamente presente, fue el alto grado de disforia relativo a la asignación de género del individuo [al momento del nacimiento] o a su crianza. Se hizo evidente de inmediato que las personas que presentan problemas de género en realidad (de hecho) componen un espectro de los trastornos de género que va desde los más suaves a las formas más severas de esta aflicción. (Ibídem., 388)

Así, bajo esta nueva categoría, las personas en busca de tratamientos de reasignación podían tener historias de vida diversas. En efecto, con la disforia de género el indicador que primaba para los médicos bajo esta nueva categoría ya no era su historia de vida sino la "experiencia de la vida real" es decir, que la persona en su historia reciente hubiese mostrado determinación en el deseo de pertenecer al "otro sexo", que hubiese pasado un cierto tiempo – al menos un año – viviendo bajo el rol de género del "otro sexo" y la persistencia en el deseo de someterse a la cirugía.

> Buscamos ávidamente determinar cómo de bien o de mal una persona en particular ha hecho frente y se enfrentará a la vida en su género de elección. [...]. Factores como la habilidad para pasar físicamente [como del género de elección], habilidades vocacionales, estabilidad general psíquica y emocional, fortaleza de la autoestima presente y pasada, soporte familiar, aprecio por los principios centrales del género, ausencia de una sociopatía significativa, ausencia de síntomas psicóticos y de síntomas neuróticos múltiples o intensivos (como los manifestados por impulsividad, juicio pobre, artería, narcisismo, manipulativo, masoquismo, exhibicionismo, baja autoestima) son todos factores que son seriamente sopesados en la decisión global del equipo sobre la aceptabilidad para la conversión de sexo. (Ibídem., 389)

Es decir, que siguiendo este argumento, la demanda de proceso biotecnológico es la que, al mismo tiempo, confiere el sentido de identidad. Esta afirmación de Billings y Urban (1982) niega la agencia de las personas transexuales en este proceso y lo vincula exclusivamente a la intencionalidad de los médicos que trabajaban en este campo. La afirmación está matizada por Hausman (1995) que sí confiere algún grado de agencia a las personas transexuales pero deja recaer todo el peso del proceso en la disposición de la tecnología necesaria.

En paralelo a esta proliferación de términos para definir la disconformidad con el género asignado al nacimiento y el requerimiento o la demanda de intervención se produce otro fenómeno que tendrá una influencia definitiva en la concepción que tenemos en la actualidad sobre la transexualidad. El fenómeno en cuestión es la reivindicación de la psiquiatría como una disciplina médico-científica en un momento en el que proliferaban los especialistas-terapeutas en salud mental, como han analizado Rick Mayes y Allan Horwitz (2005).

Hasta el último cuarto del siglo XX, el diagnóstico había tenido un papel secundario en psiquiatría. Sin embargo en un periodo muy corto de tiempo se produjo un cambio en el modelo fundamental o paradigma intelectual en el que se desenvolvía la disciplina en ese momento y se adoptó un sistema completamente nuevo de clasificación. En otras palabras, la psiquiatría se reorganizó como disciplina de tal forma que un elemento como la diagnosis que jugaba un papel secundario y marginal pasó a convertirse en la base de la especialidad (Mayes y Horwitz 2005, 250).

Este movimiento de cambio de modelo se analiza en el contexto del cambio en el manual de referencia – actual – de trastornos mentales. El manual de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (DSM) refleja a la perfección este cambio de paradigma en el salto que se produce desde sus dos primeras

versiones DSM-I (1952) y DSM-II (1968) a la tercera versión DSM-III (1980), en la que se adopta este nuevo modelo y – la razón fundamental de nuestro interés – se incorpora la transexualidad por primera vez como categoría diagnóstica.

2.3. La estandarización del método. El primer SOC y el DSM-III

Diversos autores han intentado explicar este cambio de modelo en psiquiatría realizando lecturas unicausales en las que, el éxito de esta nueva manera de concebir la disciplina se explica como el triunfo en la adhesión al modelo de conocimiento científico y sus conceptos de objetividad – no situada -, certeza y razón; como el triunfo de la ciencia sobre la ideología; o como el triunfo de la evidencia científica frente a los grandes maestros (Mayes y Horwitz 2005, 250-251). Una segunda línea de lecturas, que atribuyen una sola causa al éxito de la psiquiatría diagnóstica y el DSM-III, es la que argumenta que este éxito se produce por el contexto de creciente medicalización de la psiquiatría que sitúa un ámbito cada vez mayor de los comportamientos humanos dentro del dominio legítimo de la psiquiatría. Los que respaldan esta teoría se escudan en el crecimiento exponencial en el número de diagnosis que se produce en el DSM-III con respecto a la versión anterior (Mayes y Horwitz 2005, 251).

Dentro de las interpretaciones que ponen el acento en la creciente medicalización de la psiquiatría, Bernice Hausman analiza el fenómeno de la expansión de la taxonomía diagnóstica desde los DSM-I y II al DSM-III documentando los cambios que se produjeron en las clasificaciones de travestismo y transexualidad (transexualismo) en el manual (Hausman 1995, 130-140).

Ciertamente en las diferentes versiones del DSM se van precisando y expandiendo las categorías de travestismo primero y transexualidad posteriormente. Así, en la primera versión del DSM (1952), las desviaciones

sexuales, entre las que se incluye el travestismo y la homosexualidad están clasificadas dentro de los llamados "trastornos de la personalidad" y simplemente se enumeran sin entrar en profundidad en cada una de las categorías. La única indicación en este manual es que las desviaciones sexuales codificadas como x63 se reservan, en tanto que diagnóstico, para "la sexualidad desviada que no es sintomática de síndromes más extensos como la esquizofrenia y las reacciones obsesivas" (American Psychiatric Association 1952, 38). En el DSM-II (1968), las "desviaciones sexuales" ya tienen una categoría propia codificada como (302) y dentro de ella se encuentran de nuevo los diagnósticos de homosexualidad (302.0) y travestismo (302.3); sin embargo en esta ocasión se amplía la categoría con nuevos diagnósticos de exhibicionismo, voyeurismo y masoquismo, así como otras desviaciones inespecíficas. Un hecho interesante del DSM-II es que define una serie de comportamientos sexuales como desviaciones pero los exime en ciertas ocasiones:

> Esta categoría es para individuos cuyo interés está primordialmente dirigido hacia otros objetos que no sean personas del sexo opuesto, hacia actos sexuales no asociados usualmente con el coito o hacia coitos realizados bajo circunstancias extrañas como en la necrofilia, pedofilia, sadismo sexual y fetichismo. [...] Este diagnóstico no es apropiado para individuos que realizan actos sexuales desviados porque *los objetos sexuales normales no están accesibles para ellos*[·]. (American Psychiatric Association 1968, 44)

Por su parte, el DSM-III (1980) introduce grandes cambios con respecto a su antecesor, no solo en cuanto a la forma de clasificación que ya no busca una etiología sino que mantiene que los diagnósticos se deben basar en síntomas concretos, "discretos", fácilmente observables y las intervenciones no van dirigidas ya a detectar un posible origen sino a aliviar sus síntomas y facilitar el ajuste del paciente con su entorno. Así, se

· Énfasis propio.

produce una estandarización de los diagnósticos sobre una serie de criterios con "signos"[31] observables y "objetivos".

En lo que se refiere a la categoría en la que se encuadran tanto el travestismo como la transexualidad de las que venimos hablando también se produce un cambio ya que se introducen los "trastornos de identidad de género" dentro del capítulo dedicado a los trastornos psicosexuales.

Figura 2.1: Cuadro resumen de los trastornos psicosexuales en el DSM-III.

Trastornos psicosexuales:

1. Trastornos de la identidad de género
    1. **Transexualismo**. 302.5x
    2. Trastorno de la identidad de género en la infancia. 302.60
    3. Trastornos de identidad de género atípicos.
2. Parafilias
    1. Fetichismo. 302.81
    2. **Travestismo.** 302.30
    3. Zoofilia. 302.10
    4. Exhibicionismo. 302.40
    5. Voyeurismo. 302.82
    6. Masoquismo sexual. 302.83
    7. Sadismo sexual. 302.84
    8. Parafilia atípica
3. Disfunciones psicosexuales
4. Otros trastornos psicosexuales
    1. Homosexualidad egodistónica 302.00
    2. Trastornos psicosexuales no clasificados en otro lugar

Fuente: Elaboración propia.

[31] Utilizamos aquí "signo" por hacernos eco de la diferenciación etimológica y epistemológica que se realiza entre "signo" y "síntoma", siendo el primero definido como la manifestación objetiva de un hecho patológico y la segunda como la manifestación subjetiva del mismo (Martínez Hernáez 1998, 647). Esta diferenciación se realiza explícitamente en el DSM a partir de su cuarta versión (American Psychiatric Association 2000). Sin embargo, que nos hagamos eco de esta cuestión no significa que tomemos partido en el debate epistémico en favor de la posibilidad de que existan "manifestaciones objetivas de hechos patológicos", más bien nos inclinamos a pensar esta diferenciación entre signo y síntoma como la pugna entre dos posiciones de "objetividad situada" (Haraway 1988).

En la figura (4.1) podemos observar, a grandes rasgos, la clasificación que el DSM-III realizó de los trastornos psicosexuales. Este esquema que he delineado no entra a enumerar las dos últimas categorías ya que entiendo que no son (tan) relevantes para el tema que estamos analizando. Tampoco entro ahora a analizar en profundidad los descriptores diagnósticos que dan para cada una de las categorías; baste decir que si el apartado dedicado a las cuestiones relacionadas con "desviaciones sexuales" – dentro del cual estaba el "travestismo" - en el DSM-I ocupaba dos páginas y en el DSM-II apenas una página, en el DSM-III ciertamente se expande pasando a ocupar veintidós páginas todo el capítulo de trastornos psicosexuales y alrededor de nueve páginas los específicamente relacionados con transexualidad y travestismo.

Con todo, y siguiendo a Mayes y Horwitz, pensamos que el éxito del DSM-III y de su modelo diagnóstico hay que vincularlo no solo con el proceso de medicalización de la psiquiatría sino con varias cuestiones que se estaban produciendo de forma simultánea – en EE.UU fundamentalmente, pero también a escala global – y que se articulan de manera compleja dando como resultado el asentamiento de un modelo que perdura hasta la actualidad de manera hegemónica.

Estos procesos paralelos serían: la necesidad de reivindicar la preeminencia de la psiquiatría como profesión y disciplina dentro del ámbito de la salud mental en un momento en el que diferentes profesionales, que se reclamaban como terapeutas, proliferaban; la gran extensión e influencia que estaba tomando el discurso de la antipsiquiatría a finales de los años sesenta y durante los setenta; los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica y la necesidad de adoptar nuevas formas de tratamiento de trastornos "no severos" que no estuviesen ligadas al internamiento, en un momento de desmantelamiento de los centros psiquiátricos; la presión de las compañías aseguradoras – en EE.UU – para que los psiquiatras demostraran la "efectividad" de sus tratamientos bajo la

presión de quedar excluidos del reembolso[32]; por último, pero no menos importante, la emergencia de un mercado farmacéutico especialmente diseñado para el tratamiento de los trastornos mentales de diversa índole (Mayes y Horwitz 2005).

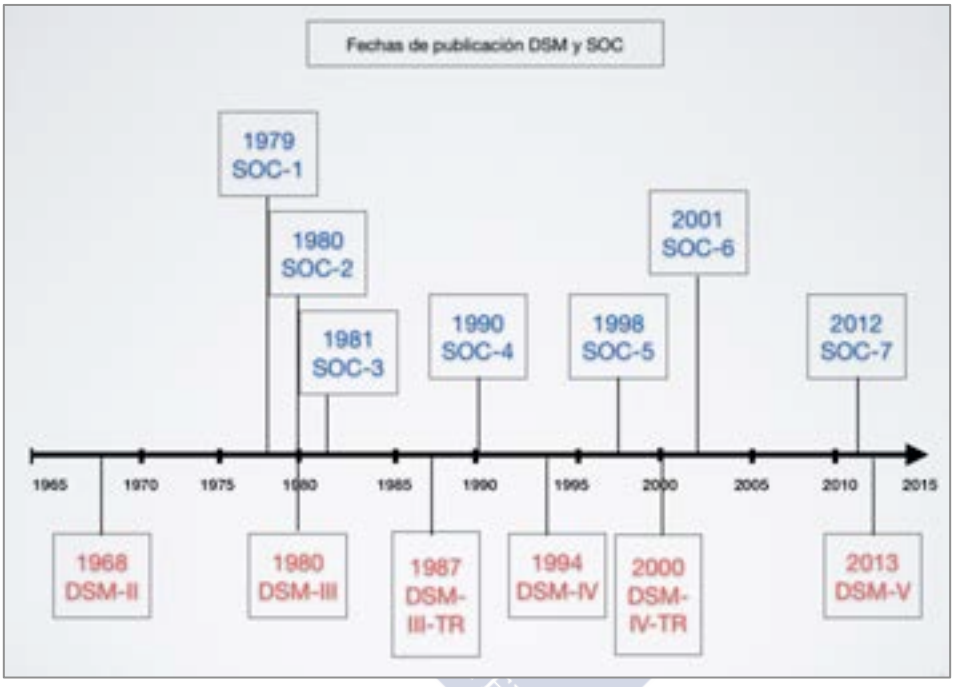
En lo que respecta concretamente al mantenimiento del travestismo como parafilia y a la inclusión de la transexualidad como trastorno de identidad de género entendemos que hay algunos otros procesos o redes de actores que están influyendo decisivamente tanto para la inclusión de la categoría como del trastorno específico. En concreto me refiero a los psiquiatras y psicólogos que estaban tratando a personas transexuales y que no tenían cobertura por parte de las compañías de seguros; las asociaciones de homosexuales que forzaron la salida de la homosexualidad del DSM-III y que no querían verse identificados con este otro tipo de comportamientos; las asociaciones de "travestis" que también intentaban definir su posición con respecto a los discursos de la medicina psiquiátrica; las tecnologías médicas de cambio de sexo puestas a punto desde los años cincuenta primero en "pacientes intersexuales" y posteriormente en el tratamiento de la transexualidad; el dispositivo tecnológico denominado género que hacía referencia a hechos biológicos, psicológicos y de orientación sexual obligatoria; la asociación médica creada *ad-hoc* para estandarizar y tratar médicamente la transexualidad, la Harry Benjamin Internacional Gender Dysphoria Association (HBIGDA)[33]; y, por último, un número indeterminado de personas transexuales que necesitaban un marco en el que los procesos socio-médicos de cambio de sexo estuviesen

[32] Las compañías de seguros pagan al profesional de la salud por la prestación de servicios a los pacientes. En el caso de las aseguradoras, los clientes contratan seguros que incluirían la salud mental y las aseguradoras pagan al profesional elegido – por el paciente – por la prestación de servicios *a posteriori*.

[33] Esta asociación tomó el nombre del famoso endocrinólogo en este campo Harry Benjamin. La asociación se llamó Harry Benjamin Internacional Gender Dysphoria Association (HBIGDA) y en 2005 pasó a denominarse World Professional Association of Transgender Health (WPATH). Esta asociación es la que ha publicado todas las versiones del Standards of Care (SOC).

legitimados. Todos estos actores se articulan para hacer posible la introducción de la transexualidad como trastorno mental, la estandarización del tratamiento biomédico de la misma y la inscripción y regulación de estos cuerpos "disidentes" en el régimen biopolítico de la diferencia sexual, inscripción que se mantiene hasta la actualidad con pequeños matices.

Figura 2.2: Secuencia temporal del DSM y el SOC.



Fuente: Elaboración propia

Todos estos elementos eclosionan hacia el año 1980, año en que el DSM-III incluye, por primera vez, el diagnóstico de transexualidad. También en torno al año ochenta se producen las tres primeras versiones de la guía de tratamiento hormonal y quirúrgico, el *Standards of Care* (SOC) de la asociación de profesionales que trataban la transexualidad (HBIGDA). La asociación se había venido reuniendo desde mediados de los años setenta y en febrero de 1979 publican la primera versión del SOC.

Las tres primeras versiones de los estándares de cuidado (SOC) se publicaron de forma casi consecutiva en febrero de 1979, enero de 1980 y

marzo de 1981. Las tres versiones son casi idénticas entre sí y solo realizan pequeñas modificaciones de contenido. Habría que esperar hasta 1990, nueve años, para que la cuarta versión del SOC viese la luz. Por su parte, la tercera versión del DSM se publicó en febrero de 1980. Es interesante señalar al hilo de la periodización que veíamos en la figura 2.2, que en mi opinión es el SOC el que se va adecuando al DSM formalmente, si bien, en los últimos años esta tendencia se ha podido leer de forma inversa, es decir, que fuese el DSM el que se adaptase al SOC. Si nos fijamos en la figura 2.2 las dos grandes concentraciones de publicaciones se producen en torno a una edición del DSM, la primera en torno al DSM-III (1980) entre los años 1979-1981, la segunda en torno al DSM-IV-TR (2000) entre los años 1998-2001. Sintomáticamente también, los SOC siempre hacen referencia al DSM como manual diagnóstico incluso cuando los SOC se publicasen con anterioridad a la versión del DSM a la que se refieren, como en el caso de los SOC-1 y SOC-2, que hacen referencia al DSM-III.

Figura 2.3: Comités de redacción de DSM-III y SOC-1.

COMITÉ DSM-III (trastornos psicosexuales)	COMITÉ SOC-1 (HBIGDA)
Anke A. Ehrhardt, Ph.D.	Paul A. Walker, Ph.D. (Chairperson)
Diane S. Fordney-Settlage, M.D.	Jack C. Berger, M.D.
Paul Gebhard, Ph.D.	Donald R. Laub, M.D.
Richard Friedman, M.D.	Charles L. Reynolds Jr., M.D.
Richard Green, M.D.	Richard Green, M.D.
Helen S. Kaplan, M.D., Ph.D.	Leo Wollman, M.D.
Judith B. Kuriansky, Ed.M.	
Harold I. Lief, M.D.	
Jon K. Meyer, M.D.	
John Money, Ph.D.	
Ethel Person, M.D.	
Lawrence Sharpe, M.D.	
Robert L. Spitzer, M.D.	
Robert J. Stoller, M.D.	
Arthur Zitrin, M.D.	

Fuente: Elaboración propia.

En este punto hay que señalar que había flujo de información constante entre ambas asociaciones profesionales y los comités respectivos encargados de la redacción de estos documentos. Incluso en algún caso, como el de Richard Green, el profesional se encontraba en ambos comités de redacción, como observamos en la siguiente tabla (figura 2.3).

Desde este momento, la transexualidad toma carta de naturaleza en el imaginario médico y social como una patología clasificable, diagnosticable y sobre la que es posible intervenir. Además, la definición y enumeración de síntomas asociados a un diagnóstico del DSM, unido a la descripción de las pautas de tratamiento del SOC, se pueden interpretar como ejercicios para conseguir el reconocimiento de disciplinas y tecnologías que aplicadas a los procesos de "reasignación de sexo" en personas transexuales eran hasta ese momento ampliamente cuestionadas desde diferentes ámbitos tanto en el interior como en el exterior de la comunidad médica – como hemos visto en el anterior apartado de este capítulo-.

La caracterización diagnóstica que se realiza en el DSM-III referida a la *transexualidad* consta de cuatro características principales que resumen, de alguna manera, las ideas desarrolladas desde mediados de los años cincuenta en este campo. Los cinco criterios diagnósticos eran:

> A. Sensación de malestar e inadecuación con el sexo anatómico propio.
>
> B. Deseo de deshacerse de los propios genitales y de vivir como miembro del otro sexo.
>
> C. La alteración ha sido continua (no limitada a periodos de estrés) durante, al menos, dos años.
>
> D. Ausencia de intersexualidad física o anomalía genética.
>
> E. No es debido a otro trastorno mental, como la esquizofrenia.
>
> (American Psychiatric Association 1980, 263-264)

En esta primera caracterización dentro del DSM-III llaman poderosamente la atención dos cuestiones:

La primera es que el trastorno se subdivide a su vez en cuatro tipos dependiendo de la historia clínica-sexual previa y declarada predominante; estos cuatro tipos estaban codificados y respondían a asexual, homosexual, heterosexual e inespecífico, siendo en todos los casos referido al sexo anatómico de origen del sujeto. Sin duda esta clasificación en cuatro subtipos que atienden a la orientación del deseo denota herencias de esquemas de pensamiento en los que la identidad (de género) y la orientación sexual no estaban diferenciadas[34].

La segunda cuestión relevante es que la historia del paciente es importante para determinar desde cuando el "trastorno" se produce y parece que se mantiene como más creíble en aquellas personas que presentan una historia en la que este se puede rastrear desde la infancia.

En el DSM-III, de hecho, se introduce el diagnóstico de transexualidad sólo para adultos mientras que para la infancia y adolescencia encontramos otra categoría diagnóstica, el "trastorno de identidad de género en la infancia", con su propia caracterización diagnóstica.

En el caso del "trastorno de la identidad de género en la infancia" llama la atención la caracterización de la edad de aparición que para los niños cifran antes de los cuatro años y, sin embargo, para las niñas, parece que basándose en la experiencia clínica, sitúan en la infancia tardía o primeras etapas de la adolescencia. Igualmente presenta diferentes criterios diagnósticos dependiendo de si se presenta en niños o niñas. En niñas el trastorno estaba caracterizado por un fuerte y persistente deseo de ser un niño, o insistencia en que es un niño; repudio persistente de las estructuras anatómicas femeninas manifestado por alguna de las afirmaciones tipo

[34] Algunos ejemplos de esta indiferenciación los hemos visto en el capítulo anterior, tanto en las teorías de Hirschfeld sobre los estados sexuales intermedios como en la propuesta de Marañón sobre los estados intersexuales.

"cuando crezca me convertiré en un hombre", que es biológicamente incapaz de quedarse embarazada, convencimiento de que no va a desarrollar pechos, de que no tiene vagina o de que tiene o le crecerá un pene; por último, que el trastorno estuviese presente antes de la pubertad. Por su parte, para los niños el trastorno se caracterizaba por un fuerte y persistente deseo de ser una niña, o insistencia en que es una niña; repudio persistente por las estructuras anatómicas masculinas manifestado como que él crecerá y se convertirá en una mujer, que su pene o testículos desaparecerán o que sería mejor no tenerlos; preocupación por las actividades estereotípicamente femeninas como las manifestadas por comportamientos como travestirse o imperiosos deseos de participar en los juegos y pasatiempos de las niñas; por último, que el trastorno estuviese presente antes de la pubertad (American Psychiatric Association 1980, 264-266).

Como vemos, el DSM-III no entra en ningún momento a cuestionar los valores de género asociados a las expresiones de la masculinidad y feminidad. La descripción de los criterios diagnósticos refleja la estructura mental sexista y androcéntrica de sus redactores y proponentes al considerar signos de transexualidad "la preocupación por las actividades estereotípicamente femeninas, como travestirse o participar en juegos de niñas", en el caso de los niños, pero no considerar estas mismas características como signo en las niñas, ya que deben entender que estos rasgos del comportamiento de las niñas se explicarían por el valor social otorgado a las actividades típicamente clasificadas como masculinas en detrimento de las femeninas. Tampoco entra a cuestionar la inmutabilidad de los valores asociados al sexo anatómico. Es más, el diagnóstico de transexualidad o el de trastorno de identidad de género en la infancia refuerzan la sedimentación de los valores asociados al género así como la vinculación de la identidad a la sexualidad. Este es uno de los momentos en que el fantasma de la homosexualidad aflora claramente en el

discurso biomédico pese a la eliminación en este mismo DSM-III de la homosexualidad como categoría diagnóstica plena. Por otro lado, sigue abundando en la idea de que, en cierto sentido, el diagnóstico es más fiable cuando las personas refieren que su malestar está presente desde la infancia y refuerza las posiciones que veíamos durante los años sesenta y setenta que establecían la figura del "transexual verdadero" (Stoller 1968) o la "transexualidad primaria y secundaria" (Person y Oversey 1974a; 1974b).

Por su parte, los estándares de cuidado (SOC) han estado centrados, especialmente en sus tres primeras versiones, en definir un protocolo terapéutico estandarizado similar a otros documentos médicos de este tipo, señalando los pasos a seguir en el tratamiento y el orden y plazos de los mismos, y, al mismo tiempo, se centraron en definir qué tipo de profesionales podían tratar a las personas transexuales.

Es interesante cómo los SOC tratan de coordinarse con el DSM por un lado, pero por otro, intentan marcar un espacio propio de producción de la transexualidad. Esto se puede ver claramente desde el título de las cuatro primeras versiones que incluye el concepto de *disforia de género* para definir la "condición" a tratar.

En este sentido en los SOC, la "disforia de género" viene definida por la solicitud de reasignación hormonal y quirúrgica, es decir, es la solicitud de tratamiento la que define la "patología". Además, dentro de los SOC-1 a SOC-3 no sólo se incluye este término sino que se amplían las posibilidades de aplicar el tratamiento a personas que no caben, a priori, en la definición de transexualismo realizada en el DSM-III.

Estas primeras versiones del SOC - de la 1 a la 3 – dejan asentadas cuestiones que han perdurado hasta la actualidad tanto en las versiones actuales del SOC como en la práctica clínica de la que tenemos noticia en el Estado. En concreto, las pautas de tratamiento y los tiempos mínimos entre las diferentes fases del proceso se han mantenido como una secuencia lineal

desde estos primeros SOC hasta la sexta versión (WPATH 2005), que se mantuvo vigente hasta 2012.

El SOC-1 estableció un total de 16 estándares de cuidado y 32 principios que guiaban el tratamiento, algunos de los cuales fueron modificados en las dos versiones posteriores[35]. En las tres primeras versiones los cambios afectan fundamentalmente a la definición de los profesionales que pueden diagnosticar y autorizar el posterior tratamiento hormonal y quirúrgico.

En el SOC-1, se estableció un periodo de tres meses antes de comenzar el tratamiento hormonal, en los que el "paciente" debía realizar lo que – posteriormente – se ha denominado "test de la vida real" o "experiencia de la vida real". La prueba consiste en que durante este periodo de tiempo instituido, la persona debe vivir a tiempo completo bajo los criterios sociales establecidos para el rol del género elegido (SOC-1, Standard 4, WPATH 2012, 4). Asimismo, se establece un periodo de seis meses de test de la vida real previo a cualquier cirugía menor - entendiendo como tal, cualquier cirugía que no implique genitales o mamas -, es decir, cirugías faciales, de caderas, cintura, labios, eliminación de vello facial, etc. (Soc-1, Standard 5, WPATH 2012, 4). Por último, establece un periodo de doce meses de test de vida real previo a las cirugías de reasignación de genitales y mamas (SOC-1, Standard 6, WPATH 2012, 5).

El SOC también establece que el tratamiento hormonal debe preceder siempre a las intervenciones quirúrgicas, ya que entienden que el tratamiento hormonal tiene un doble valor, terapéutico y diagnóstico. El primero, terapéutico, para aliviar los "síntomas" de la disforia de género, como el malestar e inadecuación con el sexo anatómico, al desarrollar características sexuales relacionadas con el otro sexo. En cuanto al valor diagnóstico, la justificación es que la hormonación con sus efectos sobre el

[35] Las tres versiones han sido analizadas en profundidad aunque en la mayor parte de las ocasiones en este epígrafe haremos mención a la tercera (SOC-3) por ser la que perduró y fijó el estándar hasta 1990, año en que se publicó el SOC-4.

cuerpo será un indicador que aconseje o contraindique la posterior reasignación quirúrgica (SOC-1, Principios 9 y 11, WPATH 2012, 4).

En estos primeros SOC también se establece el principio de que los "pacientes" son "informantes poco fiables" y se instaura que se han de buscar otras fuentes y evidencias para verificar que la disforia, el malestar continuo con el sexo propio y el cuerpo, ha existido desde al menos, dos años antes. Estas evidencias se pueden recoger de otros informantes que conozcan al "paciente", como un familiar o un amigo (SOC-1, Principios 8 y 16, WPATH 2005, 4-5).

Las tres primeras versiones de los SOC presentan las modificaciones más significativas – entre sí – en la regulación de los profesionales de la salud mental autorizados a realizar el diagnóstico y tratamiento. En el SOC-1 y SOC-2, los profesionales designados para tratar a personas con disforia de género son psiquiatras o psicólogos titulados y con experiencia demostrable en el tratamiento de trastornos sexuales y especialmente los trastornos de identidad y rol de género (SOC-1, Standard 2, WPATH 2005, 3; SOC-2, Standard 2, WPATH 2005, 13). Además, se establece una doble autorización previa a las cirugías de reasignación genital y mamaria. El paciente deberá ser evaluado, al menos una vez, por un segundo psiquiatra o psicólogo, que certifique por escrito que está de acuerdo con el diagnóstico del que ha tratado al paciente; al menos uno de los dos especialistas deberá ser un psiquiatra (SOC-1, Standard 8, WPATH 2005, 5-6; SOC-2, Standard 7, WPATH 2005, 16). Sin embargo, en una adenda al SOC-2 enviada por correo a los miembros de la HBIGDA en Abril de 1980 y aprobada el 7 de marzo de 1981 se realizaron algunas recomendaciones que modificaban el tipo de profesionales de la salud mental que podían recomendar los procesos hormonales y quirúrgicos de reasignación. Esta adenda precede a la revisión final de estos conceptos que se realiza en el SOC-3.

Como culminación de estos cambios el 9 de marzo de 1981 se aprueban y se publican los SOC-3 de la HBIGDA. Los SOC-3 tienden a ser menos restrictivos que las dos versiones anteriores en cuanto a los tiempos y pautas de tratamiento y por el contrario, mucho más restrictivos respecto a los profesionales que pueden intervenir en el proceso. Se suprime definitivamente el requerimiento de experiencia de la vida real de tres meses previo al comienzo de la hormonación e igualmente se suprime – ya que no parece que tuviesen competencias para autorizar o no este punto – el requerimiento de seis meses de experiencia de la vida real previo a las cirugías menores. Este último punto, que ya aparece en el SOC-2, viene derivado del hecho de que difícilmente esta asociación profesional podía influir en una serie de intervenciones quirúrgicas que se podían considerar como meramente estéticas en la población general y que entienden, a partir de SOC-2 y SOC-3, que es una decisión que sólo compete al cirujano y a su paciente.

Respecto a los profesionales, en el SOC-3 se cambia toda referencia anterior a "psiquiatras y psicólogos" por "científico clínico conductual". En este sentido argumentan que estar en posesión de un título académico en ciencias del comportamiento no atestigua el tener la competencia suficiente para tratar los problemas de identidad de género. Los profesionales que autoricen y recomienden tratamientos de reasignación de sexo ya sean estos hormonales o quirúrgicos deben estar entrenados y tener experiencia en el diagnóstico y tratamiento de condiciones mentales, experiencia en el diagnóstico y tratamiento de un amplio espectro de condiciones sexuales y probada competencia en psicoterapia general, terapia sexual y consejo o terapia de género. Además, tendrán que estar en posesión de un título de Máster en alguna ciencia clínico-conductual y uno de los dos que emitan la carta de autorización recomendando la cirugía de reasignación deben estar en posesión del título de Doctor en alguna ciencia clínico-conductual (SOC-3, WPATH 2005, 25-26).

Esta tercera versión de los SOC, aprobada por la HBIGDA en marzo de 1981 con las modificaciones que hemos señalado constaba de 16 estándares y 31 principios y será la que finalmente estandarice el tratamiento de reasignación a las personas transexuales y se convertirá en el objeto científico de referencia en el tratamiento y cuidado de las personas transexuales durante la década de los ochenta del siglo XX; habrá que esperar hasta 1990 para que se introduzcan nuevas modificaciones en la versión cuarta de los SOC.

Configurados estos dos nuevos instrumentos científicos para la intervención médica sobre los cuerpos rebeldes a la normatividad de género, asistimos durante los años ochenta al despliegue de los mecanismos que han hecho posible una ciencia del sexo y del género tal que se ha mantenido inexpugnable hasta, al menos, la primera década del siglo XXI.

2.4. El aparato consolidado: los trastornos de identidad de género

En 1987 vio la luz la revisión del la tercera versión del DSM, el DSM-III-R, que trajo algunos cambios con respecto a su antecesor en el terreno de la clasificación de los trastornos de la identidad de género entre los que estaba la transexualidad. Los trastornos de identidad de género dejaron de estar clasificados dentro de los "trastornos psicosexuales" y pasaron a estar clasificados dentro de los "trastornos generalmente manifestados por primera vez en la infancia, niñez o adolescencia".

Como señala Hausman, es muy interesante observar cómo la transexualidad pasa de ser situada y considerada como una desviación sexual a ser un trastorno identitario del género y clasificado junto a otros trastornos compulsivos de la conducta como los trastornos alimentarios. Para Hausman este movimiento ha de interpretarse como la constatación de una nueva teorización del género en la sexología psiquiátrica en la que la

transexualidad tendió a alejarse cada vez más de las categorías que tenían algo que ver con el sexo y la sexualidad (Hausman 1995, 131).

En línea con los cambios producidos en el DSM-III-R, la Asociación Harry Benjamin (HBIGDA) publica en 1990 una nueva versión de los SOC. Los SOC-4 no introdujeron ningún cambio significativo y se limitaron a ajustar los criterios diagnósticos que debían cumplir las personas que quisieran someterse a procesos de reasignación con los nuevos criterios fijados en el nuevo DSM-III-R. Básicamente, este cambio consiste en eliminar los criterios del anterior DSM-III en los que el diagnóstico de transexualidad es incompatible con otra "anomalía genética" o "intersexualidad física", así como con "otro trastorno mental" como la esquizofrenia. En su lugar, se añade un nuevo criterio, a saber: a partir del SOC-4, para ser diagnosticada como transexual, la persona ha tenido que alcanzar la pubertad (American Psychiatric Association 1987; Soc-4, Principio 8, WPATH 2005, 39).

Con estos cambios "menores" podemos decir que el aparato biomédico de normalización se había asentado a principios de la década de los noventa. La transexualidad se había convertido en un trastorno médicamente definible y tratable. Una vez el aparato estuvo consolidado, los cambios se producen en la nomenclatura médica y la conceptualización pero no en el "tratamiento", espacio que ha quedado definido durante más de tres décadas por la obligatoriedad de la "terapia triádica". Esta quedó implícitamente marcada desde el primer SOC aunque la denominación no se hizo explícita hasta la quinta versión del mismo. La "terapia triádica" o "secuencia terapéutica triádica" consiste en un tratamiento en el que las etapas de "experiencia de la vida real", "hormonación" y "cirugía" son consecutivas y forman un conjunto; es decir, salvo casos puntuales – en los que la hormonación o la cirugía estaban contraindicados por otros problemas de salud – el tratamiento médico de la transexualidad o la "disforia de género" requeriría de todas y cada una de estas etapas de

tratamiento. Detrás de la "terapia triádica" aparece de nuevo el pánico a los cuerpos y géneros incongruentes e ilegibles dentro del paradigma de la diferencia sexual. Será, por tanto, el ajuste de los cuerpos a la congruencia del sistema sexo-género-deseo (Butler 1990; 1993), el que guiará la producción, estandarización y consolidación del tratamiento médico de la transexualidad.

Sin embargo, al tiempo que se produce esta consolidación, hay un movimiento que no ha de pasar inadvertido, y que supone sacar la "transexualidad" y el resto de "trastornos de identidad de género" de la esfera de los "trastornos psicosexuales" en el cambio del DSM-III-R y situarlos junto a otros trastornos identitarios conductuales, como señaló Hausman (1995, 131). Este movimiento se hace más evidente cuando en 1994 ve la luz una nueva edición del DSM, el DSM-IV, en el que se elude toda referencia al sexo en la nomenclatura del "trastorno" que pasa de ser denominado "transexualismo" a "trastorno de la identidad de género"[36] (American Psychiatric Association 1994).

Prácticamente al mismo tiempo que se aprueba el nuevo DSM-IV, se promulga la nueva versión del manual de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por primera vez, se incluye la categoría de "trastornos de identidad de género" en la versión décima de la Clasificación Internacional de Enfermedades, la CIE-10. La CIE-10 promulgada en 1990 por la OMS entrará en vigor en 1994 y junto con el DSM-IV configurarán el aparato diagnóstico de la transexualidad, ahora "trastorno de la identidad de género" a escala global.

[36] He optado por traducir "Gender Identity Disorder" como "Trastorno de la identidad de género", aunque la traducción al español del DSM lo traduce como "trastorno de la identidad sexual". En español el término género no está aceptado en la acepción en que lo venimos usando en los estudios feministas y las ciencias sociales. En este caso en concreto, si hubiese optado por la traducción oficialmente aceptada no hubiese podido aprehender el giro que se produce al situar el término en la esfera de lo conductual y cultural en lugar de que permaneciese ligado a la categoría sexo, ligada a lo natural y más cercano a un hipotético trastorno biológico del cuerpo.

Por su parte, el manual de tratamiento se actualiza acorde con estos cambios de nomenclatura y diagnóstico con la quinta edición de los SOC, el SOC-5, aprobado por la HBIGDA en 1998.

El SOC-5 presenta importantes cambios respecto a versiones anteriores de los estándares de cuidado. Si hasta el SOC-4 los cambios habían sido hasta cierto punto "menores", a partir del SOC-5 los estándares de cuidado pasan a convertirse en una herramienta poderosa desde el punto de vista científico, refrendada su autoridad al retroalimentarse, ya no solo con el DSM, sino también con la CIE-10, lo que hace que el tratamiento establecido en el SOC-5 tenga aquiescencia médica a escala mundial. Pero además, el SOC-5 se convierte en un objeto científico ciertamente depurado en cuanto a su estructura, fundamentación y justificación; si antes era una potente herramienta en el tratamiento de la transexualidad, ahora además, ganaba en apariencia científica.

Con un comité científico completamente renovado respecto de las cuatro versiones anteriores en el que por vez primera se produce una apertura a expertos europeos en el comité – procedentes de Alemania y Países Bajos -, el SOC-5 hace referencia por primera vez a la CIE-10 y no solo al DSM-IV para su caracterización diagnóstica. Curiosamente, dedica bastante más espacio a la caracterización diagnóstica de la CIE-10 que a la del DSM-IV. Esto resulta interesante ya que ambas difieren ligeramente entre sí. El DSM-IV incluye tres diagnósticos posibles para los "trastornos de identidad de género", en niños, adolescentes y adultos, y un tercero para trastornos de identidad de género inespecíficos. La CIE-10 establece cinco diagnósticos posibles para los trastornos de identidad de género: transexualismo, travestismo de rol dual, trastorno de la identidad de género de la infancia – con criterios independientes para niños y niñas -, otros trastornos de la identidad de género y trastornos de la identidad de género inespecíficos.

Registrar ambas clasificaciones en el SOC-5 podría obedecer a la necesidad de justificación del diagnóstico al tiempo que a reforzar la posición de la HBIGDA que durante años y en todas las versiones anteriores de los SOC marcaba que había más individuos además de los que cumplían unos severos criterios diagnósticos que eran susceptibles de tratamientos hormonales y quirúrgicos de reasignación. En este sentido, las nuevas versiones del DSM y la CIE-10 incorporan diagnósticos inespecíficos u otros para personas que no se ajustasen a los criterios más estrictos. En cualquier caso, el SOC-5 cierra el debate sobre posibles candidatos a reasignación que no se ajustaban a los parámetros con un sorprendente epígrafe en el que se deja constancia de que todos los trastornos de identidad de género – incluidos los inespecíficos – son trastornos mentales (SOC-5, WPATH 2005, 60). También, y de forma no excluyente, se puede intuir que la inclusión de miembros europeos en el comité que elabora el SOC-5 y la apertura de este a la inclusión de los criterios diagnósticos del CIE-10 suponen un reforzamiento de la intención de internacionalización de los SOC, que son claramente a partir de este SOC-5 los estándares globales de tratamiento médico a personas transexuales y con posiciones de género no normativas.

No son estas las únicas novedades que introduce el nuevo SOC-5. Este representa un salto cualitativo importante en varios aspectos:

Introduce todo un apartado preliminar de "consideraciones epidemiológicas" en el que se incluye una – tosca – incursión en los índices de prevalencia, una narración sobre lo que denominan "historia natural de los trastornos de identidad de género" y una mención a las diferencias culturales en los "trastornos de identidad de género" en el mundo. En esta narración de la "historia natural" de los trastornos de identidad de género (GID) se señala la atención prestada en el pasado a la secuencia triádica para justificar que el tratamiento de los GID se lea siempre en clave de la "terapia triádica". Sin embargo, y por primera vez también, en esta

declaración se señala que la terapia triádica es sólo una de las opciones de tratamiento disponibles (WPATH 2005, 56). Todo el apartado entendemos que viene a tratar de consolidar el carácter científico del SOC que ya no es sólo un documento de trabajo para los profesionales que se ocupan de la salud trans.

Otro aspecto significativo es el que atañe a las nomenclaturas diagnósticas, en el que además de las – ya mencionadas – referencias al DSM-IV y a la CIE-10 se elabora una genealogía de los términos que se habían usado hasta ese momento para definir los llamados GID que se remonta a los años cincuenta del siglo XX. Es el momento en que se elabora una justificación del cambio de nomenclaturas y en concreto sobre por qué se dejo de usar la categoría de "transexual verdadero" y se adoptó desde la primera versión de los SOC el término "disforia de género" y la categoría de "síndrome de disforia de género". La explicación – nada original – es la misma que ya utilizó Fisk (1974) cuando acuñó ambos términos y consiste en argumentar que los pacientes-usuarios falsificaban sus historias de vida y sus "síntomas" para ajustarse a una categoría muy restrictiva. Esta categoría se modificó, por un lado, para disociar los síntomas del término "transexual" y, por otro, para dar cabida a otras trayectorias vitales dentro del grupo de personas candidatas a la reasignación. Además, marca que el "síndrome de disforia de género" fue un término transitorio que fue adoptado "hasta que la psiquiatría desarrolló una nomenclatura oficial" (WPATH 2005, 58); se refiere en este caso a la inclusión del "transexualismo" como categoría diagnóstica en el DSM-III.

Por otro lado, en este mismo apartado dedicado a la nomenclatura se hace eco del término *transgénero* por primera vez en el SOC, del que reconoce la polisemia o múltiple uso del término, pero del que se realiza una clara reapropiación por parte de profesionales sanitarios como sustitutivo del "trastorno de identidad de género inespecífico" (en inglés ….GIDNOS). Con este movimiento, asistimos al reforzamiento de la

psiquiatrización de cualquier posición de género no normativa ya que transgénero era un término creado por la comunidad trans y queer en un ejercicio de resistencia frente a la medicalización de las identidades.

