

¿SÓLO DOS?

LA MEDICINA ANTE
LA FICCIÓN POLÍTICA
DEL BINARISMO
SEXO-GÉNERO

¿SÓLO DOS?

LA MEDICINA ANTE
LA FICCIÓN POLÍTICA
DEL BINARISMO
SEXO-GÉNERO

DANIEL G. ABIÉTAR



cambalachlibros





¿Sólo dos? La medicina ante la ficción política del binarismo sexo-género

Fuera de colección

1ª edición, octubre de 2019

800 ejemplares

GRABADO DE PORTADA

Chiron. Etching. Wellcome Collection. CC BY

EDITA: **cambalache**

Calle Martínez Vigil, 30, bajo. 33010, Oviedo. Tfno.: 985 20 22 92

cambalache@localcambalache.org

www.localcambalache.org

AUTORÍA: **Daniel G. Abiétar**

CORRECCIONES: Germán Domínguez, Eva Martínez,
David Merino, Sofía Sofosa

DISEÑO, CUBIERTA Y MAQUETACIÓN: Amelia Celaya

IMPRESIÓN: Gráficas Summa

Depósito Legal: AS-03215-2019

ISBN: 978-84-944572-8-9

Impreso en papel reciclado

Todas nuestras publicaciones están editadas bajo licencia *copyleft*; esto significa que está permitida su reproducción, modificación, copia, distribución y exhibición siempre que se haga citando la autoría, sin ánimo de lucro y bajo la misma licencia.

Frente a cánones e impuestos, creemos que el objetivo de la publicación de libros es difundir contenidos y servir de herramienta educativa y de debate; por eso todo lo que publicamos se puede descargar gratuitamente en www.localcambalache.org.

Agradecimientos

A quienes que me han permitido dedicarle horas sin reloj a este trabajo, mi madre y mi padre. A mis hermanas, por su apoyo cuando estaba más solo. A Jesús, por su cariño, su escucha y su compañía.

A Javi, por su esencia.

A Adriana, por su paciencia, así como por todo lo que me ha ayudado a entender el mundo desde otra perspectiva. También a todas y cada una de las personas entrevistadas; por dejarme acompañarlas en este paseo; por resistir. A Trànsit, por su labor, y por las facilidades y ayuda con mi trabajo.

A David y Sofía, por ilusionarse tanto como yo con este proyecto, y estar ahí, codo con codo, días, tardes, noches y madrugadas. Por tantas videollamadas, tanto cariño, y tantísimo cuidado. Me he sentido envuelto y acunado en vuestros brazos desde el primer momento que os conocí. Este libro es más vuestro que de nadie, y ha salido tan bien gracias a vosotras.

Al servicio de Epidemiología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Al doctor Gabriel Bastías por su enorme flexibilidad y tesón por que aprendiera y aprovechara mi estancia. A mi querida doctora Paula Fuertes y a la doctora Michelle, por su cercanía y profesionalidad. A la doctora Catterina Ferreccio, por ser una persona excepcional, con una ética profesional y personal brutal; gracias por no rendirte. A Karina; me arropaste como a un hijo, gracias por cuidarme. Al doctor Gonzalo Valdivia, por sus pequeñas cápsulas de preguntas, que trajeron consigo interminables reflexiones.

A las personas del departamento de Historia de la medicina de la facultad de medicina de Albacete, por darme alas en un mundo tan encorsetado.

A la gente de la editorial, Cambalache, por dar vida a Oviedo y cobijo a este libro. A Germán, una criatura con una cantidad de cariño dentro inigualable, y que ha afilado muchísimo más mi pluma.

A aquellas personas que dejan de cortar el mundo en dos, que van más allá. A quienes disienten, se unen, piden y ejercen justicia en su vida cotidiana; a quienes se enfrentan a la fragmentación a la que nos aboca la necropolítica.

Índice

PRÓLOGO	9
INTRODUCCIÓN	15
SEMILLAS DE AYER, REALIDADES ENREDADAS DE HOY	31
SÓLO EN MI JAULA SERÁS LIBRE: LA ADECUACIÓN DE GÉNERO EN LAS UTIG	77
LA SOMBRA DEL CIPRÉS ES ALARGADA: EL BINARISMO, PILAR DEL ENFOQUE MÉDICO DE LA SEXUALIDAD	91
<i>PROTEGO ERGO OBLIGO</i> : PATOLOGIZACIÓN Y DESHUMANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN LAS UTIG.....	95
UN ACOMPAÑAMIENTO SANITARIO DE LA TRANSICIÓN RESPETUOSO CON LAS IDENTIDADES DE GÉNERO NO BINARIAS	103
COMPAÑERAS..., ¿DÓNDE ESTÁIS?	111
BIBLIOGRAFÍA COMENTADA.....	113

Prólogo

Hablemos de diversidad. Robótica, electrónica, caminos, minas, aeronáutica... ¿Cuántas carreras de ingeniería serías capaz de nombrar? Tantas como imagines. Y aún más que quedan por inventar. Es «natural». A medida que un saber crece, se compartimenta.

Pero, medicina, no. Medicina, Una, Grande y Libre.

Siendo el saber biomédico la rama de conocimiento que ha experimentado una mayor expansión en el último siglo, ¿por qué no ha seguido la carrera de medicina ese mismo curso de segmentación? ¿Es una cuestión de economía o de simbolismo?

Hay una suerte de mística en decir que eres «médico». La sociedad te sube a un pequeño pedestal. Siempre he pensado que, en gran parte, estudiamos seis años sólo para eso. Por el valor performativo, por el poder. A fin de cuentas, nuestras decisiones afectan a esferas muy importantes de los pacientes y, en esa relación tan jerárquica que se establece con ellos, necesitamos que la asimetría quede bien definida. Que quede claro que somos semidioses.

Tode profesional de la medicina ha sido estudiante de medicina, y lo ha sido, además, durante muchos años. Los suficientes como para asimilar no sólo conocimientos, sino una cosmovisión. No deberíamos pasar esto por alto a la hora de analizar los discursos que emanan

de la institución médica. Que estamos moldeados por una disciplina axiomática que no admite grises. Que reduce la diversidad humana a un tipo test en el que sólo hay una opción correcta.

Y quizá estés pensando: «Ya, pero yo no quiero que quien me opere se pueda equivocar». O, lo que es lo mismo: «Entiendo que en medicina exijan más que en el resto de carreras». Pero, amiga, eso tiene su precio. Entrenarnos en la memorística, en la asimilación sin dudas y el estoicismo trae consecuencias. Es así como creo que se forja una predisposición al juicio, a la norma. Si algo no es un acierto, es un error. Si algo no es «lo sano», es «lo enfermo».

Una amiga me preguntaba hace poco por qué consideraba patriarcal esa forma de categorizar. Quizás porque me recuerda un poco a Dios, a ese juez cuyo saber es «Verdad». Quizás porque su contrapartida femenina, la medicina del acompañamiento, me parece más interesante. Pero no quiero abrir ese melón, daría para otro libro.

La historia de la medicina contemporánea es la historia de la supresión de saberes y figuras que la precedieron. Existen, por ejemplo, numerosas investigaciones antropológicas que vinculan el chamanismo a las identidades no binarias, los ritos paganos de sanación al travestismo... Las brujas, sin ir más lejos, son en parte las «aborteras» medievales villanizadas a lo largo de los siglos. El ciclo menstrual y su regulación, el parto, las plantas medicinales, la alimentación... Todas esas esferas de la *protomedicina* —por llamarla de algún modo—, a menudo ejercidas por mujeres, exentas de titulación o reconocimiento, y difundidas oralmente, a través de las tradiciones, fueron sustituidas por el saber patriarcal y científico que se imparte aún hoy en las facultades, ahora repletas de estudiantes femeninas.

Recuperar esos saberes y reivindicar su validez debería ser una tarea tan urgente como promover la diversidad de género en las instituciones médicas. Es decir, hemos de feminizar las instituciones, pero también los saberes que emanan de ellas.

Confieso haber aprendido más sobre género y medicina con este texto que con toda la carrera. Tampoco es que le hayan prestado mucha atención, para ser sinceras. De hecho, las realidades trans ni siquiera estuvieron presentes en mi asignatura de endocrinología. Supongo que no lo consideraron lo suficientemente importante.

¿O quizá tenga que ver con que nunca he conocido a ninguna médica o estudiante trans?

Así que, a mi parecer, si te atreves con *¿Sólo dos?*, sabrás más de género y medicina que buena parte de los equipos profesionales. Y, además, desde una mirada honesta —algo que a menudo se nos olvida a los científicos—, puesto que el autor sí es consciente del poder que le confiere haber terminado la carrera de medicina y tener acceso y conocimientos para descifrar las fuentes médicas, algo que utiliza con el fin de hacer un poco más comprensible el lenguaje engorroso y las gráficas ininteligibles.

La medicina ha encriptado constantemente el conocimiento. No sé si para mantener unos privilegios de clase y limitar los cuerpos que pueden ejercerla o como forma de blindarse ante las prácticas no científicas y el intrusismo. Como respuesta, han surgido las tecnologías de *biohackeo*, *xenofeminismo* y *cyborgización* de los cuerpos. El que haya personas que tomen hormonas fuera del círculo hospitalario no escandaliza al personal sanitario sólo porque se preocupen del bienestar del «paciente». Tiene mucho que ver con que las personas que libremente deciden hormonarse están accediendo a unas herramientas de producción de subjetividad capturadas, que no les son propias. Están jugando a ser dioses. O quizá, están «jugando a los médicos».

Y, en ese sentido, creo que este texto tiene el potencial de ser un contrapoder, porque atomiza un conocimiento de difícil acceso. Hablemos de hormonas. Hablemos de genotipos. Hablemos de diversidad. De esa diversidad a la que se le contraponen una «normalidad» que a menudo llamamos «realidad biológica». Por eso me parece tan acertado recalcar la «ficción del binarismo». Porque la ficción se contraponen a la realidad, disfrazada de naturaleza.

Existen apreciaciones, valoraciones, observaciones y, sobre todo, generalizaciones sobre los fenómenos biológicos. En base a ellos definimos ese cajón desastre que hemos venido a llamar *patología*. Pero no existe tal cosa como una realidad biológica.

O, bueno, existe en tanto que es poder, el poder de dictar una ficción como realidad. El poder de Dios.

La medicina se reserva esa capacidad de observar y clasificar, construyendo *patología*, pero siempre en el marco de su propio con-

texto social. Hace menos de cien años, la medicina planteaba la superioridad de la denominada *raza blanca* como una «realidad biológica». Y lo hacía con la misma vehemencia con la que cincuenta años más tarde proclamaría la patología del homosexualismo.

A medida que los movimientos sociales avanzan, la vertiente opresiva de la medicina recula, pero nunca reconociendo la falsedad de la realidad que construyó, ni asumiendo la responsabilidad consiguiente. Es como un ejercicio de amnesia autoindulgente. Un aquí no ha pasado nada. A la medicina se le hace raro desdecirse. No puede dejar de sonar aleatorio que algo sea una enfermedad hoy, pero mañana no lo sea. Porque eso evidenciaría que, en esencia, toda sociedad construye sus patologías en base a convencionalismos.

Por eso es importante desarticular la «realidad biológica» en la que tanto nos excusamos para negar la existencia de la diversidad. Destapa lo incómodo de haber asumido como naturales construcciones y categorías aleatorias.

A veces me imagino a las generaciones del futuro intentando explicarse cómo, en un momento concreto de la historia, la medicina nos hizo creer que sólo existían dos géneros.

Y ya lo sé. Que con el desastre ecológico no hay futuro para eso tampoco. Pero me pone sabernos así de absurdos. Qué le voy a hacer.

la santamari(c)a

«El ser humano está biológicamente predestinado a construir y a habitar un mundo con otros. Ese mundo se convierte para él en la realidad dominante y definitiva. Sus límites los traza la naturaleza, pero una vez construido, ese mundo vuelve a actuar sobre la naturaleza. En la dialéctica entre la naturaleza y el mundo socialmente construido, el propio organismo humano se transforma. En esa misma dialéctica, el ser humano produce la realidad y por tanto se produce a sí mismo».

P. BERGER y T. LUCKMANN

«Desde hace un año no pienso en nada más. He vivido hasta aquí para este momento. Y ahora sé que querría morir en este lugar. Perder mi sangre hasta la última gota, o arder de una sola vez, en la llama de la explosión, y no dejar nada a mis espaldas. ¿Comprendes por qué he pedido tirar la bomba? Morir por la idea es la única forma de estar a la altura de la idea. Ésa es la justificación».

Los justos, ALBERT CAMUS.

Introducción

Este libro es el fruto de toda una serie de reflexiones colectivas que me trascienden. Es la recolección cariñosa del néctar que surgía en los distintos talleres, encuentros y lecturas; en las reflexiones conjuntas. Es un trabajo hecho con las manos y los pensamientos de muchas personas que han encendido en mí una llama insaciable de justicia y ganas de aprender.

Es, además, una especie de antología de textos, leídos y cuidados; también manidos y modificados, a fin de revisar y resumir lo máximo posible una temática compleja, para hacerla accesible a cualquier persona interesada. Este difícil puzzle tiene la ambición de poner en común el trabajo hasta la fecha de muchos investigadores (como Jordi Mas Grau, Francisco Vázquez, Richard Cleminson, Oscar Guasch...) y ser accesible fuera del ámbito académico.

El motor de esta recopilación está impulsado también por otra idea: ser una herramienta a disposición de la defensa de los derechos sexuales en España, desde dentro y desde fuera de la institución sanitaria, para ahorrar años de búsqueda, recopilación y lectura individual a quienes quieran tomar conciencia de la problemática.

La necesidad personal de realizar esta investigación, además, forma parte de una necesidad social. Los malestares generados por la

«normalidad supuesta salud»¹, de la que forma parte la construcción binaria de sexo y género, nos plantean una tarea colectiva, a fin de sanar y evitar (mirando al futuro) las problemáticas que produce. El género es un ideal normativo con el que nadie se siente en perfecta armonía, ni siquiera las personas cis.²

Una de las problemáticas más graves, consecuencia de dicha construcción, es el abordaje médico homófobo y tránsfobo del diagnóstico de sexo de bebés intersexuales y de las necesidades sanitarias de las personas trans.³ Es sobre este abordaje sobre el que ponemos el foco de atención aquí.

De este modo, analizar las prácticas y el discurso médico sobre la diversidad sexual nos va a permitir dibujar el imaginario colectivo en el que se asientan. Son estas realidades antinormativas las que, al vivir con valentía dicha diversidad, evidencian no sólo que la construcción binaria es sumamente intolerante —reproduciendo la intolerancia en las personas—, sino que además es incoherente con la realidad sexual humana.

A la necesidad social se añade una necesidad de reformar las producciones de corte ensayístico o académico. Los distintos dispositi-

¹ Concepto que se refiere a «aquellos malestares cotidianos que la gente sufre y habitualmente no analiza ni cuestiona porque los considera normales. No generan demanda explícita, no tienen interlocutor válido, y no existe un campo de intervención en el que abordarlos. Desde enfoques terapéutico-asistenciales, las respuestas que habitualmente se brindan, o bien tienden a medicalizarlos, psiquiatrizarlos y categorizarlos como pertenecientes a grupos de riesgo social; o bien a incluirlos en acciones preventivas inespecíficas, quedando la mayor parte de las veces en tierra de nadie» (Cucco, 2008: 4).

² Cisgénero, abreviado, «cis»: persona cuya identidad de género «con cuerda» con el sexo género asignado al nacer.

³ Transgénero o trans es un término que engloba a personas con identidad de género diversa (no binaria, pero también binaria), que no se ajusta al sexo-género que se les asignó al nacer. Aquí se engloban, pues, transexuales, transgénero, *genderqueer*, agénero... y otros términos que podrían aparecer en el futuro como producto de la evolución del concepto, de las personas y de la sociedad. Es, por lo demás, un término que suele asociar un cuestionamiento del enfoque biomédico de la realidad trans.

vos sociales productores y reproductores de conocimiento legítimo han excluido sistemáticamente a las personas más discriminadas. Por esa misma razón, sus voces estarán muy presentes en este libro, construyendo el propio relato y siendo ellas mismas escritoras, porque sin la narración de sus vivencias no sería posible una interpretación colectiva de la realidad.

¿Cuál es nuestra historia? ¿Qué es historia en estas páginas?

La semilla de este libro fue la frustración. Creció en una maceta muy pequeña. En concreto, la de un trabajo de fin de grado de la carrera de medicina, en Albacete, con las limitaciones estructurales que eso supone. La propuesta que me hizo llegar Cambalache, sin embargo, consistía en trasplantar el pequeño árbol a un terreno fértil y abierto sin, en principio, limitación alguna. Por eso, en esta ocasión, más que nunca, era importante tener algo de mesura con los contenidos. Hemos podado algunas ramas y nos ha parecido interesante dejar otras, especialmente bonitas, porque creemos que pueden dar buenos frutos a quienes os acerquéis a leerlos.

Y es que es importante saber cómo miramos la historia en este libro; porque nos ayuda a entenderlo, y a un cambio de chip imprescindible. Ese cambio tiene que ver con reconocer que las disciplinas académicas (también la médica) se enmarcan en un «juego de verdad», tal como lo llamaría Foucault⁴. Este término es exquisitamente gráfico —al menos para mí—, puesto que pone de relieve la característica dinámica y performativa⁵ del conocimiento científico. Enunciados como «tiene genitales masculinos, luego es hombre» son necesarios para formar proposiciones empíricas como «su microfalo no ha crecido hasta el tamaño medio para su edad», «por lo que reconstruiremos una vagina y vuestro bebé será mujer». Es decir, por mucha objetividad que parezca decorar la descripción de los genitales, necesita-

⁴ Vázquez, 2008: 75 y ss.

⁵ Performativo es aquello que instauro y refuerza el mismo acto que representa. Es decir, que no viene dado *a priori*, sino que se está conformando y definiendo con cada acto.

mos creer que existen unos genitales masculinos válidos –cuando alcanzan un tamaño y apariencia determinados– y una forma de «ser hombre» –en este caso, anatómicamente– válida, para así empezar a describir «empíricamente» genitales que no llegan a la media, designar «microfalos» a unos y no a otros, etc. ¿Por qué ha de llegar un falo a la media para su edad? Ah, sí, cerramos el círculo... «Porque eso lo hace hombre».

Las preguntas que nos planteamos sobre el papel de la medicina como disciplina clave en la obsesión del diagnóstico sexo-género no se sitúan en el plano de la discusión sobre proposiciones empíricas, esto es, afirmaciones falsables⁶ (por ejemplo, ¿en qué se equivocan los equipos médicos actuales a la hora de diagnosticar el sexo de bebés?). Nuestras preguntas interpelan a un orden distinto, performativo y no constatativo⁷, conformado por «proposiciones gramaticales» (Wittgenstein) o «enunciados» (Foucault) no susceptibles de falsación (por ejemplo, «¿qué régimen performativo permite hablar de *microfalo* en lugar de cualquier otra designación o categoría?»)⁸.

Nos hacemos estas preguntas porque hemos llegado al punto en el que el marco conceptual en el que vivimos nos tiene hasta el coño. Porque la medicina ha contribuido a apuntalar una lectura de la sexualidad que nos disgusta y hace de la vida algo más difícil, más triste, menos orgásmico. Porque existe un miedo explícito⁹ a nuestras hipótesis del cuerpo y del deseo, que hemos construido exponiendo nuestros propios cuerpos y deseos. Queremos ayudarnos a

entender(nos), cuidar nuestra autopercepción y al resto. Esto es salud, y eso vamos a reforzar: una sexualidad que siempre tuvo materialidad, porque nos cala hasta los huesos.

El análisis del discurso médico que aquí realizamos no nos va a revelar una verdad última, un sentido universal, pero es que tampoco lo estamos buscando. Y si tú, que nos andas leyendo, lo buscas, pregúntate por qué; de qué juego quieres entrar a formar parte con esa pregunta. Este análisis tratará de sacar a relucir, como ya hizo Foucault, el juego médico que impone la «rareza» con todo su poder de afirmación¹⁰.

En la misma línea, las propuestas de una práctica médica más respetuosa con la diversidad sexual y de género parten de la plena conciencia del carácter cultural y contextual del conocimiento médico –que conforma y es conformado por las prácticas sociales– y, por lo tanto, de su maleabilidad y potencialidad de cambio.

Injusticia epistémica¹¹; repartiendo responsabilidades

Para llegar a este libro, se han sucedido distintas etapas que, si se miran de cerca, traslucen diferentes enfoques. La semilla fue un proyecto de Trabajo de Fin de Grado muy ilusionante y que, aunque con bastantes limitaciones, canalizó gran parte de la frustración acumulada durante mis años de formación en la carrera. El título era «¿Médicos o policías? Un análisis colectivo de las prácticas y el discurso médico en España sobre realidades sexuales antinormativas: desde

⁶ Falsable: característica de algo que es potencialmente contradecible mediante pruebas.

⁷ Un enunciado constatativo es aquel que describe un estado de cosas o un hecho, de manera que puede ser evaluado como verdadero o falso.

⁸ Es importantísimo que entendamos bien la diferencia entre «enunciado» y «proposición empírica». Si no lo tenemos claro o pensamos que la medicina habla siempre desde la objetividad, dediquémosle otro rato; nos ayudará a comprender el resto del libro. De paso, te pedimos que no te desanimes por la densidad inicial; saber poner los primeros ladrillos en su sitio es difícil, pero es imprescindible para construir el resto.

⁹ Foucault, 1970: 14, 50 y ss.

¹⁰ *Ibid.*, 1970: 68.

¹¹ Me gustaría agradecer en unas cortas líneas el aporte realizado por mi compañero Álvaro Cerame en su tesina *Epistemic injustice in doctors*. Su trabajo confecciona y vertebra este apartado, un arriesgado pero humilde intento de resumir una cuestión tremendamente compleja. En cualquier caso, creo que puede ser de mucha utilidad para entender parcialmente el proceso de inculturación moral, epistémica y jerárquica del estudiantado de medicina y del personal Médico Interno Residente (MIR) durante su formación, destapando parte del llamado *currículum oculto* de la educación médica: toda esa mierda invisible que tragamos y/o que absorbemos por ósmosis, para llegar a ser quien sabe, quien detenta el conocimiento.

mediados del siglo XIX hasta la actualidad». Aquella rabia ha acabado convirtiéndose, a golpe de lecturas y reflexiones colectivas, en algo más complejo.

Mis sentimientos hacia la institución universitaria y hacia la institución médica son ambivalentes. He conocido médicas magníficas, cuya labor daría mi vida por defender (como mi querida Elena Aguiló, médica de familia en Madrid; o Mari Cruz, médica rural que con su ejemplo reabrió mis dudas acerca de mi futura dedicación), y profesores universitarios con una buena trayectoria de labor divulgativa a sus espaldas y/o una humildad asombrosa (por su escasez, que no por ser una cualidad sobrehumana) para reconocer que su estudiantado sabía más que ellos sobre sexualidad.

Pero también he conocido profesores ciegos por sus publicaciones, ¡quién sabe si por descubrir el último gen que dé con la causa de su falta de compromiso social! O médicos llenos de discursos falaces hasta la náusea y aún así suficientes para desacreditar a sus estudiantes. También ginecólogos y obstetras con comportamientos machistas en consulta, apuntes transfobos y homófobos por falta de formación y/o por falta de empatía, pases de planta en los que deberíamos habernos separado de aquel oncólogo e ido a acompañar al paciente... ¿Cuántas veces se desacredita el discurso del estudiantado simplemente por nuestra posición y no por su contenido? ¿En qué situación se ubica sistemáticamente al futuro personal médico durante su formación y cuáles son las consecuencias?

El sufrimiento está en muchas partes, en diferente intensidad. Para entender situaciones injustas debemos analizar la realidad que rodea los hechos en toda su complejidad, valorando una responsabilidad individual, colectiva y sistémica. En la llamada relación «médico-paciente» existen, como mínimo, dos agentes, no uno, y una multiplicidad de roles.

Pasar por la carrera y conocer de primera mano el día a día de alguien dedicado a la medicina me ha hecho darme cuenta de que, igual que no se es *hombre* o *mujer*, sino que se llega a serlo, tampoco se es buen o mal profesional médico, sino que se deviene. Y se deviene en un contexto social muy concreto, en donde interesan unas determinadas biopolíticas y se demanda cubrir unas determinadas

necesidades; ambas, cuestiones que van mucho más allá de la propia persona. Del mismo modo, nuestra formación no deja de ser un «proceso de inculturación y adaptación»¹² de quien va a detentar parte del poder social de la institución médica, la cual está insertada en una «comunidad moral» que construye y la construye. Una carrera de obstáculos de la que solemos salir con mutilaciones severas; tanto moral, como emocionalmente.

Ese proceso de inculturación traspasa las paredes de las facultades de medicina y, si echamos cuentas, llega a durar hasta doce años en España. Y ya estaría «el mediquillo», como dice mi abuela Encarna. A lo largo del mismo, la persona que en el futuro se convertirá en profesional se va situando socialmente, dialoga con toda una serie de características y roles que se esperan de ella (como en otras profesiones), interioriza el comportamiento jerárquico en distintos ejes (dentro de equipos médicos, entre equipos médicos y otras profesiones sanitarias, y entre profesionales médicos y pacientes), aprende su posición cambiante en la jerarquía...

En todo ese proceso, la percepción más común entre el estudiantado (del que me sigo sintiendo parte) es que somos la última mierda. Todas aquellas personas que hayan pasado por ello y lean estas líneas sentirán una empatía inmediata. No es que seamos ni queramos ser víctimas, es que nuestro rol está tan ninguneado y falto de credibilidad que lo máximo que se puede esperar es que nos matemos por ganar un metro de altura en esa jerarquía. Porque somos perfectamente conscientes de que, con los años, mejoramos nuestra posición, si hacemos lo suficiente para merecerlo.

La fuerte estructura jerárquica médica nos genera, especialmente a estudiantes y residentes, un enorme estrés ante la idea de levantar la voz y explicitar un conflicto a profesionales «de rango superior», lo cual acaba silenciándonos individual y colectivamente. Con ello, reforzamos, por un lado, la posición de quienes ya han ascendido en esa

¹² Cerame, 2017: 26 y ss.

jerarquía (puesto que evitamos confrontarlos todo lo posible) y, por otro, perpetuamos dicha estructura jerárquica de privilegios¹³.

Entramos a formar parte de un conjunto de reglas, estrategias, razonamientos... que nos sirven para afrontar situaciones complejas, en las que hay que manejar grandes cantidades de información. Pero que también nos sirven para posicionarnos socialmente como «médicos» y así, se dice, ostentar credibilidad. Es esa información la que dota al personal médico de un «privilegio epistémico», es decir, del poder de saber, que desde la perspectiva médica, suele analizarse como justificado o no¹⁴.

La cantidad de lagunas que presenta ese juego, la práctica médica, es enorme. Afrontamos situaciones muy complejas para las que no tenemos suficiente preparación (como el suicidio, la muerte, la falta de recursos económicos y sociales, la gestión del estigma...), cargando mil mecanismos de defensa, que ya hemos internalizado, para soportar –que no solventar– la mierda de condiciones en las que acostumbramos a aprender y a trabajar. Llevamos encima nuestra arrogancia, nuestra falta de empatía, nuestra ignorancia activa; pero también, otras veces, nuestra culpabilidad paralizante, nuestras noches sin dormir, nuestra medicina defensiva... como submarinistas

¹³ *Ibíd.*, 2017: 33 y ss.

¹⁴ Para resumir la cuestión, nos gustaría apuntar que se entiende por *justificada* aquella actuación médica que se apoya en un conocimiento *validado* por el método científico y/o la experiencia clínica. Aunque no entraremos a analizar lo problemático de esta dicotomía simplista, es importante decir que existen evidencias débiles –o fuertes, pero mal construidas, con sesgos– y, por lo tanto, las actuaciones médicas *a priori* justificadas podrían no estarlo conforme se investigara más, a lo largo del tiempo. En estas intervenciones no podemos saber si ese privilegio está o no justificado, y tanto la propia medicina como las ciencias sociales han demostrado que algunas intervenciones no están justificadas. Por ejemplo, existe evidencia de que decidir la identidad de género de una persona antes de que la enuncie, o mutilar los genitales de bebés, tiene repercusiones graves sobre su bienestar, y por lo tanto está injustificado. También existe evidencia de las consecuencias positivas para la salud que tiene ayudar a dejar de fumar a una persona que quiera hacerlo, y por lo tanto está justificado intervenir e intentarlo.

sin rumbo, luchando por encontrar la siguiente bombona de oxígeno que nos mantenga otro día más en las zonas más oscuras y profundas del mar. ¿Dónde queda nuestra salud mental?¹⁵ ¿Dónde el trabajo colectivo que nos permita salvar la inevitable incertidumbre y la complejidad de los problemas de salud? ¿Y las condiciones dignas que nos permitan aprender, mejorar y sentir satisfacción con nuestro trabajo? ¿Dónde está la educación médica que nos merecemos y que se merecen las personas que atendemos?

Mirar el lenguaje, mirar dentro de nosotres mismas

Como ocurre en todo libro, lo aquí escrito habla de la autoría. De lo que ésta quiera decir, pero también de todos esos pequeños fragmentos de nuestro ser que se nos escapan de entre los dedos sin darnos cuenta (algunos más visibles que otros). Trocitos que vuelan desde todas las experiencias que nos conforman, que están dentro de cada cual, hasta pegarse en el papel.