En el tercer capítulo dedicado a los profesionales de la salud mental se introducen las tareas que estos deben asumir. Son diez tareas enumeradas y se indica la diferente instrucción que han de tener estos profesionales si se dedican a tratar a adultos o a niños, niñas y adolescentes. Este punto es muy relevante ya que se va repitiendo en el resto del SOC un trato diferencial para los casos de niños y adolescentes. También en este capítulo vuelven a aflorar las antiguas divisiones entre dos tipos de criterios para el diagnóstico y tratamiento desde el ámbito de la salud mental; el criterio de elegibilidad y el de disposición. Ambos criterios se van repitiendo en los diferentes pasos de la terapia triádica, criterios de elegibilidad y disposición para hormonación y cirugías. Por último, en este capítulo se estipulan también las especificaciones de la carta – informe – de recomendación para la hormonación así como los requisitos que han de contener los dos informes necesarios para las cirugías (WPATH 2005, 61-63).

Como ya apuntábamos anteriormente, en el SOC-5 por vez primera se incluyen capítulos especialmente dedicados al tratamiento de niños – tratamiento de psicoterapia – y de adolescentes – tratamiento de psicoterapia y en algunos caso tratamientos que frenen el desarrollo hormonal aunque nunca recomendado para menores de 16 años. En estos casos especiales, el tratamiento hormonal recomendado para hombres biológicos adolescentes es el de antiandrógenos o agonistas de la LHRH (Hormona liberadora de gonadotropina) y para mujeres biológicas adolescentes el de andrógenos (en pequeñas dosis), progesterona sintética, o agonistas de la LHRH (WPATH 2005, 63-64).

Asimismo, hemos de señalar el detalle con el que explican los requisitos para terapia hormonal y los efectos de esta terapia, tanto efectos

deseados como efectos adversos y las advertencias y recomendaciones contra el mal uso de las terapias hormonales – en concreto, contra el uso de terapias hormonales sin supervisión médica. También se detiene a explicar los requisitos para las cirugías, tanto de "elegibilidad" como de "disposición" del paciente y la experiencia y titulación necesarias para el cirujano que realice las intervenciones.

Por último, hemos de señalar como cambio importante respecto a versiones anteriores del SOC la marcada apuesta por la denominación de "experiencia de vida real" en lugar de "test de la vida real". Esta nomenclatura diferencial queda definida en este SOC y obedece a su vez a las diferentes posiciones dentro de la comunidad médica sobre el significado que esta experiencia ha de tener. El SOC-5 se inclina finalmente por considerar que la "experiencia de vida real" ha de servir en primer lugar a la persona transexual de cara a reforzar su proceso y al profesional de la salud mental de cara a verificar y reafirmar el diagnóstico.

Como aporte final señalaremos que en este SOC-5, posiblemente el punto más importante con respecto a la evolución de la consideración de la transexualidad como objeto de intervención biomédico es que por vez primera en los estándares de cuidado, los procesos de hormonación se desmarcan de los quirúrgicos. Al afirmar que solo algunas personas con GID desean la trasformación de su cuerpo por medio de la cirugía se está abriendo la posibilidad a otras maneras de entender la relación con el cuerpo que, hasta ese momento, sólo había aparecido como un cuerpo no deseado, caracterizado por la sensación de malestar e inadecuación con el mismo. En este punto la cirugía pasa a convertirse en un elemento más pero no en el elemento motor de los GID.

Así pues, la consolidación de la intervención biomédica sobre los cuerpos trans sólo se produce tras el cambio de nomenclatura de "transexual" o persona con "disforia de género" a tratamiento de los "trastornos de identidad de género" (GID), en el que múltiples identidades

son patologizadas bajo esta etiqueta diagnóstica y múltiples cuerpos se pueden constituir en objeto de intervención.

En este sentido el posterior SOC-6, publicado en 2001 apenas va a cambiar las pautas marcadas en el SOC-5, si bien introduce los primeros cuestionamientos sobre el tratamiento de los GID como trastornos mentales por la estigmatización y la merma de derechos civiles que, en la práctica, produce a las personas trans. Sin embargo, justifica el uso del término GID como un diagnóstico en el sentido formal y su consecuente inclusión en los manuales de enfermedades mentales para proveer de cobertura en los seguros privados de salud y asistencia sanitaria del proceso (Meyer III et al. 2001, 6).

Así, podemos afirmar que desde finales de los años noventa del siglo XX el criterio médico de la intervención sobre los cuerpos trans varió poco en cuanto a bases conceptuales y tendrá que ser la irrupción de los activistas en los procesos de actualización de los protocolos médicos y manuales de diagnóstico los que vengan a desestabilizar las nociones médicas de "transexualidad" e "identidad de género", como veremos a continuación.

2.5. Interferencias: la presión activista en los debates del SOC-7 y el DSM-5

En el año 2006 se comienza – de nuevo – con el proceso de revisión de los SOC para la aprobación de la versión séptima. La versión anterior, el SOC-6 - vigente en ese momento – se había aprobado en febrero de 2001 con pocos cambios respecto a la quinta versión que hemos analizado más detenidamente en el apartado anterior. Aún así, algunos aspectos ya apuntaban a una flexibilización del modelo de los estándares de cuidado, como el mencionado cuestionamiento hacia la consideración de los GID como trastornos mentales o el considerar la importancia del

seguimiento postoperatorio de larga duración, no solo por parte de los cirujanos sino por otros profesionales presentes en el proceso de transición o "migración de género" (Hirschauer 1997), incluyendo un último apartado dedicado a este tema en el SOC-6 (Meyer III et al. 2001).

El proceso de revisión y redacción de esta nueva versión de los SOC coincide temporalmente con la puesta en marcha del proceso de revisión del DSM y su grupo de trabajo dedicado específicamente a la revisión de los GID y los trastornos sexuales, que inmediatamente suscitó un amplio debate tanto por los temas a tratar como por la forma de abordaje de los mismos debido a la composición de estos grupos de trabajo[37].

Al mismo tiempo que estos dos documentos se proponen para revisión, el activismo trans, organizado a nivel global, se constituye como grupo de presión con el objetivo de excluir la transexualidad de los manuales de diagnóstico – DSM y CIE –, así como reconceptualizar la atención sanitaria que algunas personas trans requieren en la redacción de los nuevos estándares de cuidado (SOC).

2.5.1. El SOC-7, ¿un paso adelante?

El SOC-7 ve la luz tras un largo proceso que culmina en 2012 y que supone un importante salto cualitativo respecto a los anteriores estándares de cuidado, un salto que, en mi opinión, no se producía desde la publicación del SOC-5 en 1998.

[37] Al frente del grupo de trabajo de "trastornos sexuales y de la identidad de género" en la revisión del DSM-5 se situó al psiquiatra Kenneth J. Zucker, cuyas posiciones respecto a los GID y las terapias a aplicar en niños y niñas han sido ampliamente cuestionadas por otros profesionales y la propia comunidad trans. Fruto de este cuestionamiento la propia APA tuvo que sacar un comunicado justificando la elección de Zucker y otros colaboradores como Ray Blanchard en el grupo de trabajo (American Psychiatric Association 2008).

Múltiples aspectos del nuevo SOC-7 son reseñables, comenzando por el título que se puede entender como toda una declaración de intenciones. El SOC-7 se titula *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*[38] (2012) y, como vemos ya desde el título, las referencias a patologías o trastornos quedan, en general, eliminadas.

En el texto, las referencias a los "pacientes" de anteriores versiones del SOC son sustituidas por la referencia al "cliente", en un movimiento que se puede interpretar en el contexto de proveedores de servicios de salud privados que es mayoritario en Estados Unidos. Pero también nos sugiere que el SOC-7 es un documento que se sustenta en la lógica del mercado, de la individualización de la oferta en salud trans que es, por otro lado, una característica fundamental de las sociedades occidentales en las últimas décadas (A. E. Clarke et al. 2003). En este sentido, el SOC-7 entraría de lleno completamente en la "lógica de la elección" (Mol 2008) ejercida por un ciudadano con capacidad de consumo y los estándares de cuidado irían destinados a los profesionales de la salud pero también a la población trans que es considerada no ya como "pacientes pasivos" sino como "clientes activos" o "pacientes informados" con capacidad de elección[39].

Se entienden los SOC como una guía clínica flexible y relativizable en función de las características de cada individuo o de las diferencias culturales en los lugares en los que se apliquen.

Otro elemento fundamental en estos nuevos SOC es que pese a seguir incluyendo el concepto de "disforia de género", la identidad de género es entendida en clave de diversidad y no como se venía entendiendo

[38] Mantenemos la traducción del título como *Estándares de cuidado para la salud de las personas transexuales, transgénero y con posiciones de género no normativas*, si bien es cierto que en Enero de 2014 ha salido la traducción "oficial" al español como *Normas de atención para la salud de las personas trans y con variabilidad de género*.

[39] Un buen análisis sobre el concepto de "paciente informado" y sus críticas lo encontramos en (Ibáñez Martín y Santoro 2012).

en todos los SOC anteriores, con una concepción solidificada de la identidad, desajustada y como una patología sobre la que había que intervenir. En esta línea, el SOC-7 apoya una declaración previa de la WPATH en la que se defiende la despsicopatologización (WPATH Board of Directors 2010).

Sin embargo, pese a su posicionamiento y apoyo a la declaración previa en favor de la despsicopatologización el documento ha recibido sus mayores críticas desde posiciones activistas debido precisamente a esta cuestión. El nuevo SOC-7 redefine la *disforia de género* como "el malestar o la angustia causados por una discrepancia entre la identidad de género de una persona y el sexo asignado al nacer a esa persona" y señala que, "sólo algunas personas con identidad de género no normativa experimentan la disforia en algún momento de sus vidas" (Coleman et al. 2012, 5). Para los colectivos activistas el apoyo formal a la despsicopatologización por parte de la WPATH es incongruente con el mantenimiento de la adhesión al modelo diagnóstico que se desprende de la apuesta por la (vieja)-nueva categoría "disforia de género" como trastorno que justificaría la intervención sobre el cuerpo[40].

Pero sin duda, en nuestro análisis el cambio más importante del SOC-7 con respecto a sus antecesores es la revisión que realizan sobre la aproximación terapéutica, en la que se aborda la individualización de los tratamientos en base a las diferentes necesidades de los usuarios. Esta revisión de la aproximación terapéutica y la individualización de los tratamientos está en línea con la consideración de los usuarios, antes categorizados como pacientes, ahora considerados "clientes" con un rol activo y con capacidad de elección y sobre todo capacidad de consumo. Este cambio de rol en la consideración de los usuarios ha sido analizado,

[40] A este respecto véase el documento "Reflexiones sobre los SOC-7" del Equipo de coordinación de la Campaña Internacional STP 2012 (2012, 4-5).

entre otros autores[41], por Annemarie Mol. En su libro *The Logic of Care* (2008), Mol señala la existencia dos regímenes diferenciados y – normalmente – opuestos en los sistemas de salud y en relación a los pacientes; por un lado, la "lógica de la elección", va unida a los mercados y la adquisición de bienes de consumo sanitarios, finitos y determinados en la que el cliente elige pero no participa del proceso. Por otro lado, y en contraposición, la "lógica del cuidado" en la que el intercambio no se produce sólo por un bien o servicio determinado, y que simboliza un proceso abierto e interactivo en el que el usuario-paciente participa del proceso de cuidado y, que puede y debe estar en constante proceso de reformulación atendiendo a los resultados que va produciendo (Mol 2008, 20). Si seguimos el análisis de Mol para el caso que nos ocupa, el SOC-7 se situaría plenamente dentro de la "lógica de la elección" en este ejercicio de considerar a los usuarios potenciales de los cuidados que el SOC se encarga de pautar como "clientes".

Se rompe definitivamente con la terapia triádica que, si bien ya no se consideraba el único tratamiento posible, se seguía recomendando como el óptimo para un gran número de personas trans. En el SOC-7 se barajan una serie de opciones de tratamiento psicológico y médico pero también otras basadas en el apoyo psicosocial, los cambios legales o el apoyo en intervenciones poco invasivas o elementos prostéticos. Lo interesante es que ambas opciones se sitúan a la par y no se considera que una esté subsumida en la otra (Coleman et al. 2012, 8-10). Entre las primeras, encontramos la hormonación, la cirugía, la experiencia de vida real total o parcial, o la psicoterapia como herramienta para favorecer la autoestima y

[41] En los estudios sociales de la ciencia hay toda una tradición de análisis de los nuevos modelos de salud en los que se están redefiniendo los roles de los diferentes actores. En este sentido aportaciones en líneas muy diferentes a la de Mol, han sido propuestas por Nikolas Rose (2007) o Adriana Petryna (2002) respecto al concepto de ciudadanía biológica. Un análisis interesante de la relación contrapuesta entre la ética empresarial y la ética médica en el caso de la cirugía estética, y el cambio de "paciente" a "cliente" se puede encontrar en Pérez Sedeño (2014).

evitar la transfobia social; entre las segundas, que pueden funcionar por separado o unidas a cualquiera de las opciones antes señaladas, encontramos el acompañamiento y los recursos de las redes comunitarias, tanto para la persona trans como para familiares y amigos, terapias de voz como mecanismo de empoderamiento, intervenciones no invasivas destinadas a eliminar el vello facial y corporal, elementos prostéticos como relleno para pechos, caderas, glúteos o dildos – prótesis de pene - y vendajes de pecho, así como los cambios en los documentos de identidad. Todos estos elementos, ninguno innovador y todos ellos presentes en las prácticas de salud y *passing* de las personas trans, conforman un panorama mucho más amplio y rico a la hora de entender la salud trans.

Se incluyen, por vez primera referencias, reconocimiento y recomendaciones sobre los derechos reproductivos de las personas trans. En concreto, se menciona – una obviedad – que las personas trans pueden querer tener hijos y que esta opción debe contemplarse siempre por parte de los profesionales sanitarios. Especialmente antes de comenzar con procesos hormonales los profesionales deberán tratar esta cuestión con los usuarios y evaluar las opciones reproductivas, incluyendo entre los elementos a evaluar la disponibilidad de las tecnologías, su efectividad o los costes asociados (Coleman et al. 2012, 50-51).

Hay que señalar igualmente que, en este renovado SOC-7, se incluye por primera vez la posibilidad de tratar a las personas intersexuales, o como se las designa médicamente en los últimos años, personas con *Disorders of Sex Developement* (DSD) – alteraciones del desarrollo sexual[42] -. Este punto, sin embargo, tiene una doble lectura un tanto ambivalente ya que, si bien es cierto que por primera vez se reconoce la posibilidad de

[42] Intersex, intersexual o intersexo hace referencia a las personas que presentan algún tipo de ambigüedad en la sexuación del cuerpo y por la cual los médicos no pueden clasificarlos clara e inequívocamente en los términos del binarismo sexual, varón o mujer, en el momento del nacimiento (García Dauder, Romero Bachiller, y Ortega 2007). Sobre la terminología en los casos de intersex y sus controversias ver (García Dauder y Romero Bachiller 2012).

desarrollar identidades trans en personas intersex, no es menos cierto que este ejercicio de inclusión en el SOC-7 va de la mano del reconocimiento de la misma cuestión por parte de la APA en las discusiones sobre el DSM-5 y tiene un perfil muy patologizante con respecto a la manera de entender e intervenir en el espacio intersex. Aunque el propio SOC-7 reconoce la controversia en torno a la terminología (DSD) y sus implicaciones, alude a su uso de una forma "objetiva y libre de valores"[43] al tiempo que con la finalidad de asegurarse de que a través del SOC-7 los profesionales de la salud se familiaricen con el término médico y lo usen. Pero como vemos, la pretendida "objetividad" está cargada de valores desde el momento en que la finalidad es dar a conocer un término controvertido que crea disenso entre los propios profesionales así como entre los colectivos activistas. De hecho podríamos afirmar que la pretendida objetividad es más bien la objetivación de un término controvertido – DSD – y el apoyo al proceso de construcción de un objeto científico.

De hecho, uno de los colectivos activistas que más activamente ha participado en los debates sobre los nuevos protocolos de diagnóstico y cuidado, la Campaña Internacional Stop Trans Pathologization, marca este punto como uno de los aspectos negativos del nuevo SOC al considerar que el enfoque respecto a las personas intersex es eminentemente patologizante (Equipo de coordinación STP 2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization 2012, 8). No es este, desde luego, el único punto en el que los activistas difieren de las líneas marcadas en el nuevo SOC, y si bien señalan aspectos de avance en el documento entienden que, los puntos críticos de sus reclamaciones siguen presentes en el SOC-7.

[43] "In the SOC, WPATH uses the term DSD in an objective and value-free manner, with the goal of ensuring that health professionals recognize this medical term and use it to access relevant literature as the field progresses. WPATH remains open to new terminology that will further illuminate the experience of members of this diverse population and lead to improvements in health care access and delivery." (Coleman et al. 2012, 69)

2.5.2. DSM-5: De los GID a la Disforia pasando por la Incongruencia de género.

Como señalábamos al principio de esta sección que engloba el análisis de las últimas versiones de los artefactos biomédicos que delimitan médicamente el tratamiento y cuidado de las personas trans, al mismo tiempo que se discute sobre la nueva versión del SOC, el SOC-7, se procede a modificar el DSM.

La versión cuarta del manual, DSM-IV, y las leves modificaciones realizadas en la revisión del año 2000, el DSM-IV-TR, habían fortalecido, si cabe, la estructura que daba sostén a la concepción de la identidad en términos culturales, al incidir en la "identidad de género" como categoría, pero también en términos patológicos, al denominar "trastorno de la identidad de género" a todas aquellas identidades que decían no encajar con el sistema binario de dos sexos y dos géneros de unívoca correspondencia.

El anuncio de la fase final del proceso de revisión del DSM para la publicación de su quinta versión tuvo lugar en 2007, anunciándose en ese momento su fecha de publicación en 2012[44]. El proceso de revisión del manual y en concreto del grupo de trabajo sobre "trastornos sexuales e identidad de género" despertó gran número de críticas desde el primer momento, tanto por los componentes del grupo de trabajo como por los primeros debates que en el mismo se plantean.

El grupo de trabajo presidido por Kenneth J. Zucker se dividió a su vez en tres subgrupos, encargados respectivamente de los "trastornos de identidad de género", "disfunciones sexuales" y "parafilias" como se puede ver en la figura (4.4). Posiblemente, además de Zucker, el otro miembro del grupo más discutido por los activistas sea Ray Blanchard, ambos provenientes de la Universidad de Toronto y muy cuestionados por ser

[44] Esta es la razón del nombre de la Campaña Internacional STP 2012. Guarda estrecha relación con la fecha prevista de publicación del DSM-5.

partidarios de terapias "correctivas", especialmente en el caso de los niños y niñas.

Figura 2.4: Grupo de trabajo del DSM-5 en "trastornos sexuales y de identidad de género"

Table 1 Members of the DSM-5 Workgroup on Sexual and Gender Identity Disorders (Chair: Kenneth J. Zucker, Ph.D.)

Subworkgroup	Members
Gender Identity Disorders	Peggy T. Cohen-Kettenis, Ph.D. (Chair)
	Jack Drescher, M.D.
	Heino F. L. Meyer-Bahlburg, Dr. rer. nat.
	Friedemann Pfäfflin, M.D.
Sexual Dysfunctions	R. Taylor Segraves, M.D., Ph.D. (Chair)
	Yitzchak M. Binik, Ph.D.
	Lori A. Brotto, Ph.D.
	Cynthia A. Graham, Ph.D.
Paraphilias	Ray Blanchard, Ph.D. (Chair)
	Martin P. Kafka, M.D.
	Richard B. Krueger, M.D.
	Nikolas Langstrom, M.D., Ph.D.

Fuente: (Zucker 2013, 670)

El proceso de debate del manual, a diferencia de anteriores ocasiones, se ha abierto a profesionales sanitarios que no están dentro de los grupos de trabajo de la APA para el DSM-5 pero también a otros participantes no considerados tradicionalmente como expertos. Esto ha sido posible gracias a la web que la APA preparó para el proceso de discusión, que ha permitido la publicación de los debates de los grupos de trabajo y que otras personas y colectivos ajenos al grupo enviasen sus comentarios sobre las propuestas[45].

[45] Para una información más amplia sobre la organización del proceso de revisión del DSM-5 y sobre el grupo de trabajo de "trastornos sexuales e identidad de género" ver Lev (2013).

Como veremos en el capítulo dedicado al activismo trans[46], la web sirvió para dar a conocer las propuestas de los grupos de trabajo si bien el debate que surgió en el seno del grupo de trabajo sobre la primera propuesta de sustitución del término "trastorno de identidad de género" por el de "incongruencia de género", en una primera propuesta de febrero de 2010, excedió los marcos del DSM y del grupo de trabajo. Desde el activismo se criticó duramente este primer cambio por considerar que la categoría lejos de desaparecer – una de las demandas irrenunciables del movimiento por la despatologización - se ampliaba (Comunicado STP 2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization 2010).

Otros foros expertos, como la WPATH dieron respuesta a esta primera propuesta del grupo de trabajo de manera oficial (De Cuypere, Knudson, y Bockting 2010). En un análisis detallado de la propuesta del grupo de trabajo de la APA de nombrar la "incongruencia de género" como nueva categoría diagnóstica que sustituyese al GID, el grupo de trabajo de la WPATH vio algunos avances pero también ciertos puntos críticos en la propuesta.

Como aspectos favorables, desde la WPATH veían el término "incongruencia de género" (GI) menos patologizante que su antecesor (GID) ya que no asociaba el trastorno con la identidad; que el nuevo término daba cuenta de la diversidad de posiciones de género que se encuentran en el día a día de la práctica clínica; en el caso del diagnóstico en niños y niñas, se considera positiva la obligatoriedad de requerir o bien "un fuerte deseo de ser del otro género" o bien una "insistencia marcada en que el o ella es del otro género" para evitar diagnosticar a niños que no tienen una identidad congruente con su género pero que de adultos se desarrollan como gais o lesbianas como parte de su identidad; la inclusión de las

[46] Para un análisis de la influencia de los colectivos activistas en los cambios propuestos en el DSM-5 y el concepto de "incongruencia de género" (Ortega Arjonilla, Romero Bachiller, e Ibáñez Martín 2014) y el capítulo (6) de este trabajo: "El potencial transformador del activismo trans: la Campaña Internacional STP".

personas intersex a través de la especificación de "con o sin DSD"; la eliminación de cualquier mención a la orientación sexual; la inclusión de una clausula en la que se especifique que personas que han resuelto su "incongruencia" no serán consideradas a partir de ese momento como mentalmente trastornadas (De Cuypere, Knudson, y Bockting 2010, 119-121)

Como aspectos negativos, el comité de la WPATH entiende que hay cinco puntos críticos en la propuesta de la APA: el primero de ellos es que en ningún momento aparece en el debate de la APA una cuestión central en el debate externo a ella, la inclusión o exclusión del diagnóstico – con la misma o diferente nomenclatura – en el DSM-5. En segundo lugar, los criterios diagnósticos para la "incongruencia de género" (GI) amplían el espectro de posiciones de género que se pueden ver estigmatizadas y patologizadas ya que no marca como característica necesaria el sufrimiento de la persona de cara a ser tratada médicamente. El tercer punto crítico para la WPATH es el que se refiere a los criterios diagnósticos en adolescentes que no está separado de los criterios para adultos; basándose en la práctica clínica, argumentan que los retos a los que se han de enfrentar los adolescentes son muy diferentes de los de los adultos pero también de los niños y recomiendan crear una categoría separada de las dos anteriores. En cuarto lugar, aunque reconocen el cambio terminológico a GI como una mejora, recomiendan el cambio al término "disforia de género" que circunscribe – para ellos – mejor el problema a aquellos individuos que sienten angustia por su variabilidad de género. Por último, preocupa en la WPATH el lugar que ocupe la categoría dentro del nuevo DSM-5 – que era desconocido en ese momento – y recomiendan situarlo dentro de un apartado de "trastornos psiquiátricos relacionados con una condición médica" o bien en uno de "trastornos que comienzan en la niñez" (ibídem., 121-123).

Sin duda, los puntos críticos más importantes que señala la WPATH son los relacionados con la ausencia de un debate de fondo sobre la necesidad de mantener o no un diagnóstico patologizante sobre la identidad de género en un manual de trastornos mentales y, por otro lado, el significado último de la modificación de la nomenclatura de GID a GI, que como señala la WPATH y otros colectivos críticos con la patologización de las identidades trans, lejos de desaparecer aumenta el espectro de comportamientos y actitudes que pueden ser tomadas como anormales y – por tanto – intervenibles.

Finalmente, la presión desde diferentes posiciones tanto de expertos como de activistas lleva al grupo de trabajo a modificar la propuesta inicial de GI por otro término, la "disforia de género". La disforia de género es nueva en el contexto del DSM pero no lo es para los profesionales sanitarios que vienen trabajando desde tiempo atrás con estas cuestiones. Esta segunda propuesta del grupo de trabajo de la APA realizada en mayo de 2011 ha sido aprobada definitivamente por la asamblea de la APA en la nueva versión del DSM, el DSM-5. Así, la "disforia de género" queda descrita en el DSM-5 como,

> la angustia que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por una persona y el género asignado. Aunque no todos los individuos experimentarán angustia como resultado de esa incongruencia, muchos están angustiados si las deseadas intervenciones físicas por medio de hormonas y/o cirugía no están disponibles. (American Psychiatric Association 2013, 451)

Como vemos es una definición que no tiene en cuenta en ningún caso la transfobia social, vuelve a situar el problema en el plano del individuo y no cuestiona en ningún momento la rigidez del sistema sexo/género, en especial, en cuanto a los comportamientos normativos para cada sexo, es decir, los roles de género. Además, sitúa la no

disponibilidad de la hormonación y la cirugía como causa última de la angustia en muchos casos.

Los criterios diagnósticos de la disforia de género quedan definidos en función de la edad ya que comprenden una subcategoría para la infancia y otra para la adolescencia y edad adulta.

Los criterios para la infancia son dos – A y B. El criterio A se traduce en una "marcada incongruencia entre el género experimentado o expresado y el género asignado de, al menos, seis meses de duración" (ibídem. 452). El criterio B requiere que estos "síntomas" estén "asociados a la angustia o cause un impedimento en el desarrollo de la vida social, escolar o en otras áreas importantes" (ibídem. 452). Además se requiere la especificación de si el niño o la niña ha sido diagnosticado de DSD. Ahora bien, el criterio A queda a su vez definido por el cumplimiento de seis de los ocho sub-criterios enumerados en el siguiente cuadro (figura 4.5).

Figura 4.5. Sub-criterios que definen la "disforia de género" en la infancia (DSM-5)

1. A strong desire to be of the other gender or an insistence that one is the other gender (or some alternative gender different from one's assigned gender).
2. In boys (assigned gender), a strong preference for cross-dressing or simulating female attire; or in girls (assigned gender), a strong preference for wearing only typical masculine clothing and a strong resistance to the wearing of typical feminine clothing.
3. A strong preference for cross-gender roles in make-believe play or fantasy play.
4. A strong preference for the toys, games, or activities stereotypically used or engaged in by the other gender.
5. A strong preference for playmates of the other gender.
6. In boys (assigned gender), a strong rejection of typically masculine toys, games, and activities and a strong avoidance of rough-and-tumble play; or in girls (assigned gender), a strong rejection of typically feminine toys, games, and activities.
7. A strong dislike of one's sexual anatomy.
8. A strong desire for the primary and/or secondary sex characteristics that match one's experienced gender.

Fuente: (American Psychiatric Association 2013, 452)

De los ocho sub-criterios anteriores, el criterio 1 es de obligado cumplimiento para el diagnóstico de disforia de género en la infancia, es decir, tiene que ser uno de los seis requeridos para el diagnóstico.

La otra forma de la disforia de género es la que se atribuye a los adolescentes y adultos. En este caso el DSM-5 establece los mismos criterios generales - A y B - que en el caso de la infancia, sin embargo, los sub-criterios para marcar la incongruencia (ver figura 4.6) son ahora seis, son diferentes a los marcados para la infancia, se requiere un mínimo de dos de los seis para cumplir el diagnóstico y ninguno es obligatorio.

En el caso de la disforia de género en adolescentes y adultos las especificaciones se marcan en el caso de personas diagnosticadas con DSD, como en la infancia, y también se requiere especificar si la persona ha comenzado su "proceso de transición", viviendo continuamente en el género elegido y bajo tratamiento hormonal o con alguna intervención quirúrgica (ibídem. 452).

Figura 4.5. Sub-criterios que definen la "disforia de género" en adultos (DSM-5)

1. A marked incongruence between one's experienced/expressed gender and primary and/or secondary sex characteristics (or in young adolescents, the anticipated secondary sex characteristics).
2. A strong desire to be rid of one's primary and/or secondary sex characteristics because of a marked incongruence with one's experienced/expressed gender (or in young adolescents, a desire to prevent the development of the anticipated secondary sex characteristics).
3. A strong desire for the primary and/or secondary sex characteristics of the other gender.
4. A strong desire to be of the other gender (or some alternative gender different from one's assigned gender).
5. A strong desire to be treated as the other gender (or some alternative gender different from one's assigned gender).
6. A strong conviction that one has the typical feelings and reactions of the other gender (or some alternative gender different from one's assigned gender).

Fuente: (American Psychiatric Association 2013, 452)

Se observa un cambio en la utilización de la nomenclatura en el DSM-5, ya que muchas de las referencias al término *sexo* que se realizaban en las versiones anteriores del DSM han sido sustituidas por *género*. El argumento que utiliza la APA para este cambio es que al sustituir *sexo* por *género* es posible incluir a las personas con DSD en los criterios diagnósticos de la disforia, que en versiones anteriores del DSM tenían difícil encaje.

2.6. Algunas reflexiones finales

A lo largo de este capítulo hemos visto cómo lentamente se va fraguando y modelando durante la segunda mitad del siglo XX un objeto biomédico de regulación binaria de los cuerpos. Podríamos haber fijado nuestra atención en alguno de los otros actores que constituyen el espacio llamado transexualidad. Podríamos haber elegido las cirugías o una en concreto, podríamos haber elegido las hormonas o una concreta, o quizá algún elemento prostético como los dildos, el maquillaje o los implantes mamarios. Sin embargo, hemos decidido analizar los protocolos médicos y los manuales diagnósticos en los que se estandariza y clasifica la transexualidad. La elección no ha sido aleatoria. Creo firmemente que la capacidad de entender la historia de un objeto nos ayuda de manera determinante a comprender las políticas que representa en el presente.

Desde esta perspectiva la narración de las distintas formas que la transexualidad ha ido tomando en el contexto de la biomedicina contiene, en este capítulo, algunos elementos fundamentales.

El primero, la producción y perfeccionamiento del concepto de género como característica inmutable de la identidad de la persona, creando, a su vez un dispositivo que, partiendo de lo que en ciencias sociales se ha considerado como un aspecto cultural – y por tanto, mutable –, se ha consolidado como una categoría naturalizada, atemporal e invariable.

Cuando comienza el periodo que describimos aquí, con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial, el concepto de género no estaba descrito como tal. Este se definió y se puso en circulación – como hemos visto - a finales de los años cincuenta de la mano de Money. Lo que si estaba claramente diseñado era un modelo social en el que la diferencia sexual solo admitía dos sexos. El concepto de género, nacido en los años cincuenta en el mismísimo vientre del monstruo – parafraseando a Haraway -, se adecuó a este modelo de dos sexos. El género era, en definitiva, el sexo

psicosocial de las personas, que según Money se fijaba en las personas en la infancia temprana – antes de los tres años – y era el que marcaba los roles y actitudes humanos como hombres o mujeres. Posteriormente, Stoller (1968) definió la identidad de género como la convicción que los seres humanos realizamos de nuestro sentido de pertenencia a uno u otro sexo. En este esquema, todos los comportamientos sociales estaban inscritos en una de las dos posiciones ya mencionadas.

Realizar la filiación del concepto de género resulta revelador del tipo de políticas que este ha producido con respecto a los cuerpos que no se ajustaban a la norma. El género ha resultado en manos de los científicos conductuales, para el caso que nos ocupa, la herramienta de reforzamiento y solidificación de las dos categorías posibles de la diferencia sexual en el plano social. La categoría y el concepto de género fueron creados para ajustar a las posiciones de varón o mujer cuerpos que de alguna manera no se acomodaban a esta férrea división y en los que las diferentes versiones creadas hasta ese momento para explicar la diferencia sexual no concordaban. Cuando los sexos cromosómico, hormonal, gonadal, o anatómico no se ajustaban a las categorías de hombre y mujer en los pacientes intersexuales, Money y los Hampson produjeron un nuevo modelo en el que los "desajustes de la biología" eran corregidos con bisturí y ciertas dosis de hormonas y reconducidos conductualmente mediante el aprendizaje del rol de género. Por su parte Stoller creía firmemente en una identidad "esencial" de género, que igualmente sólo podía obedecer a una de las dos posiciones posibles y que era posible desvelar o revelar mediante la práctica clínica. Para Stoller existía un "verdadero transexual" en el que su identidad de género no se correspondía con el sexo asignado médicamente al nacimiento. Fruto de la división mente/cuerpo de la cultura occidental, el cuerpo había de ajustarse a la identidad en forma de cirugía de reasignación.

En este sentido, la reapropiación feminista de la categoría "género" vino a introducir una cierta desestabilización de la categoría al marcar su carácter cultural y mutable, pero ciertamente desde la perspectiva de la ciencia conductual este carácter mutable no es una evidencia.

En segundo lugar, hemos visto cómo se desarrollan dos instrumentos claves que junto al concepto de género han conformado la transexualidad como objeto y espacio de intervención biomédico. Estos instrumentos son el DSM y el SOC. Por medio de los SOC se dio carta de naturaleza a una serie de tareas de ajuste de los cuerpos a la diferencia sexual, que se habían venido realizando en un cierto orden y de forma repetitiva desde, al menos, quince años atrás. Por medio del DSM, no sólo se patologizaron una serie de comportamientos, roles y actitudes en tanto que síntomas de un trastorno mental. En el momento en el que la transexualidad entra a formar parte del DSM-III se fijaron los límites de lo que se podían considerar "identidades patológicas" pero al mismo tiempo, al marcar esos límites se estaba también marcando cuáles eran los límites de la normalidad en lo referido a la identidad sexual, es decir, construyeron un nuevo objeto científico la transexualidad, que se erige en lo que Susan Leigh Star (1989) ha denominado un "objeto frontera" ya que en su propia clasificación y estandarización marca los límites de la "normalidad". En este sentido los ejercicios de estandarización y clasificación con respecto a la transexualidad han marcado y continúan marcando en la actualidad las prácticas políticas a escala global (Bowker y Star 1996), pero también han venido a definir la transexualidad como una genuina tecnología de género (De Lauretis 1987; Hausman 1995).

En tercer lugar, hemos realizado la narración de como se ha producido históricamente un cierto tipo de objeto biomédico – que por momentos hemos dudado en nombrar, la transexualidad .

Tradicionalmente, los estudios CTS han prestado gran atención a los objetos y han generado un gran número de metáforas para hablar sobre

ellos y sus propiedades. Esta característica de los estudios CTS no resulta extraña ya que los objetos son parte consustancial de las prácticas tecno-científicas. En general, los objetos se conciben – en los CTS - como entidades con ciertas propiedades, producidos en lugares concretos y en un momento histórico determinado. Así, en CTS hemos hablado de los "objetos frontera" (Star y Griesemer 1989), de "objeto red" (Latour 1990), de "objeto plegado" (Serres y Latour 1995), de "objeto fluido" (de Laet y Mol 2000) o de "objeto fuego" (Law y Singleton 2005) intentando aprehender ciertas características de los objetos a través de estas metáforas o describir los diferentes tipos de objetos con características similares.

En el caso que nos ocupa, la transexualidad aparece en la narración con características que se podrían asociar a diferentes tipos de objetos pero que al acercarnos y centrar la mirada en sus aspectos constitutivos se nos revela como un "objeto de fuego" (Law y Singleton 2005), porque su principal característica es que ha aparecido y mutado en diferentes contextos para visibilizar y naturalizar ciertas partes de su realidad, la materialidad de una serie de comportamientos y prácticas de género e invisibilizar otras, las políticas de la diferencia sexual que la transexualidad como objeto biomédico representa.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

3. Cartografías: prácticas y actores en el Estado español

Introducción

Este capítulo aborda las prácticas médicas sobre lo *trans* con el doble objetivo de mapear las propias prácticas y a los actores que intervienen en las mismas en el contexto situado del Estado español y, en segundo lugar, centrar algunos aspectos de las prácticas diagnósticas, hormonales y quirúrgicas que considero muy relevantes así como de la visión que tienen y el papel que desempeñan ciertos actores en relación a las mismas.

De nuevo encontramos un cambio fundamental en las prácticas que tiene que ver con la legislación aprobada en 2007, la *Ley 3/2007 de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas*, denominada comúnmente "ley de identidad de género", que pone como requisitos para acceder al cambio registral de nombre y sexo estar en posesión del diagnóstico de Disforia de Género y llevar dos años en tratamiento médico.

En este sentido, voy a realizar un repaso del "modelo triádico" y sus significados, es decir, cómo la tríada "psiquiatría, endocrinología y cirugía" han construido o reconstruido los significados de sexo y género en las prácticas concretas. El modelo es problemático también, porque en el afán por describir estas prácticas tendemos a olvidarnos del resto de cuestiones que envuelven lo trans y de nuevo recreamos y reproducimos los procesos médicos en torno a lo trans como los únicos posibles. En este sentido, todo el capítulo mantendrá una tensión entre el análisis de las prácticas

biomédicas de producción de transexualidad y el intento de no reproducir y perpetuar, a través de este mismo análisis, el modelo biomédico normativo.

Para esta tarea, describiré, en primer lugar y brevemente, los orígenes y el desarrollo del modelo biomédico que se ha implantado en el Estado en el trascurso de los últimos quince años, en segundo lugar, los cambios que la legislación ha introducido en este modelo y, finalmente, me centraré en el análisis de las principales prácticas médicas relacionadas con lo trans, es decir, prácticas de diagnóstico, prácticas de tratamiento hormonal y prácticas quirúrgicas. Me detendré especialmente en rastrear las diferentes *versiones* que de estas prácticas biomédicas tienen los actores implicados en las mismas. No intento representar todos los discursos posibles – todas las versiones de las prácticas - sino, más bien, mostrar la coherencia interna o la incoherencia de las mismas, así como mostrar algunos aspectos complejos y las tensiones que producen.

3.1. Mapa estatal de las prácticas de intervención médica

El modelo que se ha implantado desde los 2000 en el Estado español es deudor del modelo neerlandés de abordaje médico de la transexualidad. Muchos de los médicos que ejercen actualmente en las unidades fueron a formarse en este campo con los especialistas de los Países Bajos y las propias unidades multidisciplinares se crearon a imagen de la creada y consolidada en Ámsterdam dos décadas antes.

En los Países Bajos, este tratamiento se comenzó a realizar, con autorización legal, en los años setenta del siglo XX. En 1975 se creó la "Clínica de género" dentro del centro médico de la Universidad Libre de Ámsterdam (VU). A partir del año 1976, el Consejo Neerlandés de Salud informó positivamente sobre el tratamiento hormonal y la cirugía de reasignación para personas transexuales. A partir de 1982, los seguros sanitarios neerlandeses incluyeron el coste del tratamiento médico de la transexualidad en sus pólizas y en estas se incluyen tratamientos que van

desde las hormonas a las cirugías pasando por foniatría o los tratamientos de eliminación del vello con láser (Megens 2003; 2006).

El modelo de tratamiento neerlandés consiste en un equipo multidisciplinar compuesto básicamente por especialistas de las consideradas tres principales disciplinas en las que se divide el tratamiento, a saber: psicólogos y psiquiatras, que hacen la evaluación de los usuarios y emiten el diagnóstico; endocrinos, que prescriben el tratamiento hormonal; y cirujanos, que realizan las intervenciones de reasignación. El equipo multidisciplinar proporciona unos cuidados acorde con el protocolo de la asociación internacional líder en el tratamiento médico de la transexualidad, la HBIGDA, renombrada como WPATH en 2005. Además, el modelo de tratamiento se rige bajo un estricto protocolo que fue elaborado conjuntamente entre la clínica de género de la Universidad Libre de Ámsterdam (VU) y el ministerio de salud neerlandés (Megens 2006).

En España, la transexualidad era considerada en los años setenta – cuando se creó la clínica de Ámsterdam – una desviación sancionable con penas de internamiento de entre cuatro meses y tres años, bajo la *Ley de peligrosidad y rehabilitación social* (1970). Los artículos de la ley que declaraban punibles la "realización de actos de homosexualidad", y bajo cuya órbita se incluía la transexualidad quedaron derogados en 1978, si bien la ley continuó teniendo vigencia hasta 1995 y seguía considerando punibles cuestiones como la prostitución[47]. Respecto a las intervenciones médicas relacionadas con la transexualidad hay que señalar que las cirugías de reasignación estaban prohibidas por ley hasta el año 1983 en que se despenalizaron con la reforma del Código Penal[48].

[47] Las mujeres transexuales han estado históricamente (al menos) en España vinculadas al ejercicio de la prostitución. Recordemos, por ejemplo, que la primera asociación de transexuales en el Estado, Transexualia, fue fundada en el año 1987 por mujeres transexuales, en parte, para defenderse de forma conjunta del acoso policial al que se veían sometidas (Ramos Cantó 2003).

[48] La reforma del Código Penal de 1983 excluyó las cirugías de reasignación genital del delito de lesiones. Previamente estas cirugías eran consideradas como una

Durante los años ochenta y noventa del siglo XX, el tratamiento médico de la transexualidad en España solo conocía de los cauces de la medicina privada. En cuanto a la cuestión legal, si bien la práctica médico-quirúrgica quedó despenalizada en el terreno legislativo, había una especie de vacío en el que las personas transexuales debían litigar en juicios contra el estado para que éste reconociese su cambio de nombre y sexo. En 1987 el Tribunal Supremo reconoció por primera vez el derecho de una persona transexual al cambio de nombre y sexo creando jurisprudencia, pero no fue hasta el año 1991 que otra sentencia del Supremo en este mismo sentido, no solo unificó el criterio de los jueces de diferentes instancias sino que también unificó el criterio del ministerio fiscal que hasta ese momento había recurrido las sentencias favorables al cambio de nombre y sexo. Con la sentencia del año 1991, el Supremo dio las pautas para la concesión del cambio registral de sexo cuyo requisito era que la persona transexual hubiese finalizado su trasformación quirúrgica antes de proceder a la rectificación en el Registro Civil. Esta rectificación era una anotación al margen en la partida de nacimiento y no el cambio completo de la misma. Además no se producía una equiparación completa ya que se le negaba a la persona transexual ciertos derechos, como el matrimonio o la adopción (Barril Vicente 2003).

Las pautas del Supremo suponían, por un lado, una puerta abierta a cierto tipo de reconocimiento legal pero, por otro, claramente sitúa a las personas trans en una posición de ciudadanía de "segunda" ya que no se le reconocen los mismos derechos jurídicos que a cualquier otro ciudadano que no haya requerido el cambio registral de sexo. Además, el requisito para

castración y como tal tipificadas bajo el delito de lesiones (Barril Vicente 2003). Desconocemos, por otro lado, si esta misma consideración se daba para los hombres transexuales, es decir, si la reasignación genital consistente en la creación quirúrgica de un pene y una posible histerectomía constituían también un delito de lesiones por ser considerado castración. Reconocemos, en este caso, un importante sesgo de género en la invisibilización de este tipo de detalles. La posición de los hombres trans y su relación con la cirugía entendemos que se encuentra ausente del discurso.

el cambio legal plantea la necesidad de "terminación de la transformación quirúrgica". Este punto es muy cuestionable por varias razones: centra en la genitalidad el elemento diferenciador para la identidad de la persona, la idea subyacente es la de irreversibilidad del proceso con lo que se vuelve a vislumbrar el miedo a la indefinición y entiende la identidad como inmutable; además, no reconoce otras intervenciones médicas que no sean las quirúrgicas (las hormonales, por ejemplo) y niega a muchas personas, que no pueden someterse a las prácticas quirúrgicas por cuestiones de salud, el derecho al desarrollo libre de la personalidad y de la identidad.

Sin duda, este último elemento, la obligatoriedad del proceso quirúrgico, es el que llama más poderosamente la atención desde la perspectiva actual, ya que limita enormemente la consecución del proceso de cambio registral bien sea por problemas de salud, porque la persona no quiera someterse a estas intervenciones por no considerarlas necesarias para entender su identidad o por cuestiones económicas ya que, las cirugías sólo se practicaban en la medicina privada con un altísimo coste económico que muchas personas transexuales no podían sufragar. Sin embargo, aunque resulte sorprendente desde la perspectiva actual, la obligatoriedad de la reasignación quirúrgica estaba en consonancia con la consideración de la cirugía como requisito último y lugar de paso obligado en los procesos de reasignación, tanto en las diferentes legislaciones de los países del entorno como en los protocolos y estándares médicos internacionales. Como vimos en el capítulo anterior, los estándares de cuidado (SOC) de la WPATH entienden la "terapia triádica", diagnóstico psiquiátrico, hormonación y cirugía, como la secuencia correcta y el tratamiento estándar para las personas transexuales hasta la publicación del SOC-5 en 1998.

Este era el estado en que se encontraban las cuestiones médicas y legales relacionadas con la transexualidad en los años noventa en el Estado hasta que en 1999, la Junta de Andalucía, con las competencias en sanidad transferidas, aprueba la inclusión del tratamiento de reasignación de sexo de

personas transexuales en el Servicio Andaluz de Salud (Barril Vicente 2003, 110). Así, en ese mismo año 1999 se creó la primera de las actuales unidades dedicadas al tratamiento médico multidisciplinar de las personas transexuales en España, las UTIG (Unidad de Trastornos de Identidad de Género). La aprobación de la inclusión del tratamiento completo y la creación de la UTIG en Andalucía no hubiese sido posible sin la presión de las personas transexuales organizadas en asociaciones o colectivos, en este caso concreto el motor fundamental fue la Asociación de Identidad de Género de Andalucía (Pérez Fernández-Figares 2010; Muñoz Maldonado 2014).

3.2. El modelo UTIG

El modelo de atención médica de la transexualidad centrado en unidades multidisciplinares, que se importó de Países Bajos, es el que en la actualidad está implantado en la sanidad pública de diferentes comunidades autónomas del Estado, si bien no existe ni un protocolo estatal, ni unidades de referencia a nivel estatal, ni está incluida en el catalogo de prestaciones sanitarias a nivel estatal, con lo que la accesibilidad de los usuarios a las unidades es desigual y varía en función de la Comunidad Autónoma de residencia. Con los datos a diciembre de 2012 (Figura 5.1), existen nueve comunidades que ofrecen en sus carteras de servicios tratamiento médico sanitario público a personas trans a través de las UTIG[49]: Andalucía, Cataluña, Madrid, País Vasco, Comunidad Valenciana, Aragón, Asturias, Islas Canarias y Navarra. De estas, Andalucía, Cataluña, Madrid y País Vasco incluyen en la cartera de servicios cirugías de reasignación (Corcuera 2012; Esteva de Antonio et al. 2012).

[49] Además de estas nueve comunidades, las de Extremadura, Castilla La Mancha, Castilla León y Galicia (al menos), que no cuentan con unidades, derivan a las personas trans para evaluación diagnóstica y tratamiento a Andalucía. Esto se gestiona (y financia) a través del programa intercomunitario Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria (SIFCO). (Muñoz Maldonado 2014).

Figura 3.1. Distribución de UTIG en el Estado por CC. AA.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de (Esteva de Antonio et al. 2012).

El modelo UTIG se caracteriza por tener una estructura centralizada de servicios especializados. Está organizado en función de las tres grandes divisiones disciplinares que tradicionalmente han intervenido en la cuestión trans y que conforman lo que se ha denominado como "modelo triádico": la psicología-psiquiatría, la endocrinología y la cirugía plástica.

Conocemos de cierto nivel de coordinación – al menos en cuanto a intercambio de información – entre las diferentes UTIG del territorio nacional. Sin embargo, al no estar recogido el tratamiento a personas trans en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, no hay una directriz de procedimiento general unificada para todo el Estado. Tampoco hay un protocolo unificado ni en lo referido al tratamiento, ni en lo referido a los servicios que componen estas UTIG, siendo lo más frecuente que comprendan en sus servicios el diagnóstico y la atención

psicológica, así como el tratamiento endocrinológico y sólo en algunos casos las cirugías de reasignación.

En lo que sigue vamos a detenernos y profundizar en algunos aspectos de estas prácticas que tienen que ver con la perspectiva biomédica de la transexualidad. No pensamos que estas sean las únicas prácticas que intervienen en la producción médica de género, ni que sean las únicas posibles. En adelante nos mantendremos en la tensión que supone el análisis de unas prácticas que se han considerado hegemónicas, si es que no se siguen considerando como tal, al tiempo que no consideramos estas como imprescindibles ni como las únicas posibles. Sin embargo, sí consideramos la producción médica de la transexualidad un fenómeno muy complejo y cargado de significados y aristas, tanto es así que partimos de descomponer algunas de estas prácticas para atisbar sus significados.

En su trabajo etnográfico en Alemania sobre aspectos médicos de la transexualidad Stefan Hirschauer (1998) describe algunos aspectos del programa de tratamiento, como él mismo reconoce concentrándose en "las tres disciplinas médicas más relevantes [para la cuestión], ignorando otras profesiones médicas relacionadas y también [ignorando] las diferencias locales". En este trabajo, Hirschauer no se interesa por las diferentes culturas médicas o por los diferentes discursos asociados a cada disciplina sino que se interesa por cuáles son las diferentes praxi-ontologías[50] del sexo y el género que son incorporadas en las diferentes prácticas médicas – psiquiátricas, endocrinológicas y quirúrgicas – que abordan lo trans y cómo estas prácticas dispares se vinculan entre sí (Hirschauer 1998a, 15).

Tomando este trabajo como punto de partida, veremos cómo estas prácticas, actualizadas y situadas en el contexto español se vinculan entre sí. Pero también veremos como estas prácticas *son actuadas* en y a través de

[50] En la misma línea marcada por Hirschauer (1993; 1998a) para el análisis de las prácticas médicas sobre transexualidad en Alemania encontramos otros trabajos que se inscriben dentro del giro ontológico de los STS, concretamente del giro ontológico en la práctica médica. A este respecto ver, Berg y Mol 1998; Mol 2002.

diferentes discursos trans-disciplinares que rompen con las distinciones entre disciplinas – al menos en algunos casos – así como con la distinción entre *expertos* (profesionales) y *legos* (usuarios).

3.3. Diagnósticos

En el Estado español son escasos los trabajos que se han ocupado de los aspectos médicos o de salud trans. Cuando estos trabajos se han realizado, ha sido fundamentalmente desde el ámbito de los profesionales sanitarios ligados al paradigma biomédico, encarnado fundamentalmente en las obras colectivas editadas por algunos de estos profesionales (Becerra Fernández 2003a; Gómez Gil y Esteva de Antonio 2006) así como en algunos trabajos de estos mismos profesionales o sus equipos en publicaciones científicas (Asenjo-Araque et al. 2011; 2013; Bergero Miguel, Asiain Vierge, y Cano-Caballero Gálvez 2010; Esteva de Antonio et al. 2012; Gómez Gil, Esteva de Antonio, y Bergero Miguel 2006; Moreno-Pérez y Esteva De Antonio 2012; Rodríguez-Molina et al. 2009; 2013). En estas obras colectivas anteriormente citadas y en publicaciones más recientes desde el ámbito activista se han realizado en los últimos años interesantes aportaciones en relación a la salud trans desde un marco diferente al establecido por el paradigma biomédico[51] (Coll-Planas, Alfama, y Cruells 2013; Garaizabal 2003; 2006; Missé y Coll-Planas 2010; Missé 2013; Soley-Beltran y Coll-Planas 2011). Esta aproximación crítica de corte más activista se ha centrado fundamentalmente en criticar el modelo biomédico basado en una concepción de la identidad trans como trastorno de salud mental si bien, en los últimos años, al calor de las discusiones en torno al DSM-5, esta percepción también ha sufrido desplazamientos y

[51] Las obras de Garaizabal (2003) y (2006) son de referencia por su posicionamiento crítico respecto al paradigma biomédico si bien ambas publicaciones aparecen incluidas en volúmenes editados por los principales profesionales adscritos al marco biomédico.

cuestionamientos desde el propio estamento médico (AEN 2010; De la Hermosa Lorenci, Rodríguez Vega, y Polo Usaola 2013).

En apreciación de Hirschauer (1998) y en el caso alemán, la tarea de la psiquiatría en el tratamiento de la transexualidad, como disciplina encargada del diagnóstico de la transexualidad funciona más bien como un servicio a otros encargados del control disciplinal de los cuerpos, "un servicio a endocrinos, cirujanos o jueces" (Hirschauer 1998a, 15).

En la actualidad, y para el caso de las prácticas diagnósticas en el Estado español, la psiquiatría no es la única disciplina encargada del diagnóstico. En el caso español, habríamos de aunar las especialidades de la psiquiatría y la psicología clínica como las encargadas de diagnosticar la "disforia de género" tanto dentro del Sistema Nacional de Salud, como en las unidades especializadas dentro de la sanidad pública (UTIG), como en la medicina privada. Es decir, profesionales de ambas disciplinas están autorizados por la Ley 3/2007 a emitir un certificado diagnóstico de "disforia de género".

Sin embargo, la experiencia de campo en relación a lo trans en el Estado español indica que la apreciación del trabajo relacionado con el diagnóstico, es decir, el de psiquiatras y psicólogos, como herramienta auxiliar de terceros que serían los encargados "de facto" del control disciplinal de los cuerpos trans es inadecuada. En el contexto actual, los profesionales de estas disciplinas son los encargados de delimitar el acceso no sólo a posibles tratamientos posteriores, sino al cambio de reconocimiento legal, sustituyendo, de hecho, el papel que antes de la Ley 3/2007 realizaban los jueces. En este contexto, la Ley 3/2007 refuerza la posición y el papel de los profesionales autorizados para emitir el diagnóstico en detrimento de los jueces y continúa reservando a terceros, los diferentes profesionales sanitarios, el derecho a decidir sobre el estatus identitario de las personas trans. Además, la experiencia de campo acumulada hasta la actualidad (2014) muestra ciertos aspectos más

complejos de la relación entre profesionales de la salud mental y transexualidad.

En los últimos años, especialmente desde entrado el siglo XXI, se han puesto en cuestión los principios de la diferencia sexual en los que se asientan las herramientas diagnósticas de los profesionales de la salud mental que sancionan médicamente la pertenencia social de género de los individuos. Tanto las teorías críticas feministas post-estructuralistas, como la teoría *queer* han desestabilizado la noción de género y su par binario (masculino/femenino), entendiendo que hay una enorme gradación de posiciones y que masculino y femenino son sólo dos de las múltiples posiciones del espectro identitario. Estas mismas teorías críticas han puesto de manifiesto, además, como el género viene marcado y, a su vez, marca de manera diferente en función de otras posiciones que definen la identidad de los sujetos (Ahmed 1998; Anzaldúa 1987; Butler 1990; 1993; 2004; A. Y. Davis 1981; Fausto-Sterling 1998; 2000; Halberstam 1998; Haraway 1988; 1995; 1999; 1997; hooks et al. 2004; Moraga y Anzaldúa 1983; R. (Lucas) Platero 2012; Preciado 2003; 2007; 2008; Romero Bachiller 2006).

En línea con esta corriente renovadora que ha puesto en duda esas categorías monolíticas sobre la diferencia sexual, las categorías médicas de diagnóstico de la transexualidad han sido puestas en evidencia, tanto por sus dinámicas de consolidación del aparato biomédico (Billings y Urban 1982; Hausman 1995; 1998), como por su carácter y estatus como sancionador legal de acceso a la ciudadanía (González-Polledo 2010; Ortega Arjonilla, Romero Bachiller, e Ibáñez Martín 2014), que para el caso español vendría determinada en primer lugar por el diagnóstico de "disforia de género" (Ley 3/2007).

Desde una perspectiva eminentemente CTS, se puede argumentar que las categorías médico-diagnósticas relacionadas con de la transexualidad están más centradas en el establecimiento de sus pautas de clasificación y

estandarización en el sentido señalado por diversos autores (Bowker y Star 1996; 1999; Mayes y Horwitz 2005; Star 1991), que a su vez reforzaría el sistema sexo-género y el marco biopolítico de la diferencia sexual.

> Clasificaciones y estándares son dos caras de la misma moneda. La distinción entre ellos (tal como nosotros los definimos) es que las clasificaciones son contenedores para las descripciones de eventos – son un aspecto de la memoria personal, social y organizacional – mientras que los estándares son procedimientos para cómo hacer las cosas – son un aspecto de cómo actuar en el mundo. Cada estándar exitoso impone un sistema de clasificación. (Bowker y Star 1996, 4)

Pero quizá, la cuestión que planteo aquí es cuáles son y cómo funcionan en la práctica estos ejercicios de clasificación y estandarización para el diagnóstico desde una perspectiva situada.

Un elemento común a la práctica diagnóstica de los psicólogos y psiquiatras que trabajan en el marco de lo que podríamos denominar una "Versión 1" del proceso diagnóstico es el intento de ajustar, al máximo posible, dos conceptos clave de la "disforia de género" como son "estrés" y "malestar". Estos dos conceptos serían los dos "síntomas discretos que marcarían la clasificación en el DSM y que se encuentran, además, reforzados en la última versión de este sistema de clasificación de trastornos mentales, el DSM-5 (American Psychiatric Association 2013).

Para entender cómo se clasifica la "disforia de género" tomamos los pasos para el diagnóstico que se dan en la UTIG de Madrid y que han sido publicados en la revista del Colegio de Psicólogos (Asenjo Araque et al. 2013). En este caso, el proceso en, al menos cinco pasos, estaría compuesto de las siguientes fases:

• Una **valoración inicial** para poder incluir a la persona demandante de tratamiento o bien derivarla para evaluaciones de otra índole (psiquiátrica, estudio de enfermedades somáticas,…). Se decide en equipo multidisciplinar si la persona cumple las normas de idoneidad para ser tratada dentro del Protocolo que marca el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Para este fin hemos desarrollado una Entrevista de Valoración Inicial, EVI.

• Una valoración del cumplimiento de los criterios DSM-IV y CIE-10

• Una entrevista clínica pormenorizada, dirigida a recabar la historia de desarrollo de la identidad de género, el desarrollo psicosexual y aspectos de la vida cotidiana, especialmente por lo que se refiere al previsible impacto del cambio en su vida familiar, social y laboral: EEPPT, Entrevista de Evaluación Psicológica a Personas Transexuales.

• El Cuestionario de Personalidad MCMI-III, de Millon, que establece un perfil de personalidad muy clarificador a la hora de complementar la información recogida en la EEPPT y que tendría la funcionalidad de consensuar objetivos de intervención, en caso de establecerse.

• Signos y Síntomas asociados al diagnostico de Disforia de Género, como depresión y ansiedad: ESANTRA, Escala de Ansiedad para personas Transexuales, y ESDETRA, Escala de Depresión para personas Transexuales.

(Asenjo Araque et al. 2013, 163)

Cabe destacar que de los métodos de diagnóstico enumerados cuatro de ellos, - la entrevista de valoración inicial, la entrevista de evaluación psicológica a personas transexuales, la escala de ansiedad para personas transexuales, y la escala de depresión para personas transexuales - han sido elaborados por los especialistas de la UTIG de Madrid[52].

[52] Desconocemos si los profesionales sanitarios de otras UTIG han desarrollado un método tan detallado que les ayude a la hora de determinar la exactitud del

En esta misma línea, otros psicólogos clínicos con los que hemos hablado sobre su experiencia práctica en el proceso diagnóstico nos aproximan a un método no tan estandarizado como en la UTIG de Madrid pero sí basado en la premisa de la posibilidad de emitir un diagnóstico:

> -Pregunta: Y cuando llegaban a la consulta, para conseguir el informe con tu firma, ¿qué es lo que tenían que hacer?
>
> - Respuesta: Teníamos… más o menos teníamos acordadas dos o tres consultas. [...] En esas consultas charlábamos sobre la vida, sobre su vida, sobre la vida de ellas, sobre la familia. Y bueno, pues, más o menos, pues uno va sabiendo, ¿no?, al conocer a la persona pues vas sabiendo cuál es su situación psicológica, ¿no? Vas aprendiendo. Hay personas que no tienes ninguna duda en firmar ese papel. Cuando tienes dudas, pues lo que haces es, más consultas. [...] Entonces… en muchas situaciones al profesional se le plantean dudas de qué va a firmar, de qué va a decir. Si la propia persona, bien sea porque hay muchos miedos, está planteando también unas dudas, ¿no? Entonces lo que se hacen es más consultas. Es el único, es el único recurso, porque **no hay ningún test,** ni ninguna prueba de sangre para salir de dudas. El único recurso es "vamos a seguir charlando". (Entrevista con un Psicólogo Clínico experto en el tratamiento y evaluación a personas trans. Madrid, mayo de 2012) [Énfasis mío]

Esta experiencia diagnóstica mantiene ciertas similitudes con la narración que Hirschauer hace de su propio trabajo etnográfico en Alemania y de cómo los profesionales de la salud mental toman sus decisiones sobre la adecuación del diagnóstico:

> Factores heterogéneos incluyendo sus experiencias con diferentes tipos de personas que cambian de género, su detallado conocimiento de la personalidad del paciente, o incluso su deseo por deshacerse de un

diagnóstico. Asimismo, desconocemos si la valoración del cumplimiento de los criterios del DSM-IV se han actualizado a los del DSM-5 en la práctica clínica de la UTIG de Madrid.

paciente difícil. Pero el factor más importante que tiene influencia en su decisión es lo que los psiquiatras denominan su convicción personal de que alguien es de un género en concreto. La evidencia para esto se busca en tres vías: a través de los datos biográficos, a través de si los pacientes pasan el "test de vida real" y por la experiencia de interacción en la situación terapéutica. (Hirschauer 1998a, 16)

Sobre el proceso y las sesiones terapéuticas varios usuarios entrevistados nos cuentan que aunque en teoría hay un número mínimo de entrevistas con los psicólogos de las unidades, en la práctica este número varía en función de cuestiones que ellos entienden como aleatorias:

- Respuesta: Me cogieron, claro. Me tuvieron que coger, es que no pueden… ¿cómo es eso de que no puedes? [se refiere a ciertos problemas burocráticos para acceder a la UTIG]. Y ya está, me empezó a ver, me pasaron al psiquiatra, me vio una vez. Luego al psicólogo. Según ella [la psicóloga] eran … me tenía que dar mínimo 10 sesiones obligadas...

- Entrevistadora: - Unas pocas más. (En otros casos referían menos sesiones)

- R: Que para mí eran 10. Para una chica que conocí un día allí, en la sala de espera, eran 7. Para otros eran 9. Más o menos. Claro, entonces ella me dijo de entrada que 10, y las 10 me las dio. Las últimas 4 o 5 que **ya había hecho los test**, **ya me había preguntado de toda mi vida, ya la había escrito una carta desde que tenía no sé qué [edad] hasta ahora**… [...] Pues eso, las últimas 4, 5 sesiones ya no hablábamos de nada. Realmente iba, por eso te digo que eran de 15 minutos, en anteriores era como mucho, mucho, de media hora, las siguientes eran… no llegaban muchas veces ni a los 10 minutos, porque entraba, me preguntaba: "¿Te ha pasado algo en este mes, estás bien, quieres que hablemos de algo?", ya está. Y como también soy… no sé, habrá gente que tenga mucho que contar o algo. Soy bastante normal, normalita, entonces, no me suele nunca pasar nada ni suelo estar decaída especialmente por nada, entonces no… Nunca tenía que contar nada. [...] Claro. Entonces no hablábamos de nada. Y ya

está. Me pasó [al endocrino], y me hizo los primeros análisis.[53] [MET-5. Febrero 2014] [Énfasis mío]

En otro caso, aunque el número de sesiones recibidas era menor, la sensación de pérdida de tiempo y frustración era evidente por la larga duración del proceso:

> - Respuesta: Pues esto fue ponle en mayo, mayo junio del 2011. Nada pues la historia es que [el/la psicólogo/a] ya tenía, me grabó también, [el/la psiquiatra], cuando hice la entrevista. Y le dio los datos y ya *claro*… si tenía todo. Entonces dice: "Mira, [el/la psiquiatra] me ha facilitado esto, ya me he hecho el historial, me lo ha dado también desarrollado y tal [...], o sea que poca cosa te voy a preguntar más. Simplemente, a lo mejor, pues hechos concretos que me quieras desarrollar", porque claro, esto son… Siempre te dicen un protocolo, 7-8 sesiones, y tienes que pasar… o 6, algo así. No sé. Luego le preguntaba a la gente, otros decían que eran 8, no sé.
> - Pregunta: ¿Pero sí que hay un mínimo no, o sea como…?
> - R: Sí, mínimo siempre, porque además **tienes que pasar 5 o 6 test**. [...] Sí. Entonces, nada, pues hice un primer test que eran de ciento y pico preguntas que eran de… ese, estaréis más familiarizados vosotras porque no sé cómo se llamaba. Es uno que te preguntan que si eres… que vamos, yo vi cosas de tema de alcohol, del alcoholismo, bulimia y tal. [...]
> Ya te digo… yo creo que he tenido bastante suerte en ese sentido, pero bueno, nada. Empecé con [el/la psicólogo/a], hice los test. Empecé con el test ese, luego el otro test era de… no sé, yo lo veía como muy… muy tema de expresiones de género muy marcado, ¿sabes?, de me he sentido así, me he sentido *así*, y tal, y no sé, es que como es algo tan subjetivo, yo claro, yo lo hago, porque yo… Ahí al principio es que no sabes nada, simplemente yo reflejaba cómo me sentía, pero **cuando terminé el proceso a mí lo que daba la impresión es de esto cualquiera lo**

[53] Es importante tener en cuenta que el trascurso de tiempo medio entre sesión y sesión de los psicólogos en las UTIG aunque variable se puede situar en un mes. Si esta usuaria nos cuenta que tuvo diez sesiones, podemos calcular que pasaron aproximadamente diez meses hasta que comenzó el tratamiento endocrino.

> **puede pasar**, ¿sabes? O sea, **si sabes lo que tienes que decir, los test los pasa cualquiera**. [...]
>
> Para mí fueron 6 [sesiones], ahora me acuerdo. [...] y ya las dos últimas sesiones no sabíamos que decir. Bueno, que terminamos contándonos la vida. Un día nos contaba su vida y nosotros… No sabíamos de qué hablar. Contábamos hasta chistes, no sabíamos qué decir. **Yo digo, que nos tengan así… con sesiones absurdas**. [MET-4: Febrero 2014]. [Énfasis mío]

Otras entrevistas con usuarios/as de la UTIG de la Comunidad de Madrid nos confirman que los trámites y procesos se han ido dilatando con el tiempo. Los procesos diagnósticos cada vez son más largos. Entra en juego, parece, un nuevo factor que es la sobrecarga de trabajo y la ausencia de mayor dotación de recursos, en un contexto de recortes en la sanidad pública, de la que forman parte las UTIG.

En cualquier caso, lo que predomina en esta "versión 1" de la práctica clínica es el rígido modelo diagnóstico basado en la premisas de una única identidad de género que es posible desvelar por medio de una serie de tecnologías discursivas – test, confesión de relato biográfico – y que en última instancia permitirían evaluar el grado de "malestar" y "estrés" producidos por la "disforia de género".

Este rígido modelo clínico de diagnóstico se contrapone a otro enfoque práctico que podríamos considerar y denominar como "Versión 2" de las tecnologías diagnósticas. Esta "versión 2" parte de una psicología de corte más constructivista y está intensamente implicada con lo que, en los últimos años, se ha dado en llamar el modelo de la despatologización. Partiendo de una concepción de la identidad más laxa, estas posturas entienden que el papel del psicólogo no es el de determinar la identidad - si la persona es trans o no -, ni el de vigilar las fronteras del sexo y el género. El papel y la tarea de los profesionales de la salud mental en esta "versión 2" consistiría en ayudar y acompañar a las personas trans en su proceso (Garaizabal 2006).

> Es prácticamente imposible la creación del clima de confianza necesario e imprescindible en cualquier relación terapéutica si el terapeuta es considerado más como un juez, en cuyas manos está la decisión sobre la continuación o no del proceso de transexualización clínica. [...] Ello ocasiona que, dado el interés de las personas transexuales de conseguir el visto bueno para el tratamiento hormonal y las intervenciones quirúrgicas, construyan biografías de manera que resulten adecuadas a los criterios previamente definidos por los protocolos clínicos, camuflando o escondiendo en ocasiones su propia historia. **Todas estas cuestiones dificultan la labor de acompañamiento y apoyo terapéutico**. (Garaizabal 2006, 166)

La posturas que englobamos en esta "versión 2", es decir, las cercanas o inmersas en el modelo de la despatologización, han pasado de ser minoritarias y denostadas a ganar peso e influencia dentro de las organizaciones LGTB y Trans, si bien no en el sentido de una despatologización completa sino, más bien una des-psicopatologización.

3.4. Hormonas

El tratamiento médico aplicado a personas trans para el proceso de tránsito ha estado definido por una doble ausencia: la ausencia de una causa física-orgánica que originase un trastorno endocrino de los niveles de hormonas, por ejemplo, un tumor en el córtex adrenal y, hasta las recomendaciones del último SOC-7, la ausencia de una condición intersexual o DSD[54]. Así podríamos calificar a la endocrinología en relación a la transexualidad como la ciencia de la ausencia manifiesta – *manifest absence* - (Law 2004; Law y Singleton 2005), en el sentido de que es el

[54] En las versiones anteriores de los estándares de cuidado se excluía la posibilidad de personas con llamados "síndromes intersexuales pudiesen ser tratadas según las pautas del SOC sobre el tratamiento médico a personas trans. En el SOC-7, se reconoce por primera vez la posibilidad de tratar a personas intersex o con DSD según estos criterios. Sobre el cambio de nomenclatura y las controversias originadas véase, García Dauder y Romero Bachiller 2012.

correlato de la presencia siempre incompleta y dependiente de la ausencia. Es decir, para determinar que una persona es trans o tiene "disforia de género", la endocrinología ha de constatar mediante pruebas físicas sobre el cuerpo – como una analítica o un cariotipo – que los diferentes parámetros se encuentran en los rangos de "normalidad" orgánica. Es, en definitiva, la búsqueda de ausencia de anomalías en relación a los estándares y clasificaciones sobre lo que debe ser un hombre o una mujer, en el marco biológico de la diferencia sexual.

Si durante el análisis de la fase diagnóstica hemos realizado una división aparentemente sencilla de las versiones del proceso, ahora, las prácticas que vamos a analizar y que tienen que ver con la determinación endocrina del sexo hacen bastante más compleja esta división.

Este aumento de la complejidad en la determinación del sexo viene marcada, en primer lugar, por la diferenciación entre los diversos marcadores del sexo biológico. En segundo lugar, por la variedad de las localizaciones y actores que intervienen en el proceso.

Para el caso que nos ocupa, el primero de estos marcadores biológicos viene determinado por lo que durante años se ha denominado el "sexo hormonal". Lo que se busca en estos casos es realizar una correspondencia entre los estándares ideales de hormonas para ser un hombre o una mujer - solo existen estas dos posibilidades - y los parámetros del "paciente". El sexo hormonal se determina en la actualidad midiendo por medio de una muestra sanguínea del paciente, los niveles circulantes en sangre de las llamadas "hormonas sexuales".

Un segundo marcador biológico del sexo es el sexo cromosómico. El sexo cromosómico se determina mediante la realización de un cariotipo. El cariotipo se realiza extrayendo una muestra de tejido o sangre del paciente. A continuación esa muestra se cultiva en el laboratorio, se le añade colchicina para interrumpir el proceso de división celular, posteriormente se le añade agua para que las células se hinchen y se

centrifuga toda la muestra. Finalmente la muestra se fija con alcohol y se tiñe. En ese momento la muestra está preparada para ser observada en el microscopio y fotografiada. De esta observación se cuenta el número de cromosomas y se buscan anomalías en número y forma. Se ha establecido como "normal" el conteo de 44 autosomas y dos "cromosomas sexuales". Estos cromosomas sexuales, que se designan como "X" e "Y", son los imprescindibles en las explicaciones biológicas sobre el sexo desde comienzos del siglo XX. De manera general se admite que dos cromosomas (XX) producirán un desarrollo embrionario como hembra y la presencia de dos cromosomas, uno de los cuales se designe como Y, (XY) producirán un desarrollo como macho (Delgado Echeverría 2007).

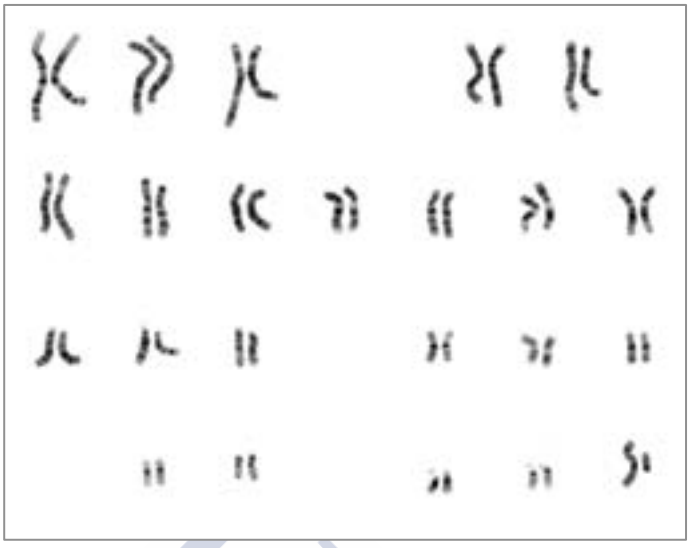
En algunas UTIG del estado, como la de Málaga, es una de las pruebas que se realizan a los usuarios previamente a comenzar el tratamiento médico hormonal en la unidad (Muñoz Maldonado 2014). Se realiza para determinar la ausencia o presencia de intersexualidad física[55] (DSD), con cariotipos como X0 o XXY, entre otros[56].

Una vez que se ha determinado el sexo de origen y que éste está acorde con la asignación realizada al nacimiento – en el esquema binario de la diferencia sexual, en el que estamos inmersos -, es decir, una vez se ha descartado una posible intersexualidad física, llega el momento de decidir organizar la administración de hormonas.

[55] Si bien hasta el SOC-7 no se reconoce la posibilidad de tratar a Intersex bajo los parámetros establecidos para las personas trans, estos tratamientos se han venido, de hecho, realizando. Este es el caso concreto de la UTIG de Málaga, en la que se trata a personas intersex. Esta información fue obtenida en el trascurso de los contactos con esta unidad y algunos de sus responsables, para realizar allí observación etnográfica durante el año 2012.

[56] Sobre el origen y conteo de los cromosomas humanos basada en la morfología de los cromosomas de la mosca Drosophila y la observación de pautas diferentes de "cromosomas sexuales" y sus significados, véase Santesmases 2014.

Figura 3.2. Cariotipo humano masculino



Fuente: (National Human Genome Research Institute 2014)

Las muestras sanguíneas del "paciente" son devueltas en forma de hoja de papel con items, resultados numéricos y valores de referencia impresos. Resultados de la analítica determinarán los niveles de "hormonas sexuales" en sangre, determinarán el "sexo hormonal". Por el camino, entre la muestra de sangre en un tubo y el documento impreso con valores hormonales expresados en formato numérico, existe un gran número de localizaciones en las que se dirime el sexo.

> La determinación del sexo en endocrinología es un proceso reflexivo. No es algo que suceda entre actores en un lugar concreto, como con el psiquiatra. Más bien, es algo que sucede entre actores y reactivos en lugares muy diferentes: el sexo de una persona es clasificado en el pipeteo cuidadoso en la mesa del laboratorio, en el programa de ordenador que calcula las cifras, en su interpretación escéptica por parte de los asistentes [de laboratorio], en la competencia entre reactivos en un tubo de muestra y entre los laboratorios de una comunidad científica, y finalmente en las decisiones de los doctores sobre niveles de dosis los cuales, uno a uno, son regulados por la producción e interpretación de nuevos valores. En el centro de todos estos círculos, se establece el rol de los números como símbolos del sexo. (Hirschauer 1998b, 20)

En efecto, el sexo en endocrinología no es un proceso sencillo. En primer lugar, no es una materialidad preexistente, no es algo dado, sino que hemos de entenderlo como un proceso, que además no se dirime en un lugar concreto; más bien tiene una localización compleja y múltiple que va desde diferentes lugares de la geografía corporal, al laboratorio de análisis de sangre o la consulta del endocrino. En ese sentido, no sólo remite a una miríada de lugares sino también una multiplicación de actores que están inmersos en el proceso, que producen el sexo en el ámbito de la endocrinología. Pero además entendemos que la producción del sexo en relación con la endocrinología es un proceso que se dirime en otros lugares no asociados tradicionalmente a la ciencia y la medicina – no se produce sólo, como sugiere Hirschauer, en el laboratorio o en la consulta del endocrino. El proceso de producción de sexo en endocrinología viaja fuera del hospital, al ámbito del espacio público, mediante, por ejemplo, la presentación de las personas trans en proceso de hormonación en el espacio público.

Hay diversas formas de ocupar los espacios sociales relacionados con la masculinidad y la feminidad. Entre estas formas de performar la masculinidad y la feminidad hay ciertas formas que pasan por la reproducción de roles asociados a cada una de estas categorías; otras formas pueden asociarse a esta reproducción de roles o bien presentarse de forma semi-autónoma a través del cuerpo.

En este sentido, los hombres trans que utilizan la testosterona como mediadora de esta presentación del yo sexuado encontrarían unas cierta "ventajas" en cuanto a la presentación en el espacio público por la fuerza y visibilidad que tiene la testosterona a la hora de marcar las posiciones sociales de género, disminuyendo como efecto de un mejor *passing*[57], la transfobia social.

[57] El *passing*, que podría traducirse como "pasar por otro" ha sido teorizado y analizado fundamentalmente respecto a la categoría "raza" y especialmente en el

> En los F2M, la testosterona produce, en mayor o menor grado, la aparición de vello en la cara y el cuerpo, el cambio de voz a una tonalidad más grave, la desaparición de la regla, el aumento de la masa muscular, el crecimiento del clítoris y el aumento de la libido, la caída del cabello, etc. [...] **Gracias a esta hormona donde antes se presumía un sexo ahora se ve otro.** Ese es el poder de las hormonas, esa es su magia y eso es lo que las convierte en subversivas. [...] De hecho, los hombres transexuales no cambiamos de sexo, nuestro "yo" siempre es del mismo sexo. Como tampoco cambiamos de sexo cromosómico. Lo que cambia es la percepción de a qué sexo pertenecemos en la mirada de los demás y en nuestra propia mirada ante el espejo. Las hormonas son las verdaderas responsables de un cambio de sexo social, frente a la importancia que se le da a la cirugía. (Martínez 2005, 121)

En algunos casos, la testosterona se convierte en la mediadora elegida en detrimento de otras formas de performar la masculinidad:

> Hay un montón de vías para que la gente te reconozca. Y hay algunas que pasan por cómo son nuestros cuerpos, y hay algunas que pasan por como ocupamos el espacio ... y así. Y a mí, la verdad, no me apetecía mucho ocupar el espacio de manera abusiva, ¿no? Me apetecía mucho más que el reconocimiento viniera de otros lugares, y así..., por ejemplo, de cómo la gente veía mi aspecto y... mi cuerpo. Eso, por un lado. Y por otro lado, comencé a tomar testosterona porque me daba un súper-subidón tener esa capacidad de autonomía sobre mi propio cuerpo. (Mesa de Diálogo Trans sobre Testosterona, *Cultura Trans* 2012, intervención de Teo)

Esta misma precepción de la importancia de la testosterona – o más bien sus efectos físicos visibles, como el pelo y la barba - en el proceso de

---

contexto estadounidense para referirse a personas negras que pasaban por blancas. También, ha sido analizado en relación al género fundamentalmente, aunque no sólo en las obras de Butler (Butler 1990 [1990]; 1993 [1993]). En español, el concepto ha sido analizado en las intersecciones de la raza y el género en (Romero Bachiller 2006) y más recientemente respecto a género, sexualidad y discapacidad en (R. (Lucas) Platero 2012).

construcción y reconocimiento del espacio de masculinidad trans nos lo aportan otros testimonios recabados en el trabajo de campo.

> me sale mogollón, mucho más pelo, tengo el pelo mucho más fuerte en todas las partes del cuerpo y tengo mucha más energía ¿sabes? Es muy gracioso, que toda la vida hablando de lo construido socialmente y luego te das cuenta del puntazo que te da lo químico ¿no? porque tiene su punto. [MET-3, Junio 2013]

Teóricamente, los endocrinos trabajan para realizar un ajuste de las dosis para cada paciente, si bien la forma de realizar este ajuste depende del endocrino. En general, se tiende a buscar un equilibrio entre efectos deseados y no deseados en los pacientes. También es importante para los endocrinos mantener el control sobre las dosis prescritas, por los efectos adversos que la administración de hormonas puede tener. Al mismo tiempo, la prescripción de la dosis tiene un efecto de marcador de la posición diferencial respecto al estatus en la relación médico-paciente.

> Es difícil determinar la dosis correcta porque cada paciente descompone las dosis a diferente ritmo. Además, muchos transexuales no son [dóciles, obedientes, sumisos]: manipulan su sexo consumiendo hormonas adicionales por su cuenta. Para ellos, los valores hormonales tienen menos que ver con los datos científicos que con su presentación de sí mismos. (Hirschauer 1998b, 20)

En principio, parece complicado determinar la dosis hormonal adecuada porque cada paciente descompone las hormonas a diferente ritmo. Sin embargo, en la práctica clínica, los endocrinólogos toman las decisiones sobre las dosis prescritas constantemente. Esta repetición de las prescripciones ha convertido un proceso, a priori, complicado, en un proceso casi rutinario que se ha traducido, muy frecuentemente, en dosis de hormonas de un mismo formato comercial.

La estandarización de las prescripciones raramente se altera. A los hombres trans se les prescribe testosterona en forma comercial de

Reandron® o Testex® por vía de inyección intramuscular y en ocasiones, aunque menos frecuentemente, geles de uso tópico en forma comercial de Testogel® o Testim®[58].

Cuando pregunté a mis informantes sobre si conocían el porqué de prescribir unos fármacos frete a otros, en este caso, el formato inyectable y el Reandron frente a otros, me proveyeron de sus intuiciones al respecto. Todas eran buenas pistas para discernir algunos factores que marcan la primacía de unos sobre otros.

Por un lado, , tendría que ver – según intuiciones - con resultados visibles rápidos, es decir, con una masculinización o feminización de las características físicas asociadas a cada una de las dos posiciones del esquema de sexo binario. El pánico a ocupar posiciones intermedias, aunque sea temporalmente, posiciones de indefinición puede servir de motor a este intento de ver rápidos efectos. En esta lectura, tanto para los endocrinos como para los hombres trans la testosterona sería un factor determinante en la masculinidad o, al menos, en la presentación social de la misma. Recordando nuevamente las palabras de Moisés Martínez en esta lectura de la testosterona:

> Gracias a esta hormona donde antes se presumía un sexo ahora se ve otro. [...] Las hormonas son las verdaderas responsables de un cambio de sexo social, [...]. (Martínez 2005, 121)

En cualquier caso, cada endocrino suele confiar – por diferentes razones – en ciertos productos a la hora de realizar las prescripciones. En las UTIG del estado suelen optar en primer lugar por la prescripción de testosterona en formato inyectable, cuyo efecto es de más larga duración que la testosterona administrada en forma de gel.

[58] Las dosis y formatos de administración de hormonas se pueden consultar en los textos de endocrinos de referencia en el tratamiento de lo trans en el estado (Becerra Fernández 2003b; Halperin Rabinovich y Esteva de Antonio 2006).

El *Reandron* para mí es muy fuerte, porque además, es eso, un pinchazo cada tres meses. Si eres más cómodo o más dejado y demás pues bueno. [...] es verdad que puedes tener muchos picos, ¿no? Que te pueden dar un bajón, si por ejemplo, pues eso, haces mucho deporte [...] mientras que me habían informado, había otra… otro tratamiento que es el *Testex*. Y con el *Testex* es cada dos, tres semanas entonces no te dan esos picos. [...] él directamente [el endocrino] ya me estaba poniendo *Reandron*, no me daba a elegir, no me dijo que había otras alternativas. Directamente me ponía que quería… que tenía que ser *Reandron* y le dije que no. Digo: "¿Me estás poniendo *Reandron*?", digo: "No. Yo quiero *Testex*". Me dijo: "¿Por alguna cosa especial?", digo: "No, simplemente sé que es otro compuesto, la testosterona, es otro tipo de compuesto químico, que tiene a lo mejor menos efecto, pero los picos me los voy a evitar". Y nada, la verdad es que ahí no tuvo problema en hacérmelo. [MET-4: Febrero 2014]

Figura 3.3: Presentaciones comerciales de la testosterona



Fuentes: Consultar [59] [nota al pie] para [1] Reandron, [2] Testex, [3] Testogel.

[59] Fuentes de las imágenes: [1] Reandron. http://3.bp.blogspot.com/-zjrnwwps1sI/TnfCYdRjQYI/AAAAAAAAADY/wuA6kxvC0s4/s320/28460_1.jpg (Último acceso, 26 de febrero de 2014). [2] Testex. http://www.qpharma.es/img_web/prod_testex_grande.jpg (Último acceso, 26 de febrero de 2014). [3]Testogel. http://www.nebido.com/html/images/upload/hcp/97x67/therapy/testogel_sachet_large.jpg (Último acceso el 26 de febrero de 2014).

El formato inyectable daría a los profesionales un mayor control sobre el proceso, en concreto, en el caso de las UTIG en las que ofrecen Reandron como primera opción – no sólo en la de Madrid - un tipo de testosterona inyectable que se administra una vez cada tres meses. El control por parte de los profesionales con una inyección cada tres meses está lejos de facilitar el control sobre el proceso de los usuarios, pero también dificulta el ajuste y reajuste de las dosis necesarias (Hirschauer 1998a), ese ajuste fino, esos apaños que argumenta Mol como imprescindibles en el proceso de cuidado (Mol, Moser, y Pols 2010).