Esos trocitos nos muestran con nuestras imperfecciones, más cerca de lo que somos y no tanto de lo que queremos transmitir; incluso incoherentes a veces, por qué no decirlo. Pese a la rotundidad con la que debemos afirmar ciertas causas que nos parecen justas, nuestros análisis siempre tienen un margen de mejora, y es labor de los diálogos colectivos que generemos a partir del libro encontrarlo y sumarlo al texto.

En nuestro trabajo no buscamos la perfección moral, ni una especie de «verdad» esencial y universal que nos dé la llave para alcanzar una realidad prediscursiva que nadie pueda cuestionar. Nuestra retórica es la que busca abrirse camino de forma silenciosa, convenciendo desde las entrañas. No queremos *vencer*, ni formar parte de la lógica de la guerra, sino extendernos a través de los espacios ató-

¹⁵ Algunos metaanálisis de los últimos años hablan de un porcentaje del 28,8% de residentes con depresión (Mata et al., 2015) –un 27,7% en el caso del estudiantado de medicina en países occidentales, que además presenta un 11% de ideación suicida (Rotenstein et al., 2016)–, cifras significativamente mayores que las de la población general (Cerame, 2017: 52).

micos, como un fluido invisible y pegajoso. Estamos aquí para dejar atrás esos discursos de competición, hipermasculinizados e individualistas, que resquebrajan las organizaciones actuales y les impiden mirar más allá del discurso –colectivamente– y de los egos –individualmente–.

Esta reflexión no debería devaluar inmediatamente la palabra y el lenguaje; todo lo contrario. Los pone al servicio de la acción directa, de una fuerza que nos lleve a dar el siguiente paso. Y es que «redefinir el marco¹⁶ significa cambiar el modo en que el público ve el mundo. Es cambiar lo que se considera de sentido común. Dado que el lenguaje activa marcos, para establecer nuevos marcos se requiere de un nuevo lenguaje. Para pensar distinto hay que hablar distinto»¹⁷.

Así, nuestra gran preocupación con respecto al lenguaje es conseguir que las palabras esquiven todas esas alarmas que existen en nuestro inconsciente colectivo, especialmente en temas *sensibles*, como la diversidad sexual y de género. Queremos aprender a cambiar los marcos en los que se engloban mayoritariamente la transexualidad, el lesbianismo, etc., para que adopten una forma que nos dé una oportunidad en determinadas situaciones, y ante aquellas

personas que todavía tienen reactividad ante la diversidad sexual. Es ahí donde queremos dialogar.

Seguramente, el acto de comunicar de forma efectiva sea algo muy complejo, y requiera un análisis sobre el canal que vamos a utilizar, a quién queremos llegar, cómo queremos hacerlo, cuál es nuestra finalidad... que no alcanzamos a realizar aquí. Sin embargo, nos interesa señalar la tendencia del mundo académico a comunicar en un tono pretendidamente intelectual. En ciertos contextos, donde es necesaria una mayor especificidad, quizá esté justificado. Pero, especialmente fuera del ámbito académico, puede convertirse en un trabajo excesivamente centrado en la identidad de quien emite el mensaje –su reputación como intelectualoide–, más que en hacerse entender y tener un efecto real.

La elección de palabras como *médicos* en lugar de *profesionales*, por ejemplo, es intencionada. Usar el masculino para describir el cuerpo médico de una época determinada pone de relieve que la medicina estaba copada por lo masculino. Así, cuando hago referencia a la autoría de este libro en femenino, es un reflejo fidedigno del espacio marica en el que me siento cómoda. Los cambios estratégicos en el uso del género son nuestra pequeña dinamita, que hay que medir lo mejor posible cuándo detonar. Una especie de nuevo signo de puntuación que pretende iniciar una reflexión continua. Porque es en esa constante cotidianeidad donde el género se encuentra instalado y normalizado.

De igual modo, usar el género neutro es para nosotras una herramienta muy útil en determinadas situaciones. Es esencial, por un lado, para respetar la identidad no binaria de algunas personas. Y también, por otro, para vaciar de género aquellos lugares en donde más daño puede llegar a hacer. En el texto, por ejemplo, hemos usado *niñes* para dar espacio a que cada personita pueda definir su identidad como más cómoda se sienta.

Cuando pensamos en la sexualidad, debemos recordar que los conceptos teóricos toman distintas formas en personas concretas, con las cuales establecemos un diálogo mediante las etiquetas que intentan definirnos y que son propias de cada contexto histórico y social. Diálogo que también existe entre lo que entendemos por «imaginario» o

¹⁶ Según George Lakoff y más especialistas de lingüística cognitiva, los marcos no se ven ni se oyen. Son estructuras de nuestro cerebro a las que no podemos acceder de manera consciente, pero que conocemos a través de sus consecuencias: la forma en que razonamos y lo que consideramos «sentido común». De esta forma, todas las palabras se definen en relación a un marco conceptual. Por ejemplo, *cocrianza* es una palabra a priori asociada a un marco presente en personas con actitudes mayoritariamente disidentes en los ámbitos del género y los modelos familiares, y que inmediatamente sienten como cercanos discursos que toman estas palabras, siendo más propensas a cambiar su forma de pensar si se señalan hechos que refuerzan el marco. Sin embargo, pueden ser palabras que generen reactividad en personas con actitudes mayoritariamente conservadoras, adheridas a marcos como las masculinidades hegemónicas o la familia tradicional católica. De manera que, por más que diéramos a las primeras (las muy inclinadas a marcos disidentes) evidencias de hechos negativos para la sociedad derivados de estos modelos, o positivos a las segundas (aquellas muy inclinadas a marcos conservadores), los hechos rebotarían y el marco permanecería.

¹⁷ Lakoff, 2017: 11.

«teórico» y lo «material». Conceptos como *hombre, trans, intersex, bo-llera...* son vividos por personas de carne y hueso; influyen de forma determinante en la conformación de nuestra identidad y, consecuentemente, en nuestros estilos de vida y experiencias vitales. Experiencias que, como veremos, son muy variadas.

En tiempos de fragmentar(nos), elegimos revolcarnos

Para poder presentar a quien nos lee el esquema mental que nos ha hecho llegar hasta aquí, primero debemos empezar por poner en común aquello sobre lo que queremos hablaros. Las preguntas que nos hacemos en este apartado no son algo ajeno a los colectivos LGTBIA+; las propias siglas ponen de relieve una unión que, si no se explica, puede generar dudas. ¿Qué tiene que ver lo trans con la intersexualidad? ¿Con lo lesbiano? ¿Y con lo bisexual? ¿Y con lo asexual? Si son realidades vividas individualmente de formas tan distintas, ¿qué tienen en común? ¿Estamos sumando siglas para justificar el fin de la familia católica, apostólica y heterocentrada?

Imaginemos que nos encontramos en una clase de la facultad de medicina, póngase, de Albacete, y como buenos «hijos de España», no hemos recibido más formación en educación sexual que ponerle un condón a un dildo. Y, por supuesto, no vamos a recibir más por el hecho de pertenecer al cuerpo sanitario. Si echamos un vistazo a las definiciones prescriptivas¹⁸ actuales de *intersexualidad* (concepto al que se llegó tras transitar otros como *hermafrodita* o *pseudohermafrodita*) que nuestro «avezado» doctor nos dicta, podríamos encontrar:

«Es un *grupo de afecciones* donde hay una discrepancia entre los genitales internos y externos (los testículos y los ovarios)». Fuente: *Medline Plus*, marzo 2019. Una de las principales fuentes *online* de contenidos médicos.

¹⁸ Entendamos que, en este caso, las definiciones médicas de los términos tienen unas consecuencias tangibles sobre la realidad. Es decir, *prescriben* porque ordenan la realidad, nos dicen cómo deben interpretarse los hechos, dada la autoridad científica desde la que se enuncian.

«El género humano presenta una diferenciación en dos sexos: masculino y femenino. Las diferencias biológicas entre ambos se establecen en cuatro niveles distintos: sexo genético, gonadal, genital y psicosocial. Las anomalías de la diferenciación sexual (ADS) o desarrollo sexual diferente (DSD) pueden manifestarse en uno o en varios de dichos niveles. Se abordarán en primer lugar las anomalías del sexo cromosómico que implican alteraciones de la diferenciación gonadal, pero sin discordancia con el sexo genital o fenotípico y, por tanto, sin ambigüedad sexual. Cuando existe una discordancia entre alguno de los tres primeros niveles de diferenciación cabe hablar de estados intersexuales [es decir, excluyendo el psicosocial]». *Farreras*, 18ª edición (2016). Libro de referencia en medicina interna en España.

«Las anomalías de la diferenciación sexual (ADS) constituyen un amplio abanico de patologías originadas por alguna *anomalía* en alguna de las etapas del desarrollo fetal imprescindibles para el desarrollo normal del sexo genético (cariotipo, gonosomas), del sexo gonadal (ovarios o testículos) y/o del sexo genital interno y/o externo (masculino o femenino). Su frecuencia es baja e inferior a 1/2.000 recién nacidos, aunque variable según las etiologías, por lo que se incluyen actualmente dentro de la definición de las “enfermedades raras”, entendidas como “poco frecuentes”». *Grupo de Trabajo sobre Anomalías de la Diferenciación Sexual de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica*. Protocolo de 2011.

«Aquella situación en la que el aspecto de los genitales externos no permite una asignación inequívoca del recién nacido a un sexo u otro». Presentación en clase de endocrinología pediátrica, facultad de medicina de Albacete¹⁹.

«Aunque tradicionalmente se empleaba el término hermafroditismo, su uso no es correcto, ya que alude a la presencia simultánea de ambos sexos y su funcionalidad en el mismo individuo, el hermafro-

¹⁹ Mientras reviso mis apuntes de carrera, me pregunto si a mí me generará más inseguridad interpelar directamente a muchos de mis compañeros de profesión de la que le genera a la institución médica poner un bisturí encima de los genitales de una criatura recién nacida. Estas cirugías son actos de violencia directa constitutivos de la lógica del binarismo sexo-género (Chase, 1998).

ditismo es una característica normal en algunas especies de animales y plantas, mientras que en el ser humano —y en la mayoría de vertebrados— la intersexualidad es una anomalía». Fuente: Wikipedia²⁰, marzo de 2019.

*Afección, anomalía, patología, discordancia*²¹... son sólo algunos de los apelativos que encontraremos en numerosas ocasiones dentro de la narrativa médica que describe a personas intersexuales, trans y/u homosexuales, haciendo de nexo de unión entre distintas realidades. De hecho, veremos cómo incluso el término *intersexual* fue un concepto paraguas para toda clase de *desviaciones sexuales*, o cómo la medicina hablaba de *intersexualismo voluntario* para referirse a la transexualidad.

Esta compleja red de interrelación entre las realidades sexuales antinormativas es más fuerte si cabe entre la intersexualidad y los trans. Ante el desafío que suponen ambas para el sistema binario²²,

²⁰ Para aquellas personas, especialmente del ámbito académico, que se avergüencen de citar a Wikipedia como una de las enciclopedias actuales más importantes y visitadas, y por lo tanto, como generadora de discurso, recomendamos que lean el siguiente artículo: Thompson, Neil and Hanley, Douglas (2018): «Science Is Shaped by Wikipedia: Evidence From a Randomized Control Trial». *MIT Sloan Research Paper No. 5238-17*. Disponible en: <https://ssrn.com/abstract=3039505>.

²¹ Recordemos que para que exista una discordancia, debe existir un orden lógico, coherente, de las cosas. Es esa no-comprensión de la diversidad lo que constantemente queremos señalar en este trabajo.

²² Nombrado también como *dualismo de género*, es la clasificación del sexo y el género en dos formas opuestas y desconectadas: masculino y femenino, hombre y mujer. A su vez, define una frontera social que desalienta a las personas a cruzar o mezclar roles de género, o a identificarse con dos o más formas de expresión de género simultáneamente. En este modelo binario, *sexo, género, y orientación del deseo* se asumen por defecto como alineados. Por ejemplo, a una mujer se la supondría como femenina en aspecto, cuerpo, carácter y comportamiento, lo que incluiría una atracción heterosexual por el género-sexo opuesto (la masculinidad y los hombres). Esta clasificación deja fuera, por tanto, a quienes nacen con órganos reproductivos intersexuales y a todas aquellas personas que se identifican como lesbianas, gais, bisexuales, transgéneros, transexuales o de género no-binario.

las *performance* de género más cotidianas y sus narrativas populares giran en torno a adecuarlas: la pregunta por el sexo de quienes acaban de tener una criatura intersex; aquella diapositiva que abría mi clase de pediatría sobre intersexualidad: «recién nacido busca sexo», como quien busca una hipoteca, sólo que las condiciones las pone nuestra institución médica y para toda la vida; «si vienes aquí porque quieres ser hombre, ¿por qué te pintas las uñas?»; y tantos otros juicios sobre la expresión de género de alguien que se escuchan en una Unidad de Trastornos de Género²³, juicios cuya frecuencia resuena en cada rincón de nuestro país.

Los «cambios de sexo», las faloplastias, las vaginoplastias, el gimnasio, los implantes mamarios... todo —y lo que esté por venir— a cambio de cumplir el canon de género, para que sea ejemplar y ejemplarizante.

Hombre y mujer, masculino y femenino; dos polos de cargas opuestas, complementarias, que se atraen entre sí, pero que a la vez generan un campo magnético lleno de violencia, que repele aquello que no se adapta a sus particulares códigos. Que ponen en juego un modelo de «cuerpos válidos». Que definen un capital erótico determinado en nuestra época, el cual, a su vez, capacita, impulsa a personas «elegidas» para seguir trepando en la competición global integrada.

El motivo de que ambas realidades sean el corazón de este texto es, pues, sencillo: históricamente, las personas intersexuales y, más tarde, las personas trans, han sido el campo de escrutinio de la sexualidad más intenso por parte de la institución médica (junto con la homosexualidad y los cuerpos asignados mujer y, muchas veces, racializados), y ello se debe a que evidencian el carácter construido del binarismo sexo-género. Sexos que, recordemos, han sido insistentemente separados y polarizados para mantener un orden social concreto. Materializan —para la mirada patologizadora de la medicina normativa— la disidencia anatómica (intersexualidad) y psicosocial (transexualidad), como bien se plantea en la «Guía de buenas prác-

²³ En adelante, UTIG. Son los dispositivos sanitarios en los que se realiza la asistencia a personas trans en el Estado español (a excepción de Cataluña), con un enfoque bien determinado, y que analizaremos posteriormente.

ticas para la atención sanitaria a las personas trans en el marco del Sistema Nacional de Salud» (2010):

«La práctica de descartar los casos de intersexualidad [antes de diagnosticar la disforia de género²⁴] únicamente surge cuando se plantea la siguiente cuestión: dado que el género de esta persona no es el que naturalmente debiera ser, ¿se trata de un problema anatómico-fisiológico o psiquiátrico?»²⁵.

Vidas, cuerpos, ropas, preferencias sexuales... El examen de todo ello pretendía, y aún pretende, instituir un orden social determinado mediante descripciones académicas en manuales y artículos, asignaciones de roles, negación de derechos e intervenciones quirúrgicas y hormonas, posteriormente. Dibujar lo anómalo para delimitar lo normal, lo que significa ser hombre y ser mujer.

Cuerpos e identidades evaluados durante dos siglos con la lupa de mayor aumento para ponerse al servicio de la lógica social de turno. Vidas, al fin y al cabo, que sólo piden vivir sus cuerpos con libertad. Quererlos y rozarlos, con quienes deseen.

Cambiar, desplazarse, física o simbólicamente, ¿qué es si no la libertad? Entre otras cosas, tener la oportunidad de elegir qué tipo de persona quieres ser, qué rol jugar en cada momento de tu vida, sin estereotipos que caigan como peso muerto sobre nuestras espaldas.

²⁴ Según el DSM V, última versión del manual psiquiátrico, la disforia de género es «una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de seis de las características siguientes [...]», entre las que incluyen «un poderoso deseo de ser del otro sexo o una insistencia de que él o ella es del sexo opuesto (o de un sexo alternativo distinto del que se le asigna)», «una marcada preferencia por los juguetes, juegos o actividades habitualmente utilizados o practicados por el sexo opuesto» o «una marcada preferencia por compañeros de juego del sexo opuesto», entre otros criterios (DSM V, página 239).

²⁵ Disponible en: <https://www.saludtrans.cl/wp-content/uploads/2013/11/stp-propuesta-sanidad.pdf>

Semillas de ayer, realidades enredadas de hoy

El camino que nos disponemos a iniciar está plagado de cambios en los diagnósticos y en las expectativas sociales en relación con los sexos; marcado por una reescritura constante de la interrelación entre las instituciones, los cuerpos, los sexos de las personas, lo que ahora llamamos *género*, y las orientaciones del deseo. Reescrituras que buscaban, a su vez, imponer el marco masculino/femenino a los cuerpos disidentes¹. Pero, ¿bajo qué criterios médicos se han estado dibujando las difusas fronteras que definen y delimitan este binomio? Y más importante aún, ¿por qué llegó un momento en el que fueron necesarios?, ¿a qué orden social responden, en último término?

Entender nuestro presente requiere necesariamente observar las épocas que lo han precedido, habiendo tomado para ello las precauciones fundamentales que señala la metodología genealógica².

¹ Vázquez y Cleminson, 2012: 2 y ss.

² «El método genealógico nos ofrece una serie de herramientas epistemológicas para abordar la historia. Ésta no ha de ser concebida como un proceso lineal, progresivo y teleológico durante el cual se irían acumulando los conocimientos, tecnologías y experiencias que nos conducirían a un estadio definitivo de racionalidad absoluta o perfección moral. La historia no materializa ninguna idea trascendental y está plagada de discontinuidades y rupturas [...]. Por tanto, nuestra época tiene su propio umbral, y es en ese punto donde tenemos que em-

Para iniciar este ejercicio de contextualización histórica, es importante puntualizar que la necesidad social de «diagnosticar el sexo» no nace hasta el siglo XVIII, necesidad que subyace a los discursos médicos sobre el hermafroditismo y la transexualidad:

«[...] La noción, tan poderosa desde el siglo XVIII, de que debía haber algo exterior, interior o que comprendiera todo el cuerpo, que definiera al macho como opuesto a la hembra y que diera fundamento a la atracción de los opuestos, está por completo ausente de la medicina clásica o renacentista. En términos de la tradición milenaria de la medicina occidental, que los genitales se convirtieran en signos de la oposición sexual es cosa de la semana pasada»³.

Es por ello que iniciamos nuestro camino a mediados de siglo XIX, pues es entonces cuando se conforma la discusión en torno al hermafroditismo en la especie humana, y el momento en el que aparece por primera vez el término *pseudohermafrodita*.

En esta panorámica veremos cómo las referencias médicas al hermafroditismo y la homosexualidad, que en la actualidad identificamos como distintas esferas de la sexualidad –sexo, orientación del deseo, identidad de género, etc.–, son estudiadas de forma obsesiva debido a que todas ellas comparten un mundo común (Vázquez y Cleminson, 2007). A saber, aquel que queda más allá de lo que cada sociedad, en cada momento, establece como «normal».

Nuestro análisis histórico intentará comprender cómo se ha explicado la identidad sexual humana apoyándose en estas «incómodas excepciones» que no terminaban de encajar en el binomio hombre-

pezar a rastrear nuestras condiciones de posibilidad. Pero en esta búsqueda no esperemos encontrar una esencia inalterable y anterior a todo desarrollo histórico, porque tal esencia no existe. Parafraseando a Nietzsche, detrás de las cosas existe algo muy distinto: en absoluto su secreto esencial y sin fechas, sino el secreto de que ellas están sin esencia, o que su esencia fue construida pieza por pieza a partir de figuras que le eran extrañas (Nietzsche; en Foucault, 1971: 10). Por otra parte, negar la continuidad de la historia está en estrecha relación con la idea de que tenemos que evitar la «racionalidad retrospectiva», esto es, la proyección de nuestra mirada hacia cualquier época que no sea la nuestra» (Grau, 2014: 29).

³ Laqueur, 1994: 20.

mujer. Que se salían de una materialidad (contornos, movimientos, estética, roles...) que produce y reproduce un orden social concreto, en donde lo femenino y masculino empiezan a influirnos antes incluso de nuestro nacimiento: «¿es niño o niña?».

La exigencia legal de una estricta separación de los sexos⁴ implicó de lleno a la medicina, hasta el punto de que los médicos empezaron a ser reclamados en los tribunales, primero como testigos, y luego como jueces de la identidad sexual. Esta exigencia surgía en varias situaciones: en los nacimientos, en los casamientos o en los reclutamientos militares⁵. Por lo tanto, no podemos hablar únicamente de un discurso médico, sino que éste convive necesariamente con el discurso legal. Ambos constituyen una simbiosis dinámica, mudable y de largo recorrido.

La identificación del sexo durante el siglo XIX era competencia de la medicina legal y forense, que para entonces se había constituido como un cuerpo de conocimientos consolidado, fruto de la colaboración médico-legal anteriormente comentada. Fue entonces cuando se intentó desautorizar la categoría *hermafroditismo*, definiéndola incluso como una quimera.

Estos intentos se enmarcan en un contexto histórico en el que la comunidad científica se consideraba potencialmente omnipotente, lo cual hizo que fijara su objetivo sobre esta realidad compleja, tratando de imponerse al marco del «pensamiento mágico»⁶. Tal y como apunta Paul B. Preciado, los saberes populares y no profesionalizados (ejercidos hasta la Edad Media por brujas, meigas, parteras...) fueron progresivamente expropiados ante la amenaza que suponían

⁴ Grau, 2014: 100-103.

⁵ Vázquez y Moreno, 1997: 204 y 211.

⁶ *Ibid.*, 2012: 95 y ss.; Grau, 2014: 100-103. «El pensamiento mágico es universal y siempre ha formado parte inseparable del ser humano; se considera opuesto al pensamiento objetivo. Inicialmente, la magia precedía a la ciencia y ambas podían coexistir como participantes legítimas del conocimiento de la realidad. En la actualidad, lo mágico es un fenómeno que tiende a relegarse a los niños, al pensamiento primitivo, a las supersticiones, a la parapsicología o a la psicopatología» (Petra-Micu y Estrada-Avilés, 2013).

para la incipiente institución médica, así como para la monopolización de las fuentes de subjetivación que ésta estaba llevando a cabo⁷.

Así, dentro de esta disciplina en construcción y, paralelamente, destructora de lo pagano, referentes como Mateo Orfila defendían que la categoría de hermafroditismo desapareciera. Según ellos, el concepto no tenía razón de ser, puesto que los genitales de estos individuos no les permitían «fecundar y ser fecundados»⁸.

Un coetáneo de Orfila, Pedro Mata, sostenía también que la capacidad de la persona para reproducirse era una cuestión principal. En el caso masculino, por ejemplo, debían de valorarse la existencia de testículos, la preservación de un canal que permitiera depositar natural o artificialmente el semen en la vagina..., es decir, evaluar si el hombre era «potente o impotente».

En los distintos casos de hermafroditismo que relatan Mata y sus contemporáneos, la voz del médico ahoga sistemáticamente a quienes aparecen identificadas como «pacientes»⁹. En uno de ellos, recogido en *Los hermafroditas*, Mata escribe sobre «una sirvienta de 24 años», cuya resistencia sólo pudo ser superada por «la persuasiva voz de nuestro digno catedrático», el doctor Ulibarri, que le explicó la utilidad de semejante examen para el bien de la humanidad¹⁰. Convencida por razones tan sólidas, «no se negó la enferma, y se prestó gustosa a satisfacer la necesidad de la ciencia». En la descripción, se establecen comparaciones constantes entre lo percibido por los médicos y lo que ellos entendían como «hombría». Lo que más les llamó la

atención era «un cuerpo cilíndrico de unas tres pulgadas de longitud [...], enteramente parecido al exterior a un pene imperforado, con su glándula y su prepucio».

A pesar de que la intención era únicamente explorarla, fue la propia paciente la que, tras escuchar cómo los médicos nombraban y explicaban su cuerpo, pidió que le extirparan el supuesto pene, a lo que el doctor Ulibarri accedió, bajo la justificación de que dificultaba el coito. Tanto Alba y López¹¹, como Mata, dan cuenta de la operación. El primero se refiere explícitamente al valor de la ciencia a la hora de aliviar el sufrimiento humano, sin hacer alusión a los deseos sexuales de la paciente, en un momento en el que, en países como Francia o Gran Bretaña, habrían servido para dilucidar el «sexo real». Vázquez y Cleminson comentan que «en parte, daba la impresión de que esto respondía a un deseo de eliminar el reconocimiento de cualquier tipo de homosexualidad de facto». Además, debemos tener en cuenta que, para el «diagnóstico del sexo», en esta época se daba poca credibilidad a los relatos de les pacientes.

Este ejemplo ilustra cómo, a lo largo de la historia, los distintos paradigmas coexisten y, aunque pueda tener más aceptación uno u otro, no se suceden de forma lineal en el tiempo, sino que conviven y dialogan entre ellos. Así, para Mata, la principal preocupación era si la mujer quedaba habilitada para las «tareas reproductivas inalienables a su sexo». En cambio, para Alba —y probablemente para el doctor Ulibarri—, era prioritario alinear sexo, género y cuerpo con la «normalidad». También lo era que sus prácticas fueran heterosexuales, de ahí que el supuesto «pene» fuera considerado un impedimento para el coito y se realizara la intervención quirúrgica.

Como parte del contexto de la época, debemos considerar también el nacimiento de la teratología, una disciplina científica encargada de definir las anomalías en la conformación de los cuerpos¹². Su aparición hace patente un proceso que en otras ocasiones sólo alcan-

⁷ Preciado, 2017: 112 y 116.

⁸ Vázquez y Cleminson, 2012: 95 y ss.

⁹ Como explicamos anteriormente, usamos la palabra *paciente* para incidir en el rol que se asigna a personas que, pese a no tener ninguna patología, son desposeídas totalmente de su capacidad para participar en la valoración científico-médica. Cuando damos a conocer el discurso médico, nuestro objetivo es mostrarlo de la forma más fidedigna posible, para que las interpretaciones que hagamos después puedan ser refutadas o no por las personas que nos leen. Es importante considerar este matiz cada vez que aparezca la palabra en el texto. No usaremos las comillas en adelante para facilitar la lectura.

¹⁰ *Op. cit.*, 2012: 101 y ss.

¹¹ Alba y López, R. (1860): «Caso de hermafroditismo presentado a la consulta clínica del doctor Ulibarri», EM, Año V, 265.

¹² Grau, 2014: 101.

zamos a intuir entre líneas: la mejor manera de definir lo normal es definiendo, describiendo..., determinando lo anormal. El objetivo de la teratología es, sin ir más lejos, «el estudio de las criaturas anormales». La propia etimología también nos deja pistas: *theratos* significa «monstruo»; *logía*, «estudio o tratado».

En este contexto, quienes no encajaban en el modelo binario de sexos experimentaban notables dificultades y sus vidas, frecuentemente, se veían truncadas. Otro ejemplo recogido en *Los hermafroditas* que refuerza esta idea es el de María de los Reyes Carrasco, de Puebla de Guzmán. Se dudaba de su feminidad debido a que podía trasladar cargas pesadas con facilidad, llevaba el pelo corto y sus inclinaciones y costumbres eran «enteramente varoniles». Tras sufrir las burlas de sus compañeros de escuela, sus padres decidieron vestirla como un hombre y pasar a llamarla Manuel. Pese a cambiar de residencia a Portugal, también allí tuvo problemas trabajando de minero, hasta el punto de apuñalar a un hombre en una disputa¹³. Su historia (que continúa de peripecia en peripecia) y otras más que leeremos nos ayudan a poner corazón a este trabajo, a dar valor histórico a la vida de esas personas, como un relato que también habla del devenir social.

Con el paso del tiempo, pese a la ausencia inicial de técnicas quirúrgicas para acceder a ellas, las gónadas¹⁴ fueron tomando mayor importancia, incluso antes de la aparición del sistema clasificatorio de Klebs¹⁵, llamado a sentar las bases teóricas de este paradigma gonadal. Sin embargo, este cambio de paradigma no fue consecuencia de una teorización que rompiera con todos los esquemas científicos construidos hasta entonces. De hecho, según Harding, «las distinciones conceptuales del pensamiento, responsables de los grandes logros en la historia de la ciencia, fueron de hecho teorizadas sólo

después de que esos logros hubieran sido legitimados, social y/o científicamente»¹⁶.

Conforme avanzaba el siglo XIX (especialmente a partir de 1870), se fue asentando la tendencia a individualizar el abordaje a través de la inspección y examen físico. Como ejemplo ilustrativo, el doctor Peset recomendó al padre y la madre de la criatura con genitales no binarios¹⁷ no rectificar el sexo registral y «esperar a la llegada de la edad de las pasiones»¹⁸. En este caso, la orientación del deseo parece pesar más en la balanza que los genitales no binarios y que la presencia de gónadas masculinas que el mismo doctor Peset describió. Si la orientación del deseo podía ser definitoria de la identidad sexual era debido a que el marco de posibilidades del momento contemplaba como norma ser lo que hoy llamamos *cisgénero* y *heterosexual*. En concordancia con la dinámica de deslegitimar el hermafroditismo como un término válido (como forma de deslegitimar también su existencia), se catalogó el caso como un «hipospadias»¹⁹.