Una médica, que desde hace a penas dos años ha puesto en marcha un servicio de atención a la salud de las personas transexuales en el marco de la sanidad pública en Cataluña, me comentaba sus impresiones sobre el cuestionamiento de las preferencias de unos productos y/o formatos frente a otros por parte de los usuarios. En general, tenía la sensación de que – en el caso de los chicos trans – las personas que preferían el gel eran personas que querían o intentaban controlar ellas mismas su proceso, personas muy vinculadas a un activismo más crítico, preocupadas por su salud y por los efectos adversos y efectos a largo plazo que las hormonas podían tener. Su sensación era que, en muchos de estos casos, el gel era un primer paso y posteriormente algunos han pasado a utilizar presentaciones inyectables. (Notas de campo de la conversación: Marzo de 2014).

Por otro lado, el factor económico llama la atención, aunque no tenemos suficientes evidencias para entrar a realizar el análisis. El Reandron que es un medicamento relativamente nuevo en el mercado se ha revelado como uno de los más prescritos desde las UTIG. Desconocemos si esta preferencia responde a una mejor composición química del producto respecto a otros de formato inyectable. Lo que sí hemos podido constatar es la diferencia de precio que hace de éste un producto de precio muchísimo más elevado que el resto de la testosterona en diferentes

formatos en el mercado. El papel de las compañías farmacéuticas en la conformación de las identidades trans a través de la medicalización ha sido escasamente explorado[60].

En el caso de las mujeres trans se suele prescribir un tratamiento que consta de dos partes: por una, se administra un tratamiento antiandrógeno para paliar el efecto de la testosterona que el cuerpo produce, y por otra, se trata de inducir características corporales asociadas a la feminidad, fundamentalmente el desarrollo de las mamas y también una redistribución de la grasa corporal.

Aún siendo importante, hay una diferencia de gradación en cuanto a lo que representan o la importancia de las hormonas en hombres y mujeres trans. Si para los hombres trans las hormonas suponen en la mayoría de los casos el cambio en la percepción del género de pertenencia en la mirada de los otros, para las mujeres trans este efecto de las hormonas feminizantes no es tan potente – en términos generales – y tiene más complicado garantizar el *passing*, esto es, el ser leídas socialmente como mujeres. De hecho, en el caso de las mujeres trans podríamos entender que el efecto de la testosterona producida por su cuerpo ha sedimentado, en cierto modo, las lecturas que socialmente se realizan de ellas y sus cuerpos, al quedar estos cuerpos marcados por el efecto de la testosterona.

En el caso de las mujeres trans hemos podido observar la misma tendencia a la estandarización de las prescripciones, si bien, las dosis suelen ser más variables que lo referido por los trans masculinos. Para la primera fase se suele utilizar un bloqueante de los receptores androgénicos, el nombre comercial más repetido entre nuestras informantes como bloqueante ha sido el de Androcur ® y como estrógenos los del grupo de

[60] En este sentido apunta Beatriz Preciado cuando nombra la época actual como la "era farmacopornográfica" (Preciado 2008). Desgraciadamente, Preciado no se adentra en el análisis de cómo el mercado intersecciona en la creación del espacio de trans identidades. Para un análisis de esta relación entre mercado, farmacéuticas y comunidades trans en el ámbito de los Estados Unidos ver: O'Brien 2013.

estrógenos conjugados y posteriormente (algunos dejaron de producirse comercialmente) las formulaciones de 17-beta-estradiol, muy frecuentemente Meriestra®.

> - Respuesta: Y me dijeron que siempre manda lo mismo. *Androcur* y *Meriestra* para todo el mundo. Entonces…
> - Entrevistadora: ¿Androcur qué es, un bloqueante?.
> - R: Es el antiandrógeno. Y luego los estrógenos. Que es la *Meriestra*. [MET-5, Febrero 2014]

Aunque los especialistas médicos en tránsitos han insistido en el carácter irreversible del proceso una vez que se comienza con la ingesta de hormonas, estos efectos se revelan como más graduales y reversibles de lo que pudiera parecer. Los efectos de la química se van notando gradualmente y ante un cambio determinado, el cuerpo reacciona como en este caso:

> - Pregunta: No sé, o sea, empezaste con el endocrino y ¿tuviste algún problema? Quiero decir, ¿algún problema con la ingesta, con la toma de las hormonas o no, o...?
> - Respuesta: [...]Pero no, no tuve problemas, al menos significativos […] Quiero decir que sí, que notas, vas notando los efectos, los cambios de humor, la sensibilidad de los pezones, notas como te empieza a crecer un poquito el nódulo mamario. Pero quitando eso, no…
> - P: Bueno, claro, esos son los, digamos, los efectos normales ¿no? Esperados, al menos.
> - R: Sí, son los efectos normales, pero… Sí, lo que pasa es que luego, cuando dejaron de suministrar las hormonas que estaba tomando entonces, que eran estrógenos conjugados, no voy a decir el nombre por… pues nos cambiaron el tipo de medicación y el nódulo mamario, como vino, se fue *(ríe)*. Afecta de otra forma la otra fórmula de estrógenos y en mi caso pues ¡me dejó sin pechos!. [MET-6: Marzo 2014]

Es bastante común también que las mujeres trans comiencen el proceso de hormonación de forma independiente y sólo posteriormente

acudan al especialista para supervisión médica. El comienzo del proceso de hormonación sin supervisión médica en el caso de las mujeres trans es más frecuente por la relativa facilidad de acceso a las hormonas[61]. En este caso, los lazos de amistad con otras mujeres trans e Internet se configuran como los espacios en los que se ofrece información sobre las dosis y los productos.

> -Respuesta: Me pasó al doctor, me hizo los primeros análisis, me los vio. ¿Y qué pasaba? Que yo llevaba como tres meses hormonándome por mi cuenta. [MET-5, Febrero 2014]

Otra usuaria de la UTIG con el mismo proceso:

> - Pregunta: No sé, o sea, empezaste con el endocrino y ¿tuviste algún problema? Quiero decir, ¿algún problema con la ingesta, con la toma de las hormonas o no, o...?
> - Respuesta: No, no, no, no. No, porque, en mi caso, yo había estado auto hormonándome durante un pequeño, un corto período de tiempo. Únicamente, pues suspendí, dejé de tomar lo que estaba tomando por mi cuenta y a los dos meses me hicieron una analítica para empezar ya el tratamiento ya regularizado por la Unidad. [MET-6: Marzo 2014]

Es interesante ver como en estos casos, en los que existe autohormonación, las entrevistadas no parecen vivirlo como un problema excepto a la hora de comenzar las prácticas de hormonación bajo supervisión del endocrino. El médico aparece así como figura de autoridad, es el que sabe las dosis a prescribir, pero también como figura de control y castigo. Este segunda figura se puede leer del segundo relato [MET-6] en el que deja de hormonarse para pasar los análisis – y evitar un posible

[61] La relativa facilidad en el acceso a las hormonas tiene que ver con que las hormonas utilizadas por las mujeres trans se pueden adquirir en muchas ocasiones sin receta médica en las farmacias ya que, por ejemplo, la *Meriestra* es un estrógeno, en concreto, valerato de estradiol que se utiliza fundamentalmente en los tratamientos administrados a mujeres que entran en la menopausia para evitar algunos síntomas de la misma, es decir, se utiliza como terapia hormonal sustitutiva (THS).

correctivo - y después reiniciar la medicación ya bajo prescripción. La analítica sanguínea funciona en este caso como práctica de control doble: control sobre los parámetros de salud y control social sobre los cuerpos en tránsito.

3.5. Las prácticas quirúrgicas

Tradicionalmente, cuando se hablaba de transexualidad esta se asociaba a las cirugías de reasignación de sexo, lo que comúnmente se ha llamado cambio de sexo. En la actualidad, las cirugías de reasignación refieren a un amplio conjunto de prácticas quirúrgicas que sólo en parte están asociadas a los genitales. Estas intervenciones destinadas a la adecuación del cuerpo a la imagen normativa concordante con su identidad de género en personas trans son realizadas, en su mayoría, por cirujanos plásticos.

La Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE) divide la disciplina en dos categorías, la cirugía plástica reparadora y la cirugía plástica estética. La reparadora se ocupa de restaurar el aspecto o mejorar la función de la piel o de partes del cuerpo que han sido lesionadas por accidentes, quemaduras o enfermedades. Por su parte, la cirugía estética tiene como objetivo "la corrección de alteraciones de la norma estética con la finalidad de obtener una mayor armonía facial y corporal o de las secuelas producidas por el envejecimiento. Ello repercute en la estabilidad emocional mejorando la calidad de vida a través de las relaciones profesionales, afectivas, etc."[62]

En España, la cirugía plástica-estética es un ítem computable para el cálculo del IPC desde el año 2007 (Pérez Sedeño 2012; 2014). Este dato nos da una medida de la importancia de este tipo de prácticas médico-quirúrgicas en el contexto español. De hecho, en el año 2009 España se

[62] Tomado de la página web de SECPRE. http://secpre.org/index.php/extras/que-es-la-cirugia-plastica (Consultado el 20 de mayo de 2014).

consolidó como cuarto país mundial en número de intervenciones de cirugía estética según datos de la SECPRE (Pérez Sedeño 2012, 133).

En este contexto en el que la cirugía plástica es ampliamente utilizada, desde algunos sectores del activismo trans hay una percepción de que en los últimos años hay una mayor aceptación social hacia las cirugías a las que se someten las personas trans (Missé 2013, 58).

Sin embargo, en el año 2012 y con motivo de los recortes de gasto público en el sistema de salud, las cirugías de reasignación se convirtieron en un arma arrojadiza en manos de los partidos políticos. El Secretario de Estado de Igualdad nombrado por el Partido Popular, José Manuel Moreno, declaraba en abril de 2012 que el gasto sanitario se había disparado a causa de gastos en su opinión superfluos "desde operaciones sexuales cubiertas por el erario público hasta cualquier tipo de implante e incluso cirugía plástica" (De Benito 2012). En la misma línea se expresaba la entonces Presidenta de la Comunidad de Madrid, Esperanza Aguirre que en un guiño populista a su electorado declaraba que iba a endurecer las condiciones de acceso a las cirugías de reasignación en la Comunidad de Madrid: "No se realizarán a quien no acredite dos años de residencia en la Comunidad de Madrid y deberán contar con un diagnóstico de trastorno" (Corcuera 2012; De Benito 2012; Moreno 2013).

En mi opinión, sigue resultando una fuente de controversia el que algunas personas trans intenten modificar su cuerpo a través de la cirugía y especialmente controvertido es el estatus de estas cirugías, sobre si han de ser consideradas como cirugías reparadoras o bien como estéticas, y si el coste de las mismas – en función de en cual de las dos categorías se introduzcan – ha de ser asumido por la sanidad pública.

Desde el momento en que las prácticas médicas relativas a la transexualidad se estandarizaron a finales de los años setenta y principios de los ochenta del siglo XX, la cirugía se convirtió en el objetivo último a cumplir en el proceso. Además, como ya hemos señalado, para que se

considerase a la persona como transexual y se procediese al cambio de sus documentos de identidad, ésta debía someterse a cirugía de reasignación. Como señala José Antonio Nieto: "La cirugía devino la expresión máxima de medicalización transexual" (Nieto 2008, 143).

Por su parte, Hirschauer (1998) concibe de una forma muy restrictiva la práctica quirúrgica de construcción de sexo, entendiendo que esta se circunscribe exclusivamente a la práctica de reconstrucción genital: "La construcción quirúrgica del sexo consiste en la creación de genitales artificiales." (Hirschauer 1998b, 122). Frente a la práctica de producción de sexo en cirugía, Hirschauer contrapone la construcción social del sexo en cirugía:

> En lugar de esto, la construcción social del sexo en cirugía consiste en buscar características corporales que son relevantes para la categorización social, y en ver ciertos rasgos como cruciales para situar a los individuos dentro de estas categorías. Esto es, consiste en el uso repetitivo de un esquema de percepción ya usado en el nacimiento: hacer de un pene – o una vagina – un niño; tomar el pene como una buena razón para llamar niño a un bebé – o [tomar el pene] como un buen material para hacer una vagina. Ambos actos dan significado a partes del cuerpo que son indiferentes con respecto a una posible clasificación. Sin embargo, una operación de cambio de sexo hace observable el proceso de atribuir significado porque comienza rechazando que los genitales sean signos de un sexo, comienza por destruirlos, antes de reafirmar esta misma afirmación. (Hirschauer 1998b, 122)

En mi opinión, esta firme aseveración de Hirschauer con respecto a las prácticas médicas de producción quirúrgica del sexo contiene varios problemas importantes.

El primero es la férrea distinción que propone entre construcción quirúrgica y construcción social del sexo. Sorprende especialmente esta afirmación ya que el trabajo de Hirschauer está anclado en los estudios sociales de la ciencia que, al menos desde los últimos treinta años, ha

puesto gran énfasis en el concepto de coproducción (Latour 1987; 1993; Jasanoff 2004). En este caso concreto, las prácticas quirúrgicas de producción de sexo sería el producto híbrido de la tecnociencia, en el que es imposible delimitar la parte de la naturaleza de la parte social porque ambas se constituyen mutuamente en el proceso de coproducción. Las dos construcciones que propone Hirschauer, la quirúrgica y la social, constituyen un proceso único que supone la re-construcción del "sexo anatómico".

La segunda es que, si la construcción quirúrgica del sexo consiste en la construcción de genitales artificiales, hemos de suponer que, de hecho, existe una genitalidad natural, verdadera, auténtica o genuina que, además, adquiere una forma determinada y ante la cual estos genitales "artificiales" no podrían ser más que una copia que refiere a un original. En este sentido, la "ficción reguladora" es la que da sentido a la producción de las "morfologías sexuadas" (Butler 1993).

La tercera es que la idea que propone de las prácticas quirúrgicas relacionadas con lo trans refiere a una sexualidad genitocéntrica, esto es, basadas en la idea de que el sexo es una característica que sólo se inscribe en el cuerpo en forma de genitales y niega o cierra toda una serie de intervenciones sobre los cuerpos trans que no están localizadas en los genitales.

Sobre este tercer aspecto, mi propia experiencia de campo[63] difiere en gran medida de la experiencia etnográfica de Hirschauer. En la actualidad, y en Estado español, hay una mucha mayor diversidad en cuanto a la forma de abordar tanto el proceso de reasignación, en general, como las cirugías en particular. Respecto a las cirugías, deberíamos empezar por definir cuáles son y en qué consisten.

[63] Mi experiencia de campo con respecto a cuestiones trans ha sido llevada a cabo en dos periodos diferenciados temporalmente el primero desde 2004 a 2006 y el segundo de 2010 a 2014. En medio de ambos periodos se encuentra la aprobación de la Ley 3/2007 y la consolidación del modelo UTIG en el Estado español.

La idea de que sólo la cirugía genital define una nueva identidad de género es, en el caso del Estado español un viejo paradigma sin validez jurídica – si bien mantiene cierto estatus en tanto que referente para el imaginario social colectivo, incluido el de algunas, quizá no pocas, personas trans. Es este un factor importante a considerar, como veremos a continuación.

Con anterioridad a la Ley 3/2007 – como ya hemos mencionado en este capítulo – las cirugías de reasignación constituían el lugar de paso obligado para proceder a la rectificación en el Registro Civil, como atestigua la sentencia del Tribunal Supremo de 1991 en este sentido. Sin embargo, desde la entrada en vigor de la Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, los requisitos para acordar la rectificación registral son dos: el primero, el diagnóstico de disforia de género; el segundo, que la persona "ha sido tratada médicamente durante al menos dos años para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado" (Artículo 4, *Ley 3*/2007). Si bien más adelante aclara que:

> No será necesario para la concesión de la rectificación registral de la mención de sexo de una persona que el tratamiento médico haya incluido la cirugía de reasignación sexual. Los tratamientos médicos a los que se refiere la letra b) del apartado anterior no serán un requisito necesario cuando concurran razones de salud o edad que imposibiliten su seguimiento y se aporte certificación médica de tal circunstancia. (ibídem., Ley 3/2007)

En efecto, y en concreto para las cuestiones quirúrgicas, la Ley 3/2007 marcó un antes y un después en el Estado. Como consecuencia – directa o indirecta – de la Ley, la posición de las prácticas quirúrgicas de reasignación genital sufrieron un desplazamiento y dejaron de ocupar una posición de legitimidad hegemónica en los procesos de reasignación. En definitiva, pasan de ocupar una posición que se constituye como lugar de

paso obligado a una posición, en cierta medida, subordinada a otras prácticas médicas.

Bajo mi punto de vista, este desplazamiento ha producido impactos que se pueden rastrear en los modelos hegemónicos impuestos en el tratamiento médico de lo trans en el Estado y su forma de organización en el espacio de la sanidad pública en el que las intervenciones quirúrgicas presentan un marco de cierta indefinición que contrasta con el marco general en que está definido el modelo UTIG. Es este un modelo que queda definido por la "terapia triádica" – diagnóstico psiquiátrico/psicológico, hormonación y cirugía - y en el que las especialidades de psiquiatría/psicología, como encargadas de emitir el "diagnóstico de disforia de género", y la endocrinología, como responsable del tratamiento, están definidas de manera clara en todas las unidades mientras que las cirugías sólo son ofrecidas en cuatro de las nueve unidades constituidas en el mapa estatal y además, estas cuatro unidades no ofrecen todas las intervenciones quirúrgicamente disponibles[64] (Esteva de Antonio et al. 2012). También es cierto que si bien las unidades más antiguas – Málaga, Barcelona y Madrid – se establecieron siguiendo claramente el modelo neerlandés de unidades centralizadas con todos los especialistas insertos en las mismas, en el caso del resto de unidades que se han creado con posterioridad estas han respondido a un patrón más errático en el que las unidades no se establecían tanto en base a un modelo sino a la existencia de algún/algunos especialista/s en la Comunidad Autónoma. Este es el caso de Canarias, Asturias o la Comunidad Valenciana en la que hay cinco puntos en los que se realiza tratamiento psicológico y endocrinológico (Castellón, Vila-real, Valencia, Cullera y San Vicente del Raspeig)

[64] Por ejemplo, mientras que en la UTIG de Madrid se ofrecen todas las intervenciones, en la de Andalucía están todas disponibles excepto la mamoplastia de aumento, en Cataluña no se realizan ni mamoplastias, ni tirocondroplastias (reducción del tamaño de la nuez), en País Vasco no está disponible la genitoplastia masculinizante (Esteva de Antonio et al. 2012).

coincidiendo con lugares en los que había especialistas en esta materia pero siendo centro de referencia el hospital Doctor Peset de Valencia (Corcuera 2012).

Figura 3.4. Mapa estatal de las UTIG en función de realización de CRS



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de (Esteva de Antonio et al. 2012).

Por otro lado, parece cierto que es en el ámbito de la sanidad privada donde las cirugías de reasignación encuentran mayor número de usuarios. A ello contribuyen el bajo número de intervenciones y las demoras en el proceso que se producen en la sanidad pública pero también una más cuidada orientación al usuario en el entorno de la sanidad privada. Como contrapartida, la sanidad pública ofrece – en principio – el mismo tipo de intervenciones sin el elevado coste económico que estas cirugías suponen, aunque como hemos visto ni todas las comunidades ofrecen

todas las cirugías, ni se da la posibilidad al paciente de elegir el tipo de intervención en el caso de haber varias disponibles[65].

En este sentido, una diferencia fundamental es que en la sanidad privada, los usuarios de las tecnologías quirúrgicas de reasignación son considerados antes como clientes o pacientes-clientes. Esta consideración que entendemos que no se produce, en términos generales, en la sanidad pública marca una diferencia fundamental entre las mismas prácticas ejercidas en uno u otro ámbito.

Esta concepción del usuario como cliente ha dado una cierta ventaja a los profesionales de la cirugía que realizan las CRS en la medicina privada – a ojos de personas trans que deciden someterse a intervenciones quirúrgicas -. Estos profesionales han entendido al usuario trans como un "paciente informado" en el marco de los nuevos planteamientos de la bioeconomía de la salud (Rose y Novas 2005), como "cliente" (Pérez Sedeño 2014) o como un "paciente activo" con capacidad de elección dentro de la versión de la economía de mercado en el ámbito de la salud, lo que Mol ha definido como la *lógica de la elección* (Mol 2008). En una versión de esta lógica de la elección, el contrato modularía la relación entre el "consumidor-paciente" y el "profesional de la cirugía" colocándolos a ambos al mismo nivel como actores. Sin embargo, el que estén colocados al mismo nivel no significa que el contrato demande las mismas cosas a todos los actores participantes, cada uno tiene sus roles propios y diferentes del resto de actores (Mol 2008, 30). En este caso, el contrato que modularía la relación tendría sus marcos de referencia en dos leyes, la ya mencionada Ley 3/2007 de 15 de Mazo – la comúnmente mal denominada "ley de

[65] Por ejemplo, conocemos por nuestros informantes que la decisión sobre la técnica a utilizar, al menos en el caso de las mamoplastias de aumento, es decidido únicamente por el cirujano, mientras que en este mismo tipo de procedimientos en la medicina privada, el paciente/cliente tiene la capacidad de elegir el abordaje (axilar, submamario o periareolar) o al menos, de marcar su preferencia al cirujano.

identidad de género", y fundamentalmente en la Ley 41/2002 o Ley de autonomía del paciente[66].

Según la Ley 41/2002 los profesionales sanitarios, en este caso los cirujanos, deben proveer al paciente de la información necesaria y después el paciente será el que deba decidir el/los tratamientos o intervenciones a realizar. Además los profesionales solo pueden actuar una vez hayan recibido el consentimiento informado por parte del paciente. Estaríamos plenamente insertos en la lógica de la elección.

Los ciudadanos (pacientes-consumidores) en esta lógica han de controlar, domesticar o trascender sus propios cuerpos a fin de poder elegir, en la eterna promesa de que serán pacientes libres de la "norma patriarcal" de los profesionales sanitarios (Mol 2008, 40). Mol plantea que la mezcla de normas estatales y control médico sobre los cuerpos es extremadamente rara, que solo se da en ciertos casos y determinadas circunstancias, como el determinar si una persona con diabetes es capaz de conducir un coche o no, o de como una persona con una enfermedad contagiosa puede ser medicada contra su voluntad, bajo determinadas circunstancias.

Sin embargo, si observamos de cerca el caso de las personas trans, nos encontramos con que es uno de esos casos en los que los profesionales sanitarios ostentan ese tipo de autoridad sobre los cuerpos – emanada de la norma patriarcal - al ser los encargados de, por un lado, diagnosticar el "trastorno" y, por otro, realizar el tránsito. Los cirujanos que realizan las CRS, a pesar del desajuste que en cierto modo supone para esta argumentación la Ley 3/2007, ostentan este control sobre los cuerpos. Parece evidente que asistamos a una pugna por el control de los cuerpos entre, por un lado, la antigua consideración de los pacientes como objetos

[66] La (*Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.* 2003) conocida como Ley de autonomía del paciente.

silentes de investigación en la antigua concepción de la autoridad médica[67] (Coulter 2002) y, por otro, las nuevas concepciones del paciente activo en sus diferentes versiones, ya sea en el marco de la "ciudadanía biológica" y la consideración del paciente-consumidor (Petryna 2002; Rose y Novas 2005; Rose 2007), o la del ciudadano y "paciente activo" que comparte el proceso de atención a la salud y cuidados con los otros actores (médicos/as, enfermeras/os) que intervienen en los cuidados (Mol 2008).

Pero además, las CRS se convierten, en esta versión de la lógica de la elección, en el instrumento final por medio del cual los cuerpos "desobedientes" son reconducidos dentro de la norma, estandarizados y reclasificados dentro de los parámetros de la "normalidad" del sistema sexo/género. Las disonancias y discordancias han sido limadas y, a partir de ese momento en que el bisturí ha hecho su trabajo, las categorías vuelven a estar fijadas y alineadas: a cada sexo, hombre o mujer, le corresponde un género, masculino o femenino, y unas características físicas determinadas y excluyentes.

En la sanidad pública el usuario es concebido como paciente, en un sentido de mero receptor pasivo de los conocimientos, diagnósticos y prescripciones de unos profesionales sanitarios que ejercen el poder sobre los usuarios – este hecho es común a otras especialidades sanitarias y otros contextos de la sanidad pública o privada, no es privativo de las UTIG pero en este caso, en el que los usuarios han tomado previamente un rol activo, el intento de volver a situarlos en un rol pasivo como meros pacientes silentes puede ser percibido por los usuarios como prácticas de discriminación y transfobia por parte de estos profesionales sanitarios.

Como pone de manifiesto Annemarie Mol:

[67] En su análisis Angela Coulter (2002) califica este tipo de autoridad médica como "paternalista". Es una forma en la que ambas partes, tanto médico como paciente asumen que la responsabilidad de las decisiones han de recaer sólo en el médico. Mientras que en otros formatos mas "modernos" la responsabilidad estaría más compartida.

> Como pacientes, hemos sido tratados como objetos y hemos sido hechos pasivos. Esta es una mala práctica que se debería parar. Los pacientes desean ser escuchados. Deben ser respetados como sujetos que tienen el derecho a tomar decisiones cruciales sobre sus propias vidas por sí mismos. (Mol 2008, 6)

Muchas de las críticas de las personas trans usuarias de los servicios que ofrecen las UTIG están encauzadas en esta dirección: la consideración de los pacientes como receptores pasivos de las prácticas de estos profesionales, sin dejar margen, ni entender que los usuarios tienen tanto capacidad de razón, como de elección. Una de las usuarias de la UTIG de Madrid nos contaba su experiencia con el cirujano en este sentido:

> - Cuando llega el momento de planear la… planificar la cirugía de reasignación [...] vuelvo a acudir a la consulta del doctor y ahí empezó ya mi tortura, porque es cierto que no me había hecho la depilación láser que nos exigen en la zona genital… [...] Nos exigen la depilación por láser para facilitar el tema de… impedir que, a la hora de hacer la intervención, una vez intervenida, evitar problemas con folículos que crezcan en el interior de la vagina. Lo que pasa es que, bueno, es un riesgo relativo. Lo he cotejado con otros cirujanos y todos con los que he hablado me han venido a decir lo mismo, que en el mejor de los casos la depilación es recomendable porque, cuanto menos vello tengas, mejor para la persona, mejor para el cirujano, que menos raspado tiene que hacer de la zona para evitar que salga vello en el interior de la vagina. Pero que en absoluto es algo imprescindible. Entonces llegó el momento de la consulta con el cirujano, todo está, en principio, perfecto. Me estaban poniendo ya las pegatinas para hacerme..., para derivarme a hacerme las pruebas preparatorias y demás. Llega la pregunta de: [*la informante reproduce el diálogo con el cirujano*]
>
> -"¿Te has hecho el láser?"
>
> -"No".

> Automáticamente coge mi expediente y hace: [la informante imita el gesto de cerrar una carpeta que el cirujano tenía entre las manos con una palmada]
>
> -"¡Se acabó la visita! Nos vemos dentro de seis meses".
>
> Y te quedas... así, a cuadros, como:
>
> -"¿Eh?". Digo: "Pero, a ver, no me lo he hecho, pero déjeme que le cuente".
>
> -"No, no, no, se acabó la visita, nos vemos dentro de seis meses".
>
> Y te quedas así, que no te da ninguna explicación, ni nada. Es que no me dejó ni terminar de explicarle el por qué no me lo había hecho. [...] Entonces si tengo que esperar un poco más espero, pero lo que no me parece correcto es que si yo le estoy dando una explicación al cirujano, que antes de que termine de abrir la boca me cierre la carpeta de mi expediente, diga que se ha acabado la consulta y que nos vemos dentro de seis meses. […] Eso me costó estar nueve meses fuera de… del circuito. (MET_6: Marzo 2014)

En esta narración podemos observar cómo el cirujano reacciona ante lo que considera como no haber atendido a sus indicaciones preoperatorias; no hay margen, en este caso, para la escucha, ni la negociación. El subtexto que se lee es el de la demostración de quién detenta la autoridad a través de un ejercicio de violencia simbólica sobre la usuaria, reconocida en este caso como paciente pasiva. Pero al mismo tiempo, podemos ver un desajuste entre dos concepciones del ámbito sociomédico. La primera y ya mencionada visión tradicional de la autoridad médica sobre el cuerpo, la consideración del paciente como objeto, y la de la usuaria, desarrollando el papel de "paciente activa", "paciente informada", que en este caso, no ha realizado un procedimiento que el cirujano estima necesario pero que tiene argumentos para justificar su decisión. No se realizó el láser pero se informó de para qué era útil e hizo una valoración del riesgo de no realizarlo, cotejó esta información con otros cirujanos – que realizaban esta intervención, se entiende – y

finalmente, tomó la decisión de no realizar el procedimiento, lo que podríamos considerar una "decisión informada". Estas dos concepciones del proceso sociomédico son las que devienen en conflicto en este caso concreto.

Pero, cuáles son las prácticas quirúrgicas de las que hablamos cuando nos referimos a las cirugías de reasignación de sexo (CRS) y, sobre todo, cuáles son sus significados.

En el caso de las mujeres trans las cirugías practicadas son la mamoplastia de aumento, la vaginoplastia-clitoroplastia y otras cirugías de feminización facial y corporal como la rinoplastia, la cirugía de la nuez, la de la frente y el arco zigomático, pómulos o mandíbula (Gómez Gil y Esteva de Antonio 2006). Una técnica que podríamos incluir entre las cirugías no invasivas es la depilación facial y corporal que es además ampliamente utilizada por las mujeres trans, especialmente para la eliminación del vello facial, pero que también se utiliza como tratamiento complementario a cirugías genitales.

En el caso de los hombres trans las cirugías practicadas son la mastectomía y masculinización del tórax, la cirugía abdominal que comprende la histerectomía y la anexectomía (extracción de los ovarios y trompas de falopio), y la construcción de un pene mediante la elección entre dos técnicas diferenciadas, la metaidoioplastia o la faloplastia (Gómez Gil y Esteva de Antonio 2006).

Tras esta enumeración considero importante hacer un inciso metodológico ya que, es una decisión reflexionada la de no explicitar, y simplemente enumerar, los procedimientos quirúrgicos que encontramos incluidos bajo el paraguas de las CRS. En este caso, entiendo que incidir y describir el detalle técnico de cada una de estas intervenciones vendría a solidificar la idea de la importancia fundamental de estos procedimientos así como a fijar la imagen de qué constituye una cirugía de *cambio de sexo*, cuestiones ambas que trato de poner en cuestión en esta narración.

Algunas cuestiones saltan a la luz al enumerar los posibles procedimientos quirúrgicos incluidos bajo el paraguas de las cirugías de reasignación: la más obvia de estas cuestiones es que no nos encontramos ante una "simple" cirugía de reconstrucción genital sino que hemos de leer el conjunto de las cirugías de reasignación como un aparato consolidado de inscripción cultural, una forma concreta que adopta el dispositivo de la sexualidad (Foucault 1976), o una serie de intervenciones sobre el cuerpo para dotarlo de "inteligibilidad" de género y ajustarlo a la imagen idealizada de la "ficción reguladora" (Butler 1993) o también podríamos pensar que nos encontramos ante un conjunto de prácticas semiotico-materiales que están produciendo una "figuración habitable" (Haraway 1997, 25-28) con pretensiones de estabilidad, "figuración habitable-mujer" o "figuración habitable-varón"[68].

Sin embargo, tampoco podemos obviar que no todos los procedimientos quirúrgicos que hemos enumerado tienen la misma importancia valorativa al hablar de cirugías de reasignación, y que tanto los especialistas implicados, como una parte significativa de las personas trans – e incluso una sociedad que desconoce completamente la realidad trans – equipara cirugías de reasignación a la modificación del *sexo morfológico*, pecho y genitales. Estas dos cirugías, la de modificación de pecho y la de modificación genital, serían las dos prácticas quirúrgicas semiótico-materiales más potentes a la hora de conformar estas "figuraciones habitables". En este sentido, hay tres argumentos reiterativos que aparecen – casi como un mantra - en estas prácticas situadas: el avance tecnológico y

[68] Realizo aquí una lectura un tanto diferente a la realizada en otros trabajos (García Dauder, Romero Bachiller, y Ortega 2007) sobre la "figuración habitable" ya que al contrario que en el mencionado artículo en el que considerábamos la categoría médica "intersexual" como "figuración habitable", en el caso trans que aquí analizo, la figura del transexual sigue siendo considerada abyecta y la pretensión de las CRS es, en estos casos, re-inscribir los cuerpos en la matriz cultural del sistema sexo/género, ocupando una de las dos posiciones de coherencia sistémica posible, "figuración habitable mujer" o "figuración habitable varón".

la pericia técnica, la movilización de expectativas y el *passing*. A continuación veremos cada una de ellas con un poco más de detenimiento.

Si bien entiendo que no es la finalidad de este trabajo hacer juicios de valor sobre el avance tecnológico de este tipo de intervenciones, parece evidente que las tecnologías han tenido con el trascurso de los años mejoras significativas. Pero no parece menos cierto que, a pesar de estos avances y mejoras tecnológicas producidas en los últimos años, hay una cierta falta de crítica y un optimismo que ensalza las virtudes de estas cirugías valorando al alza los procedimientos exitosos y potenciando u optimizando las expectativas al tiempo que se minimizan los riesgos, problemas, deficiencias e imposibilidades tecnológicas (Nieto 2008). Aunque en este sentido, también hemos de diferenciar si el proceso de reasignación es de mujeres trans o de hombres trans, así como también establecer diferencias entre cirugías concretas.

Para las mujeres trans que se realizan cirugías mamarias con implantes presentan resultados, en general, bastante más satisfactorios. Los mismos resultados que podrían esperarse de una tecnología ampliamente utilizada por el resto de la población femenina, si bien este tipo de cirugías no está exento de problemas que algunas autoras han puesto de relieve (Davis 2003; Pérez Sedeño 2012). Respecto a las cirugías de reconstrucción genital femenina las expectativas que establecen los cirujanos sobre los resultados suelen ser elevadas, publicitando los pocos estudios que se han realizado sobre el grado de satisfacción postoperatorio de las pacientes con estas cirugías[69]. Partiendo, en principio, de los tejidos y piel del pene se realiza una vaginoplastia, una intervención complicada pero que se ha ido mejorando técnicamente y en la que – aparentemente – se consigue no solo la cavidad vaginal sino capacidad erógena y eréctil al construir un neo-

[69] Existen pocos estudios de valoración de resultados y no conocemos ninguno con datos del Estado, pero además los pocos estudios que hay están realizados por los propios equipos encargados de las cirugías por lo que está en entredicho tanto la orientación de las preguntas como la fiabilidad de los resultados obtenidos.

clítoris con parte del (antiguo) glande (Mañero Vázquez 2006; Ibáñez Mata, Giraldo Asensio, y Cagigal González 2006). Esta tecnología quirúrgica (en sus diferentes desarrollos técnicos) requiere de un ejercicio práctico cotidiano, que generalmente se olvida o no se menciona, y que deberá realizar la mujer trans de por vida: la dilatación de la nueva vagina (en general, mediante dildos) para evitar la estenosis - que la vagina se cierre – de la misma.

En los hombres trans los procesos quirúrgicos están mucho menos conseguidos, los efectos indeseados son mucho más habituales y las técnicas están mucho más cuestionadas. En este sentido, la cirugía genital en hombres trans es claramente la que más problemas presenta tanto en su versión menos "agresiva", la metaidoioplastia - que consiste en crear un neo-pene a partir del clítoris que previamente ha aumentado de tamaño mediante la administración de testosterona - como en su versión más radical, la faloplastia, que consiste en la creación de un pene a partir de tejido de otras partes del cuerpo, usualmente del antebrazo, el muslo o el abdomen. Esta última presenta altos porcentajes de problemas postoperatorios entre los que las necrosis parciales o totales no son, en absoluto, poco frecuentes.

Entre los hombres trans las cirugías más demandadas son las cirugías de eliminación de mamas y creación de un torso masculino. Parece que este procedimiento depende en gran medida de dos factores, uno es la pericia del cirujano plástico que realiza la intervención y el segundo el tamaño previo de las mamas. A mayor tamaño de las mamas más complicada es la intervención y mayores los efectos indeseados, principalmente en forma de cicatrices.

La percepción de que la pericia técnica es importante y que así se transmite por los profesionales quedó registrada en mis notas de campo con los chicos de la asociación El Hombre Transexual:

> En febrero de 2014 fui invitada por miembros de la asociación El Hombre Transexual a acudir a la ponencia del Dr. Jesús Lago titulada "Cirugía de reconstrucción genital". El presidente de la asociación me cuenta que llevan algún tiempo colaborando y realizando este tipo de charlas específicas sobre las cirugías a transexuales masculinos. [...] Me llama especialmente la atención cómo el Dr. Lago expresa su percepción sobre la importancia de la pericia técnica en el resultado final de las cirugías. En concreto, cuando mediada la charla habla sobre la cirugía de reconstrucción del pecho. Su pericia técnica consiste en que domina varias técnicas pero además en que para él, la cirugía de construcción de pecho no es una "simple mastectomía" ya que hay muchas diferencias entre un pecho de aspecto femenino y uno de aspecto masculino. Lo que él hace es una "masculinización del tórax". Tiene gran importancia el colocar adecuadamente las cicatrices bajo la línea imaginaria trazada por el músculo pectoral en su parte inferior y sobre todo, para un torso de aspecto masculino el tamaño y posición del pezón y la areola. Pone diapositivas de torsos masculinos súper definidos indicando que la posición (natural) de un pezón en un pecho masculino no es centrada sino más lateralizada. (Notas de campo: 28 de Febrero de 2014)

Estas notas de mi diario de campo estaban acompañadas del dibujo que reproduzco a continuación (figura 3.5), que ejemplifica la posición diferencial del pezón en un pecho femenino (dibujo izquierdo) y uno masculino (dibujo derecho).

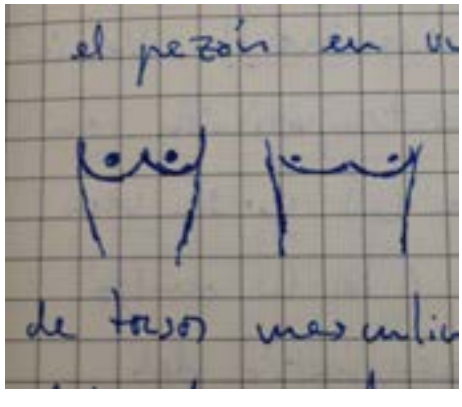


Figura 3.5. Dibujo del cuaderno de campo

Otro hito importante respecto a las cirugías es la movilización de expectativas que estas representan. Si ya en los procesos de hormonación se pueden detectar pautas similares, especialmente entre los hombres transexuales, es respecto a las cirugías donde encontramos una sublimación de estas expectativas.

A continuación (figura 3.6) reproduzco el cartel que anunciaba la ponencia del cirujano que quedó reflejada en mis notas de campo. El cartel responde perfectamente a esta idea de creación de expectativas a través de las imágenes que lo componen.

FIGURA 3.6.: Cartel de la presentación



[70]**Fuente: Tomado de: http://www.elhombretransexual.es**

La yuxtaposición de tres imágenes: una de mayor tamaño en color, con las manos de un cirujano operando en un quirófano, con asépticos y fríos tonos azules; las otras dos imágenes, en blanco y negro, nos presentan torsos masculinos marcados y musculados, y delinean dos figuras inequívocamente masculinas. El cartel une dos realidades, la imagen del

[70] Tomado de (http://www.elhombretransexual.es/Imagenes/lago-ht2014.jpg.). Último acceso el 1 junio de 2014.

quirófano y la de un torso masculino por definición, asociando la expectativa de un cuerpo masculino deseado en mayor o menor medida por todos los "potenciales" destinatarios de la ponencia a la consecución del mismo a través de su pericia técnica como cirujano.

Sobre la generación de expectativas, una sexóloga que ha trabajado bastante tiempo con personas trans en la Comunidad de Madrid nos contaba que, si la hormonación despertaba expectativas, las cirugías acentuaban ese efecto y que era algo que ella trabajaba con las personas trans en "terapias" porque era un aspecto problemático, intentar llevar esas expectativas a un plano de realidad.

> - Pregunta: Una cuestión que, te digo, sí que me gustaría preguntar, tiene que ver con eso que comentabas antes de las expectativas. Porque muchas veces sí que es verdad, como tú decías al principio, que las personas transexuales plantean, digamos, todo el proceso como algo que, de alguna manera, va a resolver sus problemas, tal como tú planteabas en el primer momento. Y en ese momento también, las operaciones, las intervenciones, e incluso pues el tratamiento endocrino, están a veces como muy idealizados. Entonces, como planteabas que trabajabais con las expectativas, ¿trabajabais también sobre esas idealizaciones? ¿qué tipo de trabajo realizabais, en concreto, sobre esa cuestión?
> - Respuesta: Claro, claro. Es decir, hombre, lo primero que tienen que entender estos pacientes es que su vida, es decir, es que ellos, a veces, incluso lo expresaban con estas palabras, ¿no?: "yo, cuando me opere, o cuando empiece el tratamiento, es como si volviera a nacer. O sea, lo de atrás ya no me vale para nada, no es mi vida, yo, esto no es vida. Va a empezar todo a raíz…". Entonces claro, eso hay que trabajarlo porque es que eso no es real ni es así. Pues anda que no han vivido cosas, y ahí están y son suyas. Todo esto es muy importante, que ellos aprendan a verlo de otra manera. Después, sí es verdad que el tratamiento endocrino, sí es verdad que para ellos es, vamos, una explosión de gozo. [...] Ahora bien, sobre todo de cara a las cirugías, es cuando sí que hay que trabajar más, ¿eh? Sobre todo de cara a las cirugías, además, genitales. La de pecho es

todo mucho más sencillo porque, bueno, es más sencillo, aunque también se producen problemas importantes. Sobre todo cuando las cirugías las hacen mal, como además creo que está ocurriendo ahora, ¿eh? Entonces claro, menuda frustración, eso también hay que trabajarlo anteriormente porque es que menuda frustración, se te viene el mundo abajo. O sea, de repente. Pues todas esas cosas, claro, hay que hablar de ellas y hay que ver que, bueno, que es que la vida no va a cambiar tan radicalmente ni va a ser una magia. Sí que van a mejorar muchas cosas, pero igual van a surgir otros conflictos, ¿no? Y con la cirugía genital pues no te digo ya, vamos. Ahí sí que la expectativa es, vamos, un cambio total: "yo no voy a tener problemas de pareja, yo no voy a tener problemas sexuales, todo se va a resolver". Y no, eso no es así. Ahí empieza otra etapa que necesita otro trabajo y otro acompañamiento importantísimo. (Trabajadora social/sexóloga experta en intervención con personas trans: Junio de 2012)

La generación de expectativas está íntimamente ligada a la cuestión del *passing*. Sobre el *passing* y las expectativas que las cirugías plantean, tenemos diferentes versiones de la misma temática en prácticamente todas las entrevistas realizadas, tanto entre profesionales como entre personas trans. Incluso en aquellos casos en los que las personas se muestran más reflexivas ante el proceso y hasta cierto punto reticentes a someter al cuerpo a la violencia indirecta de las intervenciones quirúrgicas, incluso en estos casos, la cirugía o al menos, ciertas cirugías aparecen en el discurso como parte importante de la estrategia de *passing*. Curiosamente, siempre aparece más vinculado a la mirada de los demás sobre el cuerpo, que a la propia mirada o percepción del propio cuerpo.

- Pregunta: ¿No quieres someterte a ninguna cirugía?

- Respuesta: Pienso mucho en ello, todos los días. Y tiene que ver mucho más con ser capaz de *pasar en lo cotidiano* y sueño con una mastectomía día sí, día no. Y cuando soy capaz de localizarlo en la parte racional de… no tengo muy claro que una mastectomía me ayude a *pasar* mejor. Quizá me

quite un poquito de ansiedad pero no sé hasta que punto mejorará mi calidad de vida. (M_ACTV1: Abril 2010).

El efecto más deseado en este caso es el *pasar en lo cotidiano*, en el día a día, en la calle. Sin embargo, este *passing* en el día a día puede tener también efectos adversos. Cuando el cuerpo no está ajustado a la norma pero el *passing* se produce puede conllevar problemas respecto a las relaciones más íntimas. El paso de *pasar* a ser considerada/o un cuerpo defectuoso, monstruoso, abyecto:

- Respuesta: Porque yo *paso* sistemáticamente. Sí, bueno, no *paso* porque hablo mucho (risas) y porque… y porque me niego a vivir en esa tensión del *pasar* y de invisibilizarme. [...] Pero es verdad que también todo lo positivo que tiene el que socialmente *pases* también lo tiene de negativo el que bueno, pues, pues tenga relaciones o vayas de ligoteo o vayas de…, bueno, relaciones sexuales, este tipo de cosas y… bueno, y la gente se lleve una gran sorpresa para la que no está preparada y que hace que tú, en medio minuto pases de ser un cuerpo muy deseable a ser un cuerpo monstruoso. Y eso sin haberte visto nada.
- Pregunta: Ya. [...] Ser atacada por las expectativas sociales sobre cómo deberían ser determinado tipo de cuerpos, ¿no?
- R: : Sí, y sobre el que yo no me ajuste a… bueno, hay una normatividad del deseo también, entonces yo cuando me cuestiono esa normatividad y le planteo una resistencia también, bueno, pues también me llevo todos sus efectos de choque, malos.
- P: Ya.
- R: : ¿No? Entonces pues sí, no sé, hay una tensión, yo ... (*silencio*) siempre está rondando la idea de la vaginoplastia.

(M_ACTV2: Mayo 2010).

En estos dos extractos de entrevistas a "activistas" podemos ver hasta qué punto tiene fuerza la presión social por la "normalización" de los cuerpos trans y cómo se sanciona socialmente, en ocasiones con elevados grados de violencia, especialmente a aquellas mujeres trans que *pasan* en lo

cotidiano pero no han modificado su cuerpo, y en este caso se entiende cuerpo como genitales. De esta manera, nuestra lectura de las cirugías se torna diferente si leemos como estrategias de *passing* contra la transfobia social y no sólo como tecnologías de normalización en el marco biopolítico de la diferencia sexual. Desde esta perspectiva, las tecnologías quirúrgicas sitúan al cuerpo como un objeto frontera en constante tensión y negociación entre las expectativas sociales sobre lo que los cuerpos deben ser y la importancia de tener cuerpos vivibles en "vidas vivibles" (Butler 2009).

3.6. Apuntes de conjunto.

Después de este recorrido por las prácticas y los actores que intervienen en los espacios de producción de la transexualidad y – en concreto - del espacio de lo trans en el Estado español emergen algunas cuestiones que aparecían simplemente soslayadas con anterioridad y que, además de matizar el análisis de unas prácticas complejas, nos abren la puerta a la realización de nuevos cuestionamientos.

La clasificación de la transexualidad dentro de los marcos de la psicología y la psiquiatría se ha visto profundamente cuestionada a diferentes niveles, tanto internacionales como locales, así como desde diferentes instancias, tanto médicas como activistas. En este sentido cabe destacar – a nivel internacional - el re-alineamiento de la WPATH en favor de la des-psicopatologización que vimos en el capítulo anterior de este trabajo; hay que recordar que la WPATH es la organización internacional de profesionales que marca los protocolos de intervención médica sobre las personas trans. A nivel estatal, se han identificado con esta misma línea algunas voces de profesionales sanitarios especializados en este tipo de cuestiones, pero el cuestionamiento más importante ha venido desde las propias asociaciones trans o LGTB que, si bien en un principio eran reticentes ante la propuesta por la despatologización de colectivos activistas

y la Campaña Internacional STP, en la actualidad apoyan (casi la totalidad de los grupos y asociaciones) que la transexualidad no es una enfermedad mental y que, por tanto, ha de salir del manual de diagnóstico y clasificación de este tipo de enfermedades, el conocido DSM-5.

Probablemente producto de este mismo cuestionamiento, ambas disciplinas, psicología y psiquiatría, han intentado reforzar su adscripción a un modelo tradicional de conocimiento científico basado en la supuesta "objetividad". La lectura que realizo en este capítulo de prácticas diagnósticas en el caso del Estado español reforzaría esta teoría de la "objetivación" de los diagnósticos por parte de los profesionales de la salud mental alineados con el modelo biomédico clásico de intervención y tratamiento de la transexualidad en la "versión 1" de estas prácticas clínicas. Esta objetivación del diagnóstico se produce en la práctica a través de un ejercicio de ajuste a los dos conceptos clave sobre los que pivota el diagnóstico de "disforia de género": el "estrés" y el "malestar". Ambos conceptos, como he argumentado, son evaluados a través de una serie de tecnologías discursivas, diversos test psicológicos e historia de vida de la persona trans, que tendrían como finalidad última "desvelar la autentica identidad de género" del "paciente" e incluir a la persona dentro de la clasificación diagnóstica "disforia de género".

Por otro lado, si bien es cierto que el papel de estas dos disciplinas, psicología y psiquiatría, respecto a su intervención en el espacio de lo trans ha sido ampliamente cuestionado, en el marco del Estado español su papel se vio reforzado mediante la Ley 3/2007 de 15 de marzo, que obliga a tener un diagnóstico de "disforia de género", expedido por un médico o psicólogo clínico colegiado en España o con título homologado en España, como primer requisito para proceder a la rectificación registral del sexo de la persona solicitante. Así, el requisito diagnóstico, que antes se podía considerar como un servicio a terceros por parte de psicólogos y psiquiatras – en línea con el planteamiento que hizo Hirschauer (1998a) para el caso

alemán –, a partir de la Ley 3/2007 otorga buena parte del control disciplinal sobre las personas trans a estos profesionales de la salud.

Respecto a las prácticas hormonales hay que señalar que, de nuevo, la Ley 3/2007 vino a reforzar el papel que la endocrinología jugaba en los procesos de intervención biomédica sobre las personas trans. Además, su posición también se ha reforzado desde un punto de vista de la lucha por los significados que definirían la transexualidad entre las diferentes disciplinas biomédicas. Probablemente no sea descabellado plantear que a partir de la Ley 3/2007 se produce un cambio muy profundo, casi podríamos hablar de cambio de paradigma, en la concepción biomédica de la transexualidad.

La determinación del sexo en endocrinología no es un proceso sencillo. Es un proceso que remite a múltiples localizaciones desde el laboratorio clínico a la forma de ocupar el espacio público durante el proceso de hormonación, pasando por la consulta del endocrino. En este sentido, los significados que adoptan las hormonas van más allá de la consulta del endocrino. Sin embargo, los dos años de tratamiento, que aunque la ley no especifica que tenga que ser tratamiento hormonal es lo que ha venido interpretando desde su promulgación, confieren a los especialistas médicos familiarizados con la administración de hormonas un estatus práctico y simbólico muy superior al que tenían previamente a la Ley. Podemos afirmar que, en el Estado español, el estatus como vigilante del tránsito pasó de los cirujanos a los endocrinos tras la aprobación de la Ley 3/2007.

Pero además, el poder de la endocrinología como disciplina fundamental en la intervención médica sobre las personas trans se ha visto doblemente reforzado en el Estado con el progresivo establecimiento de un modelo biomédico de unidades hospitalarias especializadas en los tránsitos de género. Aunque las unidades se han establecido siguiendo el formato de los Países Bajos y sobre el modelo de intervención basado en la "triada

clínica" – diagnóstico, tratamiento hormonal y cirugías –, las unidades están fuertemente influidas y – en la mayor parte de los casos – guiadas por los especialistas en endocrinología.

Por su parte, las prácticas quirúrgicas como culminación del proceso de tránsito de género se ha visto orillado tanto a nivel legal como a nivel práctico dentro de las unidades. A nivel legal debido a que ya no es un requisito imprescindible el haberse sometido a intervenciones quirúrgicas para proceder a la solicitud de modificación registral de la mención de sexo. A nivel práctico en las unidades por el coste de las intervenciones en un sistema sanitario público que ha visto recortadas sus prestaciones en el marco de las políticas de austeridad de los diferentes gobiernos tanto nacionales como autonómicos; hay que recordar que estas unidades dependen de los sistemas sanitarios de cada Comunidad Autónoma y no del gobierno central. Pero además, como hemos visto, muchas de las UTIG creadas con posterioridad a la Ley 3/2007 no incluyen las cirugías de reasignación de sexo entre las prestaciones a las personas usuarias de las unidades. Esto, desde mi perspectiva, refuerza la idea del cambio de paradigma en la definición de la transexualidad, ya que lo que antes se consideraba la culminación del proceso en la actualidad no se entiende como necesario para el reconocimiento legal y, por tanto, rebaja su importancia o estatus simbólico.

En el análisis de las prácticas han ido emergiendo diversos actores que toman parte en las mismas, ya sean actores humanos como los diferentes profesionales médicos o no-humanos como las hormonas. Un tercer actor que ha ido emergiendo, como actor colectivo, a través del relato de estas prácticas han sido los usuarios. Los usuarios se han constituido a lo largo de este relato como agentes activos de sus propios procesos. Son "expertos" en sus procesos y, en general, oponen resistencia a ser considerados como "pacientes" en el sentido clásico de objeto de las prácticas sin capacidad de decisión sobre sus cuerpos.

En el relato que he compuesto en este capítulo sobre las prácticas biomédicas en el espacio de lo trans se constatan las tensiones y fricciones por las diferentes formas de concebir el modelo de salud, un modelo que, por otro lado, excede o no sólo se circunscribe a las prácticas en torno a lo trans. En general, los expertos de las UTIG representan un modelo antiguo, que considera al paciente como objeto de conocimiento. Frente a esta idea, hay un desplazamiento más fácilmente observable en la medicina privada, que considera a los usuarios como "pacientes activos"; sin embargo, al estar mediada por la lógica del mercado introduce elementos que complican, en gran medida, el análisis al ser difícil discernir si la consideración que se hace es la de "paciente activo" o bien se trata al usuario como "cliente", ya que en este caso la legitimidad de construir al usuario como sujeto con capacidad de elección sobre el proceso o, al menos, algunas de sus partes, vendría mediada por la capacidad económica. Por su parte, los usuarios de mi relato han adoptado los nuevos paradigmas en la conceptualización del modelo de salud y se resisten a ser considerados como "pacientes pasivos". Se consideran agentes activos y en muchos casos expertos de sus propios procesos y como tales reclaman un espacio en el que sus decisiones y demandas tengan peso en el conjunto del proceso.

Desde mi perspectiva, hay una cuestión que se abre al realizar una lectura de conjunto de las tensiones y desplazamientos que las prácticas en lo local han provocado en el Estado español pero que probablemente se pueda extrapolar a un marco global. Cada uno de los elementos que formaban el marco de intervención biomédico de lo trans se han cohesionado a través de la "triada clínica", en la que cada elemento reforzaba el resto de las prácticas médicas. Sin embargo, cada una de las prácticas por separado difícilmente aguantan el empuje de los cuestionamientos que se realizan desde diferentes instancias tanto científicas como políticas y activistas. En este contexto, cabe preguntarse

por la posibilidad de mantenimiento de un modelo biomédico triádico de intervención sin mantener la "triada clínica". A la luz de este trabajo no parece ni posible, ni viable a medio-largo plazo.

Por último, no quiero dejar de apuntar dos aspectos fundamentales que surgen tras un análisis desde la perspectiva del género. El primero de estos aspectos es la fijación de los estereotipos de género a través de las prácticas de diagnóstico e intervención médica sobre los cuerpos, al tiempo estas prácticas pueden producir efectos paradójicos, es decir, una desestabilización, una ampliación de los márgenes de "normalidad" respecto al género en la que nuevas posiciones de género, antes no coherentes o abyectas (Butler 1990), sean ahora leídas como coherentes en términos de género. El segundo aspecto tiene que ver con otra situación paradójica que se produce en el intento de sedimentación de las formas anatómicas que se corresponden con una posición en el sistema sexo/género. En esta ficción reguladora que es el sistema de diferencia sexual a cada posición de género le corresponde una determinada imagen corporal, sin embargo, las mismas prácticas desestructuradas pueden producir formas anatómicas no plenamente coherentes con el sistema de diferencia sexual y por tanto, una desestabilización del modelo que se pretendía solidificar a través de las prácticas de intervención.

4. El potencial transformador del activismo trans: la "Campaña Internacional por la Despatologización Trans"

Introducción

En este capítulo veremos como el activismo trans, o cierto tipo de activismo trans ha tenido en los últimos años efectos en la forma en la que lo trans está siendo pensado desde diferentes ámbitos de la vida social, incluido el ámbito de la biomedicina. Para ello realizamos un ejercicio de ver cuales son lo precedentes cercanos a la red de despatologización en el Estado Español para de ahí pasar a ver cuales son los objetivos globales y cómo estos se concretan en una serie de demandas parciales y situadas.

Los disturbios de Stonewall en junio de 1969, que siempre se señalan como la primera revuelta LGTB, se organizaron a causa del abuso y acoso de la policía de Nueva York contra la población LGTB en el barrio neoyorquino de Greenwich Village. Un suceso similar aunque menos conocido se había producido en San Francisco, en 1966, en el barrio de Tenderloin y parece ser hasta el momento el primer caso documentado de una revuelta organizada de personas LGTB (Stryker 2008; 2009). En ambas revueltas, las personas trans estuvieron en primera línea y jugaron un papel preponderante en la lucha contra el abuso policial, en los disturbios y en la formación de un movimiento que diese respuesta organizada a estos abusos.

En el Estado español los activistas trans estaban igualmente en las primeras manifestaciones y marchas LGTB organizadas durante la

Transición en Barcelona (1977) reclamando que la homosexualidad dejase de estar penada (Pineda 2008; R. (Lucas) Platero 2011).

En todos estos casos la invisibilización de las personas trans en la escritura histórica de estas luchas obedece a una recreación homonormativa en las que los sujetos abyectos, en términos de Butler (1993), – transexuales, lesbianas buch, travestis, gays de color, etc. – son marginados y desplazados del activismo, el discurso y la historia oficial LGTB (Halberstam 1998; Stryker 2008).

Sin embargo, en los últimos años un creciente activismo queer y una tradición académica queer-feminista crítica han tratado de recuperar la memoria de un activismo trans que, con su sola presencia, cuestionaba al oficialismo integrador LGTB, e interpelaba directamente a la idea de normalización que se quería trasmitir. Las personas trans, en este caso, representaban la imagen de la transgresión en tanto que ponían en cuestión la noción misma de diferencia sexual.

Una de las vertientes en las que este activismo ha sido más enérgico en los últimos años es en el cuestionamiento de la diferencia sexual y en concreto, en la lucha contra el establecimiento de modelos fuertemente normativos de identidad de género mediante las prácticas médicas que categorizan, diagnostican e intervienen los cuerpos trans.

A lo largo de este capítulo trataré de establecer una narrativa de las formas en las que determinados colectivos trans activistas han irrumpido en los debates entre comunidades de expertos – médicos – que durante años han definido qué es lo trans y cómo han de ser los tránsitos de género para perpetuar el modelo de diferencia sexual.

La irrupción de estos colectivos han cortocircuitado un discurso y unas prácticas que tendían a perpetuarse con una estructura poco dúctil al cambio; en la actualidad, este discurso activista trans crítico se ha introducido al punto de crear controversias, ha conseguido modificar

ciertos aspectos de los protocolos médicos de cuidados y es motor de cambio en algunas experiencias de atención en salud trans-específica.

4.1. Los precedentes del activismo trans y la Red de Despatologización en el Estado español

En el Estado Español, los activistas transexuales se integraban dentro de los primeros colectivos de reivindicación homosexual como el MELH[71] o FAGC[72] que en los años 70 y aún bajo el régimen de Franco intentaban la derogación de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social (LPRS) de 1970, en base a la cual, las personas transexuales podían ser recluidas en centros de rehabilitación para modificar su conducta con diversas "terapias aversivas". Posteriormente, el movimiento transexual comienza a organizarse de manera autónoma con respecto a los colectivos de gais y lesbianas desde finales de los años 80 y se desarrolla plenamente en diversos colectivos o asociaciones en los años noventa (Ramos 2003).

En el año 1983 se despenalizaron las operaciones de cambio de sexo y en el año 1987 se creó la Asociación Transexual Española, *Transexualia*, que estaba formada principalmente por mujeres transexuales que ejercían la prostitución en diferentes ciudades del estado – si bien estaba radicada fundamentalmente en Madrid - y que se veían acosadas por la policía de manera sistemática.

Durante los años 90, se van creando diferentes colectivos de transexuales con reivindicaciones específicas y diferenciados de los colectivos LGB que tenían una agenda política diferente en la que los colectivos de transexuales no se veían representados. En 1996 se crea la Federación de Asociaciones de Transexuales (FAT) para trabajar de manera coordinada entre las diferentes asociaciones y colectivos creados en favor de los derechos de las personas transexuales.

[71] MELH: Movimiento español de liberación homosexual.
[72] FAGC: Front D'Alliberament Gai de Catalunya.

Figura 4.1: Asociaciones transexuales en el Estado español

Nombre	Fecha	Ámbito espacial
ATET – Asociación Transexual Española - Transexualia	1987	Estatal
Asociación de Identidad de Género de Andalucía	1991	Andalucía
Col·lectiu de transsexuals de Catalunya	1992	Catalunya
Asociación Transexualia de Valencia	1994	Comunidad Valenciana
Asociación Soy como Soy	1997	Principado de Asturias
Colectivo TransGaliza	1998	Galicia
Grup Identitat de Gènere i Transsexualitat del Col·lectiu Lambda de Valencia	1998	Comunidad Valenciana
Grupo Trans del COGAM[73]	1998	Comunidad de Madrid
Asociación Así Somos de Valladolid	2000	Valladolid
Grupo Trans de la asociación SOMOS de Sevilla	2000	Sevilla
Grupo de Transexuales, Amigos y Familiares – Ilota Ledo	2001	Navarra
El Hombre Transexual	2003	Estatal

Fuente: (Ramos Cantó 2003, 140) y elaboración propia.

En la tabla (Figura 4.1) se puede ver un resumen de las diferentes asociaciones de transexuales del estado y su año de formación. Como se observa, los años noventa ven surgir un número importante de asociaciones y podemos decir que son los años en que se inicia una larga batalla por el reconocimiento legal, social y sanitario en el Estado español.

Adentrándonos en los 2000, la coordinación de los diferentes colectivos de transexuales que se habían creado durante los 90, se realiza a

[73] COGAM: Es el acrónimo de Colectivo de Gais, Lesbianas, Bisexuales y Transexuales de Madrid.

través de la sección transgénero de la FELGTB[74] que desde el año 2004 se ocupó de negociar el reconocimiento de la identidad de género y otras cuestiones de salud con las autoridades políticas a nivel nacional (R. (Lucas) Platero 2011). En un contexto de ampliación de derechos civiles, con la aprobación de la ley de matrimonio entre personas del mismo sexo (2005), las reivindicaciones de los colectivos de transexuales entran en una negociación no exenta de tensiones, y finalmente en 2007 se aprueba la "Ley 3/2007, de 15 de Marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas", conocida como Ley de Identidad de Género (Ley 3/2007).

Antes de la ley de 2007, el proceso de cambio de nombre y mención de sexo en el Estado español se llevaba a cabo de forma individual mediante un procedimiento judicial en el que se solicitaba que la persona transexual demandante del cambio hubiese completado el proceso quirúrgico de reasignación de sexo; además, este procedimiento no garantizaba el cambio ya que al no existir legislación *ad hoc* dejaba la decisión del reconocimiento legal a criterio del juez (Barril Vicente 2003).

4.2. El punto de partida de la campaña por la despatologización: la Ley 3/2007 de 15 de marzo

La *Ley 3/2007 de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas* reconoció el derecho de las personas transexuales al cambio registral de nombre y de la mención de sexo en los documentos oficiales en el Estado español. Viendo el estado de la cuestión previo, la Ley 3/2007 supuso un importante paso adelante en cuanto al reconocimiento legal de derechos para el colectivo transexual si bien no faltaron desde el momento de su aprobación voces disidentes que consideraban que la ley, no sólo era claramente insuficiente, sino que

[74] FELGTB: Es el acrónimo de la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales.

además suponía un reforzamiento de ciertas posiciones que consideran la transexualidad como un trastorno mental.

Al analizar la ley 3/2007 vemos que tanto en la exposición de motivos como en el articulado que estipula los requisitos para el cambio registral se efectúa un ejercicio que inscribe esta ley en un marco heredero de la tradición de la medicina legal española, y que supedita el estatus legal de los trans al cumplimiento de un marco biomédico que entiende la transexualidad como un problema de salud mental.

La exposición de motivos de la ley enmarca la misma en el área de influencia de la legislación referida a los derechos humanos ya que inscribe la transexualidad como una realidad social y la ley como un medio para "garantizar el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad de las personas cuya identidad de género no se corresponde con el sexo con el que inicialmente fueron inscritas" (LEY 3/2007). Sin embargo, en un movimiento que no se fundamenta en la misma exposición de motivos, nos introduce en la perspectiva desde la que se va a tratar la transexualidad, y que es el marco biomédico, pues fundamenta, al mismo tiempo, que tanto la medicina como la psicología han estudiado el "fenómeno" ampliamente y hace referencia a un concepto heredado de la tradición (ilustrada) de la verdad del sexo[75], si bien en este caso la verdad no pertenece al sexo, al cuerpo, sino al género, a la mente. Solo así se justifica la apelación de la ley a una "verdadera identidad de género" que para recibir sanción legal deberá ser primero "desvelada/revelada" y después medicalizada para ajustar y someter al cuerpo a la "verdadera" identidad de género:

> La presente Ley tiene por objeto regular los requisitos necesarios para acceder al cambio de la inscripción relativa al sexo de una persona en el

[75] En el primer capítulo de este trabajo analizo los diferentes modelos de construcción histórica del sexo, en especial, refiero a la obra de Laqueur (1990) y su influencia en la contextualización histórica del modelo de dos sexos, hegemónico en la tradición ilustrada y propio de la revolución científica.

> registro civil, cuando dicha inscripción no se corresponde con su verdadera identidad de género. Contempla también el cambio de nombre propio para que no resulte discordante con el sexo reclamado. (*LEY 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas.* 2007, 11251)

Respecto al articulado que regula los requisitos para poder realizar la modificación registral los primeros criterios de exclusión son los relacionados con la cuestión de la edad y estatus de ciudadanía; sólo las personas en posesión de la ciudadanía española y mayores de edad legalmente podrán solicitar la rectificación registral.

Una de las principales críticas a la ley es que no es una ley integral sobre transexualidad y, por tanto, deja fuera multitud de aspectos de la realidad de las personas trans. El primero de ellos es que refuerza la exclusión de las personas transexuales que no poseen el estatus de ciudadanía española y deja fuera asimismo a los menores de edad.

Además de los pre-requisitos ya mencionados, los criterios que la ley estipula para la rectificación registral son dos: el primero, un informe médico que acredite el diagnóstico de "disforia de género", que ha de ser emitido por un médico o psicólogo clínico colegiados en España; el segundo criterio es la obligatoriedad de haberse sometido a tratamiento médico durante, al menos, dos años para "acomodar las características físicas a las correspondientes al sexo reclamado" (Ley 3/2007, BOE n. 65, 11252).

Las lecturas políticamente más moderadas de la ley ponen de relieve la menor normatividad médica que se produce por el hecho de no incluir la cirugía como lugar de paso obligatorio en el proceso de cambio registral de sexo. Otras lecturas de la ley 3/2007, como la que hacemos en el presente trabajo, intentan poner de relieve que la medicalización sigue siendo el marco de referencia para las cuestiones trans ya que, si bien la cirugía no es requisito necesario a partir de la ley, sí lo es el tratamiento médico (se

entiende que hormonal) y el plegamiento de los cuerpos ante unas características físicas determinadas.

Como muy certeramente ha sido analizado por R. Lucas Platero (2009; 2011) activista e investigador trans-feminista, una de las consecuencias directas de la aprobación en el Estado español de la llamada "ley de identidad de género" fue el impulso y papel motor que comienzan a jugar asociaciones y colectivos más radicales que hasta ese momento habían tenido una voz y papel secundarios dentro del asociacionismo trans. En el centro de la controversia se sitúa el requerimiento legal del diagnóstico de "disforia de género", esto es, el reconocimiento tácito de que la persona tiene un trastorno mental para poder acceder a un trámite administrativo como es el cambio registral de la mención de sexo.

A partir de 2007 en el Estado, los colectivos activistas por la despatologización de las identidades trans como la *Guerrilla Travolaka*, *ATC-Plataforma sin vergüenza* en Barcelona o *La acera del Frente* en Madrid ocupan un lugar prominente y se erigen como actores de primer orden en la controversia sobre los marcos en los que se constituye la identidad transgénero y desplazando del centro del discurso a la oficialista FEGLTB.

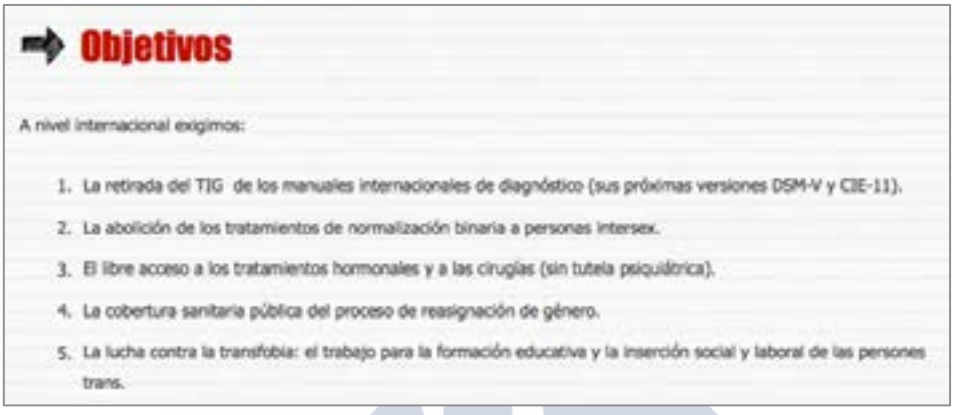
4.3. La Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español

Desde el año 2007 y con apoyo creciente, especialmente a partir de 2009, hemos asistido a la aparición de la Red Estatal por la Despatologización Trans, -después Red Internacional por la Despatologización Trans y finalmente Campaña Internacional por la Despatologización Trans- que ha trascendido las fronteras del estado y se ha convertido en una red internacional que lanzó la Campaña Internacional *Stop Trans Pathologization* - STP 2012. Si bien la Red no es el único nuevo actor que aparece como experto en esta controversia, queremos destacar su papel ya que entendemos que desplaza el debate y lo sitúa en un paradigma

diferente que rearticula los espacios de producción de conocimiento e inaugura nuevos cauces para la circulación del mismo.

La Campaña tuvo desde sus inicios, y más claramente desde que se tornó en internacional, cinco demandas irrenunciables u objetivos básicos que desde la web de la Campaña se resumen de la siguiente forma:

Figura 4.2. Objetivos internacionales de la Campaña STP

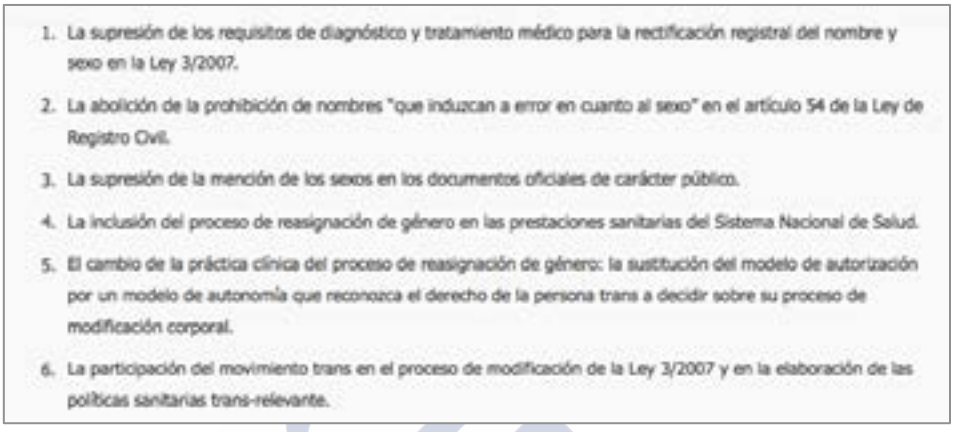


Fuente: Tomado de http://stp2012.wordpress.com/objetivos/ (consultado 7/09/2011)

Estos objetivos internacionales se plasman en prácticas situadas, parciales y localizadas con sus correlatos en el marco del Estado español en el que los activistas trasforman estos objetivos generales en una serie de exigencias concretas. Asistimos aquí a la forma de conocimiento que Haraway ha demandado para conseguir una mejor ciencia y que se basa en la búsqueda de una "objetividad" diferente a través de prácticas situadas, parciales y críticas que tengan en cuenta la visión desde abajo y la corporalidad de las prácticas al contrario que la ciencia al uso y la "objetividad científica" que se sitúa en un lugar (supuestamente) neutro y no comprometido políticamente, descorporeizada y vista desde las plataformas de los poderosos (Haraway 1988). Como se indica en la figura 4.2, estas exigencias concretas de la Red pasan por un cambio en la legislación referida a la cuestión trans en el Estado español que produzca un desplazamiento desde un paradigma biomédico y biopolítico (Foucault

1976), a un paradigma de derechos humanos en la forma de conceptualizar la transexualidad, tal y como se recoge en los *Principios de Yogyakarta*[76] (2007).

Figura 4.3. Objetivos estatales de la Campaña STP



1. La supresión de los requisitos de diagnóstico y tratamiento médico para la rectificación registral del nombre y sexo en la Ley 3/2007.
2. La abolición de la prohibición de nombres "que induzcan a error en cuanto al sexo" en el artículo 54 de la Ley de Registro Civil.
3. La supresión de la mención de los sexos en los documentos oficiales de carácter público.
4. La inclusión del proceso de reasignación de género en las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
5. El cambio de la práctica clínica del proceso de reasignación de género: la sustitución del modelo de autorización por un modelo de autonomía que reconozca el derecho de la persona trans a decidir sobre su proceso de modificación corporal.
6. La participación del movimiento trans en el proceso de modificación de la Ley 3/2007 y en la elaboración de las políticas sanitarias trans-relevante.

Fuente: Objetivos a nivel Estatal de la Campaña STP. Tomado de http://stp2012.wordpress.com/objetivos/ (consultado 17/07/2013)

Además, la reclamación de estos objetivos a nivel estatal se concretó en un documento que elaboró la Red, que marcó su posición específica en lo que respecta a la atención sanitaria en el sistema público estatal de salud, la *Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a las personas trans en el marco del sistema nacional de salud* (2010a) y que analizaré detenidamente a continuación.

La Campaña Internacional STP tiene como eje de articulación la reclamación de derechos sanitarios para la población trans. Si observamos las figuras 4.2. y 4.3. vemos que la mayor parte de los objetivos se centran en cuestiones de salud: a nivel internacional, cuatro de los cinco objetivos (figura 4.2.); a nivel estatal, cuatro de los seis objetivos (figura 4.3.).

[76] Los *Principios de Yogyakarta* son una serie de principios sobre cómo se aplica la legislación internacional de derechos humanos a las cuestiones de orientación sexual e identidad de género. Los Principios ratifican estándares legales internacionales vinculantes que los Estados deben cumplir. Para más detalle ver: http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_sp.htm (Último acceso, 12 de julio de 2014).

Basándonos en estos datos, los objetivos y la elaboración de la *Guía de buenas prácticas de atención sanitaria,* podemos analizar la Campaña Internacional STP como parte de los movimientos que se han organizado en torno a las cuestiones de salud auspiciados, a su vez, por los desarrollos de la biomedicina en los últimos años (Epstein 2008), o por el intento de mantenimiento del *statu quo* en el papel de los expertos y en la catalogación de la transexualidad como un trastorno mental, como en el caso que nos ocupa.

Desde los estudios CTS, el activismo sanitario y el papel de las asociaciones de pacientes han sido objeto de interés especialmente desde la última década del siglo XX y hasta la actualidad. El papel de este tipo de organizaciones en los desarrollos biomédicos de las últimas tres décadas ha sido analizado desde diferentes perspectivas, si bien aquí me interesa especialmente destacar la categorización tipológica de estas asociaciones con respecto a la investigación biomédica, las políticas sanitarias y la gobernanza de la biomedicina que realizaron Michel Callon y Vololona Rabeharisoa en el caso de la Asociación Francesa contra las Miopatías (Callon y Rabeharisoa 2003).

Estos autores realizaron una división de las asociaciones de pacientes, que se ha convertido en un clásico en los estudios CTS, en tres tipos: las *asociaciones auxiliares*, que serían las que apoyan el proceso de investigación biomédica y que funcionan como auxiliares en tanto que proveen de apoyo social y moral a los "pacientes" afectados por una condición concreta. Las *asociaciones colaboradoras* definidas como aquellas que juegan un papel más importante en el desarrollo de la investigación biomédica, no sólo indicando posibles líneas de investigación, aportando fondos para la misma sino también generando mecanismos que potencien la construcción de identidades sociales basadas en ciertas condiciones. Por último, las *asociaciones oponentes* u *opositoras* que simplemente se oponen a cualquier definición de su condición proveniente de la comunidad científica

y médica y que sitúan su identidad en el centro y no en términos de "enfermedad" o "condición"; como ejemplo que simboliza las asociaciones opositoras toman el de una parte de la comunidad sorda que rehúsa los implantes cocleares (Callon y Rabeharisoa 2003, 195).

La Campaña Internacional STP se podría tipificar como *asociación oponente* ya que parten de negar que las identidades trans sean una enfermedad o condición. Es más, abogan por su despatologización y su salida del manual de diagnóstico de trastornos psiquiátricos en su última edición, DSM-5, así como de su salida del otro gran manual de diagnóstico de enfermedades, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) que se encuentra en proceso de revisión de cara a una nueva edición, la CIE-11. Sin embargo, al analizar en profundidad la Campaña Internacional STP vemos que, al contrario de la afirmación de Callón y Rabeharisoa respecto a las asociaciones opositoras en el sentido de que simplemente se oponen a la investigación médica y científica, ésta – la Campaña Internacional STP - se opone frontalmente pero al tiempo desarrolla toda una propuesta alternativa al modelo biomédico dominante. Una propuesta en la que se realiza investigación psico-social *in the wild* [77] y proponen alternativas al modelo de gobernanza de la salud trans vigente hasta el momento en el Estado español a través de la *Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a las personas trans en el marco del sistema nacional de salud* (2010a).

[77] La traducción del concepto "research in the wild" no está resuelta en este trabajo. La polisemia del término en inglés "wild" y los posibles significados en español "salvaje", "silvestre", "desenfrenado" no dan cuenta del giro propuesto por Michel Callon y Vololona Rabeharisoa en su artículo. Algunos intentos de traducción al español como el de Echeverría y González (2009) han traducido el concepto como "investigación en libertad" o "investigación silvestre". En este trabajo he optado por no traducir el término.

4.4. Documentos: la *Guía*

En Octubre de 2010, coincidiendo con las acciones de los *octubres trans*[78] se publicó desde la Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado español la *Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a las personas trans en el marco del sistema nacional de salud* (en adelante, la *Guía*). La *Guía* es un documento de 34 páginas que intenta realizar una propuesta alternativa a los estándares de cuidado existentes en ese momento – el SOC 6 (Meyer III et al. 2001) – y probablemente también se pensó como un documento que pudiese influir, de alguna manera, en la comisión de la WPATH[79] encargada desde el año 2006 de la redacción de los nuevos estándares de cuidado, el SOC 7 (Coleman et al. 2012, 109).

La importancia del documento es, en mi opinión, doble: por un lado, marca un hito en cuanto a la implicación de personas sin la experticia científica *a priori* necesaria, – legos – en la discusión y elaboración de un marco para la atención sanitaria desde la posición de colectivo implicado; por otro lado, el documento tiene, en sí mismo, un alto valor "científico" ya que dialoga directamente con los estándares de cuidado vigentes en ese momento y elaborados por la asociación profesional que englobaba a gran parte de los profesionales sanitarios implicados en el tratamiento a personas trans. La *Guía* entra de lleno en varias cuestiones epistemológica y ontológicamente significativas a la hora de pensar el trabajo científico, como son la posición desde la que se construye el conocimiento científico (Brown y Zavestoski 2004; Callon y Rabeharisoa 2003; 2008; Epstein 2008; Michael y Rosengarten 2012; Mol 2002), la relación expertos – legos en la construcción de un conocimiento científico válido (Epstein 1995; 1996; 2008), y la forma o formas posibles de construir este conocimiento

[78] Los *octubres trans* se vienen realizando desde el año 2007. Su importancia ha ido creciendo paulatinamente y de convocarse actos y manifestaciones por la despatologización de las identidades trans en solo 3 ciudades en 2007, el octubre trans de 2013 contó con acciones en 49 ciudades de diferentes continentes. http://www.stp2012.info/old/es (Último acceso, 1 de septiembre de 2014).
[79] WPATH: World Professional Association for Transgender Health.

científico (Callon y Rabeharisoa 2003; 2008; Callon, Lascoumes, y Barthe 2009; Landzelius 2006; Mol 2008).

La propuesta de la *Guía* es una alternativa al panorama discursivo sobre lo trans que se estaba realizando hasta ese momento desde el ámbito de la salud. Desde los movimientos de carácter social y reivindicativo de los derechos de personas LGTBQ, ya se habían planteado este tipo de discursos basados en el paradigma de los derechos humanos de las personas con diferente orientación sexual o identidad de género (*Principios de Yogyakarta* 2007). Pero desde el discurso de la salud, monopolizado hasta la fecha por los distintos profesionales sanitarios que intervienen en los procesos de salud trans, el marco discursivo era un marco patologizante, en el que las cuestiones de salud trans estaban marcadas desde el primer momento por la inscripción de estas personas como poseedoras de un *Trastorno de la identidad sexual* (TIS) según queda referido en el DSM-IV – en su versión española – o como un Trastorno de la identidad de género (GID) – en la versión en inglés - (American Psychiatric Association 2000). En la Guía, la transexualidad no se concibe ni como un trastorno mental, ni como una enfermedad física u orgánica y se reconocen las identidades trans como parte de la diversidad humana (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español 2010a, 16-17).

A mi juicio, después de analizar el documento en relación con el SOC 6, que eran los estándares de cuidado vigentes en la fecha de elaboración de la Guía (2010) encuentro ciertos aspectos muy significativos en la *Guía*, como son: la apertura y el escrutinio de los procesos psicológicos y de diagnóstico; la reconfiguración de la demanda de intervención con respecto al SOC 6; la demanda de una "lógica de la elección" para conseguir un mejor cuidado; y, por último, la cajanegrización (Latour 1999) de los procesos de hormonación y cirugía.

4.4.1 La apertura y el escrutinio de los procesos psicológicos y de diagnóstico

El principal objetivo de la *Guía* es desvincular la transexualidad del marco de la salud mental o del trastorno mental y en este sentido, el nuevo itinerario propuesto por la Red en la *Guía* se centrará fundamentalmente en reconceptualizar las prácticas sanitarias concernientes a las tareas de los profesionales de la salud mental y dejar de lado todas las cuestiones relacionadas con el diagnóstico.

El planteamiento referente a los profesionales de la salud mental en la *Guía*, está tomado de la propuesta de la psicóloga Cristina Garaizabal, que ha sido, al menos a lo largo de los últimos quince años, una de las pocas voces críticas desde el colectivo de profesionales de la salud con respecto a los protocolos establecidos en el Estado español. En sus textos podemos encontrar, cada vez de forma más clara, las funciones que han de desempeñar los profesionales de la salud mental en relación a las personas trans (Garaizabal 1998; 2003; 2006): el acompañamiento como práctica fundamental y prioritaria de los profesionales de la salud mental respecto de las personas transexuales y la apuesta por la despatologización para que, en ese nuevo contexto, se pueda establecer un nuevo marco de relación.