La aceptación de la categoría *hipospadias* y su uso, que hacía desaparecer el término *hermafroditismo*, permitía seguir justificando la intervención médica para buscar el «sexo real» de la persona, al haber quedado sin asignar. Según los médicos de la época, la mirada del especialista evitaría los fallos de diagnóstico. Tanto en España como en Francia se menospreciaba a las parteras por su «ignorancia de los

¹⁶ Vázquez y Cleminson, 2012: 117 y ss. Es decir, no es tan importante lo descubierto como qué grado de aceptabilidad existe, tanto en la comunidad científica como en la sociedad en general, para recibir la idea que representa. Esta forma de mirar la historia atiende a un enfoque menos individualista (no como un logro solitario de grandes pensadores en sus cuevas) y nos acerca más a cómo las sociedades evolucionan.

¹⁷ Estos son los denominados *genitales ambiguos* desde la perspectiva médica hegemónica. En tanto que no se adecuan a un constructo estereotípico de lo que deben ser unos genitales de hombre/mujer, generan «ambigüedad», «confusión» a la sociedad, al equipo médico asistencial, a la familia...

¹⁸ *Op. cit.*, 2012: 111.

¹⁹ Término médico descriptivo usado para aquellos penes no normativos al nacimiento en los que el meato urinario se sitúa por debajo del glande, del tronco o incluso en un lugar posterior (por ejemplo, en el escroto).

¹³ Vázquez y Cleminson, 2012: 104 y ss.

¹⁴ Son los órganos (testículos y ovarios) que se encargan, entre otras cosas, de producir células sexuales (espermatozoides u óvulos). Definimos este concepto para remarcar su diferencia con los genitales.

¹⁵ Este modelo se basaba en el diagnóstico mediante la observación de piezas de tejido gonadal, que al principio sólo era accesible en las autopsias.

critérios médicos»²⁰, y por haber propiciado errores diagnósticos al desconocer las «leyes fijas» de las desviaciones del desarrollo sexual. C. H. Marc ²¹ hablaba de «vicios»²² de conformación como causa de estas desviaciones.

El auge de los procedimientos quirúrgicos, al posibilitar la exploración de las gónadas, permitiría la adecuación binaria de los genitales no binarios, e influiría en el paradigma gonadal que estaba en desarrollo en aquellos momentos. En consonancia con esta «nueva posibilidad de ser» gracias al desarrollo técnico, algunos médicos lamentaron que no se pudiera inscribir temporalmente a los individuos como «hermafroditas» hasta que se solucionara su condición²³. Se pensaba que la mirada del médico especialista evitaría los fallos de diagnóstico, y quedaría finalmente alineado el «verdadero sexo» con el asignado.

Algunos médicos, como Morales, llegaban a preguntarse sobre las consecuencias de estos fallos. «¿Quién sabe cuántas de estas mujeres llamadas marimachos no son sino hipospádicos de último grado?»²⁴. A través de esta pregunta comprobamos cómo el pensamiento hegemónico de la época vincula la conducta de género antinormativa y la carencia de genitales «bien formados». Según esta narrativa, la desviación sexual podía explicar una desviación en la conducta de género posterior, la cual también podía hacer sospechar sobre la primera²⁵.

A partir de esta búsqueda de «la verdad», los médicos accedieron a una posición de poder en el manejo de los casos con genitales no bi-

narios, con el objetivo de alinear cuerpo, género y sexo al curso establecido como natural en la época; un curso cis y binario.

Así, en el caso de un niño con hipospadias y criptorquidia²⁶, es decir, unos genitales que, en la lógica binaria, «se asemejaban a los de una niña», el doctor Camacho comenta la importancia de su informe médico y de que la familia le dé valor:

«Si estas gentes prescinden del médico en este caso dudoso, o si yo yerro en mi juicio, pueden equivocarse la senda y educar un niño a lo niña, con lo que lo harán un marica o una niña a lo niño, y será un marimacho»²⁷.

El doctor Camacho no parecía tan preocupado por la orientación del deseo, aunque advierte en el mismo artículo: «¿Pero no se ven muchas inversiones sexuales y precisamente estos pseudohermafroditas y criptórquidos son terreno abonado para ello?».

Esta cita plasma a la perfección el concepto de *matriz heterosexual*, desarrollado en nuestra época por Judith Butler²⁸. Según esta autora, la construcción de esta matriz requiere necesariamente de un proceso de normalización —haciendo que unos deseos sean vistos socialmente como normales, «naturales»—, el cual lleva aparejado, paralelamente, la creación de *lo anormal*, aquello que queda fuera, la *otredad*. De esta forma, la anormalidad pasaba a ser el común denominador tanto de la anatomía sexual no binaria como de la homosexualidad.

²⁶ Descenso incompleto de uno o dos testículos desde la cavidad abdominal hasta el escroto. El aspecto exterior es de una bolsa escrotal vacía, «como si no tuviera testículos».

²⁷ Camacho, 1913: 265-70, recogido en Vázquez y Cleminson, 2012: 141 y ss. En este ejemplo también vemos unidas las *desviaciones* sexuales con la *desviación* de género.

²⁸ «[...] Un modelo discursivo/epistémico hegemónico de inteligibilidad de género, el cual da por sentado que para que los cuerpos sean coherentes y tengan sentido debe haber un sexo estable expresado mediante un género estable (masculino expresa hombre, femenino expresa mujer), que se define históricamente y por oposición, mediante la práctica obligatoria de la heterosexualidad» (Butler, 2007: 53).

²⁰ Dreger, 1998; Grau, 2014: 100-103.

²¹ Marc, 1817.

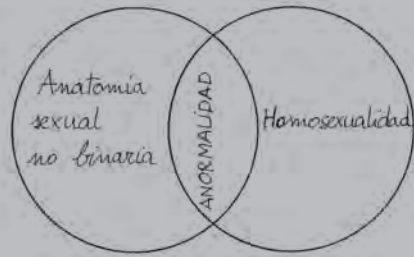
²² De nuevo, apuntamos la importancia del lenguaje. La imagen de objetividad de la que se disfraza muchas veces la ciencia se desvanece en algunas de sus descripciones.

²³ Vázquez y Cleminson, 2012: 132

²⁴ *Ibid.*, 2012: 138. Apuntan, además, que en aquella época la categoría «marimacho» no hacía referencia al lesbianismo.

²⁵ Grau, 2014: 101-109.

BAJO LA MIRADA DEL DEGENERACIONISMO



Para facilitar la comprensión de esta última idea, podríamos visualizar el enfoque degeneracionista en un esquema. Como en un modelo matemático, esto es lo que ocurre si buscamos la intersección entre el ideario que el imaginario degeneracionista asocia a los conceptos de anatomía sexual no bi-

naria (un círculo) y de homosexualidad (otro). Ese espacio compartido (el área común a los dos círculos) está conformado por la anomalidad. Es decir, ambas categorías, aparentemente independientes cuando se abordan en el debate público, tienen en común que son vistas como algo anormal.



Si aumentamos la complejidad del análisis, vemos que es exactamente lo mismo que ocurre con otras muchas cuestiones sociales en la actualidad. Aunque en la mayoría de ocasiones éstas se abordan de forma separada en el debate público, las relaciones entre ellas son mucho más complejas incluso de lo que podemos reflejar aquí. Por ejemplo, veremos que la homosexualidad no sólo fue interpretada como una posible consecuencia de la conformación genital anómala, sino que también ha sido interpretada por el discurso médico como causante de problemas de salud mental hasta hace relativamente poco. Asimismo, debemos considerar que el espacio de la anomalidad, de la otredad, es compartido por otras muchas cuestiones sociales, que se salen, en mayor o menor medida, de lo tolerable por nuestras sociedades*.

EJEMPLOS DE OTRAS "ANORMALIDADES"
 - la coonanza
 - lo no-occidental
 - Prácticas sexuales antinormativas

[Handwritten signature]

Dos realidades sexuales que superaban las taxonomías del imaginario científico, pero que el degeneracionismo²⁹ se encargaría de unir.

A lo largo del siglo XIX y principios del XX, las alusiones al «clítoris voluminoso o glande pequeño» y otras formas de categorizar los genitales en función de un patrón entendido como normal (pene y escroto estereotípicos *versus* vagina y útero estereotípicos) son constantes en los casos de «pseudohermafroditismo» documentados³⁰.

Con la aparición del modelo Klebs, centrado en las gónadas (que no se hizo común en España hasta 1920), el hipospadias ya no podía ser la pieza angular del manejo de estos casos, puesto que los genitales ya no eran el sistema de referencia para la identificación del sexo.

Dentro de este cambio de paradigma, el doctor Salvador Pascual relata un caso en la revista *La medicina Íbera* que ilustra la incorporación de los deseos del paciente como algo que, aunque no tenía interés por sí mismo, podría formar parte de las técnicas de diagnóstico. Por ejemplo, en la valoración médica de una mujer casada, donde el tacto, la palpación y el aspecto general no eran suficientes para identificar su sexo (las inspecciones internas no podían realizarse todavía sin asumir un riesgo vital alto), el doctor Pascual consideró los deseos sexuales de la mujer, que le confesó que «se masturbaba pensando en su marido y en otros mozos del pueblo»³¹. Esto suponía una rectificación con respecto a las premisas promovidas anteriormente, ya que se decía que las aportaciones de la persona explorada no tenían valor clínico. Cabe preguntarse qué hubiera hecho el doctor Pascual si las preferencias sexuales hubieran sido distintas.

²⁹ «El degeneracionismo confiere a la sexualidad una responsabilidad biológica y genética fundamental: las desviaciones sexuales producen todo tipo de enfermedades en el individuo, pero también pueden entrar en una espiral de degradación evolutiva que determine la decadencia de la especie» (Grau, 2014: 121-122).

* Agradezco enormemente a Rosa Abiétar Pardo (parte de este proyecto, y también mi madre) su capacidad para ilustrar estas dos ideas y alguna más que aparecerá, así como para ayudarme a entender y a que me entiendan.

³⁰ Vázquez y Cleminson 2012: 141.

³¹ *Ibíd.*, 2012: 148 y ss.

Paralelamente, se había introducido el concepto de hormona³², que permitía teorizar la no diferenciación sexual como una consecuencia de un déficit en algunas de ellas. Del mismo modo, se conocía que las hormonas masculinas y femeninas eran, en esencia, las mismas.

De la mano de nuevas técnicas como el microscopio (que permitía el estudio de los tejidos celulares), el discurso médico se sintió seguro para afirmar que la presencia de gónadas de ambos tipos era atípica y minoritaria, siendo estos los casos de «hermafroditismo verdadero». Las «glándulas» tenían la capacidad de secretar de forma interna las hormonas que darían lugar a los caracteres sexuales secundarios. El propio doctor Salvador Pascual decía:

«[...] cuando esta glándula está inactiva puede decirse que no tienen sexo; son asexuales. En estos casos algunos autores aconsejan incluirlos dentro del sexo que presentan mayor número de caracteres sexuales secundarios y terciarios. Los hermafroditas, en suma, no sólo no poseen los dos sexos, sino que en la inmensa mayoría de casos no tienen ninguno; no son ni hombres ni mujeres»³³.

La década de 1920 trajo consigo numerosos cambios sociales que sembraron dudas en torno a los roles de género de la época. En las primeras organizaciones españolas de mujeres empezaban a escucharse voces que reclamaban el sufragio femenino³⁴. Además, se estaba iniciando su lenta y paulatina incorporación a una enseñanza creada por y para los hombres (empezando, por supuesto, por aquellas de clase social privilegiada). En ese rol otorgado a las mujeres

(en un papel exclusivo de esposas y madres, fuera de los espacios públicos...)³⁵ tuvo mucha importancia la sombra de la Iglesia Católica.

En este contexto, la figura de Marañón, con su teoría de la intersexualidad y la incidencia social que tuvo, es esencial para comprender las cuestiones de este periodo³⁶. Para él, el sexo genético no era más que otro factor, junto con la dimensión psicológica y endocrinológica, a la hora de determinar el sexo. La emergencia de categorías como *homosexualidad* (que fue uno de los «diagnósticos» de Marañón) o *travestismo* no se entiende sin la introducción de la dimensión psicológica como una variable de importancia. En concreto, *travestismo* fue definido, desde un enfoque patologizante, por Magnus Hirschfeld, como el acto de vestir ropas características del género contrario. Valga este ejemplo para señalar que, aunque dichas prácticas pudieran existir en tiempos anteriores al término, no podemos usar nuestra lógica cultural y sexual actual para designar realidades construidas en otros contextos histórico-sociales³⁷.

La obra de Marañón puede tener dos lecturas no excluyentes entre sí. Algunas críticas han sugerido que es un intento de crear un modelo normativo de sexualidad (previa legitimación del mismo por la sociedad y la comunidad médica), marginando en el proceso aquellas expresiones corporales y sexualidades que se salían de estrictas normas de sexo y género duales.

Y es que, pese a la aparente defensa de la igualdad, la teoría de la intersexualidad mantenía y reforzaba el dualismo de género y las diferencias entre sexos³⁸. Su noción de la intersexualidad no dejaba de ser

³² Sustancia que regula la actividad de los órganos de muchos seres vivos. En este trabajo, haremos referencia más específicamente a las hormonas sexuales, que son aquellas que, además, producen cambios en nuestros caracteres sexuales u órganos reproductores (las cuales tienen un efecto especialmente importante durante la gestación) y en los caracteres sexuales secundarios (vello corporal, cambios en la voz...).

³³ Vázquez y Cleminson, 2012: 152.

³⁴ Puche, 2012: 130 y ss.

³⁵ Hecho especialmente acentuado tras la Segunda Guerra Mundial, con el marcado refuerzo del carácter católico del régimen franquista, en un intento por distanciarse de los fascismos que habían sido derrotados en Europa (González de Pablo, 2017).

³⁶ Esteban, 2002; Vázquez y Cleminson, 2012: 125 y ss.; Grau, 2014: 138-141.

³⁷ Grau 2014: 121.

³⁸ La teoría de Marañón fue cambiando, tanto por la pugna en el ambiente científico, como por la interacción social. En sus inicios, Marañón aspiraba a explicar la conformación de la sexualidad por medio de las hormonas, pero con el tiempo adquirió una posición más cauta.

la presencia de características de un sexo en el otro³⁹. Sobre este análisis se estaba construyendo –sin entrar a considerar aquí su intencionalidad– un discurso de contención de los movimientos feministas.

Por otro lado, su obra tiene una lectura reformista evidente, ya que apoyó la despenalización de la homosexualidad. Además, en conferencias como «Biología y feminismo» se posicionaba en contra de toda una corriente científica que despreciaba la condición femenina y afirmaba su supuesta inferioridad biológica⁴⁰.

Marañón forma parte de toda una corriente internacional de médicos que, especialmente tras la Primera Guerra Mundial, mostraron una clara motivación por la medicina social. Pero a su vez, también encarnaron el miedo y la ansiedad generadas por los cambios en las relaciones entre sexos y comandaron la construcción de un nuevo modelo de sexos que seguía legitimando la supremacía de los hombres⁴¹. En resumen, Marañón se sitúa a medio camino entre los defensores del dualismo biológico estricto⁴² y quienes clamaban por una mayor relevancia de la dimensión psicológica (y que a su vez le acusaban de reducir la «verdad del sexo» a las hormonas).

En la determinación del sexo, Marañón ya no se centraba en las gónadas. Además, reafirmó la existencia de hermafroditas como una forma de «intersexualidad extrema», consecuencia a su vez de la «naturaleza bisexual del feto» (es decir, en su interpretación, el feto podía ser potencialmente varón o mujer, pero en los casos «normales» se moldeaba hormonalmente, declinando la balanza a un lado u otro). Signos como el hipospadias y la criptorquidia constituían elementos, signos presentes en algunos estados intersexuales, pero no entidades por sí mismas⁴³.

³⁹ Grau, 2014: 138-141.

⁴⁰ Aresti, 2002: 209-248.

⁴¹ *Ibid.*, 2002: 258.

⁴² Estos defensores eran un grupo amplio de intelectuales, no sólo del campo científico. Cabe destacar también, entre otros, a Mauricio Carlavilla (Rodríguez, 2010), uno de los principales agitadores de la narrativa franquista antisemita, antimasónica y anticomunista, y que también arremetía contra Marañón.

⁴³ Vázquez y Cleminson, 2012: 169.

Sin embargo, la acumulación de evidencias que ponían en duda esa dicotomía de los sexos –puestas ya sobre la mesa por autores como Ernst Laqueur y Bernhard Zondek– estaba comenzando a desplazar el concepto de *sexo verdadero*, y hacía emerger el de *sexo conveniente*⁴⁴. De esta forma, se plantea explícitamente la inclusión de la subjetividad como criterio, que en realidad ya estaba presente en los diagnósticos de sexo. En este punto, la medicina podía haber sometido a un replanteamiento radical el sistema binario de sexos, ya que las evidencias señalaban su obsolescencia. Sin embargo, los hechos no supusieron (ni suponen) un cuestionamiento del paradigma.

La llegada del franquismo trajo consigo un cambio radical en las dinámicas sociales y en el debate científico. El poder y la perdurabilidad del régimen se cimentaron en cambios sociales profundos, con herramientas como el Auxilio Social, una forma de adoctrinamiento de las clases más empobrecidas, que sólo recibían protección social si vivían acorde a los valores fascistas⁴⁵. Existía una clara voluntad de *limpiar* cualquier rastro de la cultura republicana y libertaria, y, para ello, el régimen se sirvió del discurso médico-científico y, por extensión, de la medicina, que culpó a «los rojos» de haber provocado problemas de salud mental y física en España.

Por su parte, la purga académica se llevó a cabo a través de los Tribunales de Responsabilidades Políticas, así como del desmantelamiento de laboratorios, lo que condujo al exilio a figuras como Dorothea Barnés, Severo Ochoa, Amparo Poch, Pilar de Madariaga, Negrín o el propio Marañón..., que representan sólo una pequeña parte de la represión en este ámbito.

Para entender cómo afectó el nuevo orden biopolítico⁴⁶ del régimen a la sexualidad, debemos recordar que uno de sus pilares era

⁴⁴ *Ibid.*, 2012: 183.

⁴⁵ Cayuela, 2014.

⁴⁶ El concepto de *biopolítica*, originalmente propuesto por Foucault, se refiere a los mecanismos de poder ejercidos a nivel macro y micro, que subyugan los cuerpos y controlan las comunidades. Debemos pensar esta «fuerza» como algo dinámico, productivo y reproductivo, constituyente de una serie de lógicas, razonamientos y tradiciones que establecen y/o refuerzan un orden social determinado.

la familia tradicional y cristiana, que pasó a ser el centro de la producción científica al respecto, relegando de nuevo la sexualidad a un mero papel reproductivo (acorde al catolicismo). La reafirmación de la separación estricta de los sexos y sus roles fue absolutamente necesaria para lograr este objetivo⁴⁷.

A pesar de que la inespecificidad de las hormonas era ya una realidad incuestionable⁴⁸, la negación del «hermafroditismo verdadero» continuó –intentando volver al modelo gonadal–, aunque se introdujo un matiz: existía consenso respecto a la necesidad de «discreción y silenciamiento de dichos hechos»⁴⁹.

Razonamientos como los de Louis de Ombredanne fueron referentes en España. Tal y como hizo Orfila el siglo anterior, este autor francés negaba la existencia de personas hermafroditas, puesto que nunca había sido documentada la existencia de una persona que tuviera, a la vez, capacidad de «fecundar y ser fecundada». De este modo, entendiendo el sexo como capacidad de reproducirse y nada más, se consiguió alinear la ciencia con el catolicismo.

Con la exposición de casos sobre hermafroditismo realizada por médicos como Pedro Piulachs o Simarro Puig y las reflexiones de Clavero Núñez y González Galván acerca de la maternidad y el matrimonio, la medicina del franquismo inmediatamente posterior a la Guerra Civil terminaba de construir una visión de la feminidad en torno a la institución de la maternidad, y la de la masculinidad en torno a la capacidad fecundadora⁵⁰.

Más adelante, con el desarrollo del régimen farmacopornográfico –gracias a los aportes de Paul B. Preciado–, es preciso hablar de «tecnopolítica» puesto que las distintas tecnologías farmacéuticas, pornográficas... han ampliado la capacidad de control social (y también las posibilidades de disidencia).

⁴⁷ Vázquez y Cleminson, 2012: 195.

⁴⁸ Pese a ello, todavía hoy se sigue hablando de hormonas masculinas y femeninas. Hormonas que son, a su vez, las moléculas sintéticas más utilizadas en toda la historia de la medicina (Preciado, 2017: 125), hasta ahora aplicadas de forma masiva sobre corporalidades asignadas mujeres.

⁴⁹ Vázquez y Cleminson, 2012: 199.

⁵⁰ *Ibíd.*, 2012: 196 y ss.

Con el paso de los años, y tras el aislamiento exterior al que tuvo que hacer frente el régimen en su periodo inicial, se produjo un cambio en la política exterior⁵¹. Los cambios sociales –las mujeres más organizadas a nivel laboral, universitario y comunitario, la migración masiva a las ciudades y la necesaria reestructuración de los servicios sanitarios, el turismo como fuente de divisas y motor de cambio social, etc.– que vinieron tras esta nueva actitud nos ayudan a entender por qué las ideas que sustentaron el franquismo de posguerra (también en la medicina) tenían cada vez menos cabida en la sociedad española.

En este contexto de renovación, el doctor Botella Llusia hizo un planteamiento novedoso en los casos de identidad sexual «ambigua». Este médico, discípulo de Marañón e integrante del Opus Dei y de las Cortes franquistas, no buscaba localizar la identidad sexual en el organismo (por lo que se entiende que aceptara la inespecificidad de las hormonas). Para Botella, «la verdad del sexo» se encontraba en la expresión genética. Además, en sus escritos desligó la homosexualidad –en su opinión, consecuencia de la educación– y la intersexualidad. Respecto a la cirugía de sexo⁵² se aprecia cómo concede importancia a la libertad individual, entendida ésta, por supuesto, en el marco de los principios católicos. El «sexo verdadero» (que era determinado por el médico mediante la información que recogía) no debía ser informado a la persona, puesto que ello podía ocasionar graves proble-

⁵¹ Recordemos, para contextualizar, la importancia que tuvo en ello la victoria de los aliados en la Segunda Guerra Mundial y el veto de Naciones Unidas a España en 1942.

⁵² Cirugía de sexo: entendemos aquí, por las consideraciones hechas por Vázquez y Cleminson (2012: 211), que la cirugía de sexo va más allá de los genitales, en tanto que Llusia proponía que, en los casos de «hermafroditas verdaderos», el cirujano debía ajustarse al sexo social del sujeto y eliminar todos los signos posibles del sexo opuesto. Nos parece importante no dar esto por sobreentendido, en tanto que actualmente muchas personas confunden la «cirugía de sexo» con la genital, a pesar de que podemos encontrar muchas más, como mastectomías, implantes mamarios, limado de la nuez... Además, el término a usar, atendiendo a la realidad de aquello para lo que se realiza la intervención, podría ser *cirugía de reasignación de sexo-género*.

mas sociales⁵³. El objetivo último era corregir y adecuar los rasgos de la persona a su sexo social o conveniente. En el caso de los genitales, por ejemplo, Llusí proponía «corregir un hipospadias o crear una vagina, según su sexo»⁵⁴.

Al mencionar a tres mujeres a las que se les extirparon testículos atroficos y que expresaban desconocimiento de su libido sexual, Botella resumió en un fragmento todo el ideario al que nos hemos referido en los párrafos anteriores:

«Si declarásemos varón a una de estas mujeres, con aspecto físico completo de mujer, sería a todas luces un ser desgraciado, objeto de burlas y que no podría casarse. Sus instintos femeninos, debidos al factor fenotípico, que, siendo creídas mujeres, eran los normales y correctos, persistirían en su nuevo estado, convirtiéndolas en homosexuales y creando una fuente continua de perversiones y conflictos»⁵⁵.

Paralelamente a este tipo de declaraciones, además de la legislación específica contra personas homosexuales, también surgían discursos que las señalaban como una fuente de disidencia política y un «peligro para la patria»⁵⁶. Ejemplo de ello fueron los escritos del ya mencionado ex policía Mauricio Carlavilla, en 1956. Su obra *Sodomitas* alcanzó la décimo segunda edición en 1973.⁵⁷

También se sumaron a la causa autores como el comandante Antonio Vallejo-Nágera y Juan José López Ibor, mediante «sucesivas investigaciones con el fin de examinar las raíces psicofísicas del marxismo (para descubrir el famoso “gen rojo”), la homosexualidad y la intersexualidad, preconizando –a pesar de la escasa tecnificación de las instituciones médicas durante el franquismo– la lobotomía, las

⁵³ Es decir, que en algún momento de su biografía, su sexualidad no cumpliera los cánones normativos y supusiera un desorden público, pero también un descrédito para la institución por su fallo en el diagnóstico.

⁵⁴Vázquez y Cleminson 2012: 211 y ss.

⁵⁵ *Ibid.*, 2012: 212.

⁵⁶ Arnalte, 2003; Vázquez y Cleminson, 2012: 211.

⁵⁷ Altmann, 2001: 182.

terapias de modificación de conducta, el tratamiento mediante electroconvulsiones y la castración terapéutica con fines eugenésicos»⁵⁸.

Pero, como sabemos en la actualidad, la sexualidad humana, en comparación con los modelos explicativos que diseñamos como sociedad en cada época, es tremendamente más compleja. En algunos casos era imposible alinear lo que hoy llamaríamos *género*, *sexo* y *orientación del deseo*, es decir, conseguir *crear* de una persona con sexo no binario una persona cis heterosexual, modelo establecido como normal⁵⁹. Para intentarlo, aparecerá la psiquiatría, cuyo rol fue el de dar explicación a los casos de homosexualidad entre las personas con sexo no binario, y más tarde el de evaluar su psiquismo, y por lo tanto, su identidad.

La valoración exhaustiva del psiquismo (para su adecuación) se terminará convirtiendo en algo vital, si bien el estudio psicológico ya empezaba a ser decisivo a la hora de determinar su identidad sexual. De hecho, en los casos presentados por el doctor Botella, el psiquiatra Juan Antonio Vallejo-Nágera⁶⁰ jugó un papel relevante realizando esas evaluaciones psicológicas.

Con todo, el discurso social estaba mutando. La ambigüedad sexual de algunas personas ya no preocupaba como malformación, sino como disidencia social, e incluso política⁶¹.

Siguiendo los dictámenes del doctor Botella, a partir de 1960, se comenzaron realizar cirugías de reasignación genital y tratamientos hormonales. Las mutilaciones en bebés con genitales no binarios empezaron a realizarse apoyándose en los trabajos de John Money, de 1955, que señalaban la socialización como factor decisivo para la identidad sexual de las personas (a partir de los 18 meses se consideraba más difícil modificar la identidad sexual)⁶².

⁵⁸ Preciado, 2017: 31.

⁵⁹ Grau, 2014: 115.

⁶⁰ Hijo del comandante Antonio Vallejo-Nágera (también conocido como el Mengele español), y anteriormente citado.

⁶¹ Vázquez y Cleminson, 2012: 207-211.

⁶² *Ibid.*, 2012: 220 y ss.; Preciado, 2016: 121-130.

El obligado viraje del franquismo hacia la satisfacción de ciertas demandas sociales corrió en paralelo a la progresiva institucionalización de estos casos. El abordaje médico pretendía alcanzar el «sexo deseado», cuya designación debía favorecer tanto el bienestar psíquico de la persona como la convivencia social.

La medicina estaba ya técnica y epistemológicamente preparada para recibir un nuevo concepto; *la transexualidad*⁶³. Y con él se producía «la primera ruptura entre sexo biológico y sexo psicosocial»⁶⁴.

La nueva apuesta biomédica queda bien resumida a nivel internacional por el endocrinólogo Harry Benjamin: «la mente del transexual no puede ajustarse al cuerpo, por lo que es lógico y justificable intentar lo opuesto, esto es, ajustar el cuerpo a la mente»⁶⁵. Este enfoque suscitó recelos en la comunidad científica, que en aquellos momentos apostaba por corregir los deseos de la persona por medio de terapia. En cualquier caso, la propuesta de Benjamin incluía una evaluación psiquiátrica previa a las intervenciones médico-quirúrgicas y otorgaba a la psiquiatría capacidad para regular el acceso al tratamiento y para supervisar el proceso. El camino hasta la invención de esta categoría tuvo momentos confusos también para el propio Benjamin, que llegó a afirmar en 1953 que la transexualidad era una forma extrema de travestismo⁶⁶. Esta concepción la encontraremos en el imaginario popular español en años posteriores.

Por otro lado, una buena parte de los discursos feministas occidentales de los 70 rechazaban que el determinismo biológico dictase las funciones sociales de mujeres y hombres. Sin embargo, no entraron a cuestionar la noción de «cuerpo natural» que ya venía dada por las ciencias biomédicas como algo ahistórico, y sobre la que existía amplio consenso social. Ha sido recientemente cuando han empezado a revisarse los conceptos de *naturaleza, crianza, cuerpo biológico...*⁶⁷.

En España, tras la muerte de Franco y con la llegada de la transición a la democracia, el concepto de *transexualidad* sería aceptado desde la década de los 80 hasta los primeros años del siglo XXI. Un periodo en el que en el imaginario popular se encontraban entrelazados de forma ambigua los conceptos *travesti, transexual y homosexual*, a pesar del desarrollo médico de nuevas explicaciones para la identidad sexual. A ello contribuyeron el cine, los cómics e incluso reflexiones académicas ya mencionadas. La sociedad española entendía que «en función de la intensidad del deseo que los homosexuales afeminados sienten por ser mujeres, podían iniciar un crescendo que les llevara a convertirse (sucesivamente) en *travestís* primero y en *travestis operados después*»⁶⁸.