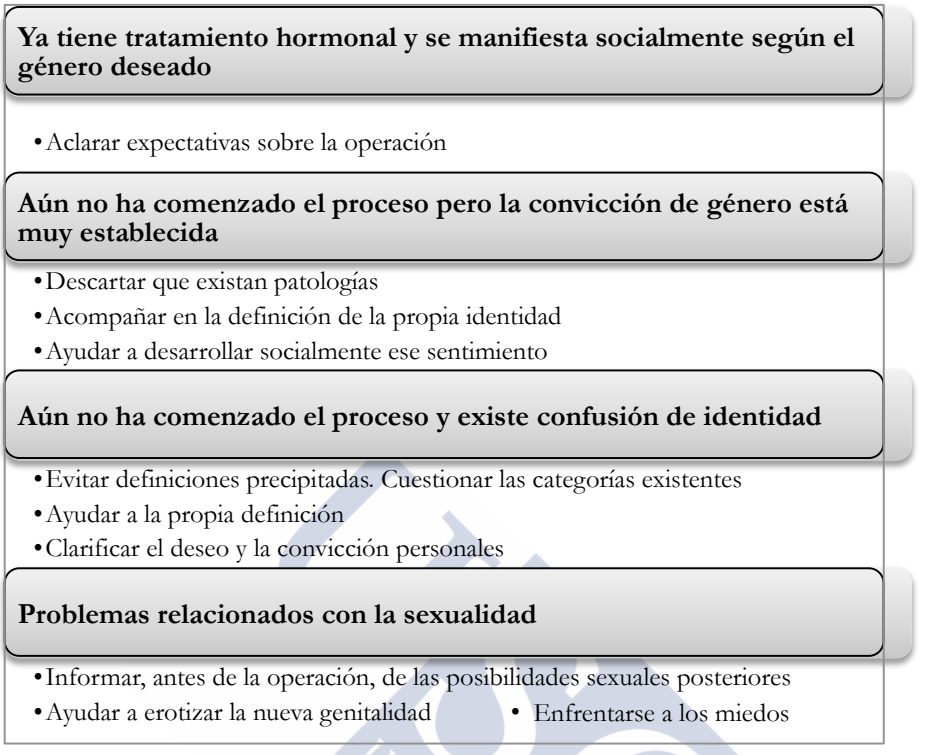
> Es prácticamente imposible la creación del clima de confianza necesario e imprescindible en cualquier relación terapéutica si el terapeuta es considerado más como un juez, en cuyas manos está la decisión sobre la continuación o no del proceso de transexualización clínica. [...] Ello ocasiona que, dado el interés de las personas transexuales de conseguir el visto bueno para el tratamiento hormonal y las intervenciones quirúrgicas, construyan biografías de manera que resulten adecuadas a los criterios previamente definidos por los protocolos clínicos, camuflando o escondiendo en ocasiones su propia historia. (Garaizabal 2006, 166)

La propuesta de la Guía explicita que sigue las pautas marcadas por Garaizabal (2003), si bien vemos en la Guía una nueva modulación que ahonda, profundiza, radicaliza los supuestos en los que se basa la primera propuesta de Garaizabal. En este punto es importante señalar que la propuesta de partida data del año 2003 y nos sitúa en un marco legal y de práctica clínica muy diferente del marco de la Guía elaborada en el año 2010 como respuesta tanto a la Ley Española de Identidad de Género del 2007 como a la progresiva creación de las UTIG (Unidad de Trastornos de la Identidad de Género) en la sanidad pública y el tratamiento de los trans a través de las mismas.

La propuesta de Garaizabal se resume en un cuadro que ella misma elaboró y que reproducimos a continuación (figura 4.4). En este esbozo, las tareas del profesional de la salud mental están delimitadas en función de las necesidades específicas de cada persona trans. Esta es una de las razones por las que el cuadro no es una periodización como sí lo son otros documentos que pautan las funciones de los profesionales; en ese sentido se aleja de los protocolos estandarizados que se han utilizado y se siguen utilizando en la actualidad y que, en sus diferentes versiones, tratan de discernir si la persona es o no transexual.

Divide las funciones del profesional de la psicología en función de la persona trans y de la fase del proceso en la que esta se encuentra, si bien en términos generales se puede decir que la apuesta es por implicar al profesional de la salud mental en dos tareas fundamentalmente, a saber, el acompañamiento y la información.

Figura 4.4. Funciones del profesional de la psicología



Fuente: (Garaizabal 2003, 197)

En la primera, el acompañamiento, supone ayudar a la persona trans a que encuentre o solidifique su propia definición identitaria proporcionándole las herramientas necesarias, si es que la persona trans no está en posesión de ellas, para cuestionar las categorías y significados de la normatividad social respecto a la identidad de género. En la segunda, el profesional de la salud mental debería en este nuevo modelo ser capaz de proporcionar información acerca de las expectativas sociales generadas por el cambio, así como proporcionar información sobre los posibles efectos de los tratamientos y las posibilidades sexuales posteriores a las operaciones – entendemos que de genitales -. En este punto hemos de señalar que Garaizábal no es la única que señala el punto de la información sobre la "nueva" sexualidad como importante o digno de mención. En algunas de las entrevistas realizadas con profesionales de la salud mental este ha sido uno de los aspectos que los profesionales comentan reiteradamente como importante en su tarea profesional.

- Sexóloga: [...] Y con la cirugía genital no te digo, ya. Ahí si que la expectativa es un cambio total. Yo ya no voy a tener problemas de pareja, yo ya no voy a tener problemas sexuales, todo se va a resolver; y no, eso no es así. Ahí empieza otra etapa que necesita otro trabajo y otro acompañamiento que es importantísimo.

- Entrevistadora: En ese sentido hablabas, tú también antes, de todo ese trabajo que se realiza posoperatorio, también trabajando con todo el tema de la sexualidad, ¿no?.

- Sexóloga: Antes, durante y después. Antes de la operación contándoles que bueno, que quizá las cosas no van a salir tan perfectas como se las imaginan, ni todo va a ser tan maravilloso; luego después de cara a familiarizarse con esos nuevos genitales y aprender a que eso entre en funcionamiento y aprender a conocerlo y a explorarlo y a que funcione bien como ellos quieren, es decir, aprender a desarrollar la sexualidad pues como hace todo el mundo desde pequeño, tocándose, conociéndose, explorándose, aprendiendo a estimularse, ... pues todo eso es un trabajo, que ellos tienen que ir haciendo poco a poco, muy importante. [M-EM-2: Junio 2012]

En primer lugar, la *Guía* no diferencia entre los profesionales de la salud mental y los profesionales de la salud en general, relacionados con los trans. Sin embargo, la atribución de tareas a los profesionales en la *Guía* tiene más que ver, en la mayoría de los casos, con profesionales de la salud mental, que con otro tipo de personal sanitario. Así, entre las principales tareas asignadas a los profesionales en la *Guía* se encuentra la tarea de acompañamiento, toma de conciencia y ajuste de expectativas con el proceso de cambio. No hay ninguna tarea específica en la *Guía* relacionada con el diagnóstico; en este sentido la propuesta de la *Guía* desborda el marco sugerido por Garaizabal, ya que entiendo tras el análisis en profundidad de ambas propuestas que, si bien la Guía es deudora de la propuesta de Garaizabal, en ciertos aspectos parten de diferentes supuestos para abordar la cuestión trans. Si para Garaizabal la despatologización

implica un cambio de roles y estatus en la posición del profesional de la salud mental, que ya no puede ser por más tiempo una especie de "policía del género" (García Dauder 2006; Missé y Coll-Planas 2010) sino que ha de desempeñar un papel secundario y centrado en el acompañamiento de la persona trans en el proceso, para los autores de la *Guía* no hay un papel específico que un profesional de la salud mental haya de cumplir. La tarea de acompañamiento que también defiende la *Guía* puede ser desarrollada por – entendemos que- diferentes profesionales de la salud, no estando especialmente relacionados con la salud mental. Además, la propuesta de la *Guía* parte de tratar las cuestiones relacionadas con lo trans desde un marco de cuidado específico que a su vez se encuadraría en el marco global de los derechos humanos (Principios de Yogyakarta 2007) y no en el marco sanitario; para los proponentes de la *Guía* el primer paso hacia la despatologización de lo trans y su inscripción en el terreno de los derechos humanos ha de ser la eliminación del requisito diagnóstico de "disforia de género" o "trastorno de la identidad de género", lugar de paso obligado en la legislación española y en el marco de la sanidad pública del estado (*LEY 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas.* 2007). En esta misma línea, las aportaciones realizadas al protocolo de atención sanitaria en el sistema nacional de salud por el grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) concluyen que, atendiendo al concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se debería seguir cubriendo la atención sanitaria a las personas trans que así lo requieran en el servicio nacional de salud, pero desde el marco que ofrece la despatologización (AEN 2010).

Figura 4.5. Roles de los profesionales en la Guía

Roles de los profesionales de la salud en la nueva propuesta[19]

1. Ayudar a la persona a tomar conciencia de que el problema no es su identidad de género (independientemente de sus matices y peculiaridades) sino la violencia social (transfobia) que se ejerce sobre quienes no se ajustan a las normas sociales.
2. Ajuste de expectativas con la persona, teniendo en cuenta que el tratamiento médico es una intervención de carácter individual que no incide en la raíz, social, de la problemática.
3. Identificar que las crisis identitarias cursan en contacto con la realidad.
4. Informar a la persona de los diferentes recursos comunitarios y facilitar la inserción en redes sociales.
5. Asegurar que la persona conoce los diferentes tratamientos médicos.
6. Acompañamiento terapéutico a petición de la persona.
7. Ser integrante de un conjunto de profesionales expertas/os en atención a personas transgénero.
8. Haberse especializado cursando estudios sexológicos o psicoterapéuticos de perspectiva no patologizante o formar parte de un grupo de estudios de género (estudios feministas, igualdad de género, etc.).
9. Sensibilizar a familiares, profesionales de la salud e instituciones públicas y privadas sobre la diversidad y la problemática de la transfobia.
10. Ser accesible para demandas posteriores.

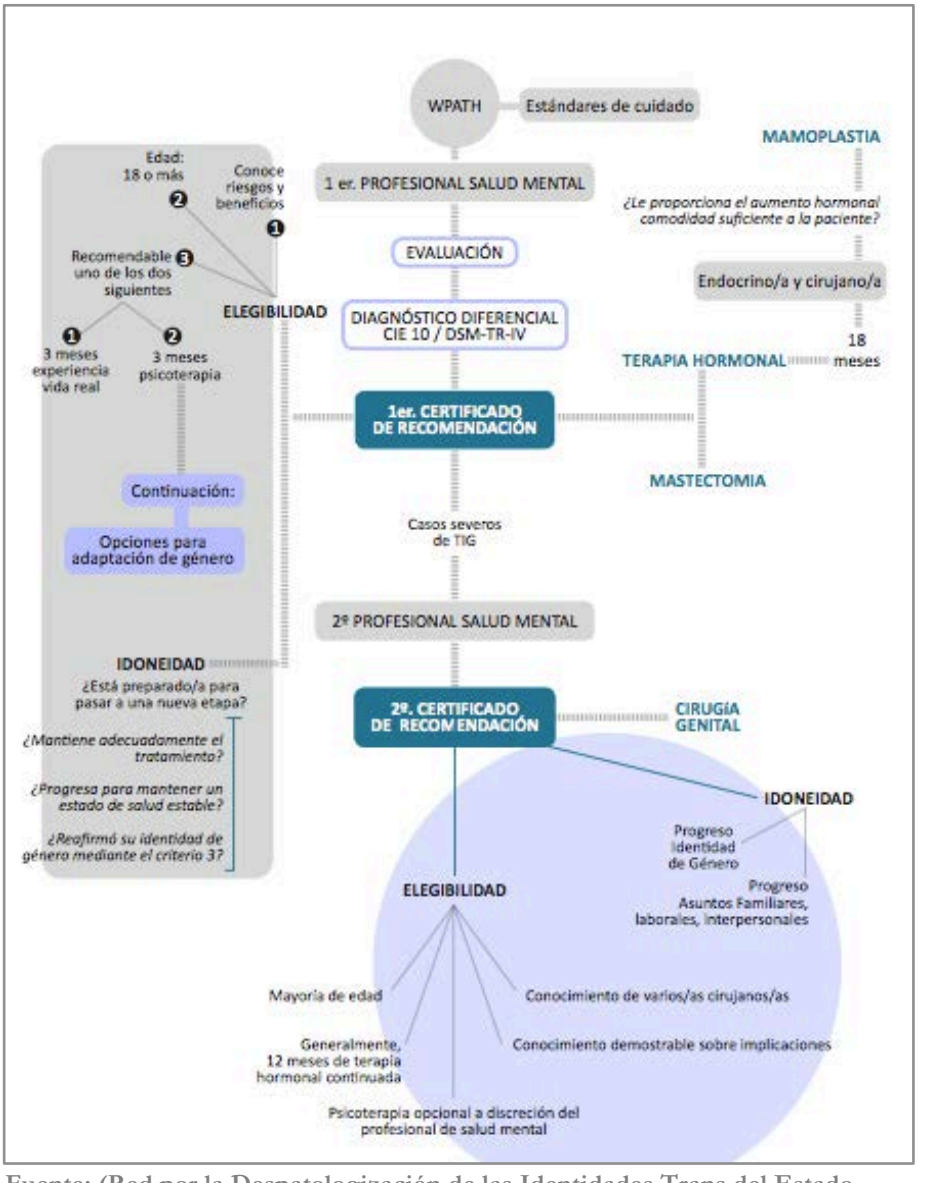
Fuente: (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español 2010a).

Como señalábamos al enumerar los aspectos a mencionar en el análisis de la Guía, nos encontramos ante lo que podríamos denominar como una despsiquiatrización de las prácticas socio-médicas ligadas a la identidad y la salud trans. En este sentido, es muy reseñable y destacada/able la exclusión de la referencia a la atención psiquiátrica así como la exclusión de la "experiencia de la vida real" (EVR), ambas ampliamente cuestionadas desde colectivos activistas y asociaciones LGTB. Ambas cuestiones refieren a un marco normativo en el que las personas trans son categorizadas como enfermas – ya que la necesidad de diagnóstico indica una enfermedad o trastorno – y problematizan lo trans desde un marco individual y biomédico, de salud y enfermedad, en lugar de situarlo en el marco de los derechos humanos (Principios de Yogyakarta 2007) que además es un marco, social y colectivo.

4.4.2 La reconfiguración de la demanda de intervención con respecto al SOC-6

El SOC 6 se caracterizaba por mantener como eje central sobre el que se articulaba la intervención lo que se ha denominado "terapia triádica", en línea de continuidad con versiones anteriores del mismo documento (SOC) – analizadas en capítulos anteriores de esta tesis. La terapia triádica consiste, a grandes rasgos, en pautar el proceso médico de reasignación conforme a tres etapas subsiguientes y cada una de ellas controlada por un tipo de especialista médico en ese proceso. Los pasos a seguir eran por este orden evaluación psicológica y diagnóstico como "trastorno de la identidad sexual" (TIS) de acuerdo a los manuales estándar de diagnóstico DSM (American Psychiatric Association 2000) o CIE (World Health Organization 1994) y comienzo de la "experiencia de vida real" (EVR), seguido de una segunda fase de tratamiento hormonal con andrógenos para los trans masculinos (FtM) o con estrógenos, progesterona y agentes bloqueantes de la testosterona en el caso de trans femeninas (MtF), y una última etapa en la que se procedería a realizar el conjunto de prácticas quirúrgicas, que a su vez se divide en dos sub-fases, una primera en la que se realizan las cirugías de mamas - ya sea esta mamoplastia en trans (MtF) o mastectomía con reconstrucción del torso en trans (FtM) - y lo que se ha dado en llamar cirugía de reasignación sexual (CRS). Un segundo certificado emitido por un profesional de la salud mental sería requisito necesario para realizar las cirugías de reasignación genital a los pacientes que solicitasen esta modalidad y a los que se denomina como "casos severos de TIS"; serían estos pacientes los que cumplirían de manera correcta con la terapia triádica que con ligeras modificaciones se ha venido realizando, al menos, y protocolizando desde principios de los años 80 cuando entran en vigor las primeras versiones del SOC (WPATH 2005).

Figura 4.6: Proceso de intervención en el SOC-6



Fuente: (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español 2010a)

Partiendo del proceso de intervención descrito y visualizado en el gráfico anterior (Figura 4.6) y que es el resumen del proceso de intervención establecido en el SOC-6, la Red realiza en la *Guía* una propuesta radicalmente diferente de cómo se ha de configurar el proceso de intervención médica sobre las personas trans y que aparece en la figura 4.6.

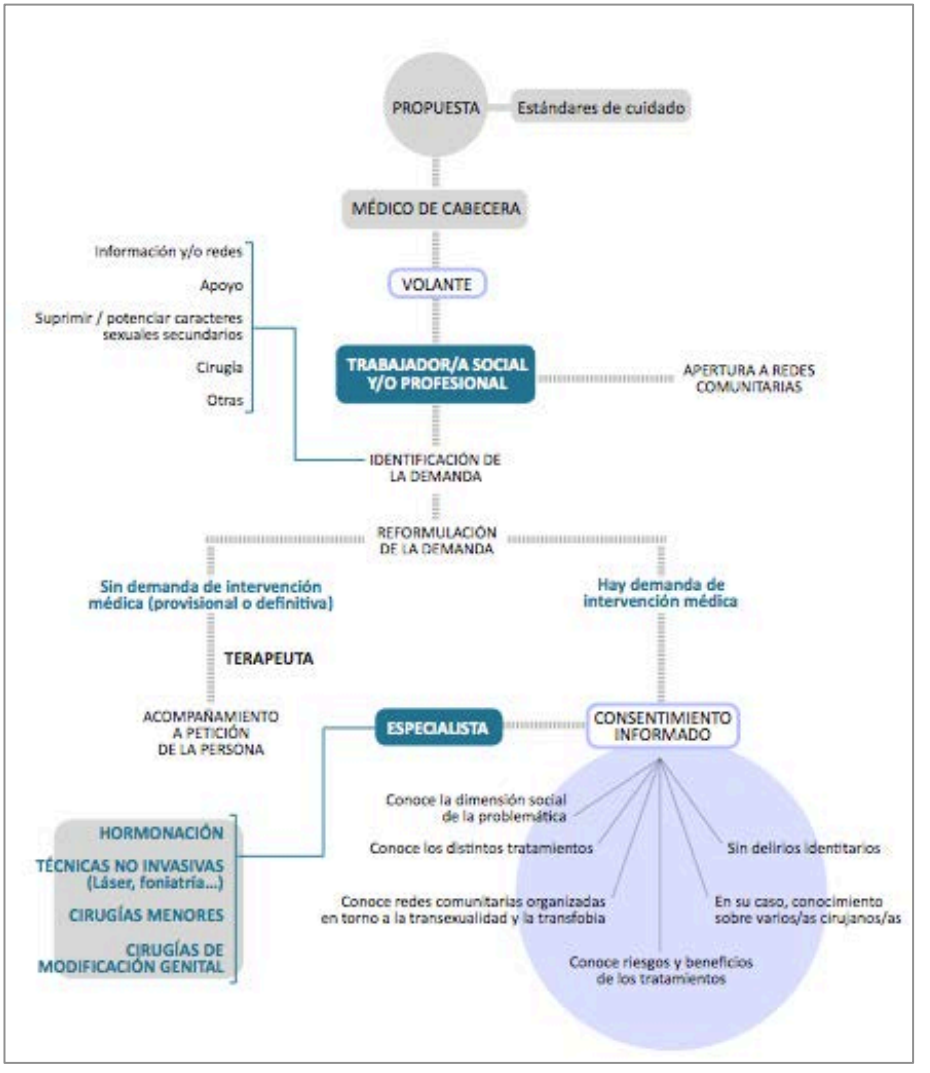
La novedad en la propuesta de la *Guía* viene dada por una reconfiguración en la demanda de intervención que pasará por poner en primer plano, al mismo nivel de reconocimiento, la experticia de la persona trans. Esto significa que en este nuevo modelo la persona es responsable de su propio proceso ya que son consideradas como expertos conocedores de su cuerpo y su realidad.

En concreto, la demanda de intervención en la *Guía* – como se observa en la (figura 4.7) - pasaría por un primer paso que supone la supresión del diagnóstico de GID/TIS para acceder al cuidado; un segundo paso en el que esa demanda de intervención se produciría a petición del paciente – y no del especialista que dictaminase erigido en vigilante del género - y en los términos en que este estimase oportuno y, por último, la deriva a los especialistas médicos que la persona requiriese previa firma del consentimiento informado. Esta nueva configuración del proceso de intervención requeriría de un ejercicio de reconocimiento de la experticia o pericia por parte de todos los actores involucrados en el proceso de cuidado pero fundamentalmente en dos tipos de actores, los profesionales médicos y las personas trans implicadas.

Este nuevo marco de las relaciones de cuidado tiende a expresarse como un ejercicio de "democratización" de los actores implicados en el cuidado, tanto por el reconocimiento de la experticia en personas que tradicionalmente no son consideradas como sujetos agentes de su propio cambio, esto es, por la nueva relación médico-paciente que sería necesario establecer, como por la ampliación de los actores involucrados en el proceso de intervención como los trabajadores sociales, los grupos comunitarios y/o las asociaciones de personas trans. Además, es importante señalar que la *Guía* sitúa al mismo nivel todas las tecnologías implicadas en el cuidado, esto es, tecnologías hormonales y quirúrgicas, con lo que se rompe la clasificación jerárquica del proceso médico y asistimos a la introducción de la "simetría" dentro del propio proceso de

tratamiento médico (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español 2010a, 27-29).

Figura 4.7: Propuesta de nuevo proceso de cuidado a personas trans



Fuente: (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español 2010a)

4.4.3 Demanda de una "lógica de la elección" para conseguir un "mejor cuidado"

Annemarie Mol expone en *The Logic of Care* (2008) una oposición entre la "lógica del cuidado" y la "lógica de la elección". Mol parte de la premisa de que, en la atención sanitaria, la "elección del paciente" y el "buen cuidado" se pueden complementar mutuamente pero generalmente son conceptos que se encuentran enfrentados y la de que, las prácticas que se diseñan para fomentar la capacidad de elección del paciente suelen deteriorar las prácticas establecidas previamente para asegurar un buen cuidado.

La nueva forma de intervención y cuidados sugerida por la Red en la *Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a personas trans en el marco del sistema nacional de salud*, puede ser interpretado como un intento por desarrollar lo que Annemarie Mol ha denominado una "lógica del cuidado", asentada en la promoción de un ejercicio de "co-operación" –*co-doctoring o shared doctoring*[80]- entre profesionales de la salud y pacientes, en este caso, personas trans:

> Un equipo que comparte las tareas del tratamiento médico [*doctoring*] ofrece un interesante modelo de la democratización de la experticia. Hasta el momento la democratización de la experticia se ha presentado mayoritariamente como una forma de hacer que el *demos*, el pueblo, de una forma o de otra, rigiese sobre los expertos. Como desde fuera. Desde arriba. En un principio, los estados democráticamente gobernados fueron llamados a controlar a los profesionales. Ahora, en la lógica de la elección, los pacientes son invitados a hacer lo propio individualmente. (…) La lógica del cuidado sugiere un modo distinto de abrir el monopolio de los

[80] Quisiera agradecer a García Dauder, Blanca Callén, Ana Vítores González y Tomás Sánchez Criado sus sugerencias y comentarios sobre las posibilidades de traducir el concepto *co-doctoring*. Así como a Carmen Romero Bachiller y Rebeca Ibáñez Martín por el "ajuste final" del concepto de co-operación en (Ortega Arjonilla, Romero Bachiller, e Ibáñez Martín 2014).

> grupos profesionales sobre la experticia. Compartamos, de algún modo, la práctica médica [*the doctoring*]. Experimentemos, compartamos experiencias y apañémonoslas juntas [*tinker together*] –de forma práctica. Esto está lejos de ser fácil. Una práctica médica compartida [*shared doctoring*] requiere que todas las personas concernidas tomen las contribuciones de cada uno seriamente y al tiempo entonen [se ajusten] con lo que los cuerpos, las máquinas, los productos alimenticios y otras entidades relevantes están haciendo. Aquellas personas que comparten la práctica médica [*shared doctoring*] deben respetar las experiencias de los demás, mientras se involucran en ingeniosos, cuidadosos experimentos. (Mol 2008, 56)

El concepto de "co-operación" –*shared doctoring* - vinculado al desarrollo de una "lógica de cuidado" resulta especialmente sugerente para el análisis que aquí realizamos, pero su traducción es difícil[81]. En inglés *doctoring* hace referencia al ejercicio de la práctica médica; pero también a hacer reparaciones y "apaños"; a manipular algo para el propio beneficio o modificar algo con un fin concreto. Al mismo tiempo, hace referencia a un saber adquirido – alcanzar un doctorado. Al traducirlo por "co-operación" podríamos incidir en el aspecto compartido y en la referencia al "proceso práctico", a ese manipular –manualmente- y hacer "apaños", afinar, y reparar. Al tiempo, la vinculación de la idea de operación con la cirugía, permitiría que mantuviera su relación con el campo semántico de la medicina y de la intervención y modificación de los cuerpos. Sin embargo, hablar de "co-operación" no recogería de una forma tan efectiva el sentido de reconocimiento de saberes, lo que no acaba de aprehender la polisemia del término y limita el sentido concreto por el que creemos que resulta relevante para el análisis de las demandas de transformación de las prácticas diagnósticas y de cuidado de las personas trans planteadas desde la Red Internacional de Despatologización Trans. De hecho, quisiéramos destacar

[81] Para una más detallada explicación de la traducción del concepto de co-operación ver (Ortega Arjonilla, Romero Bachiller, e Ibáñez Martín 2014)

tres sentidos fundamentales que encerraría el término *shared doctoring* en el trabajo de Mol: 1) en primer lugar implicaría colaboración entre diferentes agentes en la práctica médica de intervención y cuidado; 2) en segundo lugar, implicaría un ejercicio práctico –manual, artesanal si se quiere- de hacer "apaños", de atender, resolver y "ajustarse" ante situaciones concretas mediante estrategias flexibles que se irían adaptando y componiendo con relación a los requerimientos específicos de cada intervención –lo que en otros lugares Mol identifica como *tinkering*- (Mol, Moser, y Pols 2010); y 3) por último, el término implicaría un ejercicio de reconocimiento de saberes no sólo en la parte de los profesionales médicos, sino también en la de las personas trans implicadas, reconocimiento que re-articularía y tendería a "democratizar" el modelo de relación entre médicos y pacientes. Todo ello permitiría el desarrollo de una "lógica de cuidado" donde las responsabilidades no se vincularían de forma exclusiva a un paciente que elige –"lógica de elección"- o a un profesional médico que sabe – reproduciendo el modelo médico tradicional que situaba a los pacientes como meros objetos silentes de intervención o como informadores "poco fiables".[82]

Como veíamos en la cita anterior, Mol (2008) plantea una oposición entre una "lógica del cuidado" –inscrita en ese ejercicio de compartir los cuidados e intervenciones- y una "lógica de la elección" asentada en el modelo individualista liberal que toma como figuración a la ciudadana

[82] Sobre la fiabilidad de los pacientes como informantes ver el análisis de las diferentes versiones del SOC que realizo en "Estándares, clasificaciones y tecnologías de género", segundo capítulo de este trabajo. En concreto, a este respecto las afirmaciones realizadas en los SOC versiones 1 a 4 sobre la necesidad de acudir a otras personas cercanas para que ratifiquen lo planteado por las personas trans en el cumplimiento de la llamada "experiencia de la vida real", y en las versiones 5 y 6, al justificar la necesidad de reconocer la existencia de una variabilidad de vivencias de las personas trans ante la constatación de que las personas trans reproducían el modelo médico establecido para garantizar la intervención de los profesionales que sólo trataban a aquellas personas que respondían a ese modelo. En este caso, la no fiabilidad, se derivaría de un modelo proyectado como verdad por encima de las experiencias concretas (WPATH 2005).

independiente con capacidad de consumo[83]. Según señala, la lógica de la elección acabaría por situar las preferencias individuales –la elección individual- por encima de los criterios médicos, invirtiéndose así las jerarquías tradicionalmente asentadas en la relación médico-paciente, lo que podría, eventualmente resultar problemático al no garantizar un cuidado adecuado. Pero esta descripción de esta "lógica de la elección" parte de la consideración de pacientes que tienen de hecho reconocida su posición de ciudadanía y capacidad de elección. Sin embargo, en el caso de las personas trans, el acceso a la ciudadanía no sólo no está garantizado, sino que, en muchas ocasiones, las legislaciones que se emplean para el reconocimiento del cambio registral de nombre y sexo –como es el caso de la Ley 3/2007 de 15 de marzo, en el estado español- requieren de un diagnóstico y tránsito médico para alcanzar el reconocimiento –en el caso del estado español esto implica un diagnóstico de trastorno de identidad de género (según el DSM IV-R) y dos años de tratamiento. En ese sentido, los profesionales de la salud acaban ostentando la potestad de garantizar o excluir del completo ejercicio de la ciudadanía, por cuanto, la no correspondencia entre los documentos legales y el aspecto se convierten, en ocasiones, en enormemente limitantes de cara a ejercer los derechos de ciudadanía, además de favorecer situaciones de abuso y discriminación efecto de la transfobia.

[83] EJ González-Polledo realiza un interesante acercamiento al trabajo de Annemarie Mol (2008) sobre la tensión entre la "lógica del cuidado" y la "lógica de la elección" en su artículo "'No sé qué otra cosa podría ser': medicina entre la elección y el cuidado en la transición FTM" (González-Polledo 2010) que sin duda constituye un antecedente a nuestra lectura; sin embargo, no señala las formas específicas en que se articulan elección y cuidado en la caso trans y cómo tienden a invertir la lógica que identificaría Mol, por la que en ocasiones la elección no permite un buen cuidado. Tal como argumentamos en este trabajo entendemos que en el caso trans la situación es la inversa, al no estar garantizados los derechos de ciudadanía de las personas trans, que requieren del "visto bueno médico" –vía diagnóstico y tratamiento- para acceder al reconocimiento de su identidad de género en los documentos oficiales.

Así pues, la apelación de los colectivos trans, y en concreto en el análisis que aquí realizamos, las demandas de la Red Internacional por la Despatologización Trans se centran en movilizar un discurso de los derechos humanos que reconozca la autodeterminación de la posición de género como derecho social básico, según recogen los Principios de Yogyakarta (2007)[84]. En este caso, por tanto, la posición de ciudadanía que daría acceso a una lógica de la elección no estaría garantizada, y la demanda de la autonomía y la elección se convierten en los marcos de posibilidad desde donde poder reclamar una "lógica de cuidado". Sobre todo porque si bien Mol advierte que "los ciudadanos no sufren por sus cuerpos. Pero los pacientes sí." (Mol 2008: 30), en este caso la elección y la autonomía se proyectan no desde una posición de ciudadanía que obvia la corporalidad en el modelo de sujeto autónomo y racional, sino precisamente en un ejercicio de reivindicación del cuerpo. Es el cuerpo el que se convierte en campo de batalla y figura de intervención. Es más, a las personas trans les resulta sumamente difícil obviar su cuerpo. Especialmente porque en muchas ocasiones se vuelve alucinatoriamente visible como hemos podido recoger en algunas entrevistas con activistas trans:

> Activista: Sí. Entonces el proceso (silencio) Bueno, en mi caso coincidieron varias cosas. Uno, yo vivía en [...], la verdad es que mis relaciones sociales eran muy difíciles y muy frágiles, también presentaba un aspecto físico muy cuestionador, muy andrógino, y entonces ya eso, bueno, pues eso es un hándicap para que te dejen en paz y bueno también, en relación con eso, para que tú estés en paz contigo misma. [...]
>
> Entrevistadora: Un estigma…
>
> Activista: El estigma, y… Sí, no sólo el estigma sino directamente el cambio a nivel de percepción que los demás van a tener de ti, eeh… los desajustes y las tensiones que los demás van a tener con respecto a ti [...]. [M_ACTV_2: Mayo de 2010]

[84] Para un análisis más amplio de la movilización del discurso de los derechos humanos en la demanda de la despatologización trans ver Suess (2010).

Una sobre-visibilización efecto de la poca tolerancia a la diversidad y la transfobia, y que tiende a movilizar el estigma, el prejuicio, la discriminación y en ocasiones la agresión:

> Activista: Porque ahora estoy mucho más consciente. Durante mucho tiempo he tenido la sensación de ser invisible. Porque claro, a mis amigas les decían, "eh, tú, chochito", o lo que fuera, pero a mi no, eso no me ha pasado jamás, ¿sabes? El sexismo cotidiano a mi no me ha tocado casi.
> Entrevistadora: ¿No?
> A: No, no. Muy poco y siempre he tenido las sensación de que yo podía volver a mi casa a las 4 de la mañana andando porque a mí nunca jamás me iba a pasar nada. Y ya no lo tengo tan claro. O sea, esa sensación de ser invisible, me parece que es todo lo contrario. Que soy excesivamente visible, que me ve todo el mundo.
> E: ¿Y puedes poner algún punto de inflexión? [...] ¿Ha habido un click?
> A: Hombre, una agresión es un clic. [...] Porque yo pienso que la gente me ve de una determinada manera y de pronto me doy cuenta que no, y empiezo a hablar con gente y me doy cuenta que no, que es que se me ve mucho. [M_ACTV_1: Abril 2010]

En este caso, podríamos argumentar, el reclamar una lógica de la elección se convierte en el requisito sobre el que poder esbozar una reconfiguración de las relaciones en el marco del cuidado a las personas trans que permita alcanzar una "co-operación" –*shared doctoring*- para desarrollar una adecuada lógica de cuidado. En este sentido, tal vez, deberíamos considerar que, más que hablar de "lógicas" tendríamos que considerar cuáles son las formas concretas en las que una atención y un cuidado adecuados son posibles, y para ello, tal vez resulte difícil apuntar a lógicas genéricas y se haga necesario un análisis específico de las situaciones concretas, como en este caso hemos desarrollado en torno a la despatologización y rearticulaciones del cuidado en el caso trans.

Paradójicamente, la reconfiguración de los cuidados y la democratización de los actores implicados en el proceso tal y como se

propone en la *Guía* parte de la base del empoderamiento y el cuestionamiento de la posición de privilegio en la que se encuentran los profesionales que realizan el diagnóstico en la actualidad. Son los profesionales de la salud mental los que ceden gran parte de su privilegio (o de su situación privilegiada) y han de realizar el ejercicio de co-operación en la Guía y no tanto el resto de los profesionales. Esto es así porque se interpreta que el poder sobre el ejercicio legal de *passing* lo tienen estos profesionales de la salud mental que, en la actualidad son los que examinan al paciente y dictaminan el diagnóstico de "disforia de género" preceptivo tanto para comenzar el tratamiento médico - hormonal y/o quirúrgico - como para conseguir el cambio legal de acuerdo a la ley (*LEY 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas.* 2007).

4.4.4 La cajanegrización de los procesos de hormonación y cirugía.

En el ejercicio de resituar el discurso trans lejos del ámbito de los trastornos mentales y por tanto lejos de la psicopatologización, los activistas de la Red han potenciado un nuevo modelo que se basa en la inclusión de más actores sociales concernidos, el reconocimiento de las exclusiones que el modelo actual produce y el cuestionamiento de las prácticas de diagnóstico que se daban bajo los auspicios del SOC-6. Sin embargo, o quizá por la propia necesidad de distanciarse de un modelo que consideraba a las personas trans enfermos mentales, con toda la carga simbólica y material que esto conlleva, la *Guía* (2010a) ha sido bastante menos enérgica a la hora de cuestionar los tratamientos hormonales y las cirugías.

A este respecto, la falta de un cuestionamiento más crítico de la *Guía* hacia los tratamientos hormonales y quirúrgicos me recuerda la brillante observación de Donna Haraway en su célebre artículo «"Género"

para un diccionario marxista: la política sexual de una palabra» sobre el paradigma de la identidad de género en su versión de la distinción entre naturaleza y cultura. Haraway apunta que si bien el feminismo de la *segunda ola* hizo su trabajo al señalar la lógica binaria del par naturaleza/cultura, no hizo el mismo esfuerzo por realizar una crítica en el mismo sentido al par sexo/género por cuestiones de estrategia política:

> Las feministas de la segunda ola criticaron pronto la lógica binaria de la pareja naturaleza/ cultura, incluyendo las versiones dialécticas de la historia marxista-humanista de la dominación, de la apropiación o de la mediación de la "naturaleza" por el "hombre" a través del "trabajo". Pero aquellos esfuerzos dudaron en extender del todo su crítica a la distinción derivativa de sexo/género, la cual era demasiado valiosa para combatir los omnipresentes determinismos biológicos constantemente desplegados contra las feministas en las luchas políticas urgentes sobre las "diferencias en el sexo" en las escuelas, en las casas editoriales, en las clínicas, etc. Fatalmente, en este clima político reprimido, aquellas críticas tempranas no se centraron en historizar ni en revitalizar culturalmente las categorías pasivas de sexo y naturaleza. [...] En el esfuerzo político y epistemológico por sacar a las mujeres de la categoría naturaleza y colocarlas en la cultura como objetos sociales construidos y que se autoconstruyen dentro de la historia, el concepto de género ha tendido a permanecer en cuarentena para protegerse de las infecciones del sexo biológico. (Haraway 1995, 226-227)

En este análisis se pone de manifiesto que la Red de Despatologización hace en la *Guía* un ejercicio político en el que desmonta la construcción cultural de lo trans asociado al trastorno psíquico pero por el camino y precisamente por cuestiones de estrategia política ha dejado prácticamente incuestionado el carácter cultural de las prácticas hormonales y quirúrgicas de normalización binaria del cuerpo en la biomedicina. En este sentido, entiendo que las prácticas biomédicas de hormonación y cirugía de reasignación (CRS) han permanecido – parcialmente -

cajanegrizadas también en esta crítica versión de las prácticas de cuidado que es la *Guía*.

La "teoría del actor-red" (ANT) acuñó el término "cajanegrización" para referirse a las tecnologías que permanecen incuestionadas o naturalizadas (Latour 1987; 1999). En *Pandora's Hope* (1999), Bruno Latour define la cajanegrización como:

> La forma en la que el trabajo científico y técnico se hace invisible por su propio éxito. Cuando una máquina funciona eficientemente, cuando una *cuestión de hecho* es asentada, uno sólo necesita centrarse en sus aportaciones (inputs) y sus resultados (outputs) y no en su complejidad interna. Entonces, de manera paradójica, a mayor éxito de la ciencia y la tecnología más oscura y opaca se convierte. (Latour 1999, 304)

En el caso de la *Guía de buenas prácticas* (2010a) asistimos al despliegue de una estrategia nueva y compleja desde la que tratar las cuestiones de salud relacionadas con la población trans basada en la autodeterminación de las personas trans a la hora de decidir cómo encauzar el proceso y qué necesidades han de ser cubiertas por el sistema sanitario público en el estado español. Sin embargo, en esta rearticulación de la demanda de intervención encontramos que la apertura del proceso se produce únicamente respecto a las intervenciones psicológicas y los procesos diagnósticos; a la hora de trazar nuevos itinerarios de atención en los que las redes comunitarias tienen un papel destacado, y en la necesidad de firmar consentimientos "verdaderamente" informados previos a las intervenciones biomédicas sobre el cuerpo – ya sean estas hormonales o quirúrgicas.

En la propuesta de la *Guía*, la comprensión de la dimensión social de la problemática relacionada con lo trans, el conocimiento de las redes comunitarias organizadas en torno a esta cuestión, así como la información sobre los distintos tratamientos posibles y de sus riesgos y beneficios deben

ser los requisitos previos a la firma de los consentimientos informados (Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español 2010a, 28-29). Aquí, de nuevo la *Guía* se diferencia de los consentimientos informados que se utilizan en la actualidad en el tratamiento biomédico de las personas trans en el sistema nacional de salud del estado; en éstos se hace referencia al proceso hormonal y quirúrgico pero en ningún momento a otros aspectos psicosociales.

Pero ¿Qué sucede con los procesos de tratamiento hormonal y con las intervenciones quirúrgicas en la *Guía*? Entendemos que en la *Guía* se produce una tensión no resuelta entre la apertura de los procesos psicológicos y de diagnóstico, por un lado, y una simplificación de los procesos de hormonación y cirugía en la que las prácticas científicas relativas a estos procesos y los significados sociales sobre el sexo y el género asociados a dichas prácticas permanecen incuestionados.

En los procesos de hormonación se produce este fenómeno de caja negra en el que lo único importante son *imputs*, en forma de dosis de hormonas que se introducen en los cuerpos y *outputs*, en forma de resultados físicos visibles de estas dosis, o en palabras de los endocrinos, la masculinización o feminización de los cuerpos mediante los tratamientos hormonales. El mismo argumento es válido en el caso de las cirugías genitales; en este caso, el éxito se mide en función de unos resultados que se centran en la funcionalidad (hetero)sexual y coitocéntrica de los caracteres (re)construidos[85].

[85] En el caso de las cirugías de reasignación (CRS), la funcionalidad se tiene en cuenta especialmente en los casos de vaginoplastia ya que en la (re)construcción genital del falo en los casos de trans FtM la capacidad eréctil del neo-falo no se produce en la técnica conocida como faloplastia [referencias]; en el caso de la metoidoioplastia, técnica que consiste en liberar y estirar el clítoris que ha aumentado su tamaño previamente (normalmente) con la administración de testosterona, en la metaidoiplastia sí suele haber capacidad eréctil (si la intervención se ha realizado de forma correcta) aunque esta técnica ha sido denostada en la literatura (médica) por el tamaño del (neo)falo, calificado en la mayor parte de la literatura como micropene. (Ortega Arjonilla 2005, 53-57).

Hasta cierto punto, la idea de las hormonas como artífices del cambio, como "mediadoras" en el proceso (Latour 1993) se ve reflejada en los textos médicos pero también en algunas reflexiones activistas, especialmente en los trans FtM en los que se producen cambios físicos significativos tras un periodo de administración de testosterona.

En este sentido es paradigmática la sentencia de Moisés Martínez, activista trans masculino, cuando deja todo el peso del cambio percibido a las hormonas:

> Las hormonas son las verdaderas responsables de un cambio de sexo social, frente a la importancia que se le da a la cirugía. (Martínez 2005, 121)

Asimismo, entendemos que en muchos casos la autopercepción inicio del proceso "transexualizador" – en tanto que proceso médico, no como proceso social - comienza con la administración de hormonas y – en ocasiones - se (re)afirma con las diversas cirugías a las que las personas trans se han sometido/ por las que han pasado.

Respecto a las cirugías genitales, si bien desde la Ley 3/2007 ya no es necesaria legalmente la cirugía de reasignación para realizar el cambio registral en España, muchas personas trans siguen demandando estas cirugías y están de hecho incluidas en el proceso que se realiza en las UTIG del estado.

La cajanegrización de los procesos hormonales y quirúrgicos se puede leer entonces como parte del dispositivo biomédico para el control y normalización de los cuerpos, un dispositivo que trata de fijar las ideas culturales acerca de lo que deben ser los cuerpos y que con la tecnología como mediadora nos muestra – parafraseando a Dauder – la "maleable artificialidad del sexo natural y la sedimentada naturalización del género cultural" en el proceso (García Dauder 2006, 175).

4.5. Disidencias, desplazamientos e influencias

A lo largo del capítulo hemos visto cómo se formó y conformó la Red de Despatologización desde una posición muy crítica con la legislación vigente en el Estado y cómo esa unión precaria de personas y colectivos activistas desembocó en una Red cuyas influencias se han dejado sentir en diversos ámbitos relacionados con la salud y la legislación, tanto a nivel estatal como a nivel internacional, pero que también tienen que ver con nuevos espacios desde los que conceptualizar el cuerpo y la identidad.

En el caso del Estado español entendemos que hay un antes y un después marcado por la Ley 3/2007 y la Campaña por la Despatologización que ha tenido influencias más o menos claras hasta el momento presente. Si bien en el momento en que se lanzó la campaña por la despatologización esta era una postura minoritaria dentro de los colectivos y asociaciones de transexuales o LGTB, en la actualidad vemos que, de una forma bastante generalizada, las asociaciones han secundado las principales propuestas de la Campaña, especialmente la referida a la concepción de las identidades trans como no patológicas. Pero además, han surgido en los últimos años voces especialmente críticas no sólo con el concepto de transexualidad como trastorno mental sino también voces que se atreven a cuestionar(se) los procesos hormonales y quirúrgicos, y en este sentido a quebrar o abrir la caja negra de la transexualidad como objeto político en el que se dirimen las pugnas sobre el cuerpo.