El discurso médico comenzó a adaptarse a las nuevas circunstancias, representando la transexualidad como una realidad transhistórica.

⁶³ Término creado por el sexólogo David O. Cauldwell en 1949 y que no fue aceptado por la comunidad médica hasta años más tarde. El proceso de institucionalización en España se abordará más profundamente en el siguiente apartado. La particularidad de este término con respecto al término *trans* es que categoriza a aquellas personas que específicamente reciben tratamiento hormonal y/o quirúrgico. La diferenciación entre *trans* y *transexual* puede ser problemática, ya que a veces lleva asociada la deslegitimación de las personas transgénero porque «no necesitan asistencia sanitaria»; y/o la estigmatización de las personas transexuales por necesitar dichos dispositivos de modificación corporal.

⁶⁴ Grau, 2014: 149.

⁶⁵ Benjamin 1966: 53.

⁶⁶ *Op. cit.*, 2013: 2-3.

⁶⁷ Vázquez y Cleminson, 2012: 14-15. Es importante señalar que ciertos desarrollos médicos también han demostrado que existen particularidades biológicas, investigadas y explicadas desde los conceptos *hombre-mujer*, que son determinantes para la salud. Cabe preguntarse aquí, como haremos más adelante, qué ocurriría si creáramos medicina superando el concepto de sexo, y buscando cómo influyen en la salud las múltiples corporalidades sociales, hormonales, anatómicas...

⁶⁸ Guasch y Mas, 2014: 3 y ss. «El travesti no es un hombre, puesto que su apariencia y ademanes transgreden los códigos normativos de la virilidad; pero tampoco es exactamente una mujer, ya que conserva el atributo masculino por antonomasia: el pene. En esa época, el término *travesti* incluía al conjunto de las mujeres transgénero, mientras que el concepto de *travesti operado* se usaba específicamente para nombrar a las mujeres transexuales reasignadas mediante cirugía». Como decíamos, esta ambigua separación de categorías estuvo fomentada incluso por la literatura médica.

rica, cuyo abordaje había sido imposible por la falta de desarrollo tecnológico⁶⁹. Desde una lectura crítica de los textos médicos, podemos permitirnos pensar que, en realidad, la *transexualidad* (como concepto prescriptivo) nació esencialmente sujeta a las instituciones médicas, quedando, al mismo tiempo, dentro y fuera de la norma. Y es que lo que está fuera de la normalidad, si es definido como *tratable*, queda atrapado de algún modo dentro de las reglas que lo definen. Nace programado, estableciéndose como válida una forma determinada de vivir esa anormalidad, un único camino de hacer las cosas. Es una manera tremendamente eficaz de redirigir los intentos disidentes de vivir la diversidad sexual y de género.

En nuestro país, la cirugía de reasignación genital no dejó de estar penada con la cárcel hasta 1981, si bien es cierto que numerosos médicos ya la realizaban antes en la clandestinidad, o incluso era llevada a cabo en el extranjero para aquella minoría que tenía recursos suficientes. La mayoría de mujeres transexuales de la época construían sus identidades y cuerpos al margen de la mirada médica. Los determinantes estructurales de las desigualdades en salud⁷⁰ acentuaban (y acentúan) su efecto sobre estas personas, y les dificultaban lograr unas condiciones de vida digna.

Es imprescindible señalar la importancia que tuvieron figuras televisivas de los años 80, como La Veneno o Carmen de Mairena,

⁶⁹ *Ibid.*, 2014: 6. No es necesario hacer interpretaciones de los textos médicos para llegar a esta conclusión. A veces aparece de forma tan explícita como en el informe «Atención sanitaria de los trastornos de identidad de género en Andalucía», de Briones, en el 2000, que comienza así: «Los trastornos de identidad de género y la transexualidad son situaciones reconocidas desde antiguo y que aparecen de forma constante en diferentes culturas». Sin ningún titubeo; sin ninguna referencia bibliográfica.

⁷⁰ Estos determinantes se refieren a un contexto socioeconómico y político compuesto por las políticas macroeconómicas –que no consideran la perspectiva de género y la transfobia social–, mercado de trabajo –que plantea serios problemas de accesibilidad a las personas sin una apariencia normativa–, cultura –producida de forma hegemónica desde el estereotipo de género y la heterosexualidad–. Fuente: «*Políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*» (ver en bibliografía comentada).

en la construcción social de la imagen trans: algo excesivo, extravagante, siempre expuesto y explícito⁷¹. En el Estado español, este imaginario corrió en paralelo a las intervenciones quirúrgico-hormonales⁷², las cuales reforzaron que se diferenciase socialmente entre el concepto *travesti* y *transexual* («uso de vestimenta femenina en hombres» frente a «personas que modifican sus caracteres sexuales secundarios»).

El rechazo hacia el imaginario social que acompañaba a ambos conceptos, que se produjo tanto dentro como fuera de la comunidad gay, impulsó nuevas formas identitarias alternativas al estereotipo de mujer trans hiperconsumidora de servicios médicos y/o estéticos. Éstas terminaron cristalizando en el movimiento por la despatologización trans, que trataremos más adelante⁷³. En estos años, la homosexualidad masculina se entendía socialmente como la disidencia sexual más legítima, lo cual contribuyó a que, una vez iniciada cierta aceptación social⁷⁴, se considerara contraproducente visibilizar en exceso la causa de personas transexuales y transgénero.

A principios de nuestro siglo, tanto la inclusión en el sistema público de salud de la asistencia a las personas trans, como la legali-

⁷¹ Guasch y Mas, 2014: 5 y ss.

⁷² Y es que dicho modelo no podía implantarse sin un diálogo previo con las particularidades culturales y de género del sur de Europa. En el siguiente apartado hablaremos de dicho proceso.

⁷³ Para más información, consultar el manifiesto *Stop Trans Pathologization* (2012).

⁷⁴ Aunque no sea objeto de nuestro trabajo, es interesante considerar el precio que se pagó para alcanzar dicha aceptación. El «modelo de gay» procuraba adecuarse al canon de hipermasculinidad (Aliaga, 1997) y a la sociedad de consumo (Mira, 2002) para ser aceptado y formar parte de la «normalidad». La posibilidad de vivir el modelo de masculinidad imperante pese a ser homosexual (gracias a un ambiente democrático menos homófobo) dio pie a una crítica del afeminamiento en los homosexuales y a una intensificación del estigma hacia las mujeres transexuales y los hombres travestis. Es importante añadir que este nuevo modelo de homosexual masculino sediento de aceptación social fue especialmente promovido por ciertos sectores del movimiento gay bien relacionados con la socialdemocracia (Guasch y Mas, 2014: 5).

zación del matrimonio igualitario homosexual (2005), dieron paso a un periodo distinto para la comunidad LGTBIA+. Las propuestas que nacieron entonces se van reformulando, y el concepto *transgénero* o *trans* toma fuerza ante toda una urgencia social: el cuestionamiento radical de la gestión médica de la transexualidad.

¿Qué enfoques se esconden tras la práctica psiquiátrica española en este periodo? ¿Qué repercusiones tienen sobre la intervención psiquiátrica de la identidad sexual? ¿En qué consiste exactamente esta oferta médica (o promesa de aceptación social) a las personas disidentes con su género asignado al nacer? ¿Cómo podemos entender lo que supone identificarse social y/o personalmente como *transsexual* y por qué factores viene determinado?

La psiquiatrización y el nacimiento de las UTIG

La primera referencia bibliográfica que tenemos de la sombra de la psiquiatría en los diagnósticos de la identidad de género en España aparece en los «casos de intersexuales» descritos por el doctor Botella Llusíá, que tenía como asesor al joven psiquiatra Juan Antonio Vallejo-Nágera⁷⁵. En ellos, la entrevista psicológica estaba siempre presente, y en algunas valoraciones médicas era decisiva para determinar la identidad.

La realidad española se engloba dentro de un marco internacional en donde una de las posturas más extendidas podría resumirse en la expuesta por el endocrinólogo estadounidense Harry Benjamin. Ese marco no hace prescindible analizar las particularidades que toma el debate médico en España durante el franquismo y hacerlo en toda su complejidad.

La psiquiatría del primer franquismo tuvo unas características particulares, puesto que se alojaba en el marco ideológico del régimen. Esto supuso un caldo de cultivo perfecto para alimentar los enfoques más cercanos al determinismo biológico, que tuvieron su punta de lanza en la literatura psiquiátrica con tintes eugenésicos (ya

presentes incluso antes del franquismo en distintos ámbitos, no sólo en el científico). Ejemplo de los mismos son las obras de Antonio Vallejo-Nágera, como *El psiquismo del fanatismo marxista*, realizada en campos de prisioneros de la posguerra. Hoy por hoy sólo conocemos parcialmente las prácticas psiquiátricas que se llevaron a cabo en el marco legislativo franquista y tampoco ha sido investigada la teoría psicopatológica del momento⁷⁶.

En cualquier caso, *lo republicano* o *lo marxista* pasaron a ser sujetos conceptuales de las investigaciones que tenían como fin subyacente delimitar una nueva identidad nacional. El espacio de lo anormal abría sus puertas a toda una ideología política, definiendo paralelamente con ello qué se esperaba de la ciudadanía del régimen. Esa nueva subjetividad propia de la posguerra sería denominada *homo patiens*⁷⁷ por algunos historiadores.

La entrada en la anormalidad no fue de cualquier manera, y es que los valores republicanos se consideraban la pieza angular que fomentaba el conjunto de «desviaciones» y «degeneraciones sexuales», los cuales a su vez se leían como signos de disidencia política, cerrando así el círculo. El enemigo público pasaba a tener una corporalidad, unas costumbres, unos deseos... que había que hacer desaparecer o silenciar.

Además, tenemos que tener en cuenta el papel que jugó la Iglesia Católica en el levantamiento militar, que sancionó como «cruzada», o su apoyo explícito a las investigaciones científicas del régimen. Prueba de ello es la carta del papa Pío XII al CSIC en 1943, en la que llama

⁷⁶ Campos y González, 2017.

⁷⁷ «Un sujeto resignado, un sujeto “que soporta” las privaciones, que vive estoicamente en el sufrimiento. [...] El homo patiens tenía como misión contribuir a la grandeza de la patria, a la pureza de la raza hispánica perpetuada por la transmisión de los valores eternos que forjaron el Imperio, valores religiosos, sociales, higiénicos, políticos, alejados del liberalismo y el marxismo, enfermedades que penetraron en España en los oscuros años de la “dominación roja”. [...] el sostenimiento de la dictadura durante más de treinta años no fue posible sino por la creación de una tupida red de dispositivos biopolíticos destinados a formar una población sumisa, productiva al tiempo que sometida, resignada a su realidad y al silencio de lo cotidiano» (Cayuela, 2009).

⁷⁵ Vázquez y Clemison, 2012: 217.

a «contrarrestar el pernicioso influjo desgraciadamente producido en el campo del saber español por los sembradores de la mala semilla, y a sentar firmemente los cimientos de una restauración científica que restituya al pensamiento español su profundo y glorioso sentido tradicional y católico»⁷⁸.

El poder que adquirió la Iglesia se alió con la censura, la represión, el Auxilio Social... transformando la sociedad española radicalmente. Esta hegemonía nacionalcatólica, sin embargo, no se instauró de forma abrupta, sino poco a poco en los primeros años de posguerra, y, finalmente, de forma acelerada con la derrota del Eje en la Segunda Guerra Mundial⁷⁹.

«Lo que estaba naciendo en el seno del nuevo régimen en aquellos años, mediante el Frente de Juventudes y la Sección Femenina, por medio de los discursos médicos y psiquiátricos, en los manuales de la escuela franquista y en la organización laboral del Sindicalismo Vertical, no era sino una nueva “forma de gobierno”, un nuevo modo de “conducción de las conductas”, una nueva reformulación de aquel “poder pastoral” del que ya nos hablara Foucault a finales de los años setenta»⁸⁰.

Como comentábamos en el apartado anterior, la construcción de la ciencia (y la psiquiatría con ella) en torno a la fe católica tuvo como efecto inmediato la reducción de lo sexual al ámbito de la reproducción. Las publicaciones al respecto reforzaban una única realidad legítima, aquella que fuera heterosexual y estrictamente binaria.

El máximo representante de esa psiquiatría cristiana y franquista fue Juan José López Ibor, al que podemos tomar como referencia para plasmar las formas en las que se articulaba el discurso psiquiátrico paradigmático. Tal y como él mismo escribió, su labor fue separar «lo vivo de lo muerto» en la teoría psicoanalítica, cogiendo de ésta aquellos preceptos que encajaban con la moral cristiana⁸¹.

A nivel teórico, uno de sus principios regidores fue el abandono de la interpretación freudiana de los sueños, que perseguía llegar a los instintos primitivos del ser humano, y la búsqueda de una interpretación más «espiritual». Además, definió un «instinto de perfección», que llevaba a la persona a intentar ser «completa», y cuya fuerza debía utilizarse para buscar una «armonía psicofísica y conversión espiritual».

La «timopatía ansiosa», por ejemplo, categoría propuesta para sustituir a la «neurosis de ansiedad» freudiana, muestra el trasfondo cristiano de las aportaciones de López Ibor. Se trataba de una patología ligada a la intimidad de la persona, a una causa «endógena» y no a lo ambiental (a ese imaginario contribuía el hecho de que el término incluyera un órgano del cuerpo, el timo, situado en el cuello). Para López Ibor la angustia podía superarse mediante la «trascendencia» hacia Dios, encauzando la «angustia vital» hacia una vivencia «reveladora». La enfermedad se concebía, en esta lógica, como un problema originado en el interior del individuo e inaccesible a la razón.

Desligar la angustia vital de lo ambiental –tan propiciada por el ambiente de posguerra, cargado de miseria, hambrunas...– era de una enorme utilidad social para el régimen, ya que ayudaba a la construcción de la ciudadanía media, de ese «homo patiens» que debía ser consciente de su falta de control sobre lo común, e incluso sobre su propia vida.

En 1955 se creó el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (en adelante, PNAP), el cual no se dedicó únicamente a cubrir el vacío de asistencia sanitaria –fomentado por la estigmatización de la población psiquiátrica de la época– que generó el Seguro Obligatorio de Enfermedad⁸² (en adelante, SOE). También se hablaba de reformar el oscurantismo del lenguaje psiquiátrico, de sustituir manicomios por hospitales psiquiátricos, de modernizar la asistencia, de incidir en la higiene mental y en la prevención... El propio director general de sanidad, Palanca, auguraba muchas dificultades para implantar la ley

⁷⁸ González de Pablo, 2017: 51.

⁷⁹ *Ibid.* 2017.

⁸⁰ Cayuela, 2009: 12.

⁸¹ *Op. cit.*, 2017: 57 y ss.

⁸² Este seguro tenía el objetivo de cubrir las necesidades sanitarias de la población española con menos ingresos en caso de maternidad y/o enfermedad, así como gestionar las indemnizaciones.

que creaba el PNAP debido a que los cambios no gustaban a distintas órdenes religiosas y sectores privados del momento, los cuales realizaban esa asistencia precaria que se criticaba –críticas entre las que se incluía la de López Ibor–, y que incluso estuvieron dispuestos a boicotear la ley antes de su definitiva aprobación, conseguida tras la introducción de distintas modificaciones solicitadas por los mencionados agentes políticos⁸³.

En los años inmediatamente posteriores a la creación del PNAP comenzó el declive del citado modelo clínico-académico de la psiquiatría española de posguerra (Huertas et al., 2017: 15). Desde el ámbito internacional llegaron a España toda una serie de propuestas que potenciaron, durante los años 60 y 70, un acercamiento al modelo ideado desde el Patronato (con un enfoque psicosocial y de educación sanitaria de la población). En ese contexto se produjo la primera visita de la Oficina Regional de Salud Mental de la OMS en 1956, que se repitió en seis ocasiones (documentadas) durante los años sesenta y setenta⁸⁴. Fueron años de intenso diálogo entre la OMS, el PNAP y la Dirección General de Sanidad.

Es importante destacar que, pese a sus intenciones, el PNAP se caracterizó por su inoperancia, debido a la lucha política que existía con el SOE. Incluso años después de esa lucha, una vez clausurado el PNAP en 1972, no se consiguió sacar la gestión psiquiátrica de los hospitales. En estos años, y como consecuencia de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social (en adelante, LPRS), aprobada en 1970 como una respuesta reaccionaria del régimen a la «deriva» moral de la sociedad española, todavía existían internados para «vagos y maleantes», y también internados especializados en el «tratamiento» y «rehabilitación» de personas homosexuales (lo que incluía, especialmente, a hombres a los que la homosexualidad se les presuponía por su conducta femenina). Uno de ellos fue el situado en el aeródromo de Tefia, en Fuerteventura⁸⁵.

En el mismo año en que se aprobaba la LPRS, Fernando Chamorro publicaba un estudio de doscientos «delincuentes homosexuales» realizado en la Central de Observación de Carabanchel. Este trabajo se enmarca dentro del esfuerzo del régimen por convertir la *peligrosidad social* en un objeto de estudio a cartografiar a través del análisis de personas «anormales», labor que los psiquiatras ya intentaban desde la Segunda República con el Servicio de Biología Criminal. Aquellas personas consideradas enfermas mentales siempre entraron en este ideario de peligrosidad social; incluso seguían apareciendo en la LPRS, pese a las voces autorizadas que se oponían a ello reclamando rehabilitación social.

Paralelamente, entre 1970 y 1975, la OMS desarrolló un plan de actuación para promover programas de atención integral y multidisciplinar a largo plazo. Plan en cuya difusión tuvo una enorme importancia *Tribuna Médica*, una revista especializada, pero que también reflejaba en gran parte las demandas sociales de esos años en la atención a los problemas de salud mental⁸⁶. Los nuevos aires externos a la dictadura acabaron siendo identificados como la «alternativa modernizadora» dentro del franquismo, pero también, más adelante, como oposición y reacción a la misma.

En ese desprestigio social que sufriría el manicomio clásico en la Transición tuvo gran importancia la prensa que, con la desaparición paulatina de la censura, fue apoyando una visión distinta, aperturista, de la salud mental, más proclive a las reformas del sistema asistencial. Entre otras demandas, reclamaba poner en primer plano los sentimientos de «los locos», las condiciones deplorables de sus encie-

⁸³ Huertas et al., 2017: 20 y ss.

⁸⁴ *Ibíd.*, 2017: 35.

⁸⁵ *Ibíd.*, 2017: 62.

⁸⁶ *Ibíd.*, 2017: 125 y ss.

rros o la «pastilloterapia»⁸⁷. Fue, de hecho, en la revista *Triunfo*⁸⁸ donde se volvieron a abordar realidades hasta entonces censuradas (excepto si se enfocaban con un toque de odio y eugenesia), como la homosexualidad o el travestismo; pero también la antipsiquiatría o la lucha contra el fascismo.

Esta situación deshumanizadora y denigrante también se mostró a la sociedad en distintas obras, la primera de las cuales fue *Los encapsulados* (1974), de Darío Villalba, en la que se presentaba una serie de grandes fotografías de personas psiquiatrizadas encapsuladas en cristal, con claros gestos de sufrimiento y tristeza⁸⁹.

Es imprescindible mencionar también a la revista barcelonesa *Ajoblanco*, que, entre 1976 y 1979, dedicó una sección específica a la antipsiquiatría, dirigida por un psiquiatra del Hospital Clínic de Barcelona. Su ideario se basaba en la reflexión política antifascista italiana y en los colectivos de antipsiquiatría anglosajones (quienes a su vez se nutrían del psicoanálisis, la fenomenología y la antropología), y se fue modificando con los progresivos cambios asistenciales en España, que en los setenta trasladaron la psiquiatría institucional a los hospitales⁹⁰.

Además de las nuevas corrientes de la psiquiatría de los setenta, redes de personas psiquiatrizadas se asociaron y movilizaron en las grandes ciudades y manicomios, demandando derechos y autonomía. A estas protestas se sumaron las del personal Médico Interno Residente (MIR), un nuevo agente social sanitario: profesionales médicos

⁸⁷ Este enfoque hospitalocentrista, que ya se criticaba entonces, sigue siendo, mayoritariamente, de espeluznante actualidad. En cualquier caso, es importante señalar que no sólo viene determinado por la hegemonía del paradigma biomédico —en disputa con propuestas más sociales, como las de La Revolución Delirante—, sino también por los escasos recursos destinados a este nivel asistencial, entre otros.

⁸⁸ Revista cinematográfica y teatral que en 1962 se convirtió en un semanario informativo para las mayorías, aún visitable en su versión digital (<http://www.triunfodigital.com/>).

⁸⁹ López, 2014.

⁹⁰ Huertas et al., 2017: 168 y ss.

en formación que no disponían ni de los medios ni de las condiciones laborales más idóneas. Las movilizaciones se iniciaron en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo, pero estuvieron coordinadas a nivel nacional y tuvieron un gran apoyo social⁹¹.

Parte clave de esa movilización nacional fue promovida de forma asamblearia por la Coordinadora Psiquiátrica. Algunos críticos señalaron como responsables de su pronta disolución (en 1979) la burocratización y el vaciamiento de contenido de sus acciones, con el objetivo de integrarse en el proceso democrático que estaba atravesando el país. El posicionamiento político de la Coordinadora no casaba con la proyección pública que los grandes partidos estaban tejiendo, por lo que la Asociación Española de Neuropsicología (AEN) acabó absorbiéndola e institucionalizando sus reivindicaciones. La AEN desarrolló numerosas movilizaciones (como encierros en los hospitales), y fue una herramienta política muy importante⁹². Pero la cara más poderosa de la psiquiatría española estaba representada en la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), que encarnaba las inquietudes científicas y profesionales de la psiquiatría hegemónica, de corte biomédico⁹³.

La tarea de mejorar la asistencia a las personas psiquiatrizadas todavía supone una de las principales cuentas pendientes de nuestro sistema sanitario. Los diagnósticos psiquiátricos siguen teniendo un profundo estigma en nuestra comunidad. A su vez, existe una falta importante de herramientas y redes que permitan abordar el sufrimiento intrapsíquico desde el acompañamiento, el empoderamiento de la persona que sufre y la menor medicalización posible. Dentro del movimiento de salud comunitaria que pone esto en valor se encuen-

⁹¹ *Ibíd.*, 2017: 82 y ss.

⁹² Si quieres más información sobre la Coordinadora Psiquiátrica y la AEN, puede resultarte interesante leer el artículo «*La generación de la democracia: de la coordinadora psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría*», de Manuel González de Chávez.

⁹³ Ambas asociaciones, AEN y SEP, siguen desempeñando su labor a día de hoy, fuertemente condicionadas por su inercia histórica.

tra el colectivo Hierbabuena⁹⁴, o el colectivo de profesionales de La Revolución Delirante⁹⁵.

La experiencia que siguen viviendo las personas psiquiatrizadas al recibir el diagnóstico, la etiqueta (al ser categorizadas), queda bien resumida en las palabras de Basaglia, psiquiatra italiano y una de las mentes más influyentes para la antipsiquiatría española:

«Un día que nuestro hombre dormía, la serpiente, deslizándose por su boca entreabierta, fue a colocarse en su estómago, y desde entonces se dedicó a dictar desde allí su voluntad a aquel desgraciado, que de este modo se convirtió en su esclavo. El hombre se encontraba a merced de la serpiente: no era dueño de sus actos. Hasta que, un buen día, el hombre volvió a sentirse libre: la serpiente se había marchado. Pero de repente se dio cuenta de que no sabía qué hacer con su libertad.

Durante todo el tiempo en que la serpiente había mantenido sobre él un dominio absoluto, el hombre se había acostumbrado a someter por completo su voluntad, deseos e impulsos a la voluntad, deseos e impulsos de la serpiente, y por ello había perdido la facultad de desear, querer y actuar con autonomía... En vez de la libertad, sólo hallaba el vacío. Pero con la partida de la serpiente perdió su nueva esencia, adquirida durante su cautividad, y sólo fue necesario que aprendiera a reconquistar, poco a poco, el contenido precedente y humano de su vida. La analogía entre esta fábula y la condición institucional del enfermo mental es sorprendente: parece ilustrar, en forma de parábola, la incorporación, por parte del enfermo mental, de un enemigo que le destruye con la misma arbitrariedad y la misma violencia que la serpiente de la fábula ejerce para subyugar y destruir al hombre. Pero nuestro encuentro con el enfermo mental nos ha demostrado, además, que –en esta sociedad– todos somos esclavos de la serpiente, y que si

no intentamos destruirla o vomitarla, llegará el momento en que nunca más podremos recuperar el contenido humano de nuestra vida»⁹⁶.

En la fábula, la serpiente es la corporalidad del diagnóstico psiquiátrico, con su estigma asociado, el cual toma distintas caras dependiendo de la patología, pero influye de forma determinante en la identidad personal y social de la persona. El mismo proceso que lleva a las personas prejuiciosas a reducir el global de la persona psiquiatrizada a su estigma, a ese estereotipo, es el que lleva a las personas psiquiatrizadas a tener, como mínimo, la ansiedad de controlar la información sobre su estigma. A medir cuándo están a salvo de ser desacreditadas por completo, y con la tensión de que siempre son potencialmente desacreditables⁹⁷.

Su autonomía, su soberanía, su capacidad de decisión y de autotendimiento... están siempre en duda, siempre bajo sospecha. También para ellas mismas, puesto que sólo podemos entendernos dentro de los marcos conceptuales de la clase social, tiempo y cultura a la que pertenecemos. ¿Estaré tomando esta decisión porque estoy deprimida? ¿Será culpa mía esta discusión? ¿Estas ideas raras son por la esquizofrenia o soy yo?

Psiquiatrizarse la identidad de género de las personas disidentes supuso (y supone, hasta que no haya una verdadera despatologización) asociarles de entrada ese estigma psiquiátrico. Significa marcar, con un hierro incandescente, la disidencia de una norma particular: la del sexo-género binario. Inyectar la duda en lo más profundo de nuestro ser, en el «yo» de quienes se plantean desafiar ese sistema. Por más que la persona esté compuesta de mil características de lo más variopintas, por más que la categoría trans albergue en sí miles de identidades, su identidad social acaba siendo determinada por ser trans, como si fuera la única variable.

⁹⁴ Su blog puede visitarse en este enlace: <https://hierbabuenasaludmental.blogspot.com/>

⁹⁵ Podéis visitar sus actividades aquí: <https://www.eventoplenos.com/revoluciondelirante2019/>

⁹⁶ Basaglia, 1968: 168-169.

⁹⁷ Goffman, 2015: 16 y ss.

Lo particular de la vivencia trans es que carga otros estigmas. El más común es el que lleva asociado su expresión de género⁹⁸, el cual se juzga públicamente en numerosas ocasiones, ya sea a través de las conductas, los discursos, los pensamientos compartidos..., lo que convierte a las personas trans en constantemente desacreditables. Existe, pues, una cotidianeidad hostil que las mantiene en tensión más que a nadie en cuestiones de género. Esta es más grave y acentuada en el caso de las personas transfemeninas y trans no binarias. Las primeras, por «maricones» (¡viva ese espacio marica que tantas compartimos!); y las segundas, por no satisfacer el binarismo en suficiente medida (por lo que pasan a veces por todo el espectro de violencias de género: «marimachos», «maricones»,...).

De ese estigma sabemos mucho más algunas personas cis de lo que nos pensamos. «Todos somos un poco trans», que diría Susan Stryker⁹⁹. Esas vueltas de más a si me pinto las uñas, a si me tiño el pelo, o a si me rapo y me vuelvo bollera al uso. O a si me pongo un pendiente de mayor tamaño que las masculinidades hegemónicas¹⁰⁰. Ese miedo a quién nos verá, a esas miradas, a cómo reaccionarán en casa –o nuestras parejas–, a que nos hagan los mismos comentarios que la última vez, a que nos griten de nuevo en la calle los machos de turno. Miedo por todas partes, ganas de volver a la norma y no molestar, «tampoco era tan importante para mí». «Disculpa, pero hoy mejor no», nos decimos ante el espejo.

Imagina que esas preguntas sobre tu género que a veces te haces, te las hicieran en una consulta de psicología y/o psiquiatría, cuestionándote. Y que de la valoración positiva o negativa de las mismas, dependiera tu bienestar. Os doy la bienvenida a una Unidad de Trastornos de Identidad de Género.

⁹⁸ En el marco médico-legal, como veremos más adelante, también son problematizadas con más intensidad la identidad y la orientación del deseo de dichas personas.

⁹⁹ Profesora de estudios LGBTI y autora de *Historia de lo trans* (editorial Continúa Me Tienes).

¹⁰⁰ Connell, 2005.

Las Unidades de Trastornos de Identidad de Género (UTIG)

Cuando leíamos juntas los análisis de la invención de la transexualidad como concepto médico, echábamos en falta algo más de información sobre la disciplina psiquiátrica en España, la que, a nuestro parecer, determina de forma crucial la actual disposición de las Unidades de Trastornos de Identidad de Género (en adelante, UTIG).

En las revisiones sociológicas críticas con la institución médica sobre la transexualidad, ésta aparece fuertemente asociada a estudios estadounidenses y al manual DSM¹⁰¹, en donde se definen los criterios médicos y el imaginario de «verdadero transexual». Y, aunque no queremos desdeñar la influencia estadounidense, nos parece importante añadir que fueron los enfoques asistenciales europeos, sobre todo el británico y el italiano, los que determinaron en mayor medida la práctica psiquiátrica española sobre las personas disidentes del sistema sexo-género binario, y los que en adelante servirían como modelo de comparación.

La progresiva separación entre *sexo biológico* y *sexo psicossocial* fue el cambio que posibilitó el nacimiento teórico de la gestión sanitaria de la transexualidad, el germen de las actuales UTIG, ya que esa escisión viene a decirnos que existe todo un campo social, cultural, artificial sobre el que se pueden poner a funcionar las tecnologías fármaco-quirúrgicas. Recordemos que, ya durante el franquismo, médicos como Botella Llusia y Vallejo-Nágera, entre otros, proponían un abordaje holístico de los casos, llegando incluso a afirmar que la identidad sexual de cada persona era la totalidad de la misma, o planteando la separación entre los deseos sexuales de «los pacientes» y su «psiquismo sexual» (el papel de la persona en la sociedad, en su familia, su ambiente laboral...)¹⁰². El

¹⁰¹ *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* es un manual psiquiátrico estadounidense que recoge los criterios diagnósticos de los diferentes problemas de salud mental.

¹⁰² Vázquez y Cleminson, 2007: 218 y ss.

propio doctor Botella escribiría más tarde, concretamente en 1987, que el «transexualismo» era un «intersexualismo voluntario»¹⁰³.

Así, unos diagnósticos de sexo eran más *convenientes* socialmente que otros, y esto debía y aún hoy debe ser sopesado por el equipo médico; pero también por la persona en transición, que comienza a ser portadora de un estigma modificable, sobre el que, en teoría, puede tener control. Esa conveniencia social era explícita en el franquismo, pero sigue muy presente en nuestros días, aunque de forma más sutil.

Las instituciones médico-legales irían depurando dos vías –separadas de forma burda, en una falsa dicotomía– de llegar al sexo de la persona; al que figura en nuestros documentos de identidad. Una, interna a la persona, que se servía de lo genital, lo cromosómico y/o lo hormonal para el diagnóstico del sexo biológico en bebés; y otra, externa, que consistía en buscar en el tejido social, en los comportamientos de la persona, cuál era su identidad o –ahora sí– su género.

Según los equipos asistenciales, el sexo de les recién nacides viene definido por sus genitales, en un golpe de vista¹⁰⁴, excepto si esos genitales no tienen una apariencia (sí, visual) correcta, es decir, estereotípica. Si no es lo «suficientemente largo» en el caso del pene (para no poner en duda su hombría), o lo suficientemente vulva, para no parecer un pene... En este caso, se activan dos procedimientos paralelos.

En primer lugar, se comienza la búsqueda del estado intersexual que «padece»¹⁰⁵, debido a que *algunos* pueden tener repercusiones graves e inmediatas para su salud. A esos estados intersexuales aparecen asociados los genitales no binarios, pero no tienen relación cau-

sal con la gravedad del posible problema que puedan presentar les recién nacides. Es decir, los genitales no binarios podrían ser uno de los distintos indicadores para descubrir una posible alteración con repercusiones para la salud, pero no son en sí mismos un problema.

En segundo lugar, y lo más importante para nosotras aquí, se evalúa la «potencialidad» (binaria, añadiría) de sus genitales, su capacidad de llegar a ser «mínimamente normales». Con ello, se entra en una nueva valoración: ¿cuál es su género?

La respuesta no existe, es una pregunta sin sentido (aunque con un objetivo), puesto que no existe identidad de género hasta que empieza a ser enunciada por la propia persona, más tarde en su vida (se dice, a partir de los 5-6 años de edad). Y esa identidad, a su vez, puede ir cambiando, igual que cambia lo que sentimos, cómo nos vemos...¹⁰⁶. Sin embargo, como parte de la cultura de género, los equipos médicos formulamos esa pregunta trampa para cubrir otras: ¿qué género vamos a comunicar a la familia para calmar su ansiedad (y la nuestra) ante tal *problemón*?, ¿en cuál encajan los genitales que estamos a punto de construir? El algoritmo para resolver esta inquietante duda sería, en resumen, comprobar primero sus cromosomas, y después evaluar la respuesta de esos genitales a las hormonas (ver esquema en la página 68).

La mutilación de genitales (o la hormonación sin indicación clínica) constituye, por lo tanto, una decisión totalmente injustificada desde el punto de vista estrictamente médico. Es performativa y constitutiva del primer requisito en el camino a un ser humano pleno de derechos: ser hombre o mujer; o no ser. En este nivel de método científico, de objetivismo y de «superación de lo cultural» se mueve la ciencia médica del diagnóstico de sexo en bebés.

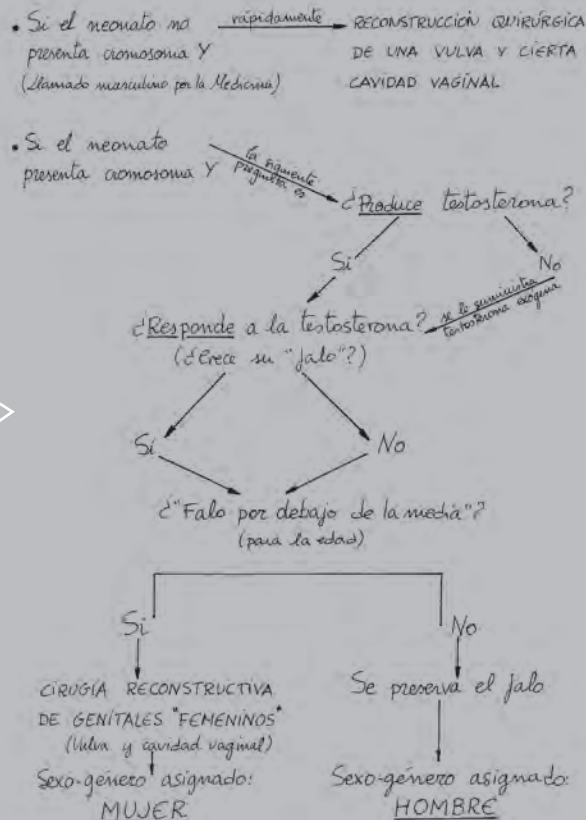
¹⁰³ Pensemos que, en la lógica médica, el hecho de no aceptar el género asignado al nacer suponía negar voluntariamente una condición «natural», que «venía dada», por lo que encaja a la perfección con la intersexualidad, que «niega la naturaleza binaria de los sexos».

¹⁰⁴ Cabré y Salmón, 2013: 55 y ss.

¹⁰⁵ «A escala global se estima que 1,7 de cada 100 nacimientos corresponden a bebés intersexuales, si bien esta cifra varía según la localización geográfica (Fausto-Sterling, 2016: 71-75). Para la OMS, la cifra está en torno al 1% de los nacimientos. En 2018, nacieron en España 369.302 bebés, según el INE. Hagan sus propias estimaciones.

¹⁰⁶ Por poner un ejemplo, cuando algunas maricas salimos del armario, vivimos un proceso de diálogo con el imaginario social de *lo marica*, y nuestra identidad va mutando. Pero no sólo ocurre en los casos antinormativos; la vejez, la adolescencia..., y otros periodos señalados como críticos en la biografía de las personas, constituyen momentos de cambio en el rol social y la identidad personal fuertemente condicionados por el género.

Este algoritmo intenta plasmar literalmente el proceso diagnóstico-terapéutico médico, por lo que está realizado utilizando exactamente el mismo lenguaje, a fin de cuestionar el uso del mismo. Cuando se habla de genitales femeninos o de *microfalo*, la institución médica quiere mostrar como una proposición empírica medible lo que realmente es una interpretación cultural en base a los códigos binarios. Pero, teniendo en cuenta que no existe patología tras las miles de formas que pueden adoptar los genitales..., ¿por qué el tamaño del falo debe llegar a la media para ser un pene y designar al *hombre*? ¿Por qué el tamaño y forma de la vulva deben ser de una determinada manera?



En el caso de las personas que se rebelan contra el sexo-género asignado y solicitan asistencia sanitaria, la institución médica emprende el proceso de diagnóstico del sexo «externo» o social. Este proceso comenzó a hacerse de forma institucionalizada en España a partir de la creación de las UTIG. Para llegar a ese punto, se produjeron toda una serie de hechos determinantes que estaban insertos en un contexto social y económico, ya caracterizado en apartados anteriores.

Al llegar la década de los 70, el concepto *transexual* y sus criterios médicos ya habían sido sobradamente desarrollados en los distintos escritos internacionales, y acabaron recogiendo también en el CIE¹⁰⁷ en 1975¹⁰⁸. En esas primeras definiciones, la mayoría de profesionales médicos consideraban, como criterio diagnóstico imprescindible en la determinación de la transexualidad, que la persona solicitase la cirugía genital. Es más, «el paciente no podía haber disfrutado de sus genitales», fomentando así una visión del cuerpo trans—antes de las cirugías y el tratamiento hormonal— como algo a rechazar por la propia persona; algo ajeno, «equivocado», vergonzoso, culpabilizador. Algunos autores, como Norman Fisk, iban incluso más allá y afirmaban que la muestra de «desprecio o repugnancia hacia el comportamiento homosexual» reafirmaba el diagnóstico, cosiendo así otro hilo más de la enorme matriz del régimen heterosexual.

Es decir, la persona «verdaderamente transexual» debía definirse como heterosexual y renunciar a disfrutar de su cuerpo. Esto es, por ejemplo, afirmar que le gustan las mujeres, así como rechazar sus genitales y aquellos caracteres sexuales secundarios que suponen una marca o estigma del sexo-género *al que perteneció*. Por estas razones sería un *hombre*, aunque se le haya asignado *mujer* al nacer. Sólo había, pues, una forma de ser transexual para las instituciones médicas (y sociales). El proceso de transición hacia un hombre o una mujer estereotípicos debía ser precoz y estable (esto es, irreversible). ¿Cuánto sospecháis que queda de este enfoque en la asistencia actual?

Su introducción en España no se hizo esperar¹⁰⁹. En 1983, el Código Penal excluye la «cirugía transexual realizada por facultativo» del delito de lesiones. Entre esta fecha y la resolución del Parlamento Europeo que instaba en 1979 a los países miembros a proveer de me-

¹⁰⁷ La Clasificación Internacional de Enfermedades es un listado de enfermedades con sus causas, signos y síntomas. Actualizada periódicamente por la OMS, posibilita la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estadísticas sobre las enfermedades.

¹⁰⁸ Tena, 2010: 6 y ss.

¹⁰⁹ Agradecemos a Carla Antonelli el relato de los hechos, el cual nos ha facilitado enormemente la labor de narrar esta parte de la historia.

dios sanitarios a las personas trans se dictaron algunas sentencias favorables hacia los «cambios de sexo» y nombre en el Registro Civil que sentaron jurisprudencia en España¹¹⁰, lo que incluso posibilitó el matrimonio a muchas personas transexuales, pues, hasta entonces, sin el reconocimiento oficial del cambio de sexo, debido a que sus relaciones eran consideradas homosexuales, no podían casarse¹¹¹.

Fue a través de estos procesos judiciales como se conquistaron la mayoría de derechos para las personas trans, ya que no hubo ninguna legislación específica en España hasta el 2006. De hecho, las resistencias fueron numerosas. La fiscalía llegó incluso a recurrir varios matrimonios bajo el argumento de que un «cambio de sexo» no suponía un cambio de cromosomas, y por lo tanto se trataba de un matrimonio homosexual, todavía ilegal en España. No sabemos si la fiscalía de aquel entonces pretendía que los bisturís llegaran a lo cromosómico.

El Real Decreto de 1995 para la Ordenación de Prestaciones¹¹² recogía de forma explícita la exclusión de la cirugía de cambio de sexo, «salvo la reparadora en estados intersexuales patológicos». En los años siguientes, algunas asociaciones trans convirtieron la cobertura de esta cirugía en una de sus reclamaciones prioritarias. Fue en 1999 cuando Izquierda Unida presentó una proposición no de ley que recogía la resolución europea de 1989, y que llevaría al Gobierno a

¹¹⁰ La resolución también instaba a combatir la discriminación social de las personas transexuales, asegurando la cobertura sanitaria pública del tratamiento clínico integral de reasignación de sexo, la investigación científica de la transexualidad, el reconocimiento jurídico de la identidad de género mediante la rectificación registral de nombre y mención de sexo, la concesión de prestaciones sociales en caso de pérdida de empleo o vivienda por razón de su adaptación sexual, la equiparación de la discriminación por razón de identidad de género a la discriminación por razón de sexo en las directivas comunitarias, la concesión de asilo a las personas transexuales perseguidas por motivo de su identidad de género y la adopción de medidas de discriminación positiva para favorecer el acceso al empleo.

¹¹¹ Antonelli, 2007: 11 y ss.

¹¹² En su anexo III, «Prestaciones que no son financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales destinados a la asistencia sanitaria».

estudiar, por fin, la inclusión del tratamiento clínico integral de «re-asignación de sexo» en el catálogo de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

En 1999, el Servicio Andaluz de Salud inauguró la primera UTIG de España, con sede en Málaga. Andalucía pasaba a ser la comunidad autónoma que asumía más precozmente la recomendación europea incluyendo el «tratamiento integral de reasignación de sexo» en sus prestaciones sanitarias. Para ello, la Consejería de Salud andaluza había formado un grupo de trabajo, en noviembre de 1998, a fin de determinar las dimensiones del problema que suponía la no cobertura y los objetivos de una futura asistencia a personas trans. Más tarde, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía elaboró un informe¹¹³ en el que proponía un modelo asistencial para las personas trans que, en cierto modo, se convertía en referencia para toda España. En el informe se justificaba la necesidad de institucionalizar estas prestaciones, alegando, principalmente, que las clínicas privadas que ofertaban las cirugías estaban haciendo un gran negocio, a pesar de las pocas garantías que ofrecían. También recogía un análisis comparativo de prestaciones similares en países del entorno europeo en que se habían creado unidades específicas, analizando más detalladamente el modelo británico. Éste último parece ser el que se toma como referencia en el informe, junto con los estándares asistenciales de la *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*¹¹⁴.

Tras validarse el modelo, fue adoptado por el Hospital Carlos Haya de Málaga, dando origen a la primera UTIG de España. El itinerario que establecía podría resumirse así: 1) consulta de atención primera y posterior derivación a la UTIG; 2) consulta de psicología de la UTIG, lo que incluye entrevistas a la persona demandante y a algún familiar; 3) test de vida real durante un periodo de al menos tres

¹¹³ Briones, 2000.

¹¹⁴ Actualmente se llama World Professional Association Transgender Health (WPATH), «dedicada al tratamiento y estudio del transgénero». Fue creada por el famoso endocrinólogo Harry Benjamin.

meses para aprobar el tratamiento hormonal, y de al menos un año para la cirugía; 4) tratamiento hormonal.

Para ser considerada *merecedora* de la cirugía genital, la persona debía persistir durante dos años en la demanda de la misma, vivir «satisfactoriamente» durante un año con la expresión de género hacia la que quería transitar (test de vida real) y recibir tratamiento hormonal durante al menos dos años¹¹⁵.

En 2002, Extremadura apuesta por asumir la financiación, pero no la atención, que deriva a la UTIG de Málaga (agravando el problema de sus listas de espera). Más tarde, en 2006 y 2007 respectivamente, Aragón y Asturias también incluyen la asistencia integral en su sistema público¹¹⁶.

El año 2006 fue un punto de inflexión en el marco legislativo y en la propia asistencia a personas trans. En Barcelona, se crea la UTIG del Hospital Clínic¹¹⁷, que no cubrirá cirugías hasta unos meses más tarde, por orden judicial. Paralelamente, diversas sentencias sobre casos particulares obligaron a algunas comunidades autónomas a cubrir las también, como ocurrió en el caso de Jamie, en Valencia, y el de Katia, en Madrid¹¹⁸.

A comienzos del mismo año, Carla Antonelli, coordinadora del área transexual del PSOE, se planta ante la pasividad de su propio partido e inicia una huelga de hambre a partir del 15 de mayo a la que se unen diversas activistas trans, como Kim Pérez, y las presidentas de los colectivos transexuales de Cataluña y País Vasco, Gina Serra y Andrea Muñiz. También activistas gays, como Jaume Urgell y el sacerdote José Mantero. Los colectivos pedían que los genitales

no definieran el sexo de la persona y exigían la aprobación inmediata de una ley que regulara los derechos de las personas trans, sistemáticamente apartados de la agenda política. En una reunión, el socialista Pedro Zerolo transmite el compromiso de aprobar una ley ese mismo año. Esa ley permitirá, tras su aprobación el 2 de junio y la publicación en el BOE el 17 de marzo de 2007, el cambio de nombre y sexo en el Registro Civil sin necesidad de haberse sometido a las cirugías de reasignación genital, las cuales, en diciembre de ese mismo año, dejaron de estar excluidas de la cobertura sanitaria a nivel estatal.

Esta nueva ley pasaba a exigir como requisitos para el cambio de nombre y sexo en el Registro que la persona solicitante acreditara:

a) Que le ha sido diagnosticada disforia de género.

La acreditación del cumplimiento de este requisito se realizará mediante informe de médico¹¹⁹ o psicólogo clínico, colegiados en España o cuyos títulos hayan sido reconocidos u homologados en España, y que deberá hacer referencia:

1. A la existencia de disonancia entre el sexo morfológico o género fisiológico inicialmente inscrito y la identidad de género sentida por el solicitante o sexo psicosocial, así como la estabilidad y persistencia de esta disonancia.
2. A la ausencia de trastornos de personalidad que pudieran influir, de forma determinante, en la existencia de la disonancia reseñada en el punto anterior.

b) Que ha sido tratada médicamente durante al menos dos años para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado. La acreditación del cumplimiento de este requisito se efectuará mediante informe del médico colegiado bajo

¹¹⁹ Este matiz (*médico*, que no *psiquiatra*) es importante, porque supone que cualquier especialista podría emitir el informe.

¹¹⁵ Tena, 2010: 8.

¹¹⁶ Antonelli, 2007: 15 y ss.

¹¹⁷ Posteriormente, pasaría a llamarse *UIG*, perdiendo la sigla correspondiente a *trastorno*, en un intento de «camouflage o travestissement semántico» (véase *Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género*, publicado por Nieto en 2008). Actualmente ha cerrado, y por lo tanto perdido todas las siglas.

¹¹⁸ «Transexualidad. Situación actual y retos del futuro». Conseyu de la Mocedá del Principáu d'Asturies. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Gobierno de Asturias.

cuya dirección se haya realizado el tratamiento o, en su defecto, mediante informe de un médico forense especializado.

No será necesario para la concesión de la rectificación registral de la mención del sexo de una persona que el tratamiento médico haya incluido cirugía de reasignación sexual.

Las comunidades autónomas adoptaron paulatinamente la asistencia bajo la base común del informe Briones. Si bien las diferencias son mínimas a nivel estructural, se vuelven enormes cuando analizamos los criterios exigidos en las consultas de psiquiatría y psicología para llegar al diagnóstico de disforia de género, que más tarde analizaremos gracias a las entrevistas con personas trans. Es importante destacar que nunca ha existido un protocolo común a nivel nacional.

La primera y última evaluación técnica de todas las UTIG se realizó en el año 2011¹²⁰, más allá de informes emitidos por cada unidad. Según esta evaluación, que es la más reciente hasta la fecha, algunas de las UTIG combinan la asistencia específica a personas trans con atención especializada a patologías psiquiátricas, endocrinológicas, urológicas, ginecológicas..., de todo tipo. Ninguna unidad cuenta con más de dos profesionales por especialidad y, curiosamente, las unidades con más solicitudes son las que menor número de profesionales tienen, y viceversa. La situación es, muchas veces, de abandono administrativo. A todo ello se suma la característica desorganización entre el Estado y las comunidades autónomas:

«La admisión de los casos en estas unidades requiere casi siempre estar empadronados en la comunidad receptora. Algunas unidades, como la de Madrid, han sido variables en el requerimiento de esta certificación [dependiendo de los presupuestos que se aprobaban para las Unidades]. Otras, como el País Vasco o Cataluña, no exigen un tiempo determinado para este empadronamiento. En Andalucía no es prioritario el certificado de residencia, sino la tramitación de la solicitud desde cualquier área sanitaria nacional, mediante el fondo

de cohesión del SNS intercomunidades; ésta ha sido la fórmula adoptada hasta hoy por Aragón, Asturias, Navarra, Comunidad Valenciana, Murcia, ambas Castillas y Extremadura para derivar a sus pacientes a la comunidad andaluza»¹²¹.

El número de solicitudes recibidas por las UTIG es de un total de 1 por cada 10.000 habitantes –teniendo en cuenta que solamente tienen acceso aquellas personas en situación regularizada y con una edad entre 15 y 65 años–, cifra similar a la atendida por otros países de Europa, y muy superior a la que habían estimado las autoridades sanitarias autonómicas y nacionales¹²². Estos fallos podrían haberse corregido teniendo en cuenta que ya en Andalucía los servicios se habían saturado.

El estudio concluye que es necesaria una coordinación nacional a través del Consejo Interterritorial para intentar un acceso equitativo en todo el territorio español. Es decir, no abriendo UTIG en todas las comunidades autónomas, sino distribuyéndolas según las necesidades de cada zona, y estableciendo unidades de referencia apoyadas por la administración central. Andalucía, en cierto modo, era ya un ejemplo de ello.

Las barreras de acceso a las UTIG son, pues, muy variadas a día de hoy: la mala distribución geográfica de las unidades y la falta de voluntad política (y lo variable que es ésta), la falta de formación en atención primaria (en la que a veces ni siquiera se sabe cómo hacer una derivación a servicios especializados), el trato deshumanizador, la ausencia de red familiar que apoye la decisión de solicitar ayuda asistencial, el déficit de educación en diversidad funcional y de género en institutos y escuelas... Sin embargo, sin querer quitar importancia a estos factores, en los siguientes apartados vamos a poner el foco en las primeras consultas, las que realizan especialistas de psiquiatría, psicología y atención primaria. Es en estas consultas donde se produce el acto diagnóstico de la actualmente denominada «disforia de género», por lo que acercarnos a ellas nos permitirá entender qué subyace al discurso médico y psicológico hegemónico.

¹²¹ Isabel et al., 2012: 205.

¹²² *Ibid.*, 2012: 206 y ss.

¹²⁰ Isabel et al., 2012: 205 y ss.

La denuncia con la que finalizamos este apartado no justifica el actual funcionamiento interno de las UTIG, porque existen gravísimos problemas de base. Dicho de otra forma: ¿denunciamos la absoluta dejadez de la institución médica y del Estado español hacia la asistencia trans, que queda plasmada en el mal funcionamiento administrativo de las UTIG? Sí, sin duda. Pero nuestra crítica va un paso más allá, puesto que no es sólo un problema de infraestructuras y prestaciones, sino del modelo que propone la institución médica hegemónica para asistir a las personas trans. Va directa al corazón ideológico de las unidades: el binarismo sexo-género. Un corazón que bombea y moviliza flujos de conocimiento, jerarquías y nuevas tecnologías fármaco-pornográficas hasta crear una ficción política: laboratorios hormonales sin garantías, consultas convertidas en tribunales de género..., todo lo necesario para la simulación de lo binario.

Corazón, por cierto, tan lleno de mierda que hasta cuesta abarcarla; eso sí, acaba supurando. Ejemplo de ello son los numerosos trabajos (como éste) y entrevistas que reflejan los tratos vejatorios hacia las personas que acuden a las UTIG. También las denuncias que reciben las unidades, como la presentada por la Asociación de Transexuales de Andalucía (ATA) en 2013.

¿Qué posibilidades de cambio ofrecen las UTIG? ¿Qué pasa con las personas que no se declaran *transexuales*? ¿Hay espacio para la disidencia en este marco institucional? Algunas compañeres han estado dentro, ¿les leemos?

«Sólo en mi jaula serás libre»: la adecuación de género en las UTIG

*«El universo entero cortado en dos y solamente en dos.
En este sistema de conocimiento, todo tiene un derecho y un revés.
El hombre o la mujer. Lo vivo o lo muerto. [...] La norma nos ha dividido. Cortado en dos. [...] Lo que denominamos subjetividad no es sino la cicatriz que deja el corte en la multiplicidad de lo que habríamos podido ser.
Sobre esa cicatriz se asienta la propiedad, se funda la familia y se lega la herencia. Sobre esa cicatriz se escribe el nombre y se afirma la identidad sexual».*

Un apartamento en Urano, PAUL B. PRECIADO.

Las Unidades de Trastornos de Identidad de Género no son más que la materialización de esa relación de sujeción que estableció la institución médica con la disidencia de género. Un nuevo espacio físico que aloja las tecnologías y discursos biomédicos que persiguen la adecuación al paradigma sexo-género binario de todas las que explicitan el rechazo que les provoca el mismo¹. Estas unidades generan

¹ Grau, 2014: 144.

numerosas problemáticas², todas ellas invisibilizadas, pero que ocasionan verdaderos malestares en el itinerario terapéutico³ de las personas trans.

Como hemos comentado, para acceder a estos servicios sanitarios especializados de las UTIG, la derivación debe ser realizada desde la consulta de atención primaria. Muchas personas trans cuentan que el acceso no es un proceso lineal⁴. Las ocho personas entrevistadas⁵ coinciden en que los centros de salud no tienen información alguna sobre su realidad, ni formación para atender sus necesidades sanitarias. A veces, incluso, desconocen el funcionamiento del proceso burocrático:

«Creo que les hice un bien informando [sobre sexualidad] en mi centro de salud, porque, sobre todo, percibí desconocimiento. Mi primer médico de atención primaria no tenía ni idea del protocolo, de hecho, me envió directamente a Cirugía Plástica cuando le conté lo que me pasaba».

(Mikel, chico de 23 años)

² Para una revisión relativamente actualizada al respecto, consultar *Overdiagnosed but under served* [Sobrediagnosticadas pero infraatendidas]. *Trans Healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain and Sweden: Trans Health Survey*, informe de TGEU, 2017. Todas las problemáticas reflejadas en este informe fueron referenciadas, de un modo u otro, en las ocho entrevistas realizadas. Las historias aquí relatadas tuvieron lugar entre 2016 y mayo de 2019.

³ «Por “itinerario terapéutico” entendemos el conjunto de estrategias y acciones personales llevadas a cabo para solventar una situación de aflicción o padecimiento. En el caso de las personas trans, el itinerario terapéutico es a la vez un itinerario identitario y un itinerario corporal. Es un itinerario identitario porque la persona pasa por un itinerario terapéutico con el fin de lograr una nueva posición en la estructura de sexo/género» (Grau, 2014: 249).

⁴ Grau, 2014: 231.

⁵ Seis de las ocho acudieron a su consulta médica de atención primaria específicamente para la derivación.

«Fui a mi médica de cabecera a preguntarle qué podía hacer. Le dije: “soy un chico trans”, y me dijo: “¿qué es eso?”. Le comenté que si no tenían un protocolo, y mi médica no tenía ni idea. En ese momento yo tenía muchas dudas, y me vi resolviéndoselas a ella. Me dijo: “eres la primera chica que me viene diciendo que se siente un chico”, y yo como: “bueno, no es lo que te he dicho”. El caso es que me derivó al psiquiatra. Entonces me informé sobre cómo estaba la asistencia en Salamanca, y me enteré de que había una UTIG. Volví a mi médica de atención primaria y le dije que por qué no me había derivado allí. Me dijo que “sólo te mandan a la UTIG si vives cerca de ésta», sino, te mandan al psiquiatra y ya veremos”». *(Leo, chico trans no binario⁶)*

—¿Cuál ha sido el papel de tu médico de familia?

—Pues doy gracias que sólo el de derivarme, porque ni eso sabía. Tuve que llevarle a una chica de Chrysallis⁷ para que le explicara. *(Sheyla, mujer de 20 años)*

«Mi médico se quedó asustado, me dijo que no podía ayudarme y me derivó al psiquiatra. En el informe ponía “trastorno de la identidad, ruego valoración”. Yo pensé: “¿por qué trastorno, si no tengo nada malo?”».

(Silvia, mujer en tratamiento hormonal desde hace 1 año y 3 meses)

«Yo siento que, tristemente, mi médico de familia es un trámite para conseguir mis recetas. No cumple la función de acompañar».

⁶ Si te has parado/cortocircuitado aquí, te proponemos algunas preguntas: ¿cuántas formas de vivir la identidad de género masculina podrían haber, a nivel teórico, en el uso del género gramatical masculino? ¿Cuántas, de facto, caben a día de hoy, si a veces tenemos que recurrir a añadir *no binario*? Es importante saber que una persona trans puede identificarse con la construcción binaria de sexo-género o no.

⁷ Asociación de familias de menores transexuales, uno de los principales núcleos de activismo trans en España: <https://chrysallis.org.es/presentacion/>

miento que se supone que debería cumplir un médico de atención primaria. Es un problema porque otras cuestiones de salud que pudiera tener me da miedo consultarlas, por si, al no tener ni idea de todo esto, pudiera enlazarlo con el tratamiento hormonal». (Adriana, *chica trans no binaria que acudió a Trànsit*)

Una vez dentro del proceso asistencial de las UTIG, psiquiatría y/o psicología clínica son las primeras estaciones de paso⁸. Dentro del paradigma biomédico actual, es esencial evaluar la identidad, para averiguar si la persona se merece o no el diagnóstico de disforia de género y si presenta o no trastornos de la personalidad⁹. Estos últimos deslegitimarían su derecho a tratamiento hormonal, quirúrgico y/o psicoterapia¹⁰.