Miquel Missé, activista trans y sociólogo, cuenta que se replanteó su propio proceso en parte a causa de una experiencia concreta, si bien hasta ese momento había tenido una idea bastante normativa acerca de la transexualidad y seguía el modelo estándar de proceso médico:

> En el año 2006 viajé al Forum Social Europeo de París. [...] Conocí a diversos activistas trans de la ciudad que me generaron muchas preguntas sobre mi propio proceso, especialmente uno de ellos, un chico trans del ya desaparecido GAT (Groupe Activiste Trans). Cuando me lo presentaron

> llevaba una camiseta negra en la que, en letras blancas y gigantes, estaba escrito: << PROUD OF MY VAGINA>> (Orgulloso de mi vagina). [...] Lo que me impactó fue que yo no sabía que existían hombres trans que viviesen toda su vida con sus genitales, y todavía menos que estuviesen orgullosos de ellos. No formaba parte de lo posible en mi imaginario. [...] Las reflexiones que vinieron detrás de esa camiseta y de muchas otras anécdotas explican en gran parte porqué todavía no he pasado nunca por un quirófano. (Missé 2013, 105-106)

En la misma línea, desde el colectivo activista de Barcelona *Cultura Trans* se ha trabajado con la idea de plantear un debate público sobre lo que significa la hormonación, en este caso para trans FtM y han sido capaces de plantear públicamente las preguntas que muchas personas trans se hacían en privado sobre los límites, efectos secundarios y posibles problemas de salud relacionados con la ingesta de hormonas,

> Los tratamientos médicos no son específicos de cada paciente sino que son específicos de cada médico. [...] Los hay que te recetan mucha dosis, los hay que te recetan poca, ... es decir, que cada médico tiene una pauta independientemente de quién tiene delante. (Mesa de Diálogo Trans sobre Testosterona, *Cultura Trans* 2012, intervención de Moisés Martínez)

una cuestión que por otro lado, parece difícil de plantear en el ámbito de la sanidad pública a los profesionales sanitarios de las UTIG por los testimonios algunos de los participantes en la mesa redonda sobre hormonación que el colectivo *Cultura Trans* celebró en el marco del Octubre Trans de 2012 en Barcelona:

> No me quiero quitar los ovarios. Si algún día quiero ser padre, quiero poder ser padre. También mi madre desde que tiene la menopausia tiene una osteoporosis más que severa, tanto que caminando se rompió la cabeza del fémur. [...] Si yo tengo esta predisposición para tener osteoporosis, pues quizá no me quiero quitar los ovarios para entrar en menopausia a los 25 años. Y le dices esto a tu médico, le dices: "No, es que yo no me quiero quitar los ovarios". Y te dice: "Bueno, como es la

primera visita no te voy a insistir pero vete haciéndote a la idea de que te vas a tener que quitar los ovarios". (Mesa de diálogo Trans sobre Testosterona, *Cultura Trans* 2012, intervención de Pol Galofre)

Respecto a lo que podríamos entender como la gobernanza de la medicina respecto a lo trans, quiero señalar los casos en los que considero que el carácter transformador de este tipo de activismo han tenido una influencia más marcada. A nivel internacional, es el caso de dos documentos fundamentales para la salud trans: la séptima versión del Standards of Care (SOC) de la WPATH y la quinta versión del DSM de la APA; en ambos resulta especialmente interesante el debate suscitado en torno a la terminología y a las políticas de inclusión y exclusión que han generado las nuevas versiones de ambos documentos-artefactos.

A nivel del Estado español hay que hacer referencia a algunas prácticas alternativas de cuidado que se están produciendo en diferentes lugares de la geografía estatal. Estas prácticas alternativas comparten entre sí el reconocimiento de la agencia de las personas trans en sus procesos de tránsito, situaciones concretas en las que detectamos el ejercicio de *co-operación* que examinábamos anteriormente al analizar la *Guía*.

En el año 2012 se puso en marcha un proyecto que tiene relación con una forma diferente de entender las prácticas del cuidado a las personas trans. El proyecto TRANSIT está radicado en Barcelona, pero tiene competencias para atender a personas de toda Cataluña. Es un proyecto que nació para cubrir, en principio, cuestiones de salud trans que no se tocaban en la UTIG, en la que sólo se atendía al proceso de tránsito y no tanto al seguimiento y las cuestiones relacionadas con salud sexual, reproductiva u otras cuestiones. Finalmente, el servicio se abrió en octubre de 2012 con dos profesionales sanitarias, una enfermera y una médica especialista en ginecología y obstetricia, y en tan solo un año ha tenido una muy buena acogida, atendiendo a las casi 90 personas que un año después tienen ficha abierta en el servicio. Tienen gran diversidad de perfiles, al

contrario que en las UTIG, y no tratan sólo las cuestiones que pensaban que iban a tratar en un principio. Uno de los datos más interesantes que presentaron en una mesa redonda en la que participaron, es que en su cruce de datos sobre los 80 primeros pacientes más de la mitad se habían auto-hormonado o se estaban auto-tratando. (Mesa redonda «La frontera del sexo. Género para las personas transgenerxs» 2013, intervención Eva Vela)

En la Comunidad de Madrid, profesionales sanitarios y asociaciones de personas transexuales descontentas con el trato y los cuidados de la UTIG de Madrid han establecido una red "informal" de cuidados y tratamiento a las personas trans que, por diversas razones no quieren realizar el proceso a través de la UTIG.

4.5.1 El SOC 7 y la Despatologización

La versión séptima del Standards of Care es un locus privilegiado para analizar la influencia de los colectivos activistas y en particular de la Campaña Internacional STP en foros expertos a los que con anterioridad no habían tenido acceso. El análisis pormenorizado de los protocolos de tratamiento (SOC) y diagnóstico (DSM) ya se ha realizado en otro capítulo de este trabajo por lo que no vamos a abundar en ese análisis, sino señalaremos cómo las posiciones en favor de la despatologización intervienen en la elaboración de las nuevas versiones de los protocolos.

En el caso del SOC, sabemos que la versión inglesa de la Guía, *Best practices guide to trans health care in the national health system* (2010b) se circuló entre los componentes del comité de la WPATH encargado de la nueva versión del SOC. Si bien es cierto que la guía que aquí hemos analizado no figura como referencia entre la bibliografía del SOC 7, hay algunos aspectos que denotan la influencia de ésta en el documento, especialmente la recomendación de la cobertura pública de la atención sanitaria trans-específica y el reconocimiento de los derechos de ciudadanía trans-específicos (Coleman et al. 2012, 1-4).

En general, la nueva versión del SOC hace un esfuerzo por flexibilizar los estándares de cuidado e incluir una gama más amplia de expresiones de género no normativas. Es muy reseñable la mención que se realiza abogando por la des-psicopatologización siguiendo una declaración anterior en esta línea del Consejo de la WPATH. Además, por primera vez se hace referencia explícita a "Gender Nonconforming people", que en la versión española se ha traducido como "personas con variabilidad de género" en un intento por hacerse eco de las nuevas denominaciones utilizadas no solo en el contexto médico-sanitario; también se sustituye el antiguo modelo de "terapia triádica" por "una variedad de opciones terapéuticas" se entiende que centradas en el "paciente", que van desde el acompañamiento y los recursos de las redes comunitarias, terapias foniátricas y de comunicación no verbal para mejorar las habilidades y la adaptación de la persona trans, vendaje de pecho, prótesis, cambios de nombre en los documentos de identidad (Coleman et al. 2012, 9-10).

Con todo, hay aspectos que continúan anclando los SOC a las versiones anteriores en los que la autonomía del paciente durante el proceso se ve minimizada por el papel preponderante del terapeuta que marcará los tiempos del proceso. En el mismo sentido, la descripción de los procesos en niños y adolescentes continúa con un marcado binarismo de género, del que parecía haberse desprendido cuando al principio del documento se hace referencia a las posiciones de género no normativas.

Todos los cambios significativos del SOC 7 mencionados están en la línea de las propuestas realizadas por el movimiento por la despatologización de las identidades trans, e incluso en algún caso – como el de la recomendación de la cobertura sanitaria pública[86] - coinciden con algunos de los objetivos señalados por la Campaña Internacional STP.

[86] A este respecto ver las "Reflexiones sobre el SOC-7" que se publicaron como documento de trabajo (Equipo de coordinación STP 2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization 2012).

4.5.2 Las controversias en el proceso de revisión del DSM-5

Los criterios diagnósticos sobre transexualidad se introdujeron en el DSM en la tercera versión del manual - DSM-III - por primera vez en 1980. En el DSM-III dentro del epígrafe de "Trastornos de la Identidad de Género" aparece la categoría diagnóstica de "Transexualismo" (American Psychiatric Association 1980, 261-264). En el DSM-IV (1994), la categoría diagnóstica "transexualismo" cambia a "Trastorno de la Identidad de Género" y se incluyen descriptores específicos para niños que en el DSM-III aparecían como una categoría diferente.

El anuncio de la fase final del proceso de revisión del DSM en 2007 y la publicación de una nueva versión, el DSM 5, prevista inicialmente para 2012 llevaron a los activistas en favor de la despatologización trans a elegir como nombre "Campaña Internacional STP 2012" para hacer referencia precisamente al año y al artefacto que mayor repercusión tiene en cuanto a considerar la transexualidad como un trastorno mental. Hay que recordar, que la clasificación internacional de enfermedades de la OMS sigue las pautas marcadas por el DSM en cuanto a salud mental se refiere por lo que el impacto del DSM no se circunscribe al ámbito de la APA, que sería estadounidense, sino que se disemina a nivel global.

El proceso de elaboración del DSM-5 y en concreto el grupo de trabajo sobre "trastornos sexuales y de identidad de género" despertó desde el principio bastantes suspicacias y críticas; esto provocó que la APA lanzase un comunicado en el que intentaba aclarar y explicar la apertura del proceso de debate y, al mismo tiempo, reforzar la apelación al carácter científico del proceso (American Psychiatric Association 2008). Ciertamente, y por primera vez, la APA abría el proceso de debate en la elaboración del DSM mediante la publicación de las discusiones y propuestas de los grupos de trabajo en la web preparada a tal efecto, pero, además, permitía la participación en el debate a personas y colectivos que

no pertenecían a los grupos de trabajo, ya que estas personas o colectivos podían enviar sus comentarios sobre las propuestas realizadas o sus propias propuestas a los grupos de trabajo a través de la web. Así, asistimos a la ampliación de los actores implicados en la elaboración del DSM-5 y la consideración de las personas trans y los colectivos activistas no ya como meros "pacientes", objetos silentes de la investigación y el diagnóstico, sino como sujetos con la experticia necesaria para dialogar con los tradicionalmente considerados expertos.

Fruto de esta política de inclusión en el debate sobre los trastornos sexuales y de género surge la controversia sobre la terminología: la sustitución de la categoría presente en el DSM-IV como "Trastorno de la identidad de género" – de la "identidad sexual" en su traducción oficial al español – por una nueva categoría que en un primer momento se denominó "incongruencia de género" en la versión del 10 de febrero de 2010 y que posteriormente se sustituyó por "disforia de género" en una segunda revisión el 4 mayo de 2011.

El término "incongruencia de género" causó estupor y grandes críticas – tanto en número como en contenido – por el fuerte cariz patologizador que tenía una denominación con la que aparentemente la APA quería hacer desaparecer la carga patologizadora que la expresión GID tenía en el DSM-IV, como se explicaba en la web de la APA:

> Se ha propuesto que el término "trastorno de la identidad de género" (GID) sea reemplazado por "incongruencia de género" (GI) porque este último es un término descriptivo que refleja mejor el núcleo del problema: una incongruencia entre, por un lado, la identidad que uno experimenta y/o expresa y, por otro lado, cómo se espera que uno/a viva basándose en su género asignado (normalmente en el momento del nacimiento)[...] En una encuesta reciente que realizamos entre organizaciones de consumidores para gente transgénero, algunos indicaron muy claramente su rechazo al término GID porque, desde su punto de vista, contribuye a

la estigmatización de su condición. (American Psychiatric Association 2010).

Como vemos en la definición sobre *Incongruencia de género* que hacía el grupo de trabajo de la APA, la categoría puede incluir perfectamente cualquier posición o expresión de género no normativa con lo que la categoría no sólo no desaparece, como se solicitaba desde algunas posiciones activistas y de profesionales médicos, sino que se amplia.

Desde la Campaña Internacional se criticó duramente esta nueva terminología porque consideraban que:

> las modificaciones terminológicas introducidas en el borrador, que con su lenguaje parecen querer recoger y capturar un discurso activista crítico, no suponen un cambio de fondo, sino una continuación y la ampliación de un modelo profundamente patologizante (STP 2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization 2010).

Las críticas a esta propuesta desde asociaciones y colectivos trans como STP 2012 o el GID Reform (STP 2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization 2010; Winters 2010) pero también desde asociaciones profesionales como la WPATH (De Cuypere, Knudson, y Bockting 2010) hicieron que el grupo de trabajo de la APA cambiase su propuesta y sustituyese la "incongruencia de género" por "disforia de género" en una segunda revisión publicada en la web el 4 de mayo de 2011 (American Psychiatric Association 2010).

El término "disforia de género" es el que finalmente tiene categoría diagnóstica en el DSM-5 y aunque con una tradición más consolidada en la literatura médica ha sido objeto de fuerte crítica también desde la Campaña Internacional STP por considerar que cualquier categoría relacionada con las expresiones de género ha de ser eliminada de los manuales de diagnóstico de enfermedades como el DSM o la ICD.

4.6. Comentarios finales

En este capítulo he mostrado cómo las prácticas situadas de un colectivo activista, la Campaña Internacional STP, están produciendo cambios en la conceptualización médica de la diferencia sexual así como en el tratamiento médico de los cuerpos trans.

Así, hemos visto que desde el inicio, en el Estado español los colectivos y activistas agrupados en la "Red por la despatologización de las identidades trans en el Estado español" se opusieron abiertamente a la Ley 3/2007, pues concebía la identidad de una forma en la que las personas trans tenían una posición subordinada ante los dictados de los especialistas médicos, los auténticos encargados de dictaminar la verdad sobre la identidad de las personas trans. Una verdad que aparece medicalizada en forma de trastorno mental paliable solo mediante la intervención tecno-médica sobre el cuerpo.

Desde este punto de partida, realizo la lectura de la Red de Despatologización como un "colectivo opositor" u oponente en términos de la modelización – ya clásica – de Callon y Rabeharisoa (2003). Sin embargo, y a diferencia de lo sugerido por estos autores en su artículo "Research in the Wild", nos encontramos con un colectivo oponente que no sólo se opone a la clasificación de las personas trans como "disfuncionales" o "poseedoras de un trastorno mental" sino que, a través del activismo y la investigación en salud, realizan una propuesta alternativa al modelo de medicalización hegemónico. En este sentido, podríamos leer también la *Guía de buenas prácticas* como un intento de desarrollar investigación "in the wild", o desde posiciones no hegemónicas [87] –

[87] En español y en otros contextos se han utilizado los términos "ciencia ciudadana" o "ciencia amateur", sin embargo, no me gusta su utilización porque supone que hay una forma original de hacer ciencia y estas pueden ser consideradas como "otras" formas o formas "menores" de conocimiento científico.

interpretando que la investigación científica se realiza desde un marco de conocimiento experto.

En cualquier caso, el activismo de la Red de Despatologización ha roto con la clásica división que en los estudios sociales de la ciencia se realiza entre conocimiento experto y lego, siguiendo el ejemplo de anteriores controversias en activismo sanitario LGTB, como el activismo respecto al VIH/SIDA en los Estados Unidos (Epstein 1995; 1996). En el caso de la Red y de la Campaña Internacional se insta además a atender las diferencias dentro de las propias prácticas médicas (Epstein 2004; 2007); ni todos los demandantes trans de cuidados son iguales – partiendo de la libre interpretación de la identidad - ni han de seguir el mismo tratamiento que tenga un punto de llegada determinado.

Estamos asistiendo en este caso tanto a una reconfiguración de las posiciones de enunciación que se encuentran legitimadas como resultado del proceso de expertización que hemos descrito anteriormente, como a una democratización del conocimiento sobre salud trans, ya que los colectivos activistas, que anteriormente eran meros objetos "silentes" de investigación se han convertido en sujetos activos y demandantes de un papel principal en la toma de decisiones sobre su propio proceso; pero además, proponen la ampliación de la red de cuidados a nuevos actores sociales – asociaciones, trabajadores sociales, especialistas en género - que si bien ya se encontraban en el proceso, no eran reconocidos como parte del mismo.

Hemos visto cómo la implicación de la Red de Despatologización en la producción de un nuevo objeto, la *Guía de Buenas Prácticas*, que entra en diálogo con los artefactos definidos hasta ese momento desde la comunidad médica (SOC, DSM, CIE) ha posibilitado pensar en un nuevo modelo de atención sanitaria co-operativo pero centrado en el "usuario" y en el que los profesionales sanitarios tendrían un papel de acompañamiento y asesoramiento más que de imposición de diagnósticos y secuencias de

tratamiento. Todo esto rearticula la propuesta originaria de Mol (2008), en una propuesta que parta de la demanda de una lógica de la elección – y no como Mol de una lógica del cuidado – para conseguir un buen cuidado, un mejor cuidado.

Sin embargo, en el ejercicio de conseguir el reconocimiento de sus saberes la Red de Despatologización ha optado por no cuestionar ciertos aspectos del proceso biomédico relacionado con lo trans – en especial la uniformidad de los procesos de hormonación y los significados culturales de las prácticas quirúrgicas, aspectos ambos que son muy relevantes y sobre los que se podrían plantear gran número de preguntas, como hemos visto en capítulos anteriores de este trabajo. Este es un movimiento que leemos como políticamente estratégico para intentar hacer de la *Guía de Buenas Prácticas* un documento lo más inclusivo posible respecto a las adhesión de las asociaciones, colectivos y personas trans – y no trans – al movimiento por la despatologización.

El lugar central que en este análisis le hemos dado a un objeto/artefacto, la *Guía de Buenas Prácticas*, nos permite vislumbrar las políticas de la diferencia sexual y las pugnas por el significado que se dirimen detrás de ese fascinante objeto que es la transexualidad (Law 2004; Law y Singleton 2005).

A modo de conclusiones

En este trabajo he indagado en las diferentes prácticas que hacen transexualidad, en diferentes momentos y lugares. También y fundamentalmente en el Estado español. Pero las prácticas que se actúan en la actualidad en el Estado serían otras sin una comprensión de cómo éstas se han articulado en el pasado. Es decir, son prácticas que se actualizan y reactualizan en el pasado y en el presente.

Las practicas y objetos que se actualizan en diferentes momentos temporales y que también viajan por espacios diversos, que aparecen y desaparecen, que privilegian la visión de ciertas políticas al tiempo que invisibiliza otras (quizá más importantes que las que nos permiten vislumbrar), este conjunto de características asociadas a un objeto es lo que ha sido definido como un "objeto de fuego" (Law y Singleton 2005). De ahí la estructura que ha ido dibujando este trabajo, en la búsqueda de ese objeto de fuego, la transexualidad.

Redes y ensamblajes

En Berlín, y por extensión, en la Alemania del periodo de entreguerras, la transexualidad (aunque en ese momento se la denominase travestismo) emerge en las redes de las políticas del "tercer sexo" y del movimiento por la reforma sexual. Magnus Hirschfeld, el fundador y creador del Instituto para la Ciencia Sexual de Berlín era uno de los máximos exponentes de la teoría del "tercer sexo", o de los "estados sexuales intermedios". La teoría del tercer sexo, en la formulación de Hirschfeld, consideraba que había una especie de continuo en las expresiones del cuerpo sexuado y no sólo las dos posiciones que la teoría de la diferencia sexual afirmaba. En este continuo, y enmarcado en los

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

llamados "estadios sexuales intermedios" se contenían a su vez múltiples posibilidades que Hirschfield clasificó en cuatro grupos: travestidos, hermafroditas, homosexuales y andróginos. Los estadios sexuales intermedios no eran considerados, en absoluto, como patológicos sino que eran variaciones naturales de la sexualidad humana. Para Hirschfeld, estas variaciones se explican en función de los niveles de "hormonas sexuales" que se encontraban en el organismo (Hirschfeld 1910). Tanto él, como el programa socio-político del Instituto para la Ciencia Sexual tenían esta teoría como hipótesis de trabajo.

Así, la transexualidad se produce como ensamblaje de las políticas del tercer sexo, los travestidos, las hormonas sexuales, el Instituto para la ciencia Sexual, la Liga Mundial para la Reforma Sexual, el Artículo 175 del Código Penal alemán, entre otros actores.

Este ensamblaje produce los dos elementos que actúan juntos para contrarrestar los efectos adversos de un rígido sistema de diferencia sexual: en primer lugar, la autoridad médica como valedora y garante del rol social y, en cierta medida, el estatus "legal" de "sujetos excéntricos" a las normatividades de género (De Lauretis 1999). En este sentido, en el Instituto se expedían los "certificados de travestismo" que servían a modo de salvoconducto para evitar las detenciones auspiciadas por el artículo 175 del Código Penal. Los médicos del Instituto se erigían como garantes del comportamiento social de "travestidos" a los que trataban – en tanto que pacientes[88] - en el Instituto. En segundo lugar, la intervención médico-científica sobre el cuerpo a fin de ajustarlo a las expectativas, pero no a las expectativas del tercer sexo sino a las de uno de los otros dos. Este ajuste de expectativas se realizaba a través de la administración de dosis de hormonas que se estaban produciendo sintéticamente, ya en aquel momento, tanto en el Instituto como fuera de él.

[88] Esta paradoja en relación a la tensión que se deriva de la categorización como pacientes o usuarios se reproduce a lo largo de todo el trabajo.

Este ensamblaje llamado transexualidad va mutando hasta la actualidad aunque manteniendo los dos elementos fundamentales, autoridad médica como sancionadora social e intervención médica sobre cuerpo. Asimismo, la diferencia de actores implicados ha marcado que los efectos producidos hayan sido diferentes. Este es el caso de la trasposición a Estados Unidos de parte de las prácticas llevadas a cabo en el Instituto. Si bien se mantuvo la idea de la primacía de la autoridad médica como sancionadora y de la intervención médica sobre el cuerpo, las prácticas que se comenzaron a producir en Estados Unidos con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial distaban de las producidas en el Instituto, ya que no estaban ni fundamentadas, ni inscritas, ni auspiciadas por la teoría del "tercer sexo" y sus políticas. En Estados Unidos, estas prácticas se reinscriben en el marco biopolítico de la diferencia sexual en el que la finalidad última de la intervención sobre los cuerpos es la normalización y la construcción progresiva de lo que hemos dado en llamar "figuraciones habitables" concretas, esto es, varones o mujeres concretos.

Desde este punto, este trabajo viaja, se desplaza tanto temporal como geográficamente. La intención de este desplazamiento es seguir el rastro de los lugares que se han considerado tradicionalmente como pioneros en las prácticas médicas que producen o reproducen la división de las dos grandes categorías del sistema de sexo/género, la división en dos posiciones posibles y solo dos. En este viaje he asistido, a través del estudio de los textos, a la emergencia de un concepto familiar para las que estamos relacionadas, de un modo u otro, con la teoría feminista, el concepto de *género*. Buscando en algunas de las direcciones concretas hacia las que apuntaba Haraway hace ya más de dos décadas:

> La historia de las nuevas formulaciones políticas del género por parte de las feministas occidentales posteriores a 1960 deberá pasar a través de la construcción de significados y de tecnologías del sexo y del género en las ciencias biológicas normalizadoras, liberales, intervencionistas y

> terapéuticas, empíricas y funcionalistas, sobre todo en los Estados Unidos, incluyendo la psicología, el psicoanálisis, la medicina, la biología y la sociología. (Haraway 1995, 224)

Y es que a partir de la década de los cincuenta, y fundamentalmente en las universidades y centros de investigación de Estados Unidos se va produciendo, y al mismo tiempo incorporando, el concepto de género en el contexto de las prácticas relacionadas con pacientes intersexuales. El concepto, desarrollado por Money y los Hampson (1955b; 1955a; 1956; 1957) en estrecha colaboración entre el psicólogo y los psiquiatras, por un lado, y los especialistas de endocrinología pediátrica del Johns Hopkins para intersexuales, por otro, es rápidamente aplicado en la producción médica de la transexualidad.

Así, en los años sesenta el género, o mejor, la identidad de género se había convertido en un "hecho duro" de la ciencia conductual sin el cual, a partir de ese momento, no se podrá entender la medicalización de la diferencia sexual. En este sentido, la "identidad de género", definida como la convicción de pertenencia a una de las dos posiciones sexuadas posibles (mujer o varón) en el sistema de dos sexos, se convirtió en la coartada necesaria para intervenir en los cuerpos en los que ésta – la identidad de género – no se correspondía con el sexo asignado médicamente en el momento del nacimiento. Es decir, en manos de los científicos conductuales, el *género* se convirtió en la herramienta que hizo posible el reforzamiento y la solidificación de las dos categorías de la diferencia sexual (varón y mujer) en el campo de lo social.

Al mismo tiempo, la "identidad de género" o como vino a definirla Stoller, la "identidad *esencial* de género" que sólo podía obedecer a una de las dos posiciones del sistema de diferencia sexual, se podía – según el propio Stoller – desvelar o revelar por medio de la práctica clínica. Sólo mediante esta práctica clínica (de análisis de la conducta) se podía discernir quién era un "transexual verdadero", aquellos en los que "realmente" la

identidad de género no coincidía con el sexo asignado médicamente en el momento del nacimiento, que además presentaba – siempre según Stoller – unas características muy concretas, entre ellas, que la "identidad de género" se vislumbrase desde etapas muy tempranas, que repudiase su cuerpo, que no hubiese llevado una vida adulta con aceptación de los roles de su género de adscripción y especialmente que no hubiese disfrutado nunca de su sexualidad. Esta idea del "verdadero transexual" que se asentó a mediados de los años sesenta, y que defendieron Stoller y Benjamin entre otros, ha fijado socialmente la figura del "transexual verdadero", la ha enlazado al concepto de enfermedad o trastorno y señalado a los profesionales que pueden discernir qué personas tienen un "trastorno", quiénes no lo tienen y sobre qué cuerpos hay que intervenir para conseguir la normalización y adscripción al modelo de diferencia sexual. La transexualidad, en tanto que objeto biomédico en la segunda mitad del siglo XX, no se puede entender sin el concepto de "identidad de género".

En el mismo capítulo en el que he analizado la producción de la identidad de género como concepto fuerte en las prácticas médicas de reasignación de sexo, he examinado cómo la transexualidad se constituye en objeto privilegiado de la biomedicina al tiempo que tecnología de género, en el sentido de tecnología productora de género. Para este minucioso examen, que tras rastrear la literatura estaba pendiente de realizar, me he centrado en la exploración de dos conjuntos de documentos que he tratado como actores en relación simbiótica, los SOC en sus diferentes versiones – 1 a 7 – y los DSM desde la introducción de la transexualidad en el DSM-III hasta la reciente actualización en el DSM-5. En el caso que nos ocupa, la producción de la transexualidad como objeto biomédico no puede ser más evidente: los estándares exitosos nos imponen sistemas clasificatorios (Bowker y Star 1996).

A raíz del estudio diacrónico de estos dos conjuntos de documentos vemos que la transexualidad ha sido producida en tanto que objeto

biomédico y se ha sedimentado a través de prácticas concretas de estandarización y clasificación. La secuencia de intervención que se impuso desde los primeros momentos y que posteriormente se denominó "triada clínica" comprendía diagnóstico psiquiátrico, hormonación y cirugía. Esta secuencia se venía realizando, al menos, desde mediados de los años sesenta. A principios de los años ochenta del siglo XX esta secuencia de intervención se ve refrendada por medio de su fijación como *práctica estandarizada* en el SOC y su inclusión en el sistema clasificatorio de trastornos mentales, el DSM-III.

En este trabajo propongo que en el momento en el que la "transexualidad" entra a formar parte del DSM-III se fijaron los límites de la consideración de ciertas identidades como "identidades patológicas", pero al mismo tiempo, se redefinieron los límites de la "normalidad" en cuanto a la "identidad de género". Así, mediante su inclusión en el DSM-III la transexualidad pasa a constituir un nuevo tipo de objeto científico, un "objeto frontera" (Star 1989; 2010; Star y Griesemer 1989), que a través de su propia clasificación marca los límites de la "normalidad" sexual y de género para todas las personas, sean o no *trans*.

Pero además, por medio de su estandarización a través del SOC y su clasificación en el DSM (y en la CIE), la transexualidad se ha erigido en una genuina tecnología de género (De Lauretis 1987), que produce y reproduce identidades alineadas con el sistema de dos sexos y que al mismo tiempo tiene efectos paradójicos al crear grietas y fisuras en el sistema de la diferencia sexual. Un primer efecto paradójico se produce por la fijación de estereotipos de género a través de las prácticas concretas de diagnóstico e intervención médica sobre el cuerpo, mientras que paralelamente estas mismas prácticas médicas de intervención sobre el cuerpo producen una evidente desestabilización del modelo de diferencia sexual al ampliar los márgenes de la "normalidad" respecto al género y nuevas posiciones que antes eran consideradas no coherentes o "abyectas" (Butler 1990) son

ahora leídas como coherentes en términos de género dentro del sistema de diferencia sexual.

Un segundo efecto paradójico se produce al actualizar los estándares de intervención vigentes, por ejemplo a través del SOC 7. Al intentar actualizar la vigencia de los protocolos de cuidado se han abierto fugas en la secuencia de intervención, la *triada clínica*. Estas fugas han ayudado a producir la desestabilización de un modelo que asentaba uno de sus pilares en una ficción reguladora: la adscripción de unas ciertas formas anatómicas a una posición en el sistema sexo/género. Al romper con el modelo triádico, unas prácticas creadas para conseguir la correspondencia y estabilización de las formas anatómicas a una de las dos posiciones de género (mujer o varón) han producido formas anatómicas que son no-coherentes con el sistema de diferencia sexual (hombres con vagina, mujeres con pene). Paradójicamente entonces, la estabilización de las formas anatómicas a través de las prácticas de intervención ha producido una desestabilización del modelo.

Sobre cuidados y lógicas confrontadas

A partir de este punto, el trabajo toma un nuevo giro. Si en los dos primeros capítulos he rastreado la emergencia y desarrollo de la transexualidad como objeto de las prácticas biomédicas, los dos siguientes capítulos suponen el giro hacia las prácticas situadas y concretas que se están dando en la actualidad en el Estado español. En el contexto de estas prácticas situadas todo un segundo conjunto de conclusiones pueden ser extraídas. Todas ellas pueden agruparse a su vez como los efectos de las tensiones, resistencias, desplazamientos y exclusiones que la práctica biomédica produce.

En primer lugar, cabe destacar un desplazamiento en la posición central tanto en el discurso como en las prácticas de las cirugías de reasignación. Si durante años se ha entendido, no solo en el contexto

español, que las cirugías de reasignación suponían la culminación del proceso enmarcado en la "triada clínica" – diagnóstico psiquiátrico, hormonación, cirugía -, a partir de la entrada en vigor de la Ley 3/2007 las cirugías pierden el peso específico que tenían a la hora de marcar el proceso legal. De nuevo hay que recordar que, previamente a esta ley, las personas trans debían litigar con el estado y cada caso era examinado individualmente debiendo, además, aportar certificación de que se habían sometido a las cirugías de reasignación, y siendo sometidas de nuevo al escrutinio de un médico forense que certificase las cirugías, para poder optar al cambio legal de nombre y mención de sexo.

De esta manera, también hemos de entender la Ley 3/2007 como producto de la tendencia que ya se marcaba en los protocolos internacionales de tratamiento, fundamentalmente en el SOC-6, en el sentido de no entender la "triada clínica" como el único tratamiento posible en la medicalización de la transexualidad. Una tendencia global con efectos particulares, uno de los cuales es, bajo mi punto de vista, la Ley 3/2007.

En cualquier caso, lo que la ley produce son efectos reales sobre las vidas y las prácticas de salud trans. Unos efectos que, como señala John Law en *After Method* (2004), no han de ser coherentes e incluso podemos entender como contradictorios. Por un lado, la ley solidifica la idea de necesidad de medicalización de las identidades no normativizadas, que sólo se entienden como un trastorno, como una patología. Sin embargo, y al mismo tiempo que trata de fijar normatividades respecto a la identidad, ofrece fugas – probablemente no deseadas desde el punto de vista de los legisladores – al abrirse a la posibilidad de que cuerpos considerados *Otros*, considerados abyectos en términos de Butler (1993), tengan una posibilidad de adquirir el estatus de ciudadanía.

Pero como apuntaba anteriormente con respecto a la práctica quirúrgica, vemos cómo una práctica discursiva – la ley 3/2007 – hace

perder el estatuto de garante del control biopolítico a las cirugías de reasignación.

En segundo lugar, las UTIG se han constituido en los últimos años como un actor fundamental ya que ofrecen la posibilidad de realizar la monitorización del proceso médico de tránsito, la "medicalización de la migración de género" utilizando el término de Hirschauer (1997), a través del Sistema Nacional de Salud, esto es, a través de la sanidad pública. Sin embargo, este acceso es desigual en el Estado ya que ni todas las comunidades autónomas disponen de este servicio, ni todas tienen acuerdos con comunidades en las que sí está disponible, ni los requisitos de acceso son los mismos en todas[89]. Además, como hemos visto no todas las UTIG ofrecen el mismo tipo de servicios. En cualquier caso, las UTIG, al importar el modelo de los Países Bajos, mantienen la idea de un proceso en tres fases, es decir, se mantienen en la idea de un proceso biomédico triádico, si bien es cierto que habría que realizar un estudio más profundo de cada una de ellas en tanto que actor concreto para ver si en todas las UTIG se cumple esta afiliación al modelo triádico, en el caso de las tres de las que tenemos datos de campo, Madrid, Barcelona y Málaga, esta afiliación es un hecho.

Al mismo tiempo, las UTIG se han erigido en valedoras de un modelo que considera a los usuarios de las mismas como pacientes pasivos, como objetos silentes de investigación en la antigua concepción paternalista de la autoridad médica (Coulter 2002). Frente a este "modelo UTIG", fundamentalmente desde la sanidad privada – pero también desde algunos lugares concretos de la sanidad pública, se ha entendido de una forma

[89] Además, hay que tener en cuenta las restricciones a la universalidad de la sanidad pública en el contexto de crisis socio-económica, políticas de austeridad y de recorte de gasto y servicios públicos auspiciado especialmente por el gobierno del Partido Popular desde su triunfo en las elecciones generales de 2011. En este sentido, no todos los ciudadanos tendrían garantizado su acceso a los servicios de las UTIG y este dependería de si tienen o no cobertura en el sistema de salud, amén de otros requisitos.

diferente la relación médico-paciente. Se ha entendido al usuario/a en estos casos como "paciente activo/a" con capacidad de elección sobre su propio proceso en la versión de la economía de mercado en el ámbito de la salud, lo que Mol define como la *lógica de la elección* (Mol 2008).

Sin embargo, a diferencia de la tesis central de Mol (2008) que contrapone esta *lógica de la elección* a la *lógica del cuidado*, en este trabajo afirmo que en el caso de las prácticas médicas relacionadas con lo trans, la lógica de la elección hace que el cuidado hacia las personas trans atienda más concretamente a sus necesidades. En el caso de la sanidad privada porque el usuario se convierte en cliente, aunque de nuevo encontramos una atención sanitaria no disponible para todas las personas, solo para quien pueda pagarlo. En otros casos, dentro de la sanidad pública porque tanto los profesionales sanitarios como las personas trans han entendido que las necesidades de cuidado y tratamiento forman parte de un proceso de saberes compartidos en el que todos los participantes en la cadena de cuidados aportan conocimientos específicos y complementarios.

En cualquier caso, son prácticas que problematizan y relativizan la oposición radical entre lógica de la elección y lógica del cuidado que realiza Mol.

Por otro lado, este desajuste en la concepción y conceptualización del proceso de medicalización de la transexualidad entre usuarios y profesionales que trabajan en cuestiones de salud trans está produciendo no pocas tensiones, desplazamientos y cambios en las prácticas de salud trans. Estos cambios y desplazamientos se pueden rastrear en diferentes lugares, si bien en este trabajo nos hemos centrado en el rastreo de estos desplazamientos en la producción de los estándares y clasificaciones, por un lado, y en los desplazamientos realizados por la irrupción del activismo sanitario y sus propuestas en los debates y discusiones sobre la producción de estos estándares así como en las prácticas mismas.

Activismo en salud trans

En los últimos veinte años, los estudios CTS han puesto su foco más allá del laboratorio y han fijado su atención en el fenómeno más amplio del compromiso de la ciencia y la tecnología con el público, en cómo se articula la relación entre ciencia y público. Dentro de este giro, que algunos han denominado la "tercera ola de los estudios de la ciencia" (Collins y Evans 2002), los trabajos sobre qué diferencia al conocimiento experto del conocimiento lego, y en concreto sobre los grupos de pacientes y los movimientos organizados en torno a las cuestiones de salud han ganado peso y han sido objeto de creciente interés dentro de la comunidad CTS. Este mayor peso dentro de los CTS se ha debido también a que los estudios sobre organizaciones de pacientes o activismo sanitario son claves para comprender los procesos por los cuales los cuerpos, las enfermedades o la vida en sí misma están siendo reorganizados por los desarrollos de la biomedicina en los últimos años (Epstein 2008).

Este es el marco en el que he situado el último capítulo de este trabajo "El potencial transformador del activismo trans". Parto del análisis de la Campaña Internacional STP como *organización oponente* en base a la categorización realizada por Callon y Rabeharisoa (2003) sobre la tipología de las asociaciones de pacientes en tres tipos: *asociaciones auxiliares*, las que apoyan el proceso de investigación biomédica y que proveen de apoyo social a los "pacientes". Las *asociaciones colaboradoras*, que son para estos autores las que juegan un papel más importante en la investigación biomédica, ya que indican posibles líneas de investigación, aportan fondos y generan mecanismos que potencien la construcción de identidades sociales basadas en ciertas condiciones. Por último, las *asociaciones oponentes* u *opositoras* que, en esta clasificación, simplemente se oponen a cualquier definición de su condición proveniente de la comunidad científica y médica y que sitúan su identidad en el centro y no en términos de "enfermedad" o "condición" (Callon y Rabeharisoa 2003, 195).

Atendiendo a esta tipología, la Campaña Internacional STP se puede tipificar como *asociación oponente* ya que parte de negar que las identidades trans sean una enfermedad o condición y abogan por su despatologización y su salida del manual de diagnóstico de trastornos psiquiátricos en su última edición, DSM-5. Sin embargo, al analizar en profundidad la Campaña Internacional STP vemos que, al contrario de la afirmación de Callón y Rabeharisoa respecto a las asociaciones opositoras, en el sentido de que simplemente se oponen a la investigación médica y científica, la Campaña Internacional STP no sólo se opone sino que desarrolla una propuesta alternativa al modelo biomédico dominante.

Desde esta perspectiva, habría que prestar más atención a este tipo de organizaciones en la modelización de Callon y Rabeharisoa ya que algunas características que se atribuyen a las organizaciones colaboradoras, como el desarrollo de un tipo de investigación "in the wild", es desarrollada en este caso por la Campaña Internacional STP en la *Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a las personas trans en el marco del sistema nacional de salud* (2010a).

Pero es que además de suponer una reconfiguración del modelo tipológico de organizaciones de pacientes, en este caso, la Campaña Internacional STP supone la ruptura de la división tradicional de los estudios CTS entre conocimiento experto y conocimiento lego (Epstein 1995; 1996), una nueva demostración de la capacidad del activismo en salud que repudia la forma en la que la biomedicina ha definido e intervenido en la normalización de los cuerpos y las identidades, pero que opta por proponer un nuevo conocimiento basado en la experiencia como "usuarios" de estas tecnologías biomédicas, en la noción de "paciente experto" (Pols 2014) y de la capacidad para "conocer de otra forma".

Por último, entiendo que el modelo propuesto por la Campaña Internacional STP desde su forma de entender el activismo sanitario y, en concreto, en la *Guía de buenas prácticas* (2010) puede entenderse como una

apuesta por "conocer de otra forma", un intento de desarrollar y explorar los límites y posibilidades de innovar en la búsqueda de métodos y procedimientos que amplíen las posiciones de los actores concernidos en esta controversia, en definitiva, una exploración de la posibilidad de "democratizar la democracia" (Callon, Lascoumes, y Barthe 2009).

Hay multitud de aspectos en esta investigación que no han quedado reflejados, o sobre los que en este trabajo "paso de puntillas" o simplemente menciono. Algunos de ellos requerirían de trabajos específicos sobre los que asentar futuras líneas. De todos estos, me gustaría abordar en el futuro tres líneas que desarrollan aspectos no abordados en este trabajo: una primera que profundizase en las prácticas de hormonación, ya que a lo largo del trabajo las hormonas han ido aumentando el protagonismo en la narración; describir la posición o posiciones que las hormonas ocupan en las prácticas y cuáles son los significados asociados a las mismas. Una segunda línea que me propongo sondear, y que en parte tiene relación con esta primera, es el papel que las compañías farmacéuticas desempeñan en las prácticas de hormonación con respecto al resto de actores y su articulación en la intersección entre las políticas de salud en torno a lo trans, el mercado y los usuarios. Por último, pero no menos importante, me propongo seguir monitorizando los procesos de cuidado en torno a lo trans y las nuevas propuestas que articule el activismo trans en salud como respuesta a algunos de los retos que se presentan en un futuro cercano, como la inminente actualización de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y la posición que ocupe la salud *trans* en la misma.

Madrid, julio de 2014

Referencias

AEN. 2010. «Aportaciones al protocolo de atención a la transexualidad en el sistema nacional de salud». http://ascane.org/docs/ProtocoloAtencion_Transexualidad_Grupo_de_trabajoAEN.docx.

Ahmed, Sara. 1998. *Differences that matter: Feminist theory and postmodernism*. Cambridge University Press.

American Psychiatric Association. 1952. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, First Edition: DSM-I*. Washington D.C.: American Psychiatric Pub.

———. 1968. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition: DSM-II*. Amer Psychiatric Pub Inc.

———. 1980. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition: DSM-III*. Amer Psychiatric Pub Inc.

———. 1987. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition revised: DSM-III-R*. Washington D.C.: American Psychiatric Pub.

———. 1994. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition: DSM-IV*. Washington D.C.: Amer Psychiatric Pub Inc.

———. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR*. American Psychiatric Pub.

———. 2008. «APA Statement on GID and the DSM-5». http://www.dsm5.org/Newsroom/Documents/APAStatementonGIDandTheDSMV.pdf.

———. 2010. «Commentaries, Responses, and Other DSM-5 News | APA DSM-5». http://www.dsm5.org/Newsroom/Pages/Commentaries.aspx.

———. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Amer Psychiatric Pub Incorporated.