«Pasas varias consultas con el psiquiatra para asegurarse de que esa persona no se equivoca. Te hacen preguntas como: “¿siempre lo habías sabido?, ¿desde cuándo?”». (Mikel)

«La psiquiatra me dijo que el psicólogo me tenía que hacer toda una serie de pruebas para determinar si “lo que yo tenía realmente era eso” [la disforia de género]. Y, sorpresa, cuando me lo empezó a llevar el psicólogo, en el propio centro de salud, tampoco tenía ni idea. Estuve dos años con él. Me acuerdo a la perfección de la primera consulta. Me empezó a hacer preguntas que me parecieron muy íntimas. Me preguntó por mi infancia, mi familia y la relación con mis padres. Se sorprendió de que tuviera buena relación, como si buscara algo. [...] Tuve

⁸ Grau, 2014: 261.

⁹ Recordemos que para realizar el informe que permite a la persona el cambio registral de nombre y sexo se requiere –por ley– que dicho escrito refleje el diagnóstico de disforia de género (y que se haya comprobado la persistencia de dicho malestar) y la ausencia de trastorno de la personalidad.

¹⁰ *Op. cit.*, 2014: 217-219.

que hacer un test para demostrar que no tenía ningún trastorno de la personalidad o “trastorno de tipo parafílico”. ¡Qué tendrá que ver!, podría tenerlos y ser trans». (Leo)

—¿Cómo te explicó el equipo médico lo que era la transición?

—Sólo me lo explicó uno de ellos. Las palabras que me dijeron fueron las siguientes: “yo sé que tú sientes o eres lo que me estás diciendo, pero yo tengo que asegurarme que eres lo que tú me estás diciendo, y para eso te tengo que hacer las pruebas correspondientes”. [...] Estuve seis meses con psicólogos y seis con psiquiatras, y pregunté por qué. Me respondieron que porque tenía que demostrar que era una mujer. Y ante eso, te quedas fría. (Silvia)

Si bien no existe un protocolo uniforme ni una prueba diagnóstica que establezca quién es «verdaderamente transexual», en estas consultas se valora el grado de adecuación entre la identidad de género de la persona y el estereotipo de género. Por un lado, las exigencias de adecuación a estereotipos de género quedan plasmadas en el lenguaje del personal sanitario en consulta, que en ocasiones llega a ser ofensivo para las personas entrevistadas.

«Me trató con una falta de respeto increíble desde el primer día. No sé decir si era paternalismo, condescendencia... [...] También te digo: cada vez que iba al psicólogo me ponía lo más masculino posible e intentaba actuar de una manera muy tóxica, y eso al psicólogo le gustaba. El día que me dio el acceso a hormonas [tras dos años], me rapé la cabeza, y me dijo “qué guapo estás así, muy bien Leo, ¡muy bien!”. Y le dije en broma: “to’ masculino, como el Vin Diesel”; me respondió: “muy bien, me gusta mucho que digas eso”. Te quieren convertir en ese concepto absurdo y súper binario de *señor*. Y como no lo cumplas, no te dejan hormonarte». (Leo)

Por otro lado, también vemos estas exigencias en las dos herramientas de referencia para profesionales de la psiquiatría y la psicología: la quinta escala del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota o MMPI-2 y el Inventario de los Roles Sexuales de Bem o BSRI. No obstante, no pretendemos realizar un análisis en profundidad¹¹, sino poner a la vista lo que estas escalas sostienen.

Punt. T	Posibles hipótesis
>75	Posibles conflictos sobre la identidad sexual.
60-75	Ausencia de intereses masculinos tradicionales (varones). Intereses intelectuales, sensible, curioso, creativo, imaginativo, empático (varones). Rechazo del papel femenino convencional (mujeres). Asertiva, competitiva (mujeres).
40-59	Puntuaciones medias. Práctico, convencional, realista (varones). Considerada, acomodaticia, empática (mujeres).
<35	Extremadamente masculino («macho»), agresivo, rudo, alegre, divertido, prefiere la acción al pensamiento, práctico (varones). Se describe en términos de estereotipo femenino, pasiva, sumisa, sensible, modesta (esta descripción tiene poca utilidad para mujeres con formación media o universitaria).
Escala 5 del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota. Masculinidad-feminidad (Mf), dentro del MMPI-2. «La escala se construyó a partir de los síntomas que presentaban varones que buscaron ayuda psiquiátrica para controlar sus «sentimientos homosexuales» o para hacer frente a la confusión acerca de su rol de género. Los items hacen referencia a intereses en el trabajo, aficiones, pasatiempos, preocupaciones, temores, actividades sociales y preferencias religiosas» (Amador et al., 2006).	

¹¹ La teoría del esquema de género de Bem postula masculinidad y feminidad como mutuamente excluyentes y constructos contrarios. Para un análisis sobre la validez de estos instrumentos, léase «Revisión teórico-metodológica de los instrumentos para la medición de la identidad de género» (Vergara y Páez, 1993). No hemos podido acceder a la batería de test que a veces se realizan y cuya existencia constataron algunas de las personas entrevistadas. Éstos, además de las escalas que mostramos, incluyen preguntas sobre la infancia, la orientación del deseo, etc.

Tabla 1
Análisis factorial (ejes principales) del BSRI usando rotación oblicua

	M/F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	h ²
Entusiasta con los niños	F	.452									.323
Simpático	F	.426									.369
Alegre	F	.419									.437
Afectuoso	F	.399								.345	.520
Actúa como un líder	M	.850									.790
Dominante	M	.660									.606
Con madera de líder	M	.604									.599
Agresivo	M										.405
Femenino	F			-.909							.846
Masculino	M			.905							.895
Defensor de tus propias creencias	M				.719						.530
Personalidad fuerte	M				.495						.521
Autosuficiente	M					-.695					.638
Independiente	M					.449					.385
Toma decisiones fácilmente	F					.398					.291
Adulable	F					-.378					.299
Analítico	M						.521				.405
Leal	F						.474				.368
Asertivo	M						.313				.229
Tímido	F										.187
Comprensivo	F										.443
Autoconfiado	M							-.399			.446
De habla suave	F										.219
Crédulo	F										.236
No usa palabrotas	F										.065
Complaciente	F										.267
Ambicioso	M								-.690		.557
Competitivo	M								-.655		.538
Tierno	F									.790	.796
Cálido	F									.698	.568
Dispuesto a definirse	M									.536	.369
Individualista	M										.403
Infantil	F										.217
Vigoroso	M										.436

Nota: sólo se incluyen los coeficientes estadísticamente significativos (iguales o superiores a 0,30 dado N= 618, $\alpha= 0,05$ y potencia= 0,80)

Inventario de los Roles Sexuales de Bem o BSRI. En la tabla, «M» hace referencia a «masculino» y «F» a «femenino». Los coeficientes se han reducido por limitación de espacio, pero, sobre todo, queríamos plasmar la categorización de las características como masculinas o femeninas.

Las escalas para evaluar la identidad de las personas trans buscan una identidad modelo, la paradigmática para la *medicina científica moderna*. Reflejan una concepción clásica, rígida, de la masculinidad y la feminidad, y son un intento fallido de instrumentalizar ese binomio¹². Construyen al «verdadero transexual»¹³, y con ello «se fuerza la adecuación de las personas transexuales a unos rígidos prototipos [...]. Muy probablemente, muchas de las personas que no somos transexuales no daríamos resultados satisfactorios si nos sometieramos a dichas escalas»¹⁴. De hecho, las propias publicaciones médicas llegan a afirmar lo siguiente:

«Por el momento es imposible realizar el diagnóstico de transexualidad basándose sólo en criterios objetivos. Este diagnóstico depende de la información suministrada por los pacientes, que a menudo es sesgada por los mismos con o sin intencionalidad. Para paliar parcialmente este problema hemos creado una herramienta de evaluación cuasi objetiva basada en los criterios de las principales escalas de clasificación diagnóstica, el DSM-IV y el CIE-10, la Entrevista de Diagnóstico de Identidad de Género (EDIG) [...]. Esta herramienta ha sido validada por los autores de este artículo. Estos criterios se cumplen si la persona evaluada tiene una identificación acusada y persistente con el otro sexo (no sólo el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas con las costumbres culturales); acusa un malestar persistente con el propio sexo; tiene una gran preocupación por elimi-

*Cuadro obtenido del artículo «Escalas de masculinidad y feminidad: estado actual de la cuestión», de Fernández et al. (2007), publicado en la revista *Psichotema*, vol. 19/3, en el que se analiza en profundidad la validez de dicha escala. Aquí no lo haremos puesto que simplemente nos interesa poner a la vista lo inquietante de estos instrumentos, para que lo veáis con vuestros propios ojos.

¹² Fernández, 2011.

¹³ Grau, 2014: 237.

¹⁴ Es importante recalcar aquí que, aunque parte de la profesión médica señala el anacronismo de estas escalas y relativiza su importancia (Grau, 2014: 262), en último término son las herramientas usadas y/o de consulta para realizar el juicio diagnóstico de «transexual», junto con las «definiciones de Stoller» (Elizalde, 1998: 5).

nar las características sexuales primarias y secundarias y/o cree que ha nacido con el sexo anatómico equivocado»¹⁵. Allá van de nuevo algunos médicos obsesos a buscar la esencia de lo trans para que en la profesión médica podamos colgarnos alguna medalla.

Las categorías *hombre y mujer, masculino y femenino* son extremadamente rígidas y dejan fuera de ellas a muchísimas personas. Son una ficción (política) con la que prácticamente todos hemos tenido dificultades en algún momento de nuestras vidas: «¿por qué tengo que depilarme si no me apetece?, ¿por qué se me pide que sea el más fuerte, cuando yo no quiero competir?, ¿por qué si me quedo en paro, no tengo valor social?, ¿por qué tengo que gestar?, ¿por qué tengo que priorizar cuidar al resto y no a mí?». Para Miquel Missé, lo trans no deja de ser una forma más de gestionar esa controversia, ese malestar:

«Ser un hombre está tan lleno de normas, límites, presiones, mandatos, que es bastante probable que a lo largo de la vida una persona que fue asignada hombre sienta cierta tensión con esa identidad. Que a veces sienta que no es suficientemente hombre, que no es como los demás hombres, que no es suficientemente masculino. Y lo mismo sucede con las mujeres [...]. Sentir malestar con el género no es una experiencia minoritaria reservada a la gente trans sino más bien al contrario. Es un malestar extendido, aunque no se nombra, y generalmente no tiene espacio para expresarse»¹⁶.

A la evaluación por escalas hay que añadir la que se realiza verbalmente en la entrevista a través de preguntas, donde cada especialista debe hacer valer su «experiencia profesional», así como solicitar que la propia persona escriba un relato autobiográfico. Y es ahí donde podemos ver que, como personal sanitario, adolecemos de prejuicios similares a los de la mayoría de la sociedad, los cuales acabamos proyectando sobre las personas que atendemos en consulta.

«Mi primera psiquiatra me advirtió: “tú ahora no querrás tener hijos, pero en un futuro, podrías arrepentirte”. No le había pre-

¹⁵ Asenjo-Araque et al., 2010: 88-89.

¹⁶ Missé, 2018: 52-53.

guntado, y además yo era plenamente consciente de que con el tratamiento hormonal iba a quedarme estéril. En otra de las visitas a mi segundo psiquiatra, recuerdo que me preguntó: “¿por qué te tintas el pelo?, ¿por qué te pintas las uñas?”». (Mikel)

«Que si te maquillas, que si te gusta la limpieza... Y para conseguir el tratamiento tenías que mostrar conductas “hiperfemeninas”. Y eso durante un año. [...] Yo no recibí comentarios sobre mi cuerpo o vestimenta, porque me adelanté, y mostré lo que ellos querían ver». (Silvia)

«Recuerdo que me preguntaban: “¿tú, de pequeña, con qué jugabas?, ¿y con quiénes jugabas?”». (Shey)

«Me daba medallitas por ir más masculino. Me llegó a preguntar que si me gustaba el fútbol. Y me dijo que era raro que no, pero que no pasaba nada. Me hizo sentir muchas veces como que estaba haciendo algo mal, culpable porque él, cuando hablaba conmigo, lo hacía de cierta manera que parecía que todo estaba bien, y que me estaba queriendo ayudar; y a mí me molestaba mucho esa actitud. Yo me alteraba y le decía que lo que me estaba diciendo no me gustaba nada, y él me decía que estaba a la defensiva. Todo el rato me sentía invalidado. Se me escapó que me había puesto un vestido, arreglado y maquillado a los dieciséis años (que lo había hecho un montón de veces en realidad), y que me había dado cuenta de mi identidad “masculina” a través de experimentar mucho con mi expresión de género, y de aceptar mi feminidad. Cuando experimentaba con mi feminidad, sentía que estaba haciendo *drag*, y me dije a mí mismo: “joder, soy maricón”. Obviamente no se lo dije así, pero le traté de expresar esta idea, porque era importante para mí. Y me dijo: “eso no tiene nada de sentido, creo que no tienes las cosas claras”». (Leo)

En ocasiones, a las personas homosexuales no sólo se les preguntó por su orientación del deseo¹⁷, sino que también eran juzgadas por esa doble transgresión de la norma binaria (de identidad y de orientación):

«Recuerdo que me dijo [su primera psiquiatra]: “si te gustan los hombres, ¿por qué no te quedas como chica?”». (Mikel)

«A mí una de las cosas que me molestó del psicólogo, y se lo hice saber, fue que me dijera: “O sea, eres una mujer, ¿entonces, eres lesbiana? Porque estuviste casada [con una mujer]”». (Carmen)

«Una de las cosas directas por las que me preguntó fue por mi orientación sexual. Le dije que era bisexual, y ya la fastidié por decir eso. Porque acto seguido emitió su juicio: “¿y si te gustan los chicos, por qué haces esto?, ¿por qué todo este cambio?”. También me preguntó por mis relaciones sexuales». (Leo)

La institucionalización de la asistencia a personas trans a través de estas unidades explicita la autoridad, legitimidad y, a fin de cuentas, poder de la institución médica para reforzar el orden sexo-género normativo¹⁸. El poder para dirimir y ser tribunal de la identidad de las personas. La influencia de dicho poder sobre las propias personas trans y sobre el imaginario colectivo es algo muy criticado y estudiado desde las ciencias sociales¹⁹. De igual modo, perciben esa presión, y en sus relatos se refleja la impotencia y falta de control sobre

¹⁷ Elizalde, 1998; y Grau, 2014.

¹⁸ Grau, 2013.

¹⁹ Grau, 2014; Aresti, 2002: 209-257; Elizalde, 1998; Guasch y Mas, 2014; Salinas, 1994.

los procesos sanitarios. Algunas de las prácticas producen verdadero desagrado con sólo leerlas:

«Recuerdo que estaba sin camiseta, de pie, y él [el cirujano plástico] estaba apoyado en la camilla, para explorarlas [las mamas] para la operación. Y en una de esas, en lugar de decirme “acércate un poco”, me pilló del cinturón y me arrastró hacia él. Yo pensé: “¿te das cuenta la situación en la que estamos y el paciente con el que estás tratando”. En ese momento tu cerebro se colapsa. Te sientes agredido».
(*Mikel*)

«Es como una sensación de estar frustrada constantemente porque, pese a ser una decisión personal, tengo que depender de si los médicos consideran que me adecuó o no».
(*Kat*)

«En un momento no estaba muy seguro sobre hormonarme o no. Le dije [al psicólogo]: “no tengo dudas sobre mi género, no tengo dudas sobre mi identidad, pero sí tengo dudas sobre lo que quiero hacerle a mi cuerpo”. Y él me contestó: “he conocido a un par de chicas en tu situación...” y yo le interrumpí, y le dije que eso no podía ser, porque yo era un chico. Y me dijo: “bueno, eso ya lo iremos viendo”. A mí eso me destrozó. Me acuerdo que salí de la consulta y me dio una crisis de ansiedad. Llegué a casa y no podía dejar de llorar. [Pausa en silencio]. De verdad te hacen sentir que estás haciendo algo mal. [Pausa]. Otra de las cosas que me molestó es que me mareó mucho con cuándo iba a conseguir el pase a hormonas. Al principio me dijo que a los seis meses. Cuando llegaron, me dijo que al año. Cuando llegó el año, me dijo que a los tres. [...] Me intentaba como dar clases de lo que es ser un hombre. Me decía: “venga, yo te voy a hacer preguntas”, y algunas eran preguntas trampa, y yo iba contestando. Y algunas veces me decía: “mmm, eso no está bien”. [...] Realmente, en todo el proceso, me he sentido muy incomprendido y muy fuera de lugar».
(*Leo*)

La identidad (y la corporeidad, con ella) no es un monolito estático. Se asemeja más a un puzzle de miles de piezas intercambiables que vamos montando en diálogo con el medio a lo largo de nuestra vida, y donde hay espacio para la disidencia, para piezas que al principio encajan, pero luego se salen. Piezas pequeñas, a veces tanto como una molécula de testosterona, que sólo se quedarán un tiempo. «Lo molecular es político», que diría Preciado. El binarismo y sus estereotipos, como queda patente en este apartado, no respetan esta compleja y brillante realidad de sistemas moleculares; cambiantes, llenos de matices²⁰.

De hecho, conforme la identidad se va alejando del simple y burdo estereotipo de género, la cosa se complica en lo que a asistencia se refiere. En el caso de las personas trans no binarias, muchas veces ni siquiera mentir es una posibilidad. La más mínima expresión de algo antinormativo no tiene hueco en el modelo UTIG.

«Yo no podía ir a una UTIG porque no entraba en la narrativa institucional “hombre” versus “mujer”. Si hasta las personas trans binarias tienen problemas...».
(*Bryn, persona trans no binaria*)

«Alguna vez le dejé caer que no soy una persona binaria. Se lo dejé caer porque no me atrevía a decírselo claramente por si me decía: “fuera”. Una vez se lo intenté explicar, y me dijo que eso no era posible. Me dijo: “supongo que cuando tienes dudas puedes estar moviéndote entre una cosa y otra, pero al final somos hombres o mujeres. Y tú deberías saberlo de sobra”. Nunca se planteó nada más allá de los binarismos. Un día estuvimos hablando y me dijo: “es verdad que a los chicos les pueden gustar los vestidos, el maquillaje...” me lo reconoció. Sin embargo, acto seguido me dijo: “pero a los chicos como tú, estas cosas no les suelen gustar”. Ya me estaba diciendo de alguna manera que la gente trans tenemos que ser lo más normativo y binario posible, porque si no, para qué íbamos a serlo».
(*Leo*)

²⁰ Grau, 2014: 229.

La sombra del ciprés es alargada: el binarismo, pilar del enfoque médico de la sexualidad

El discurso médico del siglo XIX y el actual son en realidad el mismo discurso. Esa visión del mundo o episteme parece tener su origen en el siglo XVIII¹. Podemos deducir, pues, que es importante analizar la construcción del discurso médico actual hacia los actos «desviados» en relación con las circunstancias sociales y médicas que lo contextualizan. A su vez, al ser cambiantes en el tiempo, limitan la aplicación de nuestra lógica de cuerpo-sexo-género actual a épocas o epistemes pasadas, donde no existía dicha conceptualización.

Tal y como aparece de forma muy ilustrativa en *Los hermafroditas*, «el género se convierte en una categoría útil a partir del siglo XIX, a medida que los sexos se iban haciendo más dicotómicos, lo que no sucede necesariamente en el siglo XVI, cuando las diferencias sexuales venían marcadas menos por supuestas diferencias intrínsecas entre los cuerpos, que por diferencias sociales y políticas asociadas al rango, la actividad económica y el atuendo»².

El paternalismo médico hacia las personas disidentes es quizás una de las señas de identidad más evidentes y más constantes en la

¹ Mas, 2014: 29.

² Vázquez y Cleminson, 2012: 18.

época que estamos atravesando. En nuestro análisis, éste comienza con los doctores Ulibarri, Orfila y Mata y su nula atención y confianza hacia el relato de pacientes con genitales no binarios. Transcurre y se palpa en la actitud «filantrópica» del endocrinólogo Harry Benjamin hacia las personas transexuales en *The Transsexual Phenomenon*³, y aparece en las intervenciones quirúrgicas sobre bebés intersexuales apoyadas en la teoría Money (1955) y que hoy por hoy se siguen realizando⁴. O incluso lo percibimos en la ocultación por parte del doctor Botella de los resultados de las pruebas para confirmar el «sexo verdadero» de bebés con genitales no binarios.

Como futuro personal sanitario, si algo hemos aprendido cuando nuestros médicos nos formaban, son las prácticas y vicios que se establecen y que refuerzan una relación jerárquica con las personas que atendemos. Lástima que de sexualidad por lo general no tengamos ni pajolera idea, puesto que no recibimos formación específica en ningún momento. Las personas trans saben más que nosotras sobre su identidad, su vivencia del deseo... y, sin embargo, tenemos tan interiorizada esa jerarquía, ese tipo de relación paternalista y esa autopercepción de nuestro rol en la consulta, que no sabemos dar espacio a sus vivencias, validarlas, cuidarlas...

Este característico paternalismo está presente tanto en las consultas de atención primaria como en las de las UTIG. Por ejemplo, en las advertencias a Mikel sobre una cuestión tan personal como gestar, en las deslegitimaciones constantes del psicólogo hacia Leo... Tutela de la persona-paciente, tutela del sistema sexo-género binario. ¿Alguna diferencia? ¿no será que es lo mismo?

«Él [su psicólogo de la sanidad pública] ponía las palabras en mi boca antes de que las dijera yo».
(Leo)

³ Grau, 2014: 153-154.

⁴ Kessler, 1990 traducido y recogido en Cabré y Salmón, 2013: 55-82.

«Resulta cuanto menos paradójico que en un modelo clínico de “autorización”⁵, en el que las personas transexuales no tienen la capacidad de consensuar con los profesionales su idoneidad para el acceso al tratamiento [...] se tenga como principal herramienta diagnóstica la biografía elaborada por esta misma persona a la que se le está negando toda participación en el proceso de decisión»⁶. En otras palabras, si contarte mi vida es lo que me va a validar para tener acceso a asistencia, ¿no soy yo, en último término, quien debe tener la capacidad de decidir si tomar hormonas y/u operarme?

Como decíamos antes, el sexo entendido como binomio hombre-mujer se mantiene inalterable⁷. En este intervalo de tiempo, hemos pasado de un paradigma que proponía una separación estricta de los sexos —predominante durante el siglo XIX y principios del XX— a otro, el de la teoría marañoniana de la intersexualidad, en el que se dibuja una continuidad entre ambos polos de la dicotomía, pero que no deja de etiquetar y separar lo considerado propio de los hombres de lo considerado propio de las mujeres.

El hecho de que las personas trans no binarias no existan para el sistema de las UTIG, así como la adecuación a los estereotipos de género que se demanda en consulta a las personas trans —activa o pasivamente— reflejan, junto con otros hechos, el consenso social y médico respecto a esta dicotomía.

Con estos dos últimos apartados observamos que el *adiuvo, ergo censo*⁸ (asisto, luego decido) que concede legalmente a los equipos de psiquiatría y psicología la máxima potestad sobre el acceso al tratamiento de las personas trans, encaja a la perfección con el *protego, ergo obligo* del Estado del que forman parte. Son, a fin de cuentas, ejercicios de poder para adecuarnos a una normalidad que nuestros cuerpos ya no soportan.

⁵ Pérez, en Suess 2010.

⁶ Grau, 2013.

⁷ Preciado, 2016, 115.

⁸ Agradezco a Kike la traducción.

Protego, ergo oblige: patologización y deshumanización de los servicios sanitarios en las UTIG

Pese a los esfuerzos de ciertos manuales psiquiátricos por estirar la etiqueta «disforia de género» hasta los límites de su plasticidad, aquellas personas que quieran tener acceso a ciertos dispositivos de modificación corporal (terapia hormonal o diversas cirugías); o a asistencia/ayuda profesional, se enfrentan a un proceso de diagnóstico de su identidad y, por lo tanto, a un proceso de medicalización de la misma (y, actualmente, también de patologización).

La cosmovisión que se esconde tras los análisis de las sexualidades en la época y sociedad aquí analizadas se construye y deconstruye a partir de las distintas expresiones y productos culturales (desde la prensa o el *marketing*, hasta el arte). Las personas estamos inmersas en un diálogo frenético con esos productos a lo largo de nuestras vidas (y cada vez durante más tiempo, y de forma más intensa en la infancia), por lo que no podemos entender el malestar que puede surgir hacia una misma como una consecuencia exclusiva de la propia persona. Hasta los enfoques que cada persona toma de estos conflictos internos (qué medidas toma ante esos malestares, cómo lo cuidamos...) tienen esa fuerte influencia del entorno. Por no hablar, directamente, de que las mismas corporalidades no son problemáticas en esencia, sino que pueden serlo o no dependiendo del contexto que las rodee y las juzgue.

Sin embargo, si nos paramos a observar lo que trasluce la gestión de la disforia de género en la actualidad, vemos que el enfoque es principalmente individualista. Desde la misma definición de disforia de género —«una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna» (véase DSM-V)— hasta el propio proceso de acompañamiento médico individualizado para esa persona que, al final, sólo está cristalizando una problemática social. Planteamos la hormonación o las cirugías como una de las salidas porque estamos, literalmente, con el agua hasta el cuello en este tema. Pero, ¿y si empezamos a pasarnos por consulta como sociedad desde hoy mismo?, ¿por qué no «repetimos los géneros hasta desplazar las reglas que permiten su propia repetición»¹?

En la experiencia de Leo es donde más fácilmente se percibe que el malestar con uno mismo está forzado desde fuera. Si analizamos el discurso del psicólogo de su centro de salud, que soportó —literalmente— durante dos años (por miedo a no tener otra oportunidad, a tener que explicar de nuevo todo su proceso y a no conocer otras alternativas esos primeros años), es fácil imaginar cómo se construye el odio hacia el propio cuerpo en las personas trans (y en general, hacia cualquier cuerpo que se salga de lo normativo).

«En las primeras consultas me hizo preguntas sobre cómo me sentía yo con mi cuerpo. Me dijo: “¿sientes que estás en el cuerpo equivocado?” Yo ya me había preparado un poco con mi amigo Xabi, que me ayudaba muchísimo con estas cosas, y a tener cuidado con lo que decía, porque no todo valía. En muchas cosas tuve que mentir. Por ejemplo, nunca me he sentido en el cuerpo equivocado, pero le tuve que decir que sí, porque sabía que era lo que quería. [...] Me preguntó qué partes rechazaba de mí. Y, jo, yo acababa de llegar allí, lo único que necesitaba era ayuda y apoyo, y que me acompañaran. Yo ni siquiera sabía si quería hormonarme. Y sólo encontré preguntas muy directas, guiadas para que le respondiera lo que él

¹(Butler, 2007: 287).

quería oír. Me preguntó por cómo me sentía con mis genitales, si yo quería tener pene. Le dije que no, que estaba bien con lo que tenía, y me preguntó: “¿y por qué crees que lo estás?, ¿lo has pensado? [...]”. Te tocan la cabeza de una manera... Muchas personas que conozco, incluso yo mismo, estamos en hormonas porque no nos queda otra. Al final, tengo un malestar muy grande con mi cuerpo, cosa que estoy trabajando, pero es un malestar que yo no he nacido con él. Y eso es algo que yo no pude explicar nunca al psicólogo, porque una vez se me ocurrió decirle que para mí el sentir disforia era como cuando tenía miedo a salir sin depilar a la calle, algo que haces por presión social, y me dijo que cómo podía comparar eso, como si me estuviera diciendo que no había entendido nada».

(Leo)



Este dibujo ha sido facilitado por Leo. Lo realizó en el bus de vuelta a casa antes de nuestra entrevista, mientras leía *A la conquista del cuerpo equivocado*, de Missé. Te agradezco que nos hayas dejado añadirlo.

Es interesante considerar, además, cómo determinados profesionales y farmacéuticas se han enriquecido con este discurso de odio al propio cuerpo, como bien señala Missé:

«Algun*s de est*s médic*s se han beneficiado indiscutiblemente del discurso del cuerpo equivocado. Se han enriquecido económicamente, han bañado su figura pública en un aura de progresismo y valentía profesional tratando a personas trans, y han inventado nuevas operaciones generando a la vez nuevas necesidades en las personas»².

Tiene gracia, dicho sea de paso, que la psiquiatra que envió a Leo al psicólogo del centro de salud le comentara que «tenían que ver si realmente lo que tenía era eso [disforia de género]». Tal vez hubiera sido más correcto decir: «tenemos que ver si conseguimos que acabes teniendo esa disforia, y quieras adaptarte a lo binario».

Y es que «muchas problemáticas, más que implicar una desadaptación a la sociedad, implican, por el contrario, una adaptación a las condiciones alienadas de la enfermedad»³. La lucha contra la alienación que supone el género asignado al nacer, contra ese ideal, es una problemática que viven todas las personas en distintos grados. Es el momento de darnos cuenta de que, sin querer equiparar los ejemplos y aun siendo muy diferente la intensidad con la que recibimos el odio a la diversidad, la mayoría de las personas nos estamos llevando un mínimo a la mochila.

En España apenas hay informes realizados, pero lo cierto es que la violencia que sufren las personas trans afecta directamente a su calidad de vida. Desde la marginación en la escuela⁴, hasta un acceso desigual a los recursos sanitarios⁵, pasando por la discriminación para acceder a un trabajo⁶.

En numerosas ocasiones se plantea, como recurso estratégico, la necesidad de que la transexualidad aparezca de algún modo en los manuales diagnósticos, a fin de asegurar su cobertura sanitaria⁷. Algunas de las victorias del colectivo trans en el ámbito de la salud se han apoyado en este argumento, el cual ha sido aprovechado por el discurso médico para reforzar la idea de «estar en un cuerpo equivocado», lo que fomenta el odio al cuerpo trans y dificulta que la transexualidad se aborde en los manuales sin patologizarla. Es decir, unas exigencias que la persona debe cumplir para recibir la etiqueta que la haga valedora de atención sanitaria y que a veces incluso interioriza si no desarrolla cierto grado de independencia del imaginario médico. Sin embargo, condiciones determinantes en la salud y cada vez más medicalizadas, como es el embarazo o los malestares de la vida cotidiana, reciben la asistencia sin la necesidad de que se enfoquen —teóricamente— como una enfermedad. Nada que ver, en cualquier caso, con las prácticas médicas hacia ambas cuestiones, ya que tanto el embarazo (y especialmente el parto) como dichos malestares (los problemas de adaptación, el duelo...) están rodeados de violencias y sobretratamiento. ¿Existe la posibilidad, pues, de legitimar la asistencia que requieren algunas personas para vivir su identidad de género y a la vez no patologizarla?⁸

Esta es la lentísima tendencia —o al menos lo parece— de ciertas instituciones. La OMS ha anunciado que en el próximo manual de enfermedades⁹ dejará de incluir la «disforia de género» en el capítulo de trastornos, y pasará a formar parte del epígrafe «condiciones relativas a la salud sexual», bajo el nombre «incongruencia de género». Esta nueva categoría pasa a ser definida como «una marcada y persistente incongruencia entre el género experimentado a nivel indi-

⁷ Grau, 2014: 216 y ss.

⁸ Para consultar más información sobre esta problemática, además de la tesis de Grau citada, ver el capítulo de Sandra Fernández, «Derechos sanitarios desde el reconocimiento de la diversidad. Alternativas a la violencia de la psiquiatrización de las identidades trans» (Misse y Coll-Planas, 2010).

⁹ El denominado CIE (la undécima edición), disponible en <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/411470068>

² Missé, 2018: 40.

³ Cucco, 2008: 12.

⁴ Santoro et al., 2010: 75.

⁵ Informe del TGEU anteriormente citado.

⁶ Domínguez et al., 2011: 21.

vidual y el sexo asignado. Las variaciones en el comportamiento de género y las preferencias solas no fundamentan los diagnósticos de este grupo»¹⁰. Eso sin aclarar si la incongruencia es por el error médico de asignar lo que no nos corresponde asignar, o si lo incongruente es la identidad de la persona, que no se adecúa a nuestra «verdad científica».

En la actualidad, la despatologización es un aspecto esencial para eliminar lo antes posible la estigmatización que sufren las personas trans por la psiquiatrización de su identidad, así como para poner el foco de la responsabilidad en lo social, más allá de los conflictos nosológicos¹¹. Este es el enfoque que predomina en el activismo trans internacional de los últimos años (dentro de la diversidad de discursos que alberga), y es especialmente visible en la Declaración de Malta y en la campaña STP-2012¹². Este último movimiento no sólo buscó sacar la transexualidad de los manuales psiquiátricos DSM-IV y CIE-10, sino que también propuso incluir en algunos textos una mención no

patologizante del proceso de reasignación de sexo, y reclamó la abolición de las mutilaciones genitales a bebés intersex.

El discurso edulcorado de las UTIG¹³ deja entrever (a veces, realmente, de forma no tan sutil), que el abordaje mayoritario de las necesidades sanitarias de las personas trans considera su identidad como patológica¹⁴. Y así lo vemos en los relatos de Mikel y de Leo, entre otros:

«El psiquiatra [tras acudir a la consulta de psiquiatría de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria para recibir asistencia por padecer una anorexia nerviosa y estando etiquetada de «disforia de género»] me dijo: “ponme en este papel cómo te sientes con tu enfermedad. La anorexia, no, la otra”».
(*Shey*)

La deshumanización de la atención a las personas trans también es una de las mayores problemáticas en estos procesos. En varias entrevistas se señala que existe una fuerte relación entre el desconocimiento, el no entendimiento de su realidad y la falta de humanidad en el trato. Sienten que están experimentando con sus cuerpos, que no tienen garantías ni verdadero conocimiento de las terapias (tanto hormonales como quirúrgicas). Aunque algunas de las personas se han sentido ayudadas, todas ellas afirman que falta acompañamiento en el proceso (en el caso de las UTIG por cuestiones sistémicas; en el caso de Trànsit por cuestiones logísticas), el cual, sin embargo, podría realizarse en las consultas a atención primaria.

¹⁰ Una noticia al respecto: https://www.eldiario.es/sociedad/OMS-considerar-transexualidad-enfermedad-incongruencia_0_783572396.html

¹¹ En muchas ocasiones, los problemas de salud mental se diagnostican únicamente por la información obtenida en un proceso cualitativo; la entrevista (salvo en causas secundarias, que son mucho menos frecuentes, como pueden ser los tumores cerebrales). La solicitud de ayuda profesional suele realizarse por parte de la persona o su entorno, que no pueden gestionar el malestar o las limitaciones que éste causa. En estos problemas (depresión, trastorno de ansiedad...) se dice muchas veces que «se consideran enfermedad en el momento que suponen un impedimento para el desarrollo de una vida normal». Esto último ocurre aunque existan criterios (que también son subjetivos, por supuesto) de recomendado cumplimiento para diagnosticar y tratar. Con este razonamiento se podría pensar que la disforia de género que se asocia a ser trans en nuestra sociedad encaja en esta definición de enfermedad mental, ya que la persona puede acabar sufriendo ansiedad y/o depresión y necesitando tratamiento. El problema, claro está, es que designar algo como *enfermedad mental* no es neutral en nuestra sociedad y en nuestra época. Además, especialmente en el caso de las personas trans, ni mucho menos asegura que vayas a recibir la ayuda necesaria desde el nivel asistencial, por las limitaciones ya reflejadas.

¹² Missé y Coll-Planas, 2010: 43 y ss.

¹³ Grau, 2013: 72; Grau, 2014: 209-213.

¹⁴ Para entender la dinámica social actual de medicalización (hacer patológicos y susceptibles de atención médica aspectos de la vida que no lo requieren), una comprensión más amplia del término y una revisión del constructo de salud de Alma Ata (1978), recomiendo leer *Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la psicología social de la salud. Patologización preventiva de la vida cotidiana* de María de la Villa Moral Jiménez, Boletín de Psicología NO. 94 (2008).

Todas estas ideas, que en principio parecen estar sueltas en el aire, se imbrican en complejas relaciones. A la comprensión de estas relaciones ayuda mucho un estudio publicado por Arenas y Freitas: «entre las conclusiones se destacan la rigidez del concepto dicotómico de género como una barrera para la aceptación de la diversidad sexual, la estigmatización como principal problema frente a la despatologización y la importancia de “lo distinto” como criterio patológico»¹⁵.

Además de todo esto, las personas entrevistadas no consideran que las asociaciones LGBTIA+ sean lugares de ayuda o acompañamiento, sino más bien espacios en los que se pueden iniciar redes de cuidado.

«Al principio vas al colectivo o asociación porque no sabes nada. Coges una información básica. Yo la información la cogí más de las personas trans que conocí que de los colectivos, porque la verdad que tampoco tienen mucha idea. Lo mejor es conocer la experiencia de las personas trans, que son muy variadas, pero coinciden en muchas cosas también». (Silvia)

«Hay mucha desigualdad en el trato dentro de los colectivos». (Shey)

Frente a la creciente fragmentación hiperindividualista de las sociedades capitalistas, las personas trans resisten apoyándose entre pares. Creando redes de cuidados que se inician en internet o en asociaciones¹⁶. Se divisa, pues, como tarea necesariamente colectiva, seguir planteando alternativas que resistan a los embates del sistema sexo-género actual¹⁷.

¹⁵ Arenas y Freitas, 2016.

¹⁶ Grau, 2014: 287.

¹⁷ Rodríguez, 2014: 153.

Un acompañamiento sanitario de la transición respetuoso con las identidades de género no binarias

El paso posterior a la crítica de las UTIG nos exige, como personal sanitario comprometido con la diversidad sexual y de género, mostrar una propuesta alternativa que, como mínimo, construya un espacio respetuoso con la identidad de género de las personas trans, uno en el que realmente se escuchen sus necesidades

En línea con las reivindicaciones despatologizantes de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH)¹, el 17 de octubre de 2010, la Red de las Identidades Trans del Estado español publica «Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a

*Proceso Asistencial Integrado. Podéis encontrar más información aquí: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai-at-transexuales-adultas.html>

¹ «LA WPATH es una asociación internacional profesional multidisciplinaria cuya misión es promover la atención basada en la evidencia, la educación, la investigación, la incidencia y defensa (a menudo descrita en español como «abogacía»), las políticas públicas y el respeto a la salud trans». Esta asociación publica cada cierto tiempo una guía para la asistencia sanitaria en la que recoge importantes recomendaciones y consideraciones destinadas a los equipos sanitarios que asisten a personas trans (desde consideraciones epidemiológicas, hasta efectos adversos de las hormonas).

las personas trans en el marco del Sistema Nacional de Salud», con el objetivo de proponer un nuevo modelo de atención sanitaria a personas trans.

«En la publicación se plantean propuestas para asegurar el derecho de decisión sobre el propio cuerpo en un contexto de asesoramiento y consentimiento informado, sustituyendo el actual modelo de evaluación por uno de autonomía.

La guía, elaborada por activistas e investigadores trans, sistematiza las principales críticas al actual modelo de atención y plantea principios alternativos para la generación de un protocolo de atención sanitaria a personas trans desde una perspectiva no patologizante.

La publicación de la Guía de buenas prácticas forma parte de la Campaña Internacional STP 2012, que desde 2007, convoca cada mes de octubre movilizaciones para exigir la retirada de los trastornos de identidad de género de los catálogos internacionales de enfermedades.

Con la Guía de buenas prácticas, la Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español pretende poner sobre la mesa principios y propuestas concretas para impulsar un modelo de atención sanitaria a personas trans que esté basado en una perspectiva despatologizadora»².

Recogiendo estas reivindicaciones, desde el activismo trans, en octubre de 2012 se crea en Barcelona el servicio de Trànsit³. Dos años más tarde, Andalucía volvió a ser pionera en aprobar una legislación que defendiera la atención sanitaria integral basada en el res-

peto de la diversidad sexual y de género⁴, si bien su implementación debería ser evaluada de forma exhaustiva⁵. Más tarde, en 2019, con la colaboración de 14 colectivos trans, se creará un nuevo protocolo⁶ destinado a las Unidades de Acompañamiento a las personas Trans (UAT)⁷ creadas en el seno del Servicio Canario de Salud. Los tres servicios tienen en común un enfoque que materializa una asistencia respetuosa con la diversidad sexual y de género. Este enfoque es el producto de una revisión sistemática y exhaustiva de bibliografía al respecto⁸, y sus aspectos clave son los siguientes:

- El respeto a la diversidad de identidades enunciadas por las personas, independientemente de la edad o las circunstancias de cada una. Lo que incluye, obviamente, no inducir a la feminización ni a la masculinización.
- La individualización del acompañamiento, en tanto que la transición es un proceso único para cada persona, con idas y venidas, que también requiere de la comprensión del entorno social y de asistencia más allá de la consulta.

⁴ El 18 de julio de 2014 se publicó en el BOJA la Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía.

⁵ <https://www.elsaltodiario.com/laplaza/andalucia-la-unidad-de-desatencion-a-personas-transgenero>

⁶ Una noticia al respecto: https://www.consalud.es/autonomias/canarias/canarias-pone-en-marcha-el-nuevo-protocolo-de-atencion-sanitaria-a-personas-trans_61888_102.html

⁷ La información correspondiente a las UAT de Canarias ha sido obtenida de los distintos informes y protocolos publicados en los últimos meses por el Servicio Canario de Salud y el Gobierno de Canarias. Queda pendiente, por prudencia ante la joven implementación, evaluar cómo se desarrolla la asistencia en el territorio.

⁸ El documento elaborado por la Consejería de Salud Andaluza es excepcional en este sentido: «Atención sanitaria a personas transexuales adultas. Proceso Asistencial Integrado». Disponible en bibliografía comentada (Torres et al., 2016).

² Extraído de <http://www.stp2012.info/old/es/noticias>

³ Toda la información aquí reflejada en relación con el servicio de Trànsit ha sido obtenida a partir de la comunicación con Rosa Almirall Oliver (y los informes emitidos por dicho colectivo), doctora en ginecología y obstetricia, sexóloga, directora de servicios de ginecología de atención primaria del Institut Català de la Salut, en Barcelona, y creadora de *Trànsit, promoción de la salud de las personas trans*. Agradezco enormemente su responsabilidad social y trabajo, tanto a ella como a todo el equipo de Trànsit, así como su enorme ayuda para acceder a información sobre este modelo de asistencia.

- La priorización de la autonomía de las personas, puesto que la transición es *su* proceso. Esto significa que estarán informadas de las posibilidades que el servicio puede ofrecerles, pero sin suponer por ellas cuáles son sus necesidades.
- Un conocimiento de la sexualidad mucho más cercano a la diversidad de la realidad humana y, en consecuencia, una concepción del sistema binario como una reducción de la diversidad real existente. Es decir, no hay una única manera de ser trans⁹.
- El papel clave de la atención primaria en el modelo, ya que, «con una cierta formación, pueden facilitar esta atención transpositiva, reconociendo a la persona en su identidad y escuchando y conociendo sus necesidades de salud»¹⁰.
- El reconocimiento de que no existe etiqueta diagnóstica de patología mental ni ningún nivel de discapacidad psíquica que pueda confundir a una persona en su identidad.
- El apoyo a las premisas de la *Campaña Internacional Stop Trans Pathologization*¹¹.

En el marco del «Plan municipal para la diversidad sexual y de género» (2016-2020) del Ayuntamiento de Barcelona se elaboró un informe sobre el acompañamiento y asistencia¹² a personas trans. El infor-

⁹ Esto recoge la reivindicación de la Guía de la Red de Despatologización: «[...] la formación en sexología y/o estudios de género con perspectiva despatologizante debe ser un requisito imprescindible y transversal para el conjunto de profesionales que intervienen en la salud trans. En lo que respecta a la formación profesional, éste es un cambio urgente a introducir. Los estudios de género pertenecen al ámbito de formación social y hasta ahora ha sido posible desplegar unidades de atención sobre el género sin solicitar conocimientos, habilidades y competencias en la comprensión del género, al igual que no ha sido necesario tener formación sexológica en estas mismas unidades. Esta situación constituye uno de los factores de riesgo en la garantía del proceso».

¹⁰ Oliver et al., 2018. Trànsit no sólo ha elaborado informes y estudios al respecto, sino que también brinda programas formativos a profesionales de la Atención Primaria.

¹¹ Manifiesto disponible en http://stp2012.info/Comunicado_STP_agosto2013.pdf

¹² Garaizabal (coord.) et al., 2016: 22.

me buscaba hacer un diagnóstico de la asistencia a personas trans en la ciudad. Para ello, se analizó tanto el modelo de la UTIG como el modelo de Trànsit y, finalmente, se propuso un modelo de atención y acompañamiento basado en los principios comentados. Una de las tablas que aparecen en él es la siguiente:

Servicio	Trànsit	UIG
Demora de demanda/ primera visita	Trànsit-AM: 1-7 días Trànsit-AP: 3 semanas	No hay datos
Demora de primera atención/ tratamiento hormonal	87% TH en primera visita	No hay datos
Personas excluidas del tratamiento hormonal	0	No hay datos
Total de personas atendidas	Trànsit-AM: 442 (octubre 2012-enero 2016)	1.045 (desde 2000 hasta 2014)
	Trànsit-AP: 111 (mayo 2013-enero 2016)	321 (desde 2012 hasta 2014)
Derivación a la UIG 2015	Trànsit-AM: 26 Trànsit-AP: ninguno (se informa a todo el mundo de la existencia del servicio)	
Primeras visitas psicología/ psiquiatría	101	No hay datos
Primeras visitas tratamiento hormonal 2015	171	No hay datos
Segundas visitas tratamiento hormonal 2015	558 visitas totales en el proceso terapéutico (máximo, 10 visitas por personas y/o familia)	No hay datos
Segundas visitas psicología/ psiquiatría 2015	520	No hay datos
Asistentes a grupo de apoyo terapéutico 2015	Total 43 personas (tres ediciones: 2013/2014/2015)	No hay datos
Número de mastectomías 2015		49 (2008 al 2014)
Número de vaginoplastias 2015		70 (2008 al 2014)

La opacidad de las UTIG no es algo nuevo. La información tanto de los procesos como de los resultados de las UTIG ni es pública ni es fácil de obtener, tampoco para profesionales del campo. La culminación de la lucha de todos los activistas trans (desde los colectivos de Cataluña hasta el personal de Trànsit) tuvo sus frutos en 2017, cuando el Departamento de Salud de la Generalitat, aplicando una ley aprobada en 2014 sobre derechos LGTBI, otorgó definitivamente las competencias de asistencia a las personas trans a Trànsit, pasando así a la historia la UIG del Clínic¹³.

Tres de las personas que entrevistamos aquí están actualmente siendo acompañadas a distancia por Trànsit mediante la coordinación entre el propio servicio y sus especialistas de atención primaria. Son los casos de Adriana, Bryn y Leo. Y ese es el único inconveniente, la distancia, forzada por la ausencia de una ley estatal que proteja los derechos de las personas trans para lograr que, sea donde sea, a todos se les acompañe exclusivamente en servicios (existentes o por crear) donde sean respetadas.

«Cuando contacté con Trànsit la verdad que fue un alivio bastante importante. Se veía que era gente especialista y que tenía experiencia. Fue la primera vez que contacté con alguien que sabía lo que había que hacer. Hasta entonces sentía que tenía que ir tocando a un montón de puertas, pero nadie sabía qué había que hacer. Dejé de sentirme tan sola; más guiada y más protegida, al no tener que ir por ahí buscando el tratamiento hormonal. Sí que es verdad que al ser por *email*, porque están saturados de gente y tal, quizá no es todo lo personal que te gustaría. Pero lo hacen bastante bien y bastante cálido. Te explican todo lo que necesitas comprender. Ahí sí que me sentí acompañada».
(Adriana)

¹³ Instrucción disponible en https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/altres-serveis/model-datencio-a-la-salut-de-les-persones-trans/?fbclid=IwAR3EafBXyY-jWjoCnNlJvEZBXZ_gFpIPdgsLuc-No-E6uyJN-6Hf-fBuiOuQ

«Tengo la sensación de que he tomado la decisión correcta yendo a Trànsit. Siento muchísima autonomía. Aunque es cierto que no siento que nadie me esté haciendo un seguimiento».
(Bryn)

Puesto que los recursos son limitados y el servicio se encuentra únicamente en Barcelona, se atiende sobre todo a personas residentes en Cataluña. De este modo, pueden desarrollar un trabajo presencial y cercano, esencial en el acompañamiento.

El problema que supone la falta de formación de los equipos de atención primaria también es comentado por Trànsit. Así, señalan que «algunas personas trans que acuden a Trànsit refieren haber tenido experiencias negativas en diferentes servicios de salud. Las personas con diversidad de género experimentan un acceso reducido a la atención sanitaria de calidad y una infrautilización de los servicios de salud como resultado de la pobreza o de la falta de confianza debida a la discriminación generalizada y persistente que han sufrido, a nivel sistémico e individual»¹⁴.

Desde la perspectiva planteada por Trànsit es esencial entender que las identidades de las personas trans no pueden ser cuestionadas sobre la base de ese constructo que se enuncia al nacer¹⁵, y que todavía a día de hoy determina enormemente los caminos que podremos elegir en el futuro, y con ello también nuestra salud.

Tal como expresa Judith Butler¹⁶, debemos considerar que «si se refuta el carácter invariable del sexo, quizás esta construcción denominada sexo esté tan culturalmente construida como el género; de hecho, quizá siempre fue género, con el resultado de que la distinción entre sexo y género no existe como tal. Por lo tanto no tendría sentido definir el género como la interpretación cultural del sexo, si éste

¹⁴ Y para esta cuestión nos dirigen al estudio de Mule NJ y colaboradores, *Promoting LGBT health and wellbeing through inclusive policy development del International Journal for Equity in Health*, 2009, 8: 18 DOI: 10.1186/1475-9276-8-18. Disponible en: <http://www.equityhealthj.com/content/8/1/18>.

¹⁵ Preciado, 2016: 20.

¹⁶ Butler, 2007: 55.

es ya de por sí una categoría dotada de género». ¿Cuánto se acerca lo que denominamos *sexo* a la diversidad de cuerpos que habitan nuestra especie? Siendo conscientes de los vacíos de conocimiento en torno a la diversidad sexual y de género, la imposibilidad diagnóstica de la identidad de género exclusivamente binaria, las terribles consecuencias de esta imposición..., ¿a qué responde que se mantenga una construcción con importantes fallos, vacíos y generalizaciones nada científicas?

A primera vista, existe cierto, no absoluto, dimorfismo sexual¹⁷ en el ser humano. Pero esa apariencia y las evidencias disponibles —que requieren de toda una deconstrucción por haber sido obtenidas en gran parte como fruto de un enfoque biologicista¹⁸— no justifican la creación del constructo hombre-mujer como únicas realidades existentes, ni por supuesto la ordenación social consecuente. Es decir, «no hay dos sexos, sino una multiplicidad de configuraciones genitales, hormonales, cromosómicas, genéticas, sexuales y sensuales. No hay verdad de género, de lo masculino y lo femenino, fuera de un conjunto de ficciones culturales normativas»¹⁹.

Durante la entrevista, Bryn lanzaba una propuesta con la que nos gustaría cerrar este apartado:

«Siempre he abogado porque se erradique el sexo como concepto, que se hable de las cosas concretas y ya está. [...] Que cada persona tenga una ficha que refiera si tiene unos órganos u otros (por ejemplo, «tiene útero»), porque hasta la gente cis son combinaciones de muchas cosas (por ejemplo, distintos niveles hormonales en cada individuo). Un amigo mío es alérgico a varios medicamentos y eso no lo pone en su DNI, y es muchísimo más importante».

¹⁷Variaciones en la fisonomía externa —como forma, coloración o tamaño— entre machos y hembras de una misma especie. Se presenta en la mayoría de las especies, en mayor o menor grado (Wikipedia).

¹⁸ Salinas, 1994.

¹⁹ Preciado, 2008: 178.

Compañeras..., ¿dónde estáis?

*Lo querían matar
los iguales
porque era distinto.*

*Si veis un pájaro distinto,
tiradlo;
si veis un monte distinto,
caedlo;
si veis un camino distinto,
cortadlo;
si veis una rosa distinta,
deshojadla;
si veis un río distinto,
cegado...
si veis un hombre distinto,
matadlo.*

*¿Y el sol y la luna
dando en lo distinto?*

*Altura, olor, largor, frescura, cantar, vivir
distinto
de lo distinto;
lo que seas, que eres
distinto*

*(monte, camino, rosa, río, pájaro, hombre):
si te descubren los iguales,
huye a mí,
ven a mi ser, mi frente, mi corazón distinto.*

Distinto, JUAN RAMÓN JIMÉNEZ

No vamos a hacer una proclama por los derechos humanos. Nuestra diversidad no necesita permisos. ¿De verdad hacen falta investigaciones «científicas» para dejar de mutilar a una criatura recién na-

cida porque sus genitales no nos encajan? Como profesionales, ¿de verdad estamos diciendo que unas personas desconocen su verdadera identidad y nosotras le vamos a imponer una? Las justificaciones deberían terminar hoy mismo: lo que estamos haciendo contra la diversidad sexual y de género es intolerable.

Si has llegado hasta aquí, seguramente todo esto que contamos tenga algo de verosimilitud para ti. Habrá quien esté dando palmas, quien se le haya encendido una pequeña idea o quien haya aguantado leyendo simplemente porque confía en la potencialidad de nuestros trabajos. Yo qué sé, tú sabrás, pero qué duda cabe de que estamos en un buen punto para dejar bien claro lo que rechazamos y construir algo distinto.

Este no ha sido el ensayo de una nueva ficción política, sino un intento de respuesta sistemática a una problemática bien concreta, la ficción del sexo-género binario en la medicina. Estamos haciendo medicina fuera del marco científico, y aún así negando la subjetividad implícita a nuestra disciplina, llamándolo *ciencia* y, para colmo, no admitimos todo este error.

Como nos enseñan las vivencias trans, es el momento de cambiar. De, como profesionales, bajar la cabeza cuando nos encontremos ante nuestra propia ignorancia en materia de sexualidad. Tener en cuenta las enormes fallas de nuestra formación y no culpabilizarnos, para finalmente pedir ayuda a personas formadas en el respeto a la diversidad sexual y de género. Suena sencillo, pero la práctica es muy compleja, y sólo llegaremos a ella a través de la organización colectiva de personas entusiastas (tanto profesionales de la salud como de otros ámbitos sociales) que, aunque sea por un segundo, hayan creído en algo de lo que aquí decimos. ¡Profesionales de la salud y activistas, hagamos que el deseo de cambiar deje de necesitar validación! ¡Que vuelvan a abrirse las grandes alamedas por las que circulemos libres! Los cimientos del binarismo sexo-género están temblando, ¡derribémoslos!

Bibliografía comentada

ALBA y LÓPEZ, R. (1860): «Caso de hermafroditismo presentado a la consulta clínica del doctor Ulibarri», *EM*, Año V, 265.

ALIAGA, JUAN VICENTE y GARCÍA CORTÉS, JOSÉ MIGUEL (1997): *Identidad y diferencia: Sobre la cultura gay en España*. Madrid: Egales.

ALTMANN, WERNER (2001): «Salir del armario. Los estudios «gays» en España». En: *Iberoamericana*, I, 1 (2001): 181-195.

AMADOR, JUAN ANTONIO; FORNS, MARÍA y KIRCHNER, TERESA (2006): «Cuestionario multifásico de personalidad de Minnesota-2». Abril. Universitat de Barcelona.

OLIVER, ROSA ALMIRALL; VEGA SANDÍN, SORAYA; REVIRIEGO CHUECOS, JORDI; VÁZQUEZ, EVA; BRULL, MIRREA; MARÍN, KENZO (2018). «Per-

sonas con identidades trans*: su salud en la atención primaria». *FMC. Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 25 (6): 324-32. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2017.10.007>.

Documento elaborado por Trànsit, el cual alberga información general relativa a la atención a personas trans (ubicar las necesidades, historia de la atención, modelos de atención, tratamientos hormonales...), y está especialmente dirigido a profesionales de atención primaria, con el objetivo de introducirles a la temática.

ARENAS, YSAMARY y GONCALVES-DE FREITAS, MARIBEL (2016): *El contexto social y la comprensión psicoterapéutica en la transexualidad*. Tri-

logía Ciencia Tecnología Sociedad. Vol. 8 (14): 11-25.

«En esta publicación se presentan resultados de una investigación realizada en Venezuela, cuyo objetivo fue comprender el significado de la transexualidad para los psicoterapeutas haciendo énfasis en sus opiniones respecto a la despatologización, sus experiencias de aproximación al tratamiento y las implicaciones que éste puede tener para su persona. En esta emergió la importancia del contexto social como mediador para la comprensión psicoterapéutica [...]».

ARESTI, NEREA (2002): *Médicos, donjuanes y mujeres modernas. Los ideales de feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX*. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatearen Argitalpen Zerbitzua. <http://hdl.handle.net/10810/15562>.

Este libro aborda el análisis de las relaciones de género a lo largo del primer tercio del siglo XX, y pretende evaluar los elementos de continuidad y de cambio que marcaron la evolución de los ideales de feminidad y masculinidad durante dicho periodo. Especialmente interesante para el contexto social en torno al trabajo de Maraño.

ARNALTE, ARTURO (2003): *Redada de Violetas: La represión de los homosexuales durante el franquismo*. Madrid: La esfera de los libros.

ASENJO-ARAQUE, N.; RODRÍGUEZ-MOLINA, J.M.; LUCIO-PÉREZ, M.J.; BECERRA-FERNÁNDEZ, A. (2010): «Abordaje multidisciplinar de la transexualidad: desde atención primaria a la Unidad de Trastornos de Identidad de Género de Madrid (UTIG MADRID)». Elsevier España. medicina de Familia, SEMERGEN.

BASAGLIA, FRANCO (1968): *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Ediciones Corregidor (2ª edición, 1972).

En este libro de finales de los 60, una de las figuras más influyentes de la psiquiatría, el italiano Franco Basaglia, narra su experiencia como director del hospital psiquiátrico de Gorizia (1961-1968). En él reflejó sus ideas de transformación del manicomio tradicional, y propuso la desaparición de todo tipo de institución psiquiátrica. Es una de las principales referencias de la antipsiquiatría, y tuvo especial influencia en España.

BENJAMIN, HARRY (1966): *The Transsexual Phenomenon*. Nueva York: Warner Books.

BUTLER, JUDITH (2007): *El género en disputa. El feminismo y la subver-*

sión de la identidad. Barcelona: Paidós.

Un libro lleno de ideas imprescindibles para entender las principales problemáticas que afronta los feminismos actualmente, pero increíblemente duro de leer sin guía y sin interpretaciones externas que te ayuden. Te recomendamos leerlo con algún grupo de personas interesadas (o, directamente, alguien especialista en psicoanálisis).

CAMACHO ALEJANDRE, FRANCISCO (1913): «Un caso de pseudohermafroditismo en un niño hipospádico y criptorquídico», *La Actualidad Médica* (Granada), 265-70.

CAMPOS MARÍN, RICARDO y GONZÁLEZ DE PABLO, ÁNGEL LUIS (2017): «Psiquiatría en el primer franquismo: saberes y prácticas para un 'Nuevo Estado'». *Dynamis: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, 37 (1): 13-21.

CAYUELA SÁNCHEZ, SALVADOR (2009): «El nacimiento de la biopolítica franquista. La invención del 'homopatiens'». *Isegoría: Revista de filosofía moral y política*, n.o 40: 273-88.

CAYUELA SÁNCHEZ, SALVADOR (2011): «Biopolítica, nazismo, franquismo: una aproximación comparativa», *Revista Endoxa: Series filosóficas*, 28: 257-286.

—(2014): *Por la grandeza de la patria. La biopolítica en la España de Franco (1939-1975)*. Madrid: FCE.

Salvador Cayuela fue el tutor que me acompañó metodológicamente en el trabajo de fin de grado. A la ayuda que me prestó entonces se ha acabado sumando la de sus trabajos sobre la biopolítica en el franquismo, que ha sido de enorme utilidad para dibujar cómo el poder permeó a la ciudadanía en los años de la dictadura.

C.C.H. MARC (1817): Hermaphrodite. En *Dictionnaire des Sciences Médicales par une Société de Médecins et de Chirurgiens*, XXI HEM-HUM: 81-121. París: C. L. F. Packoucke.

CERAME, ÁLVARO (2017): «Epistemic injustice in doctors». King's College London. Faculty of Arts & Humanities.

El acceso a este trabajo fue facilitado por el propio autor y amigo, actual residente de Psiquiatría en Alcalá de Henares.

CHASE, CHERYL (1998): «Hermaphrodites with Attitude: Mapping the Emergence of Intersex Political Activism». *A Journal of Lesbian and Gay Studies*. The Transgender Issue, vol. 4, num. 2: 189-211. En «El eje del mal es heterosexual. Figuras, movimientos y prácticas

feministas *queer*» (2005). Madrid: Traficantes de Sueños.

Recomendamos esta lectura al completo, pero especialmente por uno de sus capítulos (el número 6, con el nombre señalado en la cita), que es una traducción al español del artículo de Cheryl Chase, activista intersexual estadounidense. Está disponible de forma gratuita en internet (<https://www.traficantes.net/>).

COMISIÓN PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN ESPAÑA (2010): «Políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España». Recomendaciones de la Comisión. Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Ministerio de Sanidad y Política Social.

«El presente documento presenta las recomendaciones de la Comisión sobre las políticas estratégicas que, desde los distintos niveles y sectores de la Administración, deberían ponerse en marcha o potenciarse para reducir las desigualdades en salud en España». Este informe es muy interesante para entender cómo lo social determina nuestra salud.

CONNELL, R. W. y JAMES W. MESSERSCHMIDT (2005): «Hegemonic Masculi-

nity - Rethinking the Concept». *Gender & Society* 19 (6): 829-59. <https://doi.org/10.1177/0891243205278639>.

CUCCO GARCÍA, MIRTHA SUSANA (2008): «El método de Grupo Formativo. Sus principios metodológicos». En: *I Taller Nacional de Coordinadores de Grupo Formativo*. La Habana, Cuba.

Todos y cada uno de los trabajos del Centro Marie Langer son de enorme interés para quienes trabajamos en profesiones sanitarias, y sirven –entre otras cosas– para poner en valor aspectos invisibilizados de la vida cotidiana, que sin embargo son determinantes en la salud de las personas.

DOMÍNGUEZ FUENTES, JUAN MANUEL; GARCÍA LEIVA, PATRICIA y HOMBRA DOS MENDIETA, MARÍA ISABEL (2011): *Transexualidad en España: Análisis de la realidad social y factores psicosociales asociados*. Málaga: Facultad de Estudios Sociales y del Trabajo, Universidad de Málaga y FELGTB.

ELIZALDE, CRISTINA GARAIZÁBAL (1998): «La transgresión del género. Transexualidades, un reto apasionante». En: Nieto, José Antonio (coord.): *Transexualidad, transgenerismo y cultura: Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa: 39-62.

FAUSTO-STERLING, ANNE (2006): *Cuerpos sexuados*. Barcelona: Editorial Melusina.

FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, JUAN (2011): «Un siglo de investigaciones sobre masculinidad y feminidad: una revisión crítica». *Psicothema* 23 (2): 167-72.

«Los estudios empíricos realizados en diversos países con las escalas de M y F clásicas manifiestan que los datos no apoyan ni el presupuesto del continuo bipolar, ni la estrecha relación entre masculinidad/varón y feminidad/mujer como patrón único de desarrollo funcional, ni la validez convergente de los distintos instrumentos de evaluación. A su vez, los resultados obtenidos con las nuevas escalas de M y F ponen de manifiesto que parece más coherente hablar de multidimensionalidad que de bidimensionalidad, que las distintas escalas no son equivalentes y que se adolece de una falta de teoría capaz de guiar la elaboración de nuevos instrumentos de valoración de estos constructos. Al inicio del siglo XXI, tras la evaluación crítica de lo realizado a lo largo de los casi cien años anteriores, nos encontramos ante una duda esencial: ¿merece la pena seguir hablando de M y F dentro del ámbito científico y, más concretamente, dentro del área de la psicología?».

FOUCAULT, MICHEL (1970): *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets Edi-

tores. Traducción de Alberto González Troyano (1973).

El orden del discurso fue la lección inaugural de la cátedra de historia de los sistemas de pensamiento, en la que Michel Foucault sucedió a Jean Hyppolite, en 1970. «A través de un minucioso análisis de las variadas formas de acceso (o prohibiciones y tabúes) a la palabra, de la marginalidad de determinados discursos (la locura, la delincuencia) o la controvertida voluntad de verdad de la cultura occidental, este opúsculo consigue poner de manifiesto la inquietante fragilidad de categorías filosóficas aparentemente sacrosantas, como las de sujeto, conciencia e historia».

GARAIZABAL, CRISTINA (coord.); MAS, JORDI; ALMIRALL, ROSA; VEGA, SORAYA (2016): «Informe de modelo de acompañamiento y asistencia a personas trans en la ciudad de Barcelona». Plan municipal para la diversidad sexual y de género (2016-2020). Medidas para la igualdad LGTBIA+.

GARCÍA LÓPEZ, SONIA (2014): «El franquismo, la transición y la mirada documental sobre la enfermedad mental». *Kamchatka: revista de análisis cultural*, n.o 4: 189-207.

GARCÍA RUIZ, MERCEDES (coord.); ANTONELLI, CARLA; RULLÁN BERNT-

SON, REBECA; BERENGUER, MARTÍN; Castro Espín, Mariela; Mayra Rodríguez, Rosa; Esteva de Antonio y Cols, Isabel; Casanova, Álec; Galofre Galero, Paul; López Roldán, Joana; Garde, Iván (2007): «Transexualidad. Situación actual y retos del futuro». Consejo de la Mocedad del Principáu d'Asturies. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Gobierno de Asturias.

GOFFMAN, ERVING (2015): *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

La lectura de esta obra de Goffman nos ha sido de gran utilidad para llegar a interesantes reflexiones sobre los problemas derivados de psiquiatrizar la identidad trans y de tener una expresión de género antinormativa, si bien el libro aborda el estigma en todas sus formas. «La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales. Al encontrarnos frente a un extraño, las primeras apariencias nos permiten prever en qué categoría se habla y cuál es su “identidad social”. Éste puede mostrar ser dueño de un atributo que lo diferencie de los demás y lo convierta en alguien menos apetecible. Dejamos de verlo entonces como una persona total y corriente para re-

ducirlo a un ser inficionado y menospreciado. Un atributo de esa índole es un estigma, en especial cuando produce en los demás un descrédito amplio».

GONZÁLEZ DE PABLO, ÁNGEL LUIS (2017): «Por la psicopatología hacia Dios. Psiquiatría y saber de salvación durante el primer franquismo». *Dynamis: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, 37, Nº. 1 (*ejemplar dedicado a: Saberes y prácticas psiquiátricas en el primer franquismo*): 45-64.

GRAU, JORDI MAS (2013): «La patologización de la transexualidad: un mecanismo legitimador de nuestro sistema dual de género», *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 18 (1): 65-79.

GRAU, JORDI MAS (2014): *Subjetividades y cuerpos gestionados. Un estudio sobre la patologización y medicalización del transgénero*. Universidad de Barcelona/Universitat de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/64043>.

La tesis de Grau es uno de los trabajos, con una línea similar a la nuestra, más sólidos que hemos encontrado. No sólo contiene una amplia revisión bibliográfica, sino también un maravilloso análisis reciente de la temática aplicada a la actualidad, así como una

fuente de información sobre el discurso de profesionales sanitarios y personas trans (a través de entrevistas).

GUASCH, ÓSCAR y MAS, JORDI (2014): «La construcción médico-social de la transexualidad en España (1970-2014)», *Gazeta de Antropologia* 30 (3): Artículo 6.

HARDING, E. SANDRA (1986): *The science question in feminism*. Ithaca/Londres: Cornell University Press.

HUERTAS, RAFAEL (coord.); Simón Lorda, David; Campos Marín, Ricardo; Mayayo, Patricia; Martínez Azumendi, Óscar; Irisarri Vázquez, Fabiola (2017): *Psiquiatría y antipsiquiatría en el segundo franquismo y la Transición*. Madrid: Editorial Catarata.

Esta recopilación de artículos es de enorme utilidad para comprender la inercia histórica de la asistencia psiquiátrica en España, así como para poner en valor las alternativas que existieron a los modelos hegemónicos. Además, nos ayudó a dibujar el ambiente en el que se introduce la psiquiatrización de la transexualidad en nuestro país.

INJUVE (2010): «El respeto a la diversidad sexual entre jóvenes y adolescentes. Una aproximación cualitativa». Ministerio de Educación.

Equipo de investigación: Pablo Santoro, Concha Gabriel y Fernando Conde.

Éste es uno de los estudios que me abrió los ojos a la importancia de los «imaginarios sociales», en especial, en las escuelas. Esas ideas sumergidas en una especie de inconsciente colectivo, que no tienen protocolos ni manuales de referencia en donde aparezcan escritas, y que sin embargo están por todas partes, reflejando lo que una sociedad, en un momento concreto, piensa en torno a distintos constructos sociales (la familia, la transexualidad, el amor, la homosexualidad...).

ISABEL ESTEVA DE, ANTONIO; GÓMEZ GIL, ESTHER; ALMARAZ ALMARAZ, MARÍA CRUZ; MARTÍNEZ TUDELA, JUANA; BERGERO, TRINIDAD; OLIVEIRA, GABRIEL; SORIGUER ESCOFET, FEDERICO J.C. (2012): «Organización de la asistencia a la transexualidad en el sistema sanitario público español». *Gaceta sanitaria: Organó oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*. 26 (3): 203-9.

KESSLER, SUZANNE J. (2013): «La construcción médica del género. El manejo de la intersexualidad en la infancia». En: CABRÉ I PARET, MONTSERRAT y SALMÓN MUÑIZ,

FERNANDO (eds.): *Sexo y género en medicina. Una introducción a los estudios de las mujeres y género en las ciencias de la salud*. Santander: Ediciones Universidad de Cantabria, 55-82.

Este libro de Cabré y Salmón es un imprescindible para visualizar cómo de profundo cala la problemática de género en el mundo biomédico (desde los sesgos de género en la investigación, pasando por las mutilaciones a bebés intersex, hasta un estudio cualitativo del imaginario de profesionales sanitarias –médicas de familia de Granada– sobre el poder).

LAQUEUR, THOMAS (1994): *La construcción del sexo: cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*.

MARZO, JORGE LUIS (2014): «La exposición La bestia y el soberano en el MACBA. Crónica de un cortocircuito anunciado». *Anuario del Departamento de Historia y Teoría del Arte*, n.º 26: 11-20.

MATA, D.A.; RAMOS, M.A.; BANSAL, N., KHAN, R., GUILLE, C., DI ANGELANTONIA, E., & SEN, S. (2015): *Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: A systematic review and meta-analysis*. *JAMA*, 314(22), 2373–2383.

Este estudio es, por un lado, una revisión sistemática; esto es, «un artículo científico integrativo ampliamente usados en disciplinas del área de la salud que siguen un método explícito para resumir la información que se conoce acerca de determinado tema o problema de salud». Por otro lado, usa una herramienta estadística concreta, el metaanálisis; es decir, sintetiza datos de una colección de estudios, por lo que la potencia de sus resultados (siempre que se hayan reducido sesgos y esté bien planteado) es muy alta. En él se recoge la prevalencia de depresión y síntomas depresivos entre médicos residentes (esto es, médicos en periodo de especialización, comúnmente tras acabar la carrera).

MATA, PEDRO (1874): *Tratado de medicina y Cirugía Legal Teoría y Práctica*, 4 vols. Madrid: Bailly-Baillière.

MIRA, ALBERTO (2002): *Para entendernos. Diccionario de cultura homosexual, gay y lesbica*. Barcelona: La Tempestad.

MISSÉ, MIQUEL; COLL-PLANAS, GERARD (2010): *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona/Madrid: Editorial Egales.

MISSÉ, MIQUEL (2018): *A la conquista del cuerpo equivocado*. Barcelona/Madrid: Editorial Egales.

La experiencia en primera persona de Miquel Missé es de enorme utilidad para entender cómo el activismo trans ha colaborado en la construcción de un abordaje sanitario respetuoso hacia la diversidad sexual y de género en Cataluña (no sin dificultades).

MORAL JIMÉNEZ, MARÍA DE LA VILLA (2008): «Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la psicología social de la salud. Patologización preventiva de la vida cotidiana», *Boletín de Psicología*, 94: 85-104.

ORFILA, MATEO (1847): *Tratado de medicina Legal*, 4 vols. Madrid: Imprenta de Don José María Alonso.

PEACOCK, D., STEMPLE, L., SAWIRES, S., & COATES, T. J. (2009): «Men, HIV / AIDS, and human rights». *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51 (Supplement 3), S119–S125.

PÉREZ ACOSTA, MARÍA DE LOS ÁNGELES. (2002): «Movimiento feminista en España». *GénEros*. Año 9. N.º 26, febrero: 5-14.

PESET CERVERA, VICENTE (1879): «Notable caso de pseudo-hermafroditismo», *RMCP*, V, 418.

PETRA-MICU, ILEANA; ESTRADA-AVILÉS, ALFREDO (2013): «El pensamiento mágico: diseño y validación de un instrumento». *Revista de Investigación en Educación Médica*.

PRECIADO, PAUL BEATRIZ (2016): *Manifiesto contrasexual*. Barcelona: Anagrama. –(2017): *Testo yonki*. Barcelona: Espasa.

Sin las reflexiones de Preciado, este libro no sería ni la mitad de lo que es. Su profundidad de análisis y especial capacidad para ver lo «molecular» me ha permitido entender cosas que jamás habría aprendido sobre sexualidad, pero también sobre medicina.

PUCHE GUTIÉRREZ, TERESA (2012): «El feminismo más crítico de los años 20 en España: los «peligrosos» artículos de Magda Donato». *Sociocriticism*. Vol. 27. N.º. 1-2: 127-146

ROBINS, JILL (2009): «Andalucía, el travestismo y la mujer fálica: Plumas de España, de Ana Rossetti». *Lectora*, 15: 135-158.

RODRÍGUEZ, MARIO ANDRÉS SOTO (2014): «La patologización de la transexualidad: contemplando posibilidades de resistir desde algunas construcciones identitarias de género no hegemónicas», *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11 (2): 145-65.

RODRÍGUEZ RIVERO, MANUEL (10 de julio de 2010): «Azote de rojos y sodomitas». *El País*. Recuperado de https://elpais.com/diario/2010/07/10/babelia/1278720761_850215.html

ROTENSTEIN, L.; RAMOS, M.; TORRE, M.; SEAGAL, B.; PELUSO, M.; GUILLE, C.; MATA, D. (2016): *Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: A systematic review and meta-analysis*. *JAMA*, 316(21), 2214–2236.

Este estudio es, como el anteriormente citado, una revisión sistemática que usa como herramienta estadística el metaanálisis. Éste en concreto refleja la prevalencia de depresión, síntomas depresivos e ideación suicida entre estudiantes de medicina.

SALINAS, LOLA (1994): «La construcción social del cuerpo», *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, 68: 85-96.

En este artículo, Lola Salinas elabora reflexiones que desafían la lógica binaria de lo natural versus lo artificial, proponiendo un nuevo modelo de interacción entre lo social y el cuerpo (siendo éste último determinado en mayor medida por los dispositivos sociales y los avances tecnológicos que han acelerado su modificación). Para mí ha sido un artículo imprescindible para cuestionar el enfoque normativo del cuerpo.

SARABIA. (1908): «Hipospadias de tercer grado, aparentando un hermafroditismo», *RMCP*, LXXIX, 446-448.

SOLÁ, MIRIAM Y URKO, ELENA (2014): *Transfeminismos. Epistemes, fricciones y flujos*. Tafalla: Txalaparta.

«Esta antología pretende cartografiar la emergencia de toda una serie de discursos, prácticas políticas y producciones culturales ligadas al (trans) feminismo y a las luchas de liberación sexual y de género que habitan activamente los movimientos sociales del Estado español». En ella se abordan debates todavía problemáticos, como el de la prostitución, la mercantilización de la disidencia sexual y de género, etc.

TENA DÍEZ, FERNANDO (2010): «Género, salud y orden social. El caso del modelo clínico de transexualidad en Andalucía». Centro de Estudios Andaluces. Consejería de la Presidencia. Junta de Andalucía.

Este trabajo es una de las primeras críticas al modelo UTIG que encontramos en nuestra búsqueda bibliográfica. Recordemos que la UTIG de Málaga fue la primera del Estado español.

TGEU (2017): «Overdiagnosed but underserved. Trans Healthcare in Georgia, Poland, Serbia, Spain and Swe-

den: Trans Health Survey», *Transgender Europe*.

Este informe recoge una gran cantidad de información en torno a la asistencia sanitaria a personas trans (y su estado de salud) en varios países de Europa, la cual recaban, a su vez, a través de encuestas realizadas entre 2016 y 2017.

TORRES VELA, ELENA (coord.) *et al.* (2016): «Atención sanitaria a personas transexuales adultas: Proceso Asistencial Integrado». Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Disponible en https://www.junta-deandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956dbff62_trans_adultos_29_06_2017.pdf

VAN DIJK, TEUN (1999): «El análisis crítico del discurso», *Anthropos*, 186: 23-36.

«El análisis crítico del discurso es un tipo de investigación analítica sobre el discurso que estudia primariamente el modo en que el abuso del poder social, el dominio y la desigualdad son practicados, reproducidos, y ocasionalmente combatidos, por los textos y el habla en el contexto social y político. El análisis crítico del discurso, con tan peculiar investigación, toma explícitamente partido, y espera contribuir de ma-

nera efectiva a la resistencia contra la desigualdad social».

VANDEBOSCH, DAGMAR (2006): *Y no con el lenguaje preciso de la ciencia: la ensayística de Gregorio Marañón en la entreguerra española*. Ginebra: Librairie Droz.

Esta obra entra a analizar en profundidad y de forma crítica la ensayística de Marañón, lo cual puede ayudar a entender el diálogo de sus obras con lo social.

VÁZQUEZ GARCÍA, FRANCISCO (2008): «Del Hermafrodita al Transexual. Elementos para una genealogía del cuerpo sexuado (España siglos XVI-XX)». Madrid: Talasa. En N. Corral, *Prosa Corporal*, 75-97.

VÁZQUEZ GARCÍA, FRANCISCO y CLEMINSON, RICHARD (2007): «*Los invisibles*»: una historia de la homosexualidad masculina en España, (1850-1939). Granada: Comares. –(2012): *Los hermafroditas. medicina e identidad sexual en España (1850-1960)*. Granada: Comares.

El segundo libro de Vázquez y Cleminson, *Los Hermafroditas* puso el esqueleto a este proyecto cuando estaba en la cuna, y fue una sugerencia de Salvador Cayuela. Supone una exhaustiva revisión de las investigacio-

nes realizadas por la medicina acerca del hermafroditismo, especialmente centrado en España. Os dejamos la reflexión de la contraportada de los propios autores: «En el curso del libro se trata de poner de manifiesto que la ciencia no transcurre de forma separada respecto a la sociedad en la que opera; muy al contrario, los científicos invierten sus programas de investigación y sus propios descubrimientos con supuestos culturales que a su vez actúan estructurando el conocimiento científico. Los dos autores pasan revista al modo en que el creciente interés por el hermafroditismo reflejó las preocupaciones sociales acerca del cambio en los roles de género, las transformaciones del discurso acerca de la sexualidad y en particular la creciente visibilidad de «desviaciones sociales» como la honosexualidad y la cambiante legislación sobre el matrimonio y el divorcio. Subrayamos las discontinuidades entre las diferentes teorías, el solapamiento entre marcos conceptuales y las controversias en curso, con la expectativa, por último, de haber logrado abrir un espacio donde pueda oírse la voz de “hermafroditas” e “intersexuales”».

VÁZQUEZ GARCÍA, FRANCISCO y MORENO MENGÍBAR, ANDRÉS (1997): *Sexo y razón: Una genealogía de la moral sexual en España (siglos XVI-XX)*. Madrid: Akal.

VENDRELL FERRÉ, JOAN (2009): «¿Corregir el cuerpo o cambiar el sistema? La transexualidad ante el orden de género», *Sociológica*, 69: 61-78.

VERGARA, ANA I. y PÁEZ, DARÍO (1993): «Revisión teórico-metodológica de los instrumentos para la medición de la identidad de género», *Revista de Psicología Social*, 8 (2): 133-52.

WACKE, ANDREAS (1990): «Del hermafroditismo a la transexualidad», *Anuario de Derecho Civil*, nº 3. Ministerio de Justicia y Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.

Para un análisis en profundidad del aspecto legal de la transexualidad y el hermafroditismo véase, además de la tesis de Grau ya referenciada, este artículo de Andreas Wacke, profesor de la Universidad de Colonia.

MIGRACIONES

La mancha de la raza.

Carta a un niño rumano
Marco Aime, 2014. 72 pág.
ISBN: 978-84-939633-6-1

Paremos los vuelos. Las deportaciones de inmigrantes y el boicot a Air Europa

Campaña Estatal por el Cierre de los CIE, 2014. 112 pág.
ISBN: 978-84-939633-5-4.

Quién invade a quién. Del colonialismo al II Plan África

Eduardo Romero, 2011. 132 pág.
ISBN: 978-84-939633-0-9.

Un deseo apasionado de trabajo más barato y servicial. Migraciones, fronteras y capitalismo

Eduardo Romero, 2010. 144 pág.
ISBN: 978-84-614-0884-9.

A la vuelta de la esquina. Relatos de racismo y represión

Eduardo Romero, 2008. 123 pág.
ISBN: 978-84-612-7617-2.

Rodaré maldiciendo. Poemas y arte callejero

Silvia Cuevas-Morales, 2008. 37 pág.
ISBN: 978-84-612-4533-8.

¿Quién invade a quién? El plan África y la inmigración

Eduardo Romero, 2007 (2ª ed.). 68 pág.
ISBN: 978-84-611-4544-7.

Los árboles de la muerte.

Crónica de un inmigrante sin papeles
Marco Valle, 2004 (2ª ed.). 95 pág.
ISBN: 978-84-607-9379-3.

NARRATIVA

65% agua

Isabel Alba, 2014. 168 pág.
ISBN: 978-84-939633-8-5.

Lloro por King Kong

Pablo Sorozábal Serrano, 2015. 254 pág.
ISBN: 978-84-939633-9-2.

En mar abierto

Eduardo Romero, 2016. 223 pág.
ISBN: 978-84-944572-2-7

Nuestra hermana aguafiestas. O reflexiones desde una neurosis antioccidental

Ama Ata Aidoo, 2018. 224 pág.
ISBN: 978-84-944572-6-5

FEMINISMO

Naiyiria

Eduardo Romero y Amelia Celaya, 2016. 48 pág.
ISBN: 978-84-944572-3-4.

La Madeja (nº 0). Aborto.

VV. AA., 2010. 64 pág.
ISSN: 2171-9160.

La Madeja (nº 1). Migraciones.

VV. AA., 2010. 64 pág.
ISSN: 2171-9160.

La Madeja (nº 2). Cuerpos.

VV. AA., 2011. 56 pág.
ISSN: 2171-9160.

La Madeja (nº 3). Paisajes.

VV. AA., 2012. 56 pág.
ISSN: 2171-9160.

La Madeja (nº 4). Amores.

VV. AA., 2013. 64 pág.
ISSN: 2171-9160.

La Madeja (nº 5). Transgresiones.

VV. AA., 2014. 64 pág.
ISSN: 2171-9160.

La Madeja (nº 6). Cuidados

VV. AA., 2015. 64 pág.
ISSN: 2171-9160.

La Madeja (nº 7). Miedos

VV. AA., 2016. 72 pág.
ISSN: 2171-9160.

La Madeja (nº 8). Sexualidades

VV. AA., 2017. 72 pág.
ISSN: 2171-9160.

La Madeja (nº 9). Fronteras

VV. AA., 2018. 72 pág.
ISSN: 2171-9160.

MEMORIA

Mi guerra de España

Mika Etchebéhère, 2019. (2ª ed.) 512 pág.
ISBN: 978-84-939633-4-7

Mi infancia en el franquismo. Tiraña, Asturias, 1938.

Enesida García Suárez, 2018. (2ª ed.) 96 pág.
ISBN: 978-84-944572-5-8

Diario de un insumiso preso

Carlos Fueyo Tirado, 2015. 172 pág.
ISBN: 978-84-944572-1-0.

Nos matan y no es noticia. Parapolítica de estado en Colombia

Ricardo Ferrer Espinosa y Nelson Restrepo, 2010. 192 pág.
ISBN: 978-84-614-0084-3.

Incendiaros de ídolos.

Un viaje por la revolución de Asturias
Mathieu Corman, 2009. 170 pág.
ISBN: 978-84-613-0725-8.

FORMACIÓN

Crisis y deuda externa.

Las políticas del Fondo Monetario Internacional
Miguel Moro, 2005. 242 pág.
ISBN: 978-84-609-5602-0.

Contra la Unión Europea.

Una crítica de la Constitución [agotado].
VV. AA., 2005. 48 pág.
ISBN: 978-84-609-4170-5.

ECOLOGÍA

Vidas a la intemperie.

Nostalgias y prejuicios sobre el mundo campesino
Marc Badal, 2017 (coedición con Pepitas de Calabaza). 224 pág.
ISBN: 978-84-15862-98-7

Ecología sobre la mesa.

Recetas para las cuatro estaciones
María Arce, Íñigo González, Eva Martínez y Marina Tarancón, 2015 (3ª ed.). 184 pág.
ISBN: 978-84-944572-0-3.

El oro de Salave.

Minería, especulación y resistencias (CD documental El Oro de Salave, Jose Alberto Álvarez)
VV. AA., 2013. 208 pág.
ISBN: 978-84-939633-7-7.

Catalina y los bosques de hormigón

Ana Laura Barros y David Acera, 2007. (2ª ed.). 53 pág.
ISBN: 978-84-611-8953-3.

Oviedo detrás de la fachada

(fotografía / texto-plano de Oviedo). María Arce, 2007. ISBN: 978-84-611-6895-8.
Miguel Moro, 2007. 182 pág.
ISBN: 978-84-611-6896-5.

Más agua, ¿para qué?

El Plan Hidrológico Nacional, el embalse de Caliao y la nueva cultura del agua
Beatriz González y Eduardo Menéndez, 2006. 119 pág.
ISBN: 84-611-0896-5.

Nos comen. Contra el desmantelamiento del mundo rural en Asturias
VV. AA., 2005. 195 pág.
ISBN: 84-609-7722-6.

CUENTOS

Catalina y los bosques de hormigón

Ana Laura Barros, David Acera, y Amelia Celaya (ilustr.), 2017. 48 pág.
ISBN: 978-84-944572-4-1

Cosas que sucedieron (o no)

Miguel Ángel García Argüez, José María Gómez Valero, David Eloy Rodríguez y Amelia Celaya, 2013. 48 pág.
ISBN: 978-84-939633-3-0.

Este loco mundo. 17 cuentos

Miguel Ángel García Argüez, José María Gómez Valero, David Eloy Rodríguez y Amelia Celaya, 2016 (2ª ed.). 72 pág.
ISBN: 978-84-614-0083-6.

FUERA DE COLECCIÓN

De la poesía

T. S. Norio, 2012 (coedición con Libros de la Herida). 496 pág.
ISBN: 978-84-939633-2-3.

El grabado de la portada representa a Quirón, un centauro inteligente, sabio y de buen carácter, tutor de numerosos discípulos, entre ellos, de Esculapio, dios de la medicina y la curación, a quien Quirón enseñó todo lo referente a las artes curativas, y cuya vara con una serpiente enrollada es el símbolo más utilizado para representar la medicina en Occidente.