Anzaldúa, Gloria. 1987. *Borderlands/ La Frontera: The New Mestiza*. San Francisco: Aunt Lute Books.

Asenjo-Araque, N., J. M. Rodríguez-Molina, M. J. Lucio-Pérez, y A. Becerra-Fernández. 2011. «Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos

de Identidad de Género de Madrid (UTIG Madrid)». *SEMERGEN-Medicina de Familia* 37 (2): 87-92.

Asenjo Araque, Nuria, Laura Potabales Barreiro, José Miguel Rodríguez Molina, María Jesús Lucio Pérez, y Antonio Becerra Fernández. 2013. «Transexualidad: Evaluación e Intervención Psicológica». *Clínica Contemporánea* 4 (2): 161-70. doi:10.5093/cc2013a13.

Balsamo, Anne Marie. 1996. *Technologies of the gendered body: Reading cyborg women*. Duke University Press.

Balzer, Carsten. 2010. « 'Eu acho transexual é aquele que disse: "Eu sou transexual" '. Reflexiones etnológicas sobre la medicalización de las identidades trans a través del ejemplo de Brasil.» En *El género desordenado*, 81-96.

Barril Vicente, Rafael. 2003. «Aspectos legales del transexualismo. Asistencia Sanitaria». En *Transexualidad: La búsqueda de una identidad*, 97-123. Madrid: Díaz de Santos.

Becerra Fernández, Antonio, ed. 2003a. *Transexualidad: La Búsqueda de una Identidad*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.

———. 2003b. «Tratamiento hormonal de los trastornos de identidad de género: efectos beneficiosos y efectos adversos.» En *Transexualidad: La búsqueda de una identidad*, 65-78. Madrid: Díaz de Santos.

Benjamin, Harry. 1954. «Transsexualism and transvestism as psychosomatic and somatopsychic syndromes.» *American Journal of Psychotherapy* 8 (2): 219-30.

———. 1966. *The transsexual phenomenon*. New York: The Julian Press.

Bergero Miguel, Trinidad, Susana Asiain Vierge, y Mª Dolores Cano-Caballero Gálvez. 2010. «¿Hacia la despatologización de la transexualidad? Apuntes desde una lógica difusa». *Norte de Salud mental* 8 (38). http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/155.

Berg, Marc, y Annemarie Mol. 1998. *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*. Durham & London: Duke University Press.

Bijker, Wiebe E. 2003. «The Need for Public Intellectuals: A Space for STS». *Science, Technology & Human Values* 28 (4): 443-50.

Billings, Dwight B., y Thomas Urban. 1982. «La construcción socio-médica dela transexualidad: interpretación y crítica». En

Transexualidad, transgenerismo y cultura., 91-122. Madrid: Talasa.

Bloor, David. 1976. *Knowledge and social imagery*. London: Routledge.

Bolin, Anne. 1988. *In search of Eve: Transsexual rites of passage*. Bergin & Garvey South Hadley, MA.

———. 1994. «Transcending and transgendering: Male-to-female transsexuals, dichotomy and diversity». En *Third sex, Third Gender*, 447-85. New York: Zone Books.

Boston Women's Health Book Collective. 1971. *Our Bodies, Ourselves*. Simon and Schuster.

Bowker, Geoffrey C., y Susan Leigh Star. 1996. «How things (actor-net) work: Classification, magic and the ubiquity of standards». *Philosophia* 25 (3-4): 195-220.

———. 1999. *Sorting things out: Classification and its consequences*. MIT press.

Brown, Phil, y Stephen Zavestoski. 2004. «Social movements in health: an introduction». *Sociology of Health & Illness* 26 (6): 679-94. doi:10.1111/j.0141-9889.2004.00413.x.

Bullough, Vern L. 1994. *Science in the Bedroom: A History of Sex Research*. New York: BasicBooks. http://www2.hu-berlin.de/sexology/GESUND/ARCHIV/LIBRO.HTM.

———. 1998. «La transexualidad en la historia.» En *Transexualidad, transgenerismo y cultura.*, 63-77. Madrid: Talasa.

———. 2003. «Magnus Hirschfeld, an Often Overlooked Pioneer». *Sexuality and Culture* 7 (1): 62-72. doi:10.1007/s12119-003-1008-4.

Butler, Judith. 1990. *El Género en Disputa. El Feminismo y la Subversión de la Identidad.* Paidos Mexicana [2001].

———. 1993. *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del «sexo».* México: Paidós [2002].

———. 2004. *Deshacer el Género*. Barcelona: Editorial Paidós [2006].

———. 2009. *Marcos de guerra: Las vidas lloradas*. Barcelona: Editorial Paidós [2010].

Callon, Michel. 1986. «Algunos elementos para una sociología de la traducción: la domesticación de las vieiras y los pescadores de la bahía de St. Brieuc». *Sociología de la ciencia y la tecnología*, 259-82.

Callon, Michel, Pierre Lascoumes, y Yannick Barthe. 2009. *Acting in an Uncertain World: An Essay on Technical Democracy*. MIT Press.

Callon, Michel, y Vololona Rabeharisoa. 2003. «Research "in the wild" and the shaping of new social identities». *Studies in Science, Technology, and Society (STS) North and South* 25 (2): 193-204. doi:10.1016/S0160-791X(03)00021-6.

———. 2008. «The Growing Engagement of Emergent Concerned Groups in Political and Economic Life Lessons from the French Association of Neuromuscular Disease Patients». *Science, Technology & Human Values* 33 (2): 230-61. doi:10.1177/0162243907311264.

Cano-Caballero Gálvez, María Dolores. 2010. *La construcción social del cuerpo en personas transexuales*. Editorial de la Universidad de Granada.

Cauldwell, David O. 2001. «Psychopathia Transexualis». *IJT* 5 (2). http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/ezines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/cauldwell_02.htm.

Chung, Wilson CJ, Geert J. De Vries, y Dick F. Swaab. 2002. «Sexual differentiation of the bed nucleus of the stria terminalis in humans may extend into adulthood». *The journal of Neuroscience* 22 (3): 1027-33.

Clarke, Adele. 1998. *Disciplining Reproduction: Modernity, American Life Sciences, and «The Problem of Sex»*. University of California Press.

Clarke, Adele E., Janet K. Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket, y Jennifer R. Fishman. 2003. «Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and US biomedicine». *American sociological review*, 161-94.

Cleminson, Richard, y Rosa Medina Doménech. 2004. «¿ Mujer u hombre? Hermafroditismo, tecnologías médicas e identificación del sexo en España, 1860-1925». *Dynamis* 24: 53-91.

Cleminson, Richard, y Francisco Vázquez García. 2007. *«Los invisibles»: a history of male homosexuality in Spain, 1850-1939*. University of Wales.

Coleman, E., W. Bockting, M. Botzer, P. Cohen-Kettenis, G. DeCuypere, J. Feldman, L. Fraser, et al. 2012. «Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7». *International Journal of Transgenderism* 13 (4): 165-232. doi:10.1080/15532739.2011.700873.

Collins, Harry M., y Robert Evans. 2002. «The third wave of science studies: Studies of expertise and experience». *Social Studies of Science*

32 (2): 235-96.

Collins, Patricia Hill. 1999. *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Routledge.

Coll-Planas, Gerard. 2010. «Introducción». En *El género desordenado*, 15-25. Madrid: Egales.

———. 2012. *La carne y la metáfora: Una reflexión sobre el cuerpo en la teoría queer*. Barcelona: Egales.

Coll-Planas, Gerard, Eva Alfama, y Marta Cruells. 2013. «Se_nos gener@ mujeres La construcción discursiva del pecho femenino en el ámbito médico». *Athenea Digital - Revista de pensamiento e investigación social* 13 (3): 121-35. doi:10.5565/rev/athenead/v13n3.1079.

Corcuera, Laura. 2012. «Mapa estatal de las UTIG (Unidades de "trastorno" de Identidad de Género)». *Periódico Diagonal*, diciembre 3. https://www.diagonalperiodico.net/libertades/mapa-estatal-utig-unidades-trastorno-identidad-genero.html.

Coulter, A. 2002. *The Autonomous Patient: Ending Paternalism in Medical Care*. London: Nuffield Trust.

Cultura Trans 2012 - Intervención Moisés Martínez (Diálogo Testosterona 1/7). 2012. http://www.youtube.com/watch?v=yPF6J_Zi0Xc&feature=youtube_gdata_player.

Cultura Trans 2012 - Intervención Pol Galofre (Diálogo Testosterona 2/7). 2012. http://www.youtube.com/watch?v=Lam33uNlXiM&feature=youtube_gdata_player.

Cultura Trans 2012 - Intervención Teo (Diálogo Testosterona 4/7). 2012. http://www.youtube.com/watch?v=a4PfuyoHecI&feature=youtube_gdata_player.

Darwin, Charles. 1868. *The Variation of Animals and Plants under Domestication*. Vol. 2. 2 vols. London: John Murray. http://darwin-online.org.uk/EditorialIntroductions/Freeman_VariationunderDomestication.html.

Daston, Lorraine, y Katharine Park. 2001. *Wonders and the Order of Nature, 1150-1750*. Zone Books.

Davis, Angela Y. 1981. *Mujeres, raza y clase*. Madrid: Ediciones AKAL [2005].

Davis, Kathy. 2003. *Dubious equalities and embodied differences: Cultural studies on cosmetic surgery*. Rowman & Littlefield.

De Benito, Emilio. 2012. «Los transexuales se sienten víctimas propiciatorias de los recortes». *EL PAÍS*, abril 17. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/04/16/actualidad/1334592076_943080.html.

De Cuypere, Griet, Gail Knudson, y Walter Bockting. 2010. «Response of the World Professional Association for Transgender Health to the Proposed DSM 5 Criteria for Gender Incongruence». *International Journal of Transgenderism* 12 (2): 119-23. doi:10.1080/15532739.2010.509214.

De Laet, Marianne, y Annemarie Mol. 2000. «The Zimbabwe Bush Pump: Mechanics of a Fluid Technology». *Social Studies of Science* 30 (2): 225-63. doi:10.1177/030631200030002002.

De la Hermosa Lorenci, Marina, Beatriz Rodríguez Vega, y Cristina Polo Usaola. 2013. «Género binario y experiencia de las personas transexuales y transgénero». *Norte de Salud mental* 11 (45). http://revistanorte.es/index.php/revista/article/view/18.

De Lauretis, Teresa. 1987. *Technologies of Gender: Essays on Theory, Film and Fiction*. Indiana University Press.

———. 1999. «Sujetos excéntricos». En *Diferencias: Etapas de un camino a través del feminismo*. Madrid: Horas y horas.

Delgado Echeverría, Isabel Delgado. 2007. *El Descubrimiento de Los Cromosomas Sexuales: Un Hito en la Historia de la Biología*. CSIC-Dpto. de Publicaciones.

«Diccionario de la lengua española - Vigésima segunda edición». 2013. Accedido marzo 13. http://lema.rae.es/drae/?val=transexual.

Echeverría, Javier, y Marta I. González. 2009. «La teoría del actor-red y la tesis de la tecnociencia». *Arbor* CLXXXV (738): 705-20. doi:10.3989/arbor.2009.738n1047.

Eder, Sandra. 2010. «The Volatility of Sex: Intersexuality, Gender and Clinical Practice in the 1950s». *Gender & History* 22 (3): 692-707. doi:10.1111/j.1468-0424.2010.01615.x.

Ekins, Richard, y Dave King. 2001. «Pioneers of Transgendering: The Popular Sexology of David O. Cauldwell». *IJT* 5 (2). http://www.symposion.com/ijt/cauldwell/cauldwell_01.htm.

Epstein, Steven. 1995. «The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials». *Science, Technology & Human Values* 20 (4): 408-37.

———. 1996. *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*. University of California Press.

———. 2004. «Bodily Differences and Collective Identities: The Politics of Gender and Race in Biomedical Research in the United States». *Body & Society* 10 (2-3): 183-203. doi:10.1177/1357034X04042942.

———. 2007. *Inclusion: The Politics of Difference in Medical Research*. University of Chicago Press.

———. 2008. «Patient Groups and Health Movements». En *The Handbook of Science & Technology Studies*, 499-539. Cambridge (Mass.): MIT Press.

Equipo de coordinación STP 2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization. 2012. «Reflexiones sobre los SoC-7». http://www.stp2012.info/old/es/noticias.

Esteva de Antonio, Isabel, Esther Gómez-Gil, M.ª Cruz Almaraz, Juana Martínez-Tudela, Trinidad Bergero, Gabriel Olveira, y Federico Soriguer. 2012. «Organización de la asistencia a la transexualidad en el sistema sanitario público español». *Gaceta Sanitaria* 26 (3): 203-9.

Fausto-Sterling, Anne. 1998. «Los cinco sexos.» En *Transexualidad, transgenerismo y cultura.*, 79-89. Madrid: Talasa.

———. 2000. *Cuerpos sexuados: La política de género y la construcción de la sexualidad*. Barcelona: Melusina [2006].

Fisk, Norman M. 1973. «Gender dysphoria syndrome (the how, what, and why of a disease)». En *Proceedings of the second interdisciplinary symposium on gender dysphoria syndrome*, 7-14. Stanford University Press Palo Alto, CA.

———. 1974. «Gender dysphoria syndrome–the conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen.» *Western Journal of Medicine* 120 (5): 386-91.

Foucault, Michel. 1963. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI.

———. 1976. *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.

———. 1978. *Herculine Barbin Llamada Alexina B*. Traducido por Antonio Serrano. 2007.ª ed. Madrid: Talasa.

Garaizabal, Cristina. 1998. «La transgresión del género. Transexualidades, un reto apasionante». En *Transexualidad, transgenerismo y cultura*. Talasa.

———. 2003. «Algunos problemas diagnósticos de la transexualidad». En *Transexualidad: La búsqueda de una identidad*, 187-98. Madrid: Díaz de Santos.

———. 2006. «Evaluación y consideraciones psicológicas». En *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*, 163-74. Barcelona: Glosa.

García Dauder, Silvia. 2006. «Ingeniería bioconductual al servicio de la normalización: Vigilando las fronteras del sexo». En *Antipsychologicum. El papel de la psicología académica: de mito científico a mercenaria del sistema*, 157-76. Barcelona: Virus.

García Dauder, Silvia, y Carmen Romero Bachiller. 2012. «Los desplazamientos políticos de las categorías médicas: Actores, discursos y relaciones en la controversia "Disorders of sex development" versus "Intersex".» En *Cuerpos y diferencias*, 213-40. Madrid: Plaza y Valdés.

García Dauder, Silvia, Carmen Romero Bachiller, y Esther Ortega. 2007. «Cossos insubmissos i mutilació genital: La regulació tecno- mèdica dels cossos sexuats.» En *Masculinitats per al segle XXI*, 25-45. Barcelona: CEDIC.

Garcia-Falgueras, Alicia, y Dick F. Swaab. 2008. «A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: relationship to gender identity». *Brain* 131 (12): 3132-46.

Garfinkel, Harold. 1967. *Estudios en Etnometodología*. Barcelona [2006]: Anthropos.

Gómez Gil, Esther, y Isabel Esteva de Antonio, eds. 2006. *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.

Gómez Gil, Esther, Isabel Esteva de Antonio, y Trinidad Bergero Miguel. 2006. «La transexualidad, transexualismo o trastorno de la identidad de género en el adulto: Concepto y características básicas». *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace* 78: 7-12.

González-Polledo, EJ. 2010. «"No sé qué otra cosa podría ser": Medicina entre la elección y el cuidado en la transición FTM». En *El género desordenado*, 67-80. Egales.

Haeberle, Erwin J. 1981. «Swastika, Pink Triangle and Yellow Star--The Destruction of Sexology and the Persecution of Homosexuals in Nazi Germany.» *Journal of Sex Research* 17 (3): 270-87.

Hage, J Joris, Refaat B Karim, y Donald R Laub Sr. 2007. «On the Origin of Pedicled Skin Inversion Vaginoplasty: Life and Work of Dr Georges Burou of Casablanca». *Annals of Plastic Surgery* 59 (6): 723-29. doi:10.1097/01.sap.0000258974.41516.bc.

Haiken, Elizabeth. 1999. *Venus Envy: A History of Cosmetic Surgery*. Johns Hopkins University Press.

Halberstam, Judith. 1998. *Masculinidad femenina*. Madrid: Egales Editorial.

Halperin Rabinovich, Irene, y Isabel Esteva de Antonio. 2006. «El tratamiento hormonal masculinizante.» En *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*, 259-68. Barcelona: Glosa.

Hamburger, C., G.K. Stürup, y E.E. Dahl-Iversen. 1953. «Transvestism: Hormonal, psychiatric, and surgical treatment». *Journal of the American Medical Association* 152 (5): 391-96. doi:10.1001/jama.1953.03690050015006.

Haraway, Donna J. 1988. «Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective». *Feminist Studies* 14 (3): 575-99. doi:10.2307/3178066.

———. 1995. *Ciencia, Cyborgs y Mujeres: La Reinvención de la Naturaleza*. Valencia: Cátedra.

———. 1997. *Testigo_Modesto@Segundo_ Milenio: HombreHembra©_Conoce_Oncoratón®. Feminismo y tecnociencia.* Barcelona: Editorial UOC [2004].

———. 1999. «Las promesas de los monstruos: una política regeneradora para otros inapropiados/ble». *Política y Sociedad* 30 (enero): 121. doi:-.

Harding, Sandra. 1986. *Ciencia y Feminismo*. Ediciones Morata [1997].

———. 1991. *Whose science? Whose knowledge?: Thinking from women's lives*. Cornell University Press.

———. 1993. «Rethinking Standpoint Epistemology: What is Strong Objectivity?». En *Feminist Epistemologies*, 49-82. Routledge.

Hausman, Bernice L. 1995. *Changing Sex: Transsexualism, Technology, and the Idea of Gender*. Duke University Press.

———. 1998. «En busca de la subjetividad: transexualidad, medicina y tecnologías de género». En *Transexualidad, transgenerismo y cultura.*, 193-232. Madrid: Talasa.

Herdt, Gilbert H., ed. 1994. *Third Sex, Third Gender: Beyond Sexual Dimorphism in Culture and History*. New York: Zone Books.

Hirschauer, Stefan. 1993. *Die soziale Konstruktion der Transsexualität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

———. 1997. «The Medicalization of Gender Migration». *International Journal of Transgenderism* 1 (1): 1-8.

———. 1998a. «Performing Sexes and Genders in Medical Practices». En *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*, 13-27. Durham & London: Duke University Press.

———. 1998b. «Performing sexes and genders in medical practices». En *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*, 13-27. Durham & London: Duke University Press.

Hirschfeld, Magnus. 1910. *Transvestites: The Erotic Drive to Cross Dress*. Buffalo: Prometheus Books, Publishers [2003].

hooks, bell, Avtar Brah, Chela Sandoval, Gloria Anzaldúa, Aurora Levins Morales, Kum-Kum Bhavnani, Margaret Coulson, M. Jacqui Alexander, y Chandra Talpade Mohanty. 2004. *Otras inapropiables : Feminismos desde las fronteras*. Madrid: Traficantes de Sueños.

Huertas, Rafael, y Enric Novella. 2013. «Sexo y Modernidad en la España de la Segunda República. Los discursos de la ciencia». *Arbor* 189 (764): a090.

Ibáñez Martín, Rebeca. 2014. «Bad to Eat? Empirical explofrations of fat». PhD Thesis, Universidad de Salamanca.

Ibáñez Martín, Rebeca, y Pablo Santoro. 2012. «Elecciones inciertas en tiempos inciertos: el "paciente informado" en el almacenamiento de células troncales de cordón umbilical y los alimentos funcionales». En *Cuerpos y diferencias*, 193-212. Madrid: Plaza y Valdés.

Ibáñez Mata, Javier, Francisco Giraldo Asensio, y Leopoldo Cagigal González. 2006. «La cirugía genital feminizante: reconstrucción del clítoris». En *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*, 205-18. Barcelona: Glosa.

Jasanoff, Sheila. 2004. *States of knowledge: the co-production of science and the social order*. Routledge.

Keller, Evelyn Fox. 1982. «Feminism and science». *Signs*, 589-602.

———. 1992. *Secrets of Life, Secrets of Death: essays on science and culture*. Routledge.

———. 1996. *Reflections on Gender and Science*. New Haven: Yale University Press.

Kessler, Suzanne J., y Wendy McKenna. 1978. *Gender: An Ethnomethodological Approach*. Chicago: University of Chicago Press.

King, Dave. 1981. «Confusiones de género: concepciones psicológicas y psiquiátricas sobre el travestismo y la transexualidad». En *Transexualidad, transgenerismo y cultura.*, 123-58. Madrid: Talasa.

Kruijver, Frank PM, Jiang-Ning Zhou, Chris W. Pool, Michel A. Hofman, Louis JG Gooren, y Dick F. Swaab. 2000. «Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus». *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 85 (5): 2034-41.

Kuhn, Thomas S. 1962. *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica [1982].

Landzelius, Kyra. 2006. «Introduction: Patient organization movements and new metamorphoses in patienthood». *Patient Organisation Movements Special Issue: Patient Organisation Movements* 62 (3): 529-37. doi:10.1016/j.socscimed.2005.06.023.

Laqueur, Thomas W. 1990. *La construcción del sexo: cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Cátedra [1994].

———. 2003. «Sex in the Flesh». *Isis* 94 (2): 300-306. doi:10.1086/379388.

Latour, Bruno. 1987. *Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers Through Society*. Harvard University Press.

———. 1990. «Drawing things together». En *Representation in scientific practice*, 19-68. Cambridge, MA: MIT Press.

———. 1993. *Nunca hemos sido modernos: ensayo de antropología simétrica*. Madrid: Debate.

———. 1999. *Pandora's Hope: Essays on the Reality of Science Studies*. Mass.: Harvard University Press. http://books.google.es/books?id=RMu6wbzVrVkC.

———. 2004. «How to Talk About the Body? the Normative Dimension of Science Studies». *Body & Society* 10 (2-3): 205-29. doi:10.1177/1357034X04042943.

———. 2007. *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*. OUP Oxford.

Latour, Bruno, y Stève Woolgar. 1979. *Laboratory Life: The Construction of Scientific Facts*. Princeton University Press.

Law, John. 2004. *After Method: Mess in Social Science Research*. London: Routledge.

Law, John, y John Hassard, eds. 1999. *Actor Network Theory and after*. 2005. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Law, John, y Vicky Singleton. 2005. «Object Lessons». *Organization* 12 (3): 331-55. doi:10.1177/1350508405051270.

Lennon, Kathleen. 2010. «Feminist perspectives on the body». *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. http://philpapers.org/rec/LENFPO.

Lev, Arlene Istar. 2013. «Gender Dysphoria: Two Steps Forward, One Step Back». *Clinical Social Work Journal* 41 (3): 288-96.

Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. 2007. *5585*. http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2007-5585.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. 2003. *BOE-A-2002-22188*. http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188.

Longino, Helen E. 1990. *Science as social knowledge: Values and objectivity in scientific inquiry*. Princeton University Press.

———. 1993. «Subject, Power, and Knowledge: Description and prescription in feminist philosophies of science». En *Feminist Epistemologies*, 101-20. New York: Routledge.

———. 1997. «Feminismo y filosofía de la ciencia». En *Ciencia, tecnología y sociedad*, 71-84. Barcelona: Ariel.

———. 2002. *The fate of knowledge*. Princeton University Press.

Lorde, Audre. 1984. *Sister outsider: Essays and Speeches*. Ed. Española [La hermana, la extranjera]. Madrid [2003]: Horas y horas.

Lykke, Nina. 2008. «Feminist Cultural Studies of Technoscience. Portrait of an Implosion». En *Bits of Life*, 3-15. Seattle: University of Washington Press.

Magnus-Hirschfeld-Gesellschaft. 2003a. «The Institute and the Pharmaceutical Industry - "Advertising brochure for Testifortan".» http://www.hirschfeld.in-berlin.de/institut/en/theorie/bilder/theo_19b2.html.

———. 2003b. «Institute for Sexual Science, 1919-1933 - (informations)». http://www.hirschfeld.in-berlin.de/v_institut_en.html.

Mañero Vázquez, Iván. 2006. «La cirugía genital feminizante: vaginoplastia según la técnica de inversión peneana». En *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*, 185-96. Barcelona: Glosa.

Marañón, Gregorio. 1930. *La evolución de la sexualidad y los estados intersexuales*. 2ª ed Revisada. Madrid: Javier Morata.

Martínez-Guzmán, Antar. 2011. «Tecnologías psicosociales de investigación y acción: Un trayecto de crítica y transformación a partir de las identidades transgénero». Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

Martínez Hernáez, Ángel. 1998. «Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones.» *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 18 (68): 645-59.

Martínez, Moisés. 2005. «Mi cuerpo no es mío. Transexualidad masculina y presiones sociales de sexo.» En *El eje del mal es heterosexual. Figuraciones, movimientos y prácticas feministas queer.*, 113-29. Madrid: Traficantes de Sueños.

Mas Grau, Jordi. 2011. «Identidades gestionadas: Un estudio sobre la patologización y la medicalización de la transexualidad». Tesina de Máster, Barcelona: Universidad de Barcelona. http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/17986.

Mayes, Rick, y Allan V. Horwitz. 2005. «DSM-III and the Revolution in the Classification of Mental Illness». *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 41 (3): 249-67. doi:10.1002/jhbs.20103.

Megens, Jos. 2003. «El tratamiento de la transexualidad: el modelo holandés». En *Transexualidad: La búsqueda de una identidad*, 79-84.

Madrid: Díaz de Santos.

———. 2006. «El modelo hospitalario holandés y su protocolo sanitario». En . Madrid. http://www.elhombretransexual.es/.

Mesa redonda «La frontera del sexo. Género para las personas transgenerxs». 2013. Madrid. https://soundcloud.com/traficantesdesue-os/mesa-redonda-la-frontera-del.

Meyer III, W., W. Bockting, P. Cohen-Kettenis, E. Coleman, D. DiCeglie, H. Devor, L. Gooren, et al. 2001. «Standards of Care for Gender Identity Disorders, Sixth Version». *International Journal of Transgenderism* 5 (1). http://www.wpath.org/journal/www.iiav.nl/ezines/web/IJT/97-03/numbers/symposion/index-3.htm.

Meyer, J K, y J E Hoopes. 1974. «The Gender Dysphoria Syndromes. A Position Statement on so-Called "Transsexualism".» *Plastic and Reconstructive Surgery* 54 (4): 444-51.

Meyerowitz, Joanne J. 1998. «Sex Change and the Popular Press: Historical Notes on Transsexuality in the United States, 1930–1955». *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies* 4 (2): 159-87. doi:10.1215/10642684-4-2-159.

———. 2002. *How Sex Changed: A History of Transsexuality in the United States*. Harvard University Press.

Michael, M., y M. Rosengarten. 2012. «Medicine: Experimentation, Politics, Emergent Bodies». *Body & Society* 18 (3-4): 1-17. doi:10.1177/1357034X12451860.

Missé, Miquel. 2013. *Transexualidades: Otras miradas posibles*. Barcelona: Egales.

Missé, Miquel, y Gerard Coll-Planas, eds. 2010. *El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Madrid: Egales.

Mol, Annemarie. 2002. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham & London: Duke University Press.

———. 2008. *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. Routledge.

Mol, Annemarie, y John Law. 2004. «Embodied Action, Enacted Bodies: The Example of Hypoglycaemia». *Body & Society* 10 (2-3): 43-62. doi:10.1177/1357034X04042932.

Mol, Annemarie, Ingunn Moser, y Jeannette Pols, eds. 2010. *Care in Practice: On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*. Transcript Verlag.

Money, John, Joan G. Hampson, y John L. Hampson. 1955a. «Hermaphroditism: Recommendations Concerning Assignment of Sex, Change of Sex and Psychologic Management.» *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital* 97 (4): 284-300.

———. 1955b. «An Examination of Some Basic Sexual Concepts: The Evidence of Human Hermaphroditism.» *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital* 97 (4): 301-19.

———. 1956. «Sexual Incongruities and Psychopathology: The Evidence of Human Hermaphroditism.» *Bulletin of the Johns Hopkins Hospital* 98 (1): 43-57.

———. 1957. «Imprinting and the establishment of gender role». *A.M.A. Archives of Neurology & Psychiatry* 77 (3): 333-36. doi:10.1001/archneurpsyc.1957.02330330119019.

Money, John, y Florence Schwartz. 1969. «Public opinion and social issues in transsexualism: A case study in medical sociology». En *Transsexualism and sex reassignment*, 253-69.

Moraga, Cherríe, y Gloria Anzaldúa, eds. 1983. *This bridge called my back: Writings by Radical Women of Color*. Kitchen Table: Women of Color Press New York.

Moreno, Cristina. 2013. «El colectivo transexual, víctima de los ajustes sanitarios pese a las promesas del PP». *Público.es*, abril 23. http://www.publico.es/actualidad/454215/el-colectivo-transexual-victima-de-los-ajustes-sanitarios-pese-a-las-promesas-del-pp.

Moreno-Pérez, Óscar, y Isabel Esteva De Antonio. 2012. «Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GIDSEEN)*(anexo 1)». *Endocrinología y Nutrición* 59 (6): 367-82. doi:10.1016/j.endonu.2012.02.001.

Muñoz Maldonado, Héctor. 2014. «El Vaso Canopo: ENTREVISTA: ISABEL ESTEVA». *El Vaso Canopo*. http://elvasocanopo.blogspot.com.es/2014/02/entrevista-isabel-esteva.html.

Nanda, Serena. 1990. *Neither man nor woman. The Hijras of India*. Belmont, California: Wadsworth Publishing Co.

National Human Genome Research Institute. 2014. «NHGRI_human_male_karyotype.png (Imagen PNG, 3084 × 2417 píxeles) - Escalado (27%)». National Human Genome Research Institute. Accedido junio 16. http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/5/53/NHGRI_human_male_karyotype.png.

Nieto, José Antonio, ed. 1998. *Transexualidad, transgenerismo y cultura: Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa.

———. 2008. *Transexualidad, Intersexualidad y Dualidad de Género*. Barcelona: Bellaterra.

O'Brien, Michelle. 2013. «Tracing this body. Transsexuality, Pharmaceuticals, and Capitalism.» En *The Transgender Studies Reader 2*, 56-65. New York: Routledge.

Ortega Arjonilla, Esther. 2005. «La transexualidad: discursos, tecnologías y valores». Unpublished MA Thesis, Madrid: UCM.

Ortega Arjonilla, Esther, Carmen Romero Bachiller, y Rebeca Ibáñez Martín. 2014. «Discurso activista y estatus médico de lo trans: hacia una reconfiguración de cuidados y diagnósticos». En *Cartografías del cuerpo: biopolíticas de la ciencia y la tecnología*. Madrid: Cátedra.

Oudshoorn, Nelly. 1990. «Endocrinologists and the Conceptualization of Sex, 1920–1940». *Journal of the History of Biology* 23 (2): 163-86. doi:10.1007/BF00141469.

———. 1993. «United We Stand: The Pharmaceutical Industry, Laboratory, and Clinic in the Development of Sex Hormones into Scientific Drugs, 1920-1940». *Science, Technology & Human Values* 18 (1): 5-24. doi:10.1177/016224399301800102.

———. 1994. *Beyond the Natural Body: An Archaeology of Sex Hormones*. Routledge.

Pérez Fernández-Figares, Kim. 2010. «Historia de la patologización y despatologización de las variantes de género». En *El género desordenado*, 97-111. Madrid: Egales.

Pérez Sedeño, Eulalia. 2008. «Mitos, creencias, valores: cómo hacer más "científica" la ciencia; cómo hacer la "realidad" más real». *Isegoría* 0 (38): 77-100. doi:10.3989/isegoria.2008.i38.404.

———. 2012. «Ciencias y tecnologías del cuerpo: la práctica de la tecnología de los implantes mamarios.» En *Cuerpos y diferencias*, 131-52. Madrid: Plaza y Valdés.

———. 2014. «Feminismo, ética y cirugía estética». En *Cartografías del cuerpo: biopolíticas de la ciencia y la tecnología*. Madrid: Cátedra.

Pérez Sedeño, Eulalia, y Rebeca Ibáñez Martín, eds. 2012. *Cuerpos y diferencias*. Madrid: Plaza y Valdes, S.L.

Person, Ethel, y Lionel Oversey. 1974a. «The transsexual syndrome in males: I. Primary transsexualism.» *American Journal of Psychotherapy* 28 (1): 4-20.

———. 1974b. «The transsexual syndrome in males: II. Secondary transsexualism.» *American Journal of Psychotherapy* 28 (2): 174-93.

Petryna, Adriana. 2002. *Life Exposed: Biological Citizens after Chernobyl*. 2013.ª ed. Princeton University Press.

Pfäfflin, Friedemann. 1997. «Sex Reassignment, Harry Benjamin, and some European Roots». *IJT* 1 (2). http://www.symposion.com/ijt/ijtc0202.htm.

Pineda, Empar. 2008. «Mi pequeña historia del lesbianismo organizado en el movimiento feminista de nuestro país». En *Lesbianas. Discursos y Representaciones*, 31-60. Barceelona: Melusina.

Platero, Raquel (Lucas). 2009. «Transexualidad y agenda política: una historia de (dis)continuidades y patologización». *Política y Sociedad* 46 (1-2): 107-28.

———. 2011. «The Narratives of Transgender Rights Mobilization in Spain». *Sexualities* 14 (5): 597-614. doi:10.1177/1363460711415336.

———. , ed. 2012. *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Barcelona: Bellaterra.

Platero, Raquel (Lucas). 2014. «The Influence of Psychiatric and Legal Discourses on Parents of Gender-Nonconforming Children and Trans Youths in Spain». *Journal of GLBT Family Studies* 10 (1-2): 145-67. doi:10.1080/1550428X.2014.857232.

Pols, Jeannette. 2014. «Knowing Patients Turning Patient Knowledge into Science». *Science, Technology & Human Values* 39 (1): 73-97. doi:10.1177/0162243913504306.

Preciado, Beatriz. 2003. «Multitudes queer: Notes pour une politique des "anormaux".» *Multitudes* 12 (2): 17-25.

———. 2007. «Biopolítica del género». En *Conversaciones Feministas (2). Biopolítica*, 20-46. Conversaciones feministas 2. Buenos Aires: Ají de

pollo. http://masculinidad-es.blogspot.com.es/2009/09/biopolitica-del-genero.html.

———. 2008. *Testo yonqui*. Madrid: Espasa Calpe.

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.» http://www.yogyakartaprinciples.org/.

Ramos Cantó, Juana. 2003. «Las asociaciones de transexuales en España». En *Transexualidad: La búsqueda de una identidad*, 125-42. Madrid: Díaz de Santos.

Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español. 2010a. *Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a las personas trans en el marco del sistema nacional de salud*. http://stp2012.files.wordpress.com/2010/10/stp-propuesta-sanidad.pdf.

———. 2010b. *Best Practices Guide to Trans Health Care in the National Health System*. http://www.stp2012.info/guia/STP_guide_health.pdf.

Reis, Elizabeth. 2009. *Bodies in Doubt: An American History of Intersex*. Baltimore: JHU Press.

Rich, Adrienne. 1980. «Compulsory heterosexuality and lesbian existence». *Signs*, 631-60.

Roberts, Celia. 2002. «`A Matter of Embodied Fact' Sex Hormones and the History of Bodies». *Feminist Theory* 3 (1): 7-26. doi:10.1177/1460012002003001063.

———. 2007. *Messengers of Sex: Hormones, Biomedicine and Feminism*. Cambridge University Press.

Rodríguez-Molina, José Miguel, Nuria Asenjo Araque, Antonio Becerra Fernández, y María Jesús Lucio Pérez. 2013. «Guía de entrevista para el análisis funcional de conductas en personas transexuales.» *Papeles del Psicólogo* 34 (2): 150-54.

Rodríguez-Molina, José Miguel, Nuria Asenjo, María Jesús Lucio, Gilberto Pérez-López, María Frenzi Rabito, María Jesús Fernández-Serrano, Concepción Izquierdo, y Antonio Becerra-Fernández. 2009. «Abordaje psicológico de la transexualidad desde una unidad multidisciplinaria: la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid». *Revista Internacional de Andrología* 7 (2): 112-20.

Romero Bachiller, Carmen. 2006. «Articulaciones identitarias: prácticas y representaciones de género y "raza"/etnicidad en "mujeres inmigrantes" en el barrio de Embajadores (Madrid)». Tesis Doctoral, Madrid: UCM.

Rose, Nikolas. 2007. *The politics of life itself: Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton University Press.

Rose, Nikolas, y Carlos Novas. 2005. «Biological citizenship». En *Global Assemblages: Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems*, 439-63. Oxford: Blackwell Publishing.

Santesmases, María Jesús. 2014. «Superfemale: cromosomas humanos y representaciones del sexo, 1922-1959». En *Cartografías del cuerpo: biopolíticas de la ciencia y la tecnología*, 393-422. Madrid: Cátedra.

Savic, Ivanka, Alicia Garcia-Falgueras, y Dick F. Swaab. 2010. «Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation». *Progress in brain research* 186: 41-62.

Schiebinger, Londa. 1986. «Skeletons in the Closet: The First Illustrations of the Female Skeleton in Eighteenth-Century Anatomy». *Representations*, n.º 14 (abril): 42-82. doi:10.2307/2928435.

———. 1991. *The Mind Has No Sex?: Women in the Origins of Modern Science*. Harvard University Press.

———. 1993. *Nature's Body: Gender In The Making Of Modern Science*. Rutgers University Press.

———. 2003. «Skelettestreit». *Isis* 94 (2): 307-13. doi:10.1086/379389.

Serres, Michel, y Bruno Latour. 1995. *Conversations on Science, Culture, and Time*. University of Michigan Press.

Sinclair, Alison. 2007. *Sex and Society in Early Twentieth-Century Spain: Hildegart Rodríguez and the World League for Sexual Reform*. Cardiff: University of Wales.

Solá, Miriam, y Elena Urko, eds. 2013. *Transfeminismos: epistemes, fricciones y flujos*. Tafalla: Txalaparta.

Soley-Beltran, Patrícia, y Gerard Coll-Planas. 2011. «'Having Words for Everything'. Institutionalizing Gender Migration in Spain (1998-2008)». *Sexualities* 14 (3): 334-53. doi:10.1177/1363460711400811.

Star, Susan Leigh. 1989. «The Structure of 111 «Structured Solutions: Boundary Objects and Heterogeneous Distributed Problem

Solving». *Distributed artificial intelligence* 2: 37-54.

———. 1991. «Power, technology and the phenomenology of conventions: on being allergic to onions». En *A Sociology of Monsters: Essays on Power, Technology and Domination*, 26-56.

———. 2010. «This is not a boundary object: Reflections on the origin of a concept». *Science, Technology & Human Values* 35 (5): 601-17.

Star, Susan Leigh, y James R. Griesemer. 1989. «Institutional ecology,translations' and boundary objects: Amateurs and professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39». *Social studies of science* 19 (3): 387-420.

Stolberg, Michael. 2003. «A Woman Down to Her Bones: The Anatomy of Sexual Difference in the Sixteenth and Early Seventeenth Centuries». *Isis* 94 (2): 274-99. doi:10.1086/379387.

Stoller, Robert J. 1968. *Sex and Gender*. New York: Science House.

STP 2012, Campaña Internacional Stop Trans Pathologization. 2010. «Comunicado STP-2012». http://stp2012.info/old/es/noticias#comunicado_10_abril.

Stryker, Susan. 2008. «Transgender History, Homonormativity, and Disciplinarity». *Radical History Review* 2008 (100): 145-57. doi:10.1215/01636545-2007-026.

———. 2009. *Transgender History*. Seal Press.

Suess, Aimar. 2010. «Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales». En *El género desordenado*, 29-54. Madrid: Egales.

Swaab, Dick F., y Alicia Garcia-Falgueras. 2009. «Sexual differentiation of the human brain in relation to gender identity and sexual orientation». *Funct Neurol* 24 (1): 17-28.

Traweek, Sharon. 1988. *Beamtimes and Lifetimes: The World of High Energy Physicists*. Harvard University Press.

Valentine, David. 2007. *Imagining Transgender: An Ethnography of a Category*. Duke University Press.

Vázquez García, Francisco. 2009. «Del sexo dicotómico al sexo cromático. La sexualidad transgenérica y los límites del constructivismo». *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana* 1 (1): 63-88.

Vázquez García, Francisco, y Richard Cleminson. 2010. «Subjectivities in transition: gender and sexual identities in cases of sex change and hermaphroditism in Spain, c. 1500-1800». *History of Science* 48 (1): 1-38.

———. 2012. *Los hermafroditas : medicina e identidad sexual en España, 1850-1960*. Granada: Editorial Comares, S.L.

Winters, Kelly. 2010. «Comments on Proposed Revisions to Gender Diagnoses in the DSM-5». *GID Reform*. http://www.gidreform.org/blog2010Apr20.html.

Wöllmann, Torsten. 2009. «Reinventing the Male: On Dynamics of Discipline Building and Medical Regulation of Sexed and Gendered Bodies». En *Yearbook 2009 of the Institute for Advanced Studies on Science, Technology and Society*, 87-102. Munich and Vienna: Profil.

World Health Organization. 1994. «ICD-10 Version:2010». *ICD-10*. http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en.

WPATH, ed. 2005. *WPATH Historical Compilation Standards of Care Versions 1 through 6*. WPATH. http://www.wpath.org/publications_standards_history.cfm.

WPATH Board of Directors. 2010. «Depsychopathologization statement released May 26, 2010». *WPATH*. http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351&pk_association_webpage=3928.

Zhou, Jiang-Ning, Michel A. Hofman, Louis JG Gooren, y Dick F. Swaab. 1995. «A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality». *Nature* 378. http://depot.knaw.nl/821/1/15106_285_swaab.pdf.

Zubiaurre-Elorza, Leire, Carme Junque, Esther Gómez-Gil, y Antonio Guillamon. 2014. «Effects of Cross-Sex Hormone Treatment on Cortical Thickness in Transsexual Individuals». *The Journal of Sexual Medicine* 11 (5): 1248-61. doi:10.1111/jsm.12491.

Zubiaurre-Elorza, Leire, Carme Junque, Esther Gómez-Gil, Santiago Segovia, Beatriz Carrillo, Giuseppina Rametti, y Antonio Guillamon. 2013. «Cortical Thickness in Untreated Transsexuals». *Cerebral Cortex* 23 (12): 2855-62. doi:10.1093/cercor/bhs267.

Zucker, Kenneth J. 2013. «DSM-5: Call for commentaries on gender dysphoria, sexual dysfunctions, and paraphilic disorders». *Archives of sexual behavior* 42 (5): 669-74.

Zucker, Kenneth J., y Susan J. Bradley. 1995. *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. Guilford Press. Zucker, Kenneth J., y R. Green. 1993. «Psychological and familial aspects of gender identity disorder». *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2 (3): 513-42.

Zucker, Kenneth J., y Richard Green. 1992. «Psychosexual disorders in children and adolescents». *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 33 (1): 107-51.

USC UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA