

Transexualidad: la paradoja del cambio

David Barrios Martínez
María Antonieta García Ramos



Editorial Alfíl

**TRANSEXUALIDAD:
LA PARADOJA DEL CAMBIO**

Transexualidad: la paradoja del cambio

Dr. David Barrios Martínez

Médico cirujano. Educador de la Sexualidad certificado por el Consejo de Calificación Profesional en Educación Sexual y Sexología. Psicoterapeuta Gestalt y de Enfoque Centrado en la Persona por el Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt. Maestro en Ciencias Sexológicas. Ex-Presidente de la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología. Ex-Presidente del Consejo Directivo y Ex-Director General de la Sociedad Mexicana de Sexología Humanista Integral (SOMESHI). Director General de Caleidoscopía, Espacio de cultura, Terapia y Salud Sexual. Fundador y miembro de Profesionistas en Psicoterapia Sexual Integral, A. C. (PSIAC)

Dra. María Antonieta García Ramos

Médica cirujana y partera. Educadora para la Sexualidad Humana. Especialista en Orientación e Información Sexológica. Coordinadora del Programa de Terapia Grupal de las Disfunciones Eróticas en Caleidoscopía, Espacio de Cultura, Terapia y Salud Sexual. Fundadora y participante de Profesionistas en Psicoterapia Sexual Integral, A. C. Especialista en Autoconocimiento, Sexualidad y Relaciones Humanas en Terapia de Reencuentro. Vicepresidenta del Consejo de Calificación Profesional en Educación Sexual y Sexología. Vocal de la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología (FEMESS).



**Editorial
Alfíl**

Transexualidad: la paradoja del cambio

Todos los derechos reservados por:
© 2008 Editorial Alfil, S. A. de C. V.
Insurgentes Centro 51–A, Col. San Rafael
06470 México, D. F.
Tels. 55 66 96 76 / 57 05 48 45 / 55 46 93 57
e–mail: alfil@editalfil.com
www.editalfil.com

ISBN 978–968–9338–05–5

Primera edición, 2008.

Dirección editorial:

José Paiz Tejada

Editor:

Dr. Jorge Aldrete Velasco

Revisión editorial:

Irene Paiz, Berenice Flores

Diseño de portada:

Arturo Delgado–Carlos Castell

Impreso por:

In Ideas Printing Group, S. A. de C. V.
Pitágoras 724, Col. Narvarte
03020 México, D. F.
Marzo de 2008

Esta obra no puede ser reproducida total o parcialmente sin autorización por escrito de los editores.

Acerca de los autores

DAVID BARRIOS MARTÍNEZ

Médico, psicoterapeuta y sexólogo clínico, es uno de los representantes más conocidos de la escuela existencial–humanista en sexología. Fundó la Sociedad Mexicana de Sexología Humanista Integral (SOMESHI). También participó activamente en la constitución y desarrollo de la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología (FEMESS), agrupación nacional de las asociaciones profesionales de esas disciplinas.

Desde 2003 funda y dirige la asociación civil Caleidoscopía, Espacio de cultura, Terapia y Salud Sexual.

Ha publicado numerosos artículos científicos y de divulgación sobre aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad humana, así como ponencias sobre diferentes temas sexológicos en congresos mexicanos, latinoamericanos y mundiales.

Es autor de los libros *Resignificar lo masculino. Guía de supervivencia para varones del siglo XXI* (Vila Editores), *En las alas del placer* (Editorial Pax–México) y *La molécula que revoluciona la sexualidad* (Editorial Alfíl).

Entre los profesionales de la sexología es el que cuenta con más participaciones en los medios de comunicación social impresos y electrónicos.

Es de los cinco profesores titulares de la Especialización en Sexología y Psicoterapia Sexual de la Asociación Profesionistas en Psicoterapia Sexual Integral.

Se le considera uno de los voceros más autorizados en temas sobre sexualidad, pareja, cuerpo y placer, derechos sexuales, erotismo, salud y educación sexual.

Es uno de los especialistas mexicanos con amplia experiencia en los procesos de reasignación integral para la concordancia sexo–genérica de personas transexuales.

MARÍA ANTONIETA GARCÍA RAMOS

Médica, psicoterapeuta y sexóloga, es una de las vocales de la Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología y la vicepresidenta del Consejo de Calificación Profesional en Educación Sexual y Sexología.

En 2003 funda, junto con otros especialistas, la asociación civil Caleidoscopía, Espacio de Cultura, Terapia y Salud Sexual.

Forma parte de la plantilla de profesores titulares de la Especialización en Sexología y Psicoterapia Sexual de la asociación Profesionistas en Psicoterapia Sexual Integral. Su formación psicoterapéutica en el existencial–humanismo y en la terapia de reencuentro la ubican como una de las terapeutas sexuales más completas e integrativas en el manejo profesional de los variados motivos de consulta en sexología.

En el ámbito de la sexología clínica se ha significado por una metodología holística en la que combina los preceptos tradicionales de la terapia sexual clásica, con las innovaciones emanadas de las propuestas de dinámica grupal, trabajo con el cuerpo, sensibilización gestáltica y de la terapia de reencuentro, preconizada por Fina Sanz.

En la vertiente educativa, postula y practica el enfoque centrado en la persona de Carl Rogers, cuyo precepto central es: “el aprendizaje verdaderamente significativo es el que incluye ideas, sensaciones y sentimientos”.

Actualmente coordina el programa de terapia grupal de las disfunciones eróticas en Caleidoscopía, Espacio de Cultura, Terapia y Salud Sexual.

Su estilo directo y didáctico en la comunicación sobre temas de sexualidad, pareja y erotismo, origina su participación frecuente en diversos medios electrónicos.

Contenido

1. Ellas y ellos cuentan su historia. I. Julieta y Pedro	1
2. ¿Qué es la transexualidad?	9
3. Abrevando de la historia	23
4. Ellas y ellos cuentan su historia. II. Oralia y Ariel	35
5. La transexualidad patologizada	39
6. Ellas y ellos cuentan su historia. III. Lizbeth y Gustavo	53
7. Respeto a la diversidad sexual, identidad de género y derechos humanos	57
8. Ellas y ellos cuentan su historia. IV. Vanessa e Isaac	69
9. Teoría paradójica del cambio y transexualidad	71
10. Ellas y ellos cuentan su historia. V. Romina y Miguel Ángel	87
11. Abordaje profesional de la transexualidad	91
12. Ellas y ellos cuentan su historia. VI. Sandra y Arturo	111
13. La pareja y la familia: otras voces	115
Epílogo	123
Glosario mínimo	127
Referencias	131

Para los seres humanos la división en dos sexos es una de las grandes verdades eternas. La diferencia entre ellos es experimentada como absoluta. Subjetivamente hombre y mujer son polos opuestos, formas mutuamente excluyentes de la existencia humana.

Louis J. G. Gooren

La masculinidad y la feminidad no son puntos extremos de un continuo bipolar. Cada persona alberga diversas proporciones de ellas.

José Enrique Campillo

El cambio se produce cuando la persona se convierte en lo que es.

Arnold Beisser

*Dedicamos este libro a
Paco Barrios, el Mastuerzo,
trans(gresor) de corazón.*

Antonieta y David

Ellas y ellos cuentan su historia. I. Julieta y Pedro

SE EQUIVOCÓ EL AZAR

El cantautor español José Luis Perales nos propone un sugerente tema en su canción *Se equivocó el azar*, del disco “Me han contado que existe el paraíso” (Sony Music, 2000). La composición no tiene desperdicio y habla por sí sola:

Te miras otra vez y otra vez más.

Sonríes.

*Te acaricias la piel
y te fumas a medias con tu otro yo
el cigarrillo de la despedida.*

*Porque a partir de hoy, nunca le conociste.
Hoy muere para siempre
porque naces tú.*

*Él sólo fue un disfraz calzado en ti,
una broma macabra para hacerte sufrir.*

Un velo negro para impedirte mostrar tu otro yo.

*Se equivocó el azar
y se inventó un coctel imposible
entre tu cuerpo y tú.*

*Pero esta farsa hoy se termina
para empezar a ser
una mujer al fin,
una mujer completa,
violeta y carmín.*

*Ese cabello corto pronto crecerá.
Esa mirada hoy brilla más que nunca.*

*Un toquecito más, tienes que estar perfecta,
debe pararse el mundo, cuando salgas tú.*

*Te llamará mujer
y nada más.*

*La identidad se lleva dentro del corazón,
donde has colgado
tu reservado derecho de admisión.*

*Se equivocó el azar
y se inventó un coctel imposible
entre tu cuerpo y tú.*

*Pero esta farsa, hoy se termina
para empezar a ser una mujer al fin,
una mujer completa.*

En diferentes pasajes de este libro se les da voz a algunas personas que han tenido la vivencia de ser *extraños frente al espejo* y de haber experimentado sensaciones y sentimientos que producen un franco reproche a la existencia: “se equivocó el azar”, “la biología ha errado”, “esto que me pasa no puede ser más que un mal sueño”.

Tanto o más importantes que las referencias clínicas y de la literatura científica (que también se incluyen en este libro) son los testimonios que nos ofrecen las personas que experimentan la condición humana de la transexualidad, o que están cerca de personas transexuales, compartiendo su lucha y sus afanes por lograr el bienestar al que tienen derecho.

Hay en estos extractos testimoniales no sólo dolor y angustia, sino también, y sobre todo, amor, valor, fortaleza, presencia de ánimo a toda prueba, nexos solidarios y una inequívoca voluntad de lograr la congruencia entre el ser interior y la corporalidad, condición a menudo en conflicto con un mundo agresivo y hostil, carente del más elemental respeto a la diversidad humana y a las diferencias que le dan significado al enorme abanico de la sexualidad.

Los autores queremos agradecer tanto a quienes testimoniaron y dieron su anuencia para la publicación de estos bosquejos biográficos como a quienes, sin

estar en ellos, sin duda se sentirán representados. Los breves testimonios que aparecen en algunas de las páginas siguientes son pedacitos de vidas generosamente expuestos para nuestro aprendizaje y, al mismo tiempo, lecciones prácticas de sabiduría y esfuerzo personal a nuestra disposición.

JULIETA

Mi nombre de pila es Ramón,* pero uso el nombre de Julieta desde hace más de cinco años. Desde que recuerdo me siento femenina, aunque mi cuerpo haya sido de hombre. Antes de ir a la escuela, a los cuatro años, solía estar con mi mamá mucho tiempo y jugaba con mi hermanito mayor. Me fascinaba usar los cosméticos de mi mamá, verme al espejo y hacer muecas graciosas.

Mi papá trabajaba mucho y estaba poco durante el día, pero era un hombre cariñoso y responsable, creo que buen esposo y padre. Desde chiquita me sentí libre y no era castigada por el uso de los cosméticos; recuerdo incluso que increíblemente mi abuela materna me compró un barniz de uñas. Con mi hermanito y otros amigos y amigas jugábamos *a la casita*.

En general, disfruté del kínder, pero me incomodaba mucho usar overoles y pantalones... no me explicaba por qué no me ponían vestidito. Un recuerdo que tengo muy presente es que estando en el *chapoteadero* me sentí muy apenada porque nos pusieron traje de baño y no quise desprenderme de la toalla, porque no quería tener descubierto el torso: aunque era muy pequeña me disgustaba tenerlo plano... quería tener pechos como las mujeres grandes.

La primaria la hice entre los 6 y los 12 años. No recuerdo bien los primeros dos. A partir del tercero, mis compañeros me rechazaban y se burlaban de mí; decían que parecía niña y me insultaban. Claro que en secreto me gustaba mi aspecto, pero no ese trato agresivo. En ocasiones me ponía a llorar y nadie se explicaba por qué. No me gustaba el fútbol y prefería jugar con las niñas. El maestro de Educación Física se quejó con mi mamá, decía que eso no era normal, así que me enviaron con el psicólogo. A ese tipo ahora lo veo como alguien conservador y lleno de teorías ajenas a la realidad, pero en ese entonces me daba miedo que quisiera cambiarme, pues yo sentía que lo que estaba mal no era yo, sino que había algún error en el *diseño de mi cuerpo*. Ahora me doy cuenta de que lo que les parecía anormal eran mis modales femeninos y mi delicadeza, que era muy diferente del comportamiento de los niños.

* Los nombres que aparecen en todos los testimonios han sido cambiados. De igual forma, aunque cada uno se publica con la autorización del consultante o paciente, en cada breve historia se han modificado algunos datos a título de *desidentificadores*, con el propósito de mantener reservada la identidad pública de la persona que ofrece el testimonio.

Con todo y las agresiones, tenía amigas muy comprensivas que me defendían. Quizá por el ambiente hostil de la calle y de la escuela me aislaba y me quedaba en casa viendo la tele o leyendo. Creo que me volví introvertida porque me daba cuenta de que no podía actuar como yo quería, pero al mismo tiempo tampoco quería darles gusto a los demás.

Siempre fui muy lista y *sacaba 10*.

Al vestirme de niño me resignaba, como que no tenía más remedio, pero en mi interior fantaseaba con mi ropa femenina.

Entre los 13 y los 15 años estudié en una Secundaria oficial mixta. Fue una etapa buena en la que aprendí mucho, aunque seguí con la introversión durante algún tiempo más. Tuve tres excelentes amigas y me gustaban algunos chicos que rehuía por timidez y porque podrían rechazarme, dado que supuestamente yo funcionaba como niño.

En Segundo de Secundaria un tipo de mi grupo me agredió por mi afeminamiento y yo le respondí violentamente dándole un apretón en los *huevos*... ni él ni nadie volvió a molestarme más.

Los cambios de la pubertad no los esperaba, pero rogaba a Dios que no me cambiara la voz como a los demás y procuraba hacerla más delgada; por fortuna mi voz no es muy grave. Me salió un ligero bigote que me arrancaba, así como el vello de las axilas. El pene y los testículos siempre me molestaron, *los borraba* al verme ante el espejo y nunca los toqué, por lo que mi masturbación era como especial: me excitaba fantaseando mucho y rozándome suavemente los pezones.

Un reproche que le hago a mi papá es que en esa época me presionaba para que tuviera novia: ¡yo soy una mujer heterosexual, cómo diablos voy a tener como pareja a una mujer! Creo que la obsesión de él era algo así como: “¡Vamos, ándale, a ser hombrecito!” Obviamente, no hubo nada de eso...

Aunque mi mamá siempre me ha apoyado, lo que sí le reclamo es que en los talleres de Secundaria me sacó de mecanografía y secretariado ejecutivo para pasarme a electrónica y computación.

Ingresé a la *Prepa* de la UNAM a los 16 años. La disfruté mucho porque tenía más libertades. Fui pasando de una vestimenta medio *unisex* a un atuendo muy femenino. Dejé atrás el cabello corto y en todos los sentidos *me solté el pelo*. Aunque me seguía aislando, comencé a tener diversas amistades, tanto chavas como chavos. Tuve descalabros académicos, pues el primer año y parte del segundo me fue mal. Por esa razón me deprimí, pero la influencia de una buena amiga *matadita* me hizo subir de nivel y pude pasar con B y MB.

Estuve en la *Prepa* entre los 16 y los 19 años. En toda esta etapa pude saber que soy una persona transexual y empecé a *agarrar* la información de donde podía. Recabé bastantes datos. Me di cuenta de que era difícil, pero al mismo tiempo iba surgiendo la esperanza de que podría llegar a ser yo misma: que sí podría modificar mi cuerpo. Una vez leí que las transexuales somos habitantes de un cuerpo

ajeno; eso tuvo mucho sentido para mí y sí: me prometí ya no volver a sentir que era una habitante de otro cuerpo.

Aunque llegué a ver algunas fotos dramáticas de operaciones de *cambio de sexo*, me sobreponía a lo de la sangre y todo eso, ya que era muy motivante para mí pensar en ese objetivo. Quise estudiar Medicina para lograrlo más fácilmente, pero no pude, así que ingresé en la Facultad de Ciencias (por cierto, no me arrepiento de eso). Allí conocí a una amiga que me ayudó mucho, pues pude salir de mi aislamiento; ella *me abrió los ojos* y me ayudó a elevar mi autoestima: empecé a ser más sociable, me arreglaba mejor y usé ropa más ajustada y moderna. Para eso de las amigas sinceras he tenido *un buen* de suerte.

Con la información que ya tenía inicié una hormonación por mi cuenta, pero sí investigué las dosis y todo eso. Mi mamá te vio en el Canal 11 hablando del tema de la transexualidad, yo hice la cita y después de las evaluaciones, aunque ya estaba bien segura de todo desde mucho antes, inicié el proceso de ajuste de mi interior con mi físico, lo que ahora sé que se llama “reasignación integral”, para tener concordancia entre el sexo y la identidad de género. O sea: igual adentro que afuera. Después de seguir el protocolo de reasignación y de más de cuatro años con psicoterapia, las hormonas, diversas pruebas de vida real, etc., fui enviada a la CRS, que es una cirugía para sustituir mis órganos masculinos por unos femeninos, la cual se realizó en una clínica–hospital pequeña y comfortable; eso me ayudó mucho porque siempre les he tenido miedo a los ambientes hospitalarios, aunque alguna vez quise ser médica.

El cirujano, después de recibir la constancia de protocolo que le enviaste, hizo la intervención, que después complementó con una pequeña cirugía cosmética, como de retoque en los labios mayores, y me hizo un certificado clínico que después fue muy útil para los aspectos legales: logré más tarde mi rectificación de acta de nacimiento, después de haber demandado al Registro Civil. No me dejó contenta lo de la rectificación al margen del acta, pero bueno... sí lo veo como un logro.

Soy una mujer como siempre lo he sido, sólo que más completa y más feliz. Trabajo como académica en una institución superior y me he ganado el respeto de mis colegas y de mis alumnos.

PEDRO

Nací con cuerpo de mujer y me pusieron por nombre Margarita, pero desde hace muchos años uso el de Pedro, en homenaje a mi abuelito materno. Sobre todo lo uso porque aun con este cuerpo soy hombre. Soy profesor y trabajo precisamente dando clases de nivel medio superior en dos escuelas. Aunque mis papeles oficia-

les son los de mi sexo de nacimiento, en realidad todo lo que hago y haré es como hombre.

Me es difícil empezar a recordar muchas cosas; de hecho, muchas parece que las he reprimido. Lo que tengo bien presente es el día que mi madre me quería pegar porque me quité el vestido que ella me había puesto; tendría yo unos siete años. Lloré mucho porque yo quería usar pantalón. Mi papá me defendió y mi madre no tuvo otro remedio que ceder. Mi papá habló conmigo y me preguntó qué era lo que yo quería; le dije que quería pelo corto y usar pantalón. Él me llevó a una peluquería y me cortaron el pelo supercortito. Me sentí feliz por eso y desde entonces llevo el cabello corto y uso pantalón. Jamás me puse de nuevo ropa de mujer. No supe *qué onda* con la decisión de mi papá, pero se lo voy a agradecer siempre.

En Preescolar conocí a una niña hermosa y yo la seguía a todas partes. A veces le tomaba la mano y me sentía muy contento. Se acabó el ciclo escolar y ella se fue a una ciudad del norte, por lo que no la volví a ver. Me dio tristeza y me tardé algo en reponerme.

Entré a la Primaria y me volví algo rebelde. Mis compañeros se burlaban de mí y me llamaban *marimacha* y me decían de cosas por mi forma de vestir y mi corte de cabello (¡hasta tenía patillita!). Nunca me juntaba con niñas y jugaba sólo con los niños. Me sentía orgulloso de mi fuerza, ya que en las peleas yo ganaba. Muchas veces preferí estar solitario.

Mi Primaria pasó entre pleitos y humillaciones, a veces defendiéndome, a veces aguantándome, hasta que en Sexto año llegó a mis manos una revista en donde hablaban de las operaciones de cambio de sexo. Me volví loco de alegría, hasta me puse a gritar en el salón de clases. Todos se me quedaron viendo como si estuviera loco, pero no me importó: ¡había encontrado una esperanza de futuro para mí!

Entré a la Secundaria y lo mismo: ¡las *pinches* burlitas hacia mi persona! Me dije: *no le hace*; ya tenía una meta: estudiaría y después me operaría. Me gustaba ir a una tienda exclusiva de ropa de hombre y miraba los trajes y las corbatas, lo cual se me hacía *lo máximo*. Durante varios años hice ese ritual frente al aparador de la tienda. En la casa ya no *chistaban* y eso me pareció perfecto. No hubo mucho problema porque mejoraba en la escuela.

Al entrar a la Preparatoria me sucedieron algunas cosas que me desconcertaron, aunque fueron agradables. Por ejemplo, recuerdo que en varias ocasiones nos tuvimos que quedar en la casa de un compañero para hacer una investigación escolar. Una noche, mientras dormitaba, se me acercó una chava y me dio un beso en la boca, y luego me dijo: “*Tú me sacas de onda, no sé qué me pasa contigo, pero me gustas.*” Luego me di cuenta de que mi compañera no me veía como otra mujer sino como alguien un poco raro que se comportaba como hombre. También a partir de ese entonces y hasta el día de hoy me sucede que tengo sueños en donde hago el amor con una mujer teniendo yo mi cuerpo masculino, que es lo que más

quiero tener. Cuando esto sucede, despierto con un fuerte dolor en el vientre, como si algo luchara por salir de dentro de mí. La verdad, no sé qué signifique esta sensación, pero siempre pasa lo mismo. A veces he pensado que existe la reencarnación y que en otra vida yo era todo un hombre, pues actualmente sólo lo soy por dentro.

He de confesarte que cuando he tenido pareja, cosa que ha pasado tres veces en mi vida, no he soportado que me vean o me toquen los pechos: *ésos no son míos*. Tengo que decir que me gustan mucho las mujeres, pero por lo mismo, por la bronca con mi cuerpo, he sido algo apartado, como que no me atrevo mucho. En la carrera de profesor algunas gentes lo notaron, pero fueron respetuosas y a mí como que ya me importaba menos, ya no me andaba escondiendo tanto.

Durante muchos años me refugié en la religión, buscando consuelo por el hecho de tener un cuerpo que no me corresponde. Sin embargo, me sentía peor, por lo que decidí alejarme de la religión, pero por increíble que parezca tengo fe y creo en Dios. Algo que me ha atormentado es pensar que entre Sus leyes divinas el Creador rechaza lo que yo soy. Ahora empiezo a cambiar mi manera de ver las cosas, con lo que me siento más tranquilo.

He acudido a ustedes para llevar a cabo todos esos pasos que me permitirán tener el cuerpo que necesito. Ya llevo varias sesiones y estoy bien, a gusto. Sé que lo podré hacer y ahora, a los 31 años, me siento con toda la fuerza para realizarlo.

¿Qué es la transexualidad?

DEFINICIONES ÚTILES

Si se conceptualiza la **transexualidad** como la *condición humana caracterizada por la discordancia entre el sexo y la identidad de género*, es posible que estas palabras no le digan nada o casi nada a la mayoría de los lectores. Los conceptos sexológicos han estado alejados del gran público. Sin embargo, para comprender a cabalidad un tema tan complejo como el que nos ocupa, será necesario puntualizar algunas definiciones básicas.

Se entiende por **sexo** *el conjunto de características físicas, genéticamente determinadas, que en la amplia gama de seres de una especie define a hembras, machos y diferentes estados intersexuales*. El concepto *sexo* implica diferencias en forma y en función: no es lo mismo tener una fórmula sexocromosómica XX que una XY, es diferente poseer ovarios que testículos, pene que vulva y vagina, útero y tubas uterinas que próstata y vesículas seminales. Las células germinales son diferentes: óvulos en un caso y espermatozoides en el otro. Los seres que se reproducen biológicamente también presentan distingos: ellos, los hombres, contribuyen en el proceso de fecundación, pero no gestan como lo hacen ellas. Si bien es cierto que hombres y mujeres producimos las mismas hormonas sexuales, también lo es que la proporción varía entre unos y otros. Es distinto poseer gran desarrollo de glándulas mamarias o pechos que no tenerlo; hay variaciones entre los sexos en los así llamados caracteres sexuales secundarios: vello, distribución de la grasa, gravedad en la emisión de la voz, talla o estatura, grosor de la piel, masa muscular, etc. Actualmente están bien documentadas algunas diferencias del fun-

cionamiento cerebral en hombres y mujeres. Es importante anotar que algunos elementos del sexo son modificables hormonal y quirúrgicamente, como se verá más adelante.

Como se aprecia fácilmente, el término *sexo* es eminentemente biológico.

El **género** es una construcción social e histórica que, basada en algunos aspectos del sexo, clasifica a los seres humanos en dos grupos: femeninos y masculinos. Además de ser una representación social de la persona, este concepto incluye identidades, actitudes, valores, papeles conductuales y modos, generalmente típicos y estereotipados, de relaciones sociales intergenéricas y extragenéricas, es decir, dentro del grupo de clasificación (ellas–ellas; ellos–ellos) y con el otro grupo (ellos–ellas).

Por extensión, el término *género* también sirve para denominar cosas, usos, costumbres y estilos de vida como “femeninos” o “masculinos”.

A diferencia del sexo, que es orgánico y fisiológico, el género es una invención cultural que ha privado casi sin excepciones en los sistemas de ideas y creencias sociales dominantes. Parece válido decir que en tanto el sexo ha existido desde siempre en la evolución de la humanidad, la aparición del género tiene un arranque sociohistórico que se consolida en el periodo Neolítico, donde la división del trabajo, las tareas especializadas, los efectos del asentamiento sedentario, la maternidad y la puericultura establecen diferencias sustantivas entre hombres y mujeres, que se consolidan con el ulterior surgimiento de la propiedad privada. La familia patriarcal surge como una forma de esclavitud doméstica. La importancia y el peso social atribuido a los varones los colocan por encima de las mujeres en una valoración diferencial arbitraria e injusta que no tiene fundamentos “naturales”, sino económicos y sociales. La inequidad de género no viene en los genes.

Es fundamental señalar que, aunque a menudo son coincidentes, sexo y género pueden diferir: hay personas con sexo masculino que viven y se representan como femeninas, independientemente de sus órganos sexuales o sus caracteres secundarios. De igual manera, hay seres humanos que son hombres en la cotidianidad, aunque su anatomía sea de mujer.

Es también importante notar las diferencias entre sexo y género, no sólo por lo antes mencionado sino por las implicaciones que tienen en la vida social y en la cotidianidad. Por ejemplo: el clásico letrero que en los establecimientos comerciales dice: “Se solicita personal de ambos sexos”, en estricto rigor se refiere a las personas con estados intersexuales que comparten tejidos u órganos de cada sexo, seres humanos que frecuentemente son tipificados erróneamente como *hermafroditas*. De mejor forma, el cartel tendría que decir: “Se solicita personal de uno u otro género”, a menos que para contratar a alguien el jefe de personal confirme que los cromosomas sexuales de algún solicitante son XX o XY, o realice cariotipo, mapa genético, determinación de niveles hormonales, tomografías y minuciosas exploraciones físicas para corroborar que está en presencia de una

mujer o un varón con un sexo correspondiente a su presentación social, o ante una persona que aparte de su papel genérico posea una anatomía no coincidente con lo que socialmente se considera “propio” del género que muestra, o bien que tenga alguna variante de la diferenciación sexual, ambigüedad de órganos sexuales, pseudohermafroditismo o el llamado “hermafroditismo verdadero”. Estas confirmaciones clínicas no suelen acontecer en la vida práctica. El jefe de personal simplemente requerirá al solicitante del empleo que muestre sus documentos: acta de nacimiento, credencial de elector y constancias de estudios.

A propósito de las demostraciones del sexo cromosómico, en las competencias deportivas avaladas por el Comité Olímpico Internacional ya no se practican las determinaciones de esa dimensión del sexo (fórmula XX o XY) —las cuales se efectúan a partir de un estudio (frotis) de la mucosa oral (interior de la boca)—, porque lo que pasaba simplemente era la exhibición pública y la vergüenza de las competidoras. Hay que decir que las variantes en dicha fórmula cromosómica de hecho se presentan inopinadamente en la población general, sin que de ello se quiera sacar alguna ventaja deportiva o de cualquier tipo.

Se siguen produciendo casos en los que se asigna equívocamente un género durante el nacimiento o cerca de éste, p. ej. en una entidad clínica que se conoce como hiperplasia suprarrenal congénita, la cual es una causa frecuente de pseudohermafroditismo femenino.

El hecho central es que una producción aumentada de andrógenos viriliza al producto de la gestación, y las características de los órganos pélvicos externos llevarían a confundir en un recién nacido un clítoris aumentado de tamaño con un pene disminuido, o bien unos labios vaginales protuberantes con un incipiente escroto.

En la situación referida podría ocurrir una asignación de género errónea, que al no tomar en cuenta la identidad de género del bebé conduciría a una crianza que igualmente podría ser equívoca. Este tema, el de la identidad genérica, se desarrollará líneas adelante.

Volviendo al caso del jefe de personal que se dispone a contratar a alguien que ha leído la solicitud del empleador, tiene frente a él a alguien que reúne los requisitos: una dama elegantemente vestida y con magnífica presentación, con apariencia y actitudes muy femeninas (aunque bajo la ropa tenga pene y testículos), gran inteligencia y conocimiento del área de trabajo y otras virtudes. Para empezar a trabajar, jamás le solicitarán que presente un estudio que certifique cuál es su sexo. El problema surge cuando muestra sus documentos: en ellos aparece un nombre masculino, la fotografía de un señor y un acta de nacimiento que se refiere a un niño... nada de esto tiene que ver, aparentemente, con la persona que el jefe de personal tiene frente a sí.

Entre asombrado y molesto, a pesar de sus méritos, le negará el trabajo a la brillante y distinguida solicitante.

Identidad genérica

La identidad de género es la convicción personal y subjetiva de pertenecer al género masculino, femenino o a ninguno. Es inmodificable desde etapas muy tempranas del desarrollo y no siempre coincide con el sexo.

En esta definición hay dos elementos subyacentes muy importantes: su probable consolidación entre los 18 y los 30 meses de edad (hay investigaciones que postulan que esto acontece dentro del primer año de vida y otras que apuntan a que está determinada por factores prenatales) y el hecho de que en ninguna persona la identidad de género se transforma ni con el tiempo ni con cualquier procedimiento de intervención profesional.

En general, dependiendo de una amplia serie de variantes socioculturales y de estímulos del contexto de vida, los niños y niñas empiezan a declarar verbal y actitudinalmente su pertenencia al mundo masculino o femenino hacia *los 30 meses de edad, es decir, aproximadamente a los dos años y medio.*

La ciencia ha podido dilucidar que la identidad de género, como se revisará más adelante, al menos en las personas transexuales *es independiente de las experiencias iniciales de aprendizaje social y crianza.* En efecto: en la casi totalidad de los casos las personas somos criadas de acuerdo con los elementos visibles de nuestro sexo (elemento biológico), y la educación formal e informal que procede suele ser de acuerdo con el papel o rol de género típico de lo masculino o lo femenino, según el caso.

Si se aceptara que la identidad genérica corresponde a la crianza o a la inducción y el entrenamiento social para desenvolverse de acuerdo con el sexo, es posible que no existiese la condición transexual.

Antes de proseguir, conviene definir el concepto de **rol o papel de género**: *es el conjunto de manifestaciones relacionadas con la vestimenta, los manierismos y el comportamiento, con independencia de que en una sociedad determinada se considere o no propio del género masculino o femenino.* Una crítica recurrente al papel de género en nuestras culturas es que es inflexible y estereotipado.

El papel de género en prácticamente todas las culturas, con sus notables excepciones, es binario y mutuamente excluyente: se es de uno o de otro. Está tan dicotomizado lo relativo al género que en sociedades como la mexicana se sigue hablando de “cumplir con las tareas propias de tu sexo” (aunque realmente se refiere al género); p. ej., ellas deben dedicarse a la cocina y a la crianza de la prole y ellos al trabajo fuera de casa, sin tener injerencia en la puericultura y la atención de las necesidades de hijas e hijos, “porque eso es de mujeres”. Sin desconocer el impresionante avance social de las mujeres en los tiempos recientes, esa dicotomía de actividades socialmente avaladas y prescritas sigue predominando en amplias capas de la población.

El legendario sexólogo de origen australiano John Money dijo en su momento:

“La identidad de género es la identificación, unidad y persistencia de la propia individualidad como hombre, mujer o ambivalente en mayor o menor grado, fundamentalmente experimentado en un *darse cuenta de sí mismo* y de la conducta que se expresa. **La identidad de género es la expresión privada del rol de género y el rol de género es la expresión pública de la identidad de género.**”

El sexólogo mexicano Óscar Chávez Lanz considera que el papel genérico estereotipado es el conjunto de expectativas que el grupo social arroja sobre la vida y el futuro de la persona. Dice este autor que es un argumento o guión al que la persona tiene que apegarse para ocupar un lugar en la sociedad. Por supuesto que los roles estereotipados suponen la estricta aplicación de sanciones normativas cuando no se cumplen: piénsese, p. ej., cómo se critica adversamente a un hombre “afeminado” o que expresa libremente sensaciones y sentimientos que se supone son *de ellas*, o cómo se trata a una mujer “masculinizada”, que muestra decisión y arrojo, que toma la iniciativa en el cortejo amoroso o erótico, o a la que se le antoja usar corbata.

La falta de educación sexual formal y de cultura sexológica en la población general lleva a graves confusiones: p. ej., se piensa que “son los homosexuales los que quieren cambiar de sexo”. Por ello, vale la pena definir el concepto de **orientación sexual u orientación eróticoafectiva**: *se refiere a la atracción afectiva y erótica por las personas según su sexo/género.*

La orientación eróticoafectiva, también llamada orientación sexual y cada vez con menos frecuencia *preferencia sexual*, se manifiesta en deseos, comportamientos, ideas, fantasías o en la combinación de tales elementos. Hay tres orientaciones sexuales: heterosexualidad, homosexualidad y bisexualidad. El punto de referencia para que cada persona nombre su propia orientación se basa en dos factores: la identidad de género y la atracción para el establecimiento de relaciones afectivas y eróticas. Luego entonces, cada persona deberá contestarse dos preguntas esenciales:

¿Soy, me sé, me siento mujer u hombre?

¿Quiénes me atraen: las mujeres, los hombres o ambos?

Hay muchas personas que en pleno siglo XXI siguen considerando erróneamente que condiciones humanas como homosexualidad, bisexualidad, transexualidad, transgeneridad y travestismo son patologías, enfermedades mentales o trastornos psiquiátricos.

Por esto, antes de proseguir definiremos estos conceptos y agregaremos algunos comentarios sobre salud sexual, la patologización de los comportamientos sexuales y los derechos de las personas con condiciones discriminadas y sexualidades estigmatizadas. Por su importancia, se volverá a tratar el tema en otro capítulo de este libro.

La transgeneridad es la condición humana en la que, independientemente de que exista o no concordancia del sexo con la identidad de género, hay una vivencia permanente en un papel o rol de género que no coincide con el sexo ni con el género originalmente asignados.

Un ejemplo ilustrativo sería el de un varón biológico que vive, viste y actúa como lo haría una mujer en nuestra cultura los 365 días del año.

Otro, el de una mujer biológica que todo el tiempo usa ropa masculina y cuyas actitudes y manierismos corresponden a lo que en nuestro medio se entiende por *virilidad*.

Se describen dos grupos diferentes de personas transgénicas:

- a. Aquellas con una condición definitiva que, además de lo vestimental, pueden optar por conseguir cambios corporales y cosméticos parciales, como un varón biológico que se realiza un implante de pechos o una cirugía de feminización, pero que de ningún modo sustituiría su pene por una vulva.
- b. Aquellas otras que viven la transgeneridad como un periodo transitorio de su condición transexual, previa a la consecución de un estado más satisfactorio, como la reasignación total o parcial de órganos sexuales o CRS, comúnmente llamada “cirugía de cambio de sexo”.

El sexólogo norteamericano Eli Coleman, gran amigo de sus colegas mexicanos, ex presidente de la WAS o Asociación Mundial para la Salud Sexual e investigador de la *University of Minnesota Medical School*, propuso en 2005 que se considerara transgeneridad “cualquier condición intermedia entre el estereotipo masculino y el femenino”, no sólo el travestismo total y permanente o aquella situación de las personas TSX que ya viven un papel de género acorde con su identidad genérica, pero que aún no son reasignadas quirúrgicamente.

El travestismo es una manifestación de la diversidad sexual (D. Barrios, 2005) caracterizada por el empleo de vestimenta, lenguaje, estilos de comportamiento, accesorios y manierismos que en el grupo cultural de referencia de cada persona se consideran propios del otro género.

Clásicamente, la persona travestista es un hombre que se viste de mujer o una mujer que se viste de hombre. En la condición travestista o de *rol de género cruzado* no hay discrepancia entre la identidad de género y el sexo.

A diferencia de la condición transgénica, en el travestismo no hay permanencia o continuidad; esto es, el individuo alterna el rol de género propio o “de base” con el otro papel genérico, p. ej., un varón que se viste de mujer y al cabo de un tiempo de disfrutarlo vuelve el mismo día a su vestimenta masculina. También hay que diferenciar claramente el travestismo de la transexualidad, pues en esta última, como ya se dijo, existe discordancia entre el sexo y la identidad de género. No sucede así en la condición travestista, en la que **hay plena coincidencia entre la sensación subjetiva de ser hombre o mujer y la corporalidad.** Por

eso hay sexólogos que afirman que en el travestismo *no está comprometida la identidad de género*.

Se señalará desde ahora que condiciones humanas como transexualidad, transgeneridad y travestismo **son independientes de la orientación sexual**.

En otras palabras, la persona transexual (TSX), transgénica (TSG) y travestista (TSV) podrá ser heterosexual, homosexual o bisexual.

Hemos escuchado a personas varias, procedentes de diferentes estratos sociales y culturales, referirse a los individuos no heterosexuales y a las personas travestistas, transgénicas y transexuales como sujetos desviados, con anomalías orgánicas o mentales o portadoras de deficiencias morales sin fin. Lo que dichas personas hacen, a fin de cuentas, es “patologizar” a otras personas y a la sexualidad que manifiestan por salirse de un modelo sexual hegemónico.

El verbo **patologizar** consiste en atribuir enfermedad física o emocional a determinados comportamientos estigmatizados por grupos o personas que detentan poder, prejuicios o ambos. En los actos y actitudes patologizantes se transforma una declaración ideológica en un diagnóstico clínico. P. ej., el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM, por sus siglas en inglés) de la influyente Asociación Psiquiátrica Americana ve la transexualidad como “un trastorno de la identidad sexual”.

En diferentes artículos y en un libro, D. Barrios (2005) ha externado distintas críticas a la patologización de los comportamientos sexuales y, siendo él mismo médico, a la *sobremedicalización* de la vida sexual.

Por otro lado, el ya citado Chávez Lanz, al hablar de los conceptos de normalidad y anormalidad sexuales, ha considerado que “*normal* es un término ambivalente que se refiere tanto a lo que es común (contenido objetivo) como a lo que es aceptado por un determinado grupo social (contenido valorativo). Sería mejor eliminar la palabra *normal* del vocabulario sexológico y sustituirla por sinónimos adecuados a la idea que quiere expresarse. Suele calificarse de anormal aquel aspecto de la sexualidad que es rechazado por una normatividad moral. Algunos autores opinan que, para considerar legítimamente que una conducta sexual es anormal en un sentido clínico, debe mostrarse que dicho comportamiento le impide a la persona funcionar socialmente en todos los tipos de sociedad”.

Distintos autores y comentaristas sobre temas sexológicos hemos coincidido en que lo verdaderamente *normal* desde el punto de vista estadístico es la inmensa diversidad sexual de las personas, a tal punto que en el enorme abanico de la sexualidad existe *diversidad dentro de la diversidad*.

La Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénica y Transsexual, (WPATH, por su nombre en inglés *World Professional Association for Transgender Health*), en la sexta versión de sus Normas de Cuidado para Trastornos de Identidad de Género (2001) señala lo siguiente: “La calificación de trastornos de identidad de género como trastornos mentales no implica ningún per-

miso de estigmatizar a los pacientes ni de quitarles sus derechos civiles. El uso de un diagnóstico formal muchas veces es importante para proporcionar alivio, para recibir cobertura de seguro de enfermedad y para guiar investigaciones que en el futuro ofrezcan tratamientos más eficaces.”

No podemos sino estar de acuerdo con la parte que se refiere a la no estigmatización y la no conculcación de derechos. No obstante, disentimos de la justificación medicalizada, puesto que el criterio que esta organización expresa alude a un añejo y conservador concepto de lo que es la salud. Tengamos presente que la transexualidad no es una patología y que, sin embargo, es una condición personal y humana que requiere servicios de salud, tal como los necesitan la mujer embarazada, el adulto sin síntomas que va a revisión médica y el niño sano a quien se le indican medidas nutricionales o aplicación de vacunas.

Creemos, desde el existencial humanismo en sexología, que el concepto de salud es muy amplio y no debe restringirse a la estrechez del tradicional modelo dicotómico salud–enfermedad empleado comúnmente en la clínica médica. Por ello, nos complace el concepto de **salud sexual** propuesto en el año 2000 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS):

Es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.

Se evidencia entonces que el concepto de salud general no se refiere sólo a la ausencia de enfermedad o disfunción, *sino al pleno bienestar de la persona*. No es ociosa aquí la referencia a la definición de derechos humanos, dado que el tema de la transexualidad se inscribe en el concepto moderno de salud, así como en el marco de los derechos humanos universales:

Los derechos humanos son el conjunto de principios universalmente consensuados como protectores de la dignidad humana y promotores de la existencia, calidad de vida, igualdad, libertad y justicia.

Los derechos humanos están por encima de los valores culturales, religiosidades, sistemas políticos y usos y costumbres culturales.

Tomando en cuenta que la protección de la salud general y sexual es un derecho humano reconocido, la reasignación integral de las personas transexuales debe ser considerada como tal.

La condición transexual

Con las definiciones antes presentadas, ahora se puede complementar el concepto de **transexualidad**:

Es una condición humana (no una patología) caracterizada por una discordancia entre el sexo y la identidad de género (no coinciden los aspectos somáticos o corporales con la percepción íntima de ser hombre o ser mujer). La persona TSX no elige su discordancia sexogenérica (como nadie escoge su identidad de género), tiene pleno derecho al reconocimiento de su identidad y a la expresión social de dicha condición.

En la condición transexual una persona con cuerpo biológico masculino tiene la percepción íntima, subjetiva, de ser mujer. O bien, una persona con cuerpo de mujer se sabe internamente hombre.

Hay frases que se han convertido en lugares comunes sobre la condición transexual, pero que sin embargo se usan porque tienen efectos didácticos: “la persona TSX habita un cuerpo que no le pertenece”; “la condición TSX consiste en el sentimiento íntimo de pertenecer a un determinado sexo/género y de estar atrapado/a en un cuerpo que pertenece al otro”.

Por lo tanto, resulta más que explicable, totalmente comprensible, que la persona transexual busque afanosamente la plena concordancia entre su identidad de género y su sexo.

Algunas personas transexuales desarrollan habilidades para vivir con relativa tranquilidad y eficiencia sin tener que someterse a todos los procesos de la llamada **reasignación integral para la concordancia sexogenérica**, popular y erróneamente llamada “cambio de sexo”; sin embargo, una proporción importante de personas transexuales sí la requieren.

A decir verdad, **el sexo de una persona no puede ser cambiado**. Sí es factible y se logra con muy buenos resultados transformar significativamente algunos aspectos fenotípicos (manifestaciones corporales de la carga genética): niveles hormonales, caracteres sexuales secundarios, órganos internos y externos pélvicos, y variados aspectos fisonómicos característicos de uno y otro sexo.

De las ocho dimensiones del sexo (genética, cromosómica, gonadal, hormonal, de órganos sexuales internos pélvicos, cerebral, de órganos sexuales externos pélvicos y de caracteres sexuales secundarios) pueden ser modificadas —con los recursos científico-técnicos disponibles en la actualidad— las siguientes:

- Gonadal (referida a ovarios o testículos).
- Hormonal (predominancia de estrógenos o andrógenos).
- De órganos pélvicos internos (trátase de útero, tubas uterinas y ovarios, o de próstata, vesículas seminales y conductos eyaculatorios).
- De órganos pélvicos externos (sean vulva, que engloba clítoris, labios mayores y menores de la vagina y entrada y cavidad vaginal, o pene, bolsas escrotales y epidídimo).

- De caracteres sexuales secundarios (diferencias en la emisión de la voz, distribución de la grasa corporal, volumen de los pechos, abundancia y distribución del vello corporal y facial y algunos rasgos fisonómicos que se acentúan en la pubertad).

Se define dicha **reasignación integral para la concordancia sexogénica** como *el proceso de intervención profesional por medio del cual se obtiene la mayor concordancia posible entre el sexo y la identidad de género*. Dicha reasignación tiene como base una psicoterapia de acompañamiento (no de curación, pues no hay enfermedad) e incluye o puede incluir socialización y entrenamiento de rol de género, administración de hormonas e intervenciones quirúrgicas. Respecto de estas últimas, considérese el hecho ya mencionado de que la identidad de género es inmutable desde que somos muy pequeños; en cambio, distintas intervenciones que modifican los órganos sexuales y los caracteres sexuales primarios y secundarios sí son absolutamente realizables.

A propósito de los eventos quirúrgicos, popularmente se piensa que la culminación del proceso de reasignación de la persona transexual consiste precisamente en la parte concerniente a la o las cirugías; *no es así*: lo único que hace la intervención quirúrgica es ratificar lo preexistente, esto es, confirmar quirúrgicamente lo que la “naturaleza psicológica” de la persona había determinado desde siempre.

No es posible hablar de una reasignación integral única y absoluta para la concordancia entre identidad de género y sexo, tomando en cuenta, como decimos en el existencialhumanismo, que la persona *es la única experta en sí misma*. Por ello, tanto hay personas transexuales que se dan por satisfechas al acceder a los cambios quirúrgicos radicales, incluyendo el de los órganos sexuales pélvicos, como también las hay que no desean dichas modificaciones. De hecho, es común observar a un buen número de varones transexuales (su origen biológico es de mujer y transitan hacia el sexo/género masculino) que reportan bienestar al vivir el rol de género varonil, administrarse testosterona, efectuarse la mastectomía radical (retiro quirúrgico de los pechos) y hacerse extirpar los órganos internos pélvicos (útero, tubas uterinas y ovarios). Muchos de ellos no han tenido una vida erótica “genitalizada” o centrada en el pene y, por lo tanto, no requieren efectuar la penetración para experimentar placer.

Se ha generalizado la noción de que la expresión **disforia de género**, propuesta por Norman Fisk en 1973, es equivalente a transexualidad. Sin embargo, preferimos decir que la condición TSX *sería un punto extremo de inconformidad (disforia) con el género impuesto*. Incluso se habla de un *umbral clínico* que no siempre se traspasa en la persona transexual: para que ello ocurra, las dudas, angustias e incertidumbres en torno a la identidad de género son permanentes y se tornan tan intensas que son el tema central de la existencia. Hay otras personas

transexuales que, sin dejar de mostrar insatisfacción, no ubican en la discordancia sexogenérica el aspecto fundamental de su vida, pues si bien éste es importante, lo resuelven por sí mismas o con ayuda terapéutica simplemente al desempeñar el papel de género que desean, sin necesidad de modificaciones corporales.

Existen personas no transexuales que pueden tener un grado no extremo o mínimo de disforia de género que hasta podría ser bien visto socialmente. P. ej., hay mujeres que están inconformes con su menstruación o a quienes no les agrada que otras mujeres se victimicen o sean sumisas, y ello no significa que deseen efectuarse transformaciones corporales. Existen hombres a los que les disgusta tener que rasurarse cotidianamente, que no admiten las reglas machistas que dominan nuestras sociedades, que no participan en charlas de cantina donde se arremete contra las mujeres y que querrían mayor colorido y variedad en su vestimenta, sin que todo ello signifique que, como dice la expresión vulgar, quieran “cambiarse de sexo”.

¿Qué origina la condición transexual?

La respuesta a esta interrogante es muy sencilla: no lo sabemos. O, mejor dicho, la ciencia no lo ha podido dilucidar aún, como tampoco ha logrado conocer, p. ej., la causa de la heterosexualidad.

Más adelante se desarrollará el tópico en distintas partes de este libro; por ahora baste con decir que hay dos grandes grupos de explicaciones científicas tentativas: las que se refieren a los aspectos biológicos y las que tienen que ver con lo social y lo psicológico, es decir, con la crianza y el aprendizaje.

En 1987, y desde la perspectiva biológica, John Money, quien también había hecho importantes aportaciones en la vertiente psicosocial, esbozó la idea apoyada por diferentes estudios e investigaciones de que hay un periodo crítico perinatal en el que se estructura y consolida la identidad de género. Por otro lado, en abono de lo anterior, existen enfoques de investigación que centran la explicación de la transexualidad en un desarrollo atípico de estructuras cerebrales, como la comisura anterior, el cuerpo calloso o el hipotálamo. P. ej., en 1997 Holly Devor aporta elementos a esta tesis de que algún acontecimiento todavía no conocido podría determinar dicha atipicidad; en particular, este autor dirigió su atención hacia los varones transexuales.

Hay otras líneas de investigación biológica que apuntan a las diferencias que las estructuras cerebrales pueden tener por alteraciones en la feminización y en la masculinización encefálica; dicha diferenciación neurológica termina después que la diferenciación sexual del resto del cuerpo, la cual en términos generales tiene lugar entre las semanas 6 y 14 del desarrollo embrionario.

Cualquier falla en la sexualización cerebral determinaría que una persona con cuerpo de hombre tuviese identidad femenina y viceversa.

Así, en tal sentido hay estudios clásicos de Kruijver y col. en 2000 y de Zhou y col. en 1995 que hallaron diferencias entre los núcleos hipotalámicos de mujeres transexuales (habían sido varones biológicos) y los de varones comunes. En otro capítulo se comentará la validez de estas aportaciones.

¿Qué tan frecuente es la transexualidad?

Según hemos podido observar con relativa frecuencia los sexólogos clínicos, a veces los padres y madres de familia acuden angustiados a la consultoría sexológica porque su hijo o hija presenta conductas que no se consideran típicas de su género. P. ej.: niños que gustan de jugar a “la comidita” o con muñecas *Barbie* y usar accesorios femeninos; o bien niñas que prefieren llevar cabello corto, vestir pantalones de hombre, nunca usar vestidos o faldas, jugar fútbol soccer y solucionar a golpes sus diferencias con otros infantes.

La WPATH consideró en 2001 que: “Muy pocos jóvenes que varían las normas de género tradicionales serán personas transexuales, aunque muchos finalmente desarrollan una orientación homosexual.”

En algunos casos se trata de lo que se ha dado en llamar *trastorno infantil de la identidad de género*, que por definición es pasajero y, en efecto, suele ser predictivo de distintas condiciones juveniles y adultas, como transgeneridad, transexualidad y vivencias estereotipadas de la orientación homosexual (hombres que emplean manierismos pretendidamente femeninos, mujeres con actitudes asociadas a lo que se considera viril, etc.).

Estas observaciones comunes en la consulta del terapeuta sexual han sido corroboradas por algunas investigaciones científicas, como las de Zucker (realizadas en 2000 y 2002), quien encontró dicha situación en infantes desde los dos o tres años de edad. El reporte de estudios longitudinales señala que algunas personas con el llamado trastorno infantil de la identidad de género evolucionan hacia la condición transexual.

La Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénica y Transexual (2001) toma como propios los criterios de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) elaborados en su versión décima para diagnosticar el trastorno infantil de la identidad de género. A continuación esos criterios.

En niños biológicos ha habido durante por lo menos los últimos seis meses:

1. Comúnmente, declaración persistente, con ansiedad intensa, de ser niño y desear ser niña.
2. Más raramente, insistencia en que *es niña*.
3. Realización de actividades típicamente femeninas: usar ropa, simular la vestimenta, participar en juegos comunes de las niñas, rechazar juegos y juguetes masculinos, renunciar a actividades típicamente masculinas.

4. Rechazo persistente a los elementos viriles de su cuerpo, manifestado por al menos una de las siguientes convicciones repetidas:
 - a. Que evolucionará como una mujer no sólo desempeñando ese papel, sino siéndolo.
 - b. Que los testículos y el pene le disgustan y van a desaparecer.
 - c. Que preferiría no tener pene ni testículos.
(Para estar en esta clasificación diagnóstica el infante no debe haber entrado a la pubertad, pues se considera que en esta etapa de desarrollo rápido y dramático el proceso de cambios físicos, emocionales y sexuales es muy complejo.)

En niñas biológicas ha habido durante por lo menos los últimos seis meses:

1. Declaración persistente, con ansiedad intensa, de ser niña y desear ser niño.
2. Más raramente, insistencia en que *es niño*.
3. La presencia de cuando menos uno de los siguientes rasgos:
 - a. Rechazo constante y abierto por el uso de ropa típicamente femenina y la insistencia en usar ropa convencional de varón.
 - b. Abierto repudio a los elementos de su anatomía femenina, manifestado por cuando menos uno de los siguientes:
 - La idea de que posee un pene o de que éste se le desarrollará.
 - El rechazo a orinar en posición sedente (sentada).
 - La aversión a tener pechos y menstruar.
(Por las razones anteriormente indicadas para el diagnóstico, la niña no debe haber entrado en la fase puberal.)

La transexualidad en la población general

Durante mucho tiempo se aceptó, de acuerdo con los cálculos iniciales, que habría entre los adultos 1 persona TSX en cada 37 000 varones y 1 en cada 107 000 mujeres. Sin embargo, un estudio holandés dado a conocer en 2001 por la ya mencionada WPATH indica que la proporción de la parte TSX dentro del amplísimo espectro de situaciones vinculadas con la identidad de género es de **1 en cada 11 900 hombres y 1 en cada 30 400 mujeres**.

No obstante, así se tratara de una sola persona TSX en el mundo, ello sería suficiente para atender y respetar sus derechos humanos y garantizar su acceso a la salud, entendida como su completo bienestar en lo físico, lo emocional y lo social.

¿Por qué hay más mujeres transexuales que varones con esa condición? Esta pregunta no ha podido ser contestada de manera satisfactoria. Algunos investiga-

dores piensan que se debe a que la diferenciación cerebral masculina prenatal es mucho más compleja que la de las mujeres, por la facilidad embriológica de la feminización casi “automática” que se produce en muchos mamíferos, incluida la especie humana. Por tanto, habría una mayor dificultad hacia la diferenciación masculina del cerebro, el cual en alguna proporción se feminizaría.

La otra situación, la de los hombres transexuales cuyo origen biológico es femenino, correspondería a una mayor atipicidad, puesto que no se ratificaría su feminización cerebral prenatal. Aquí, por un lado, se estaría inhibiendo el mecanismo hormonal de feminización y, por otro, estaría ocurriendo la exposición a una serie de factores que en alguna proporción masculinizarían el cerebro.

Ahora bien, la causa de la atipicidad sexual del cerebro antes descrita correspondería a factores interferentes aún desconocidos.

Nosotros pensamos que la disparidad numérica entre mujeres y hombres TSX acaso sea un problema vinculado con el género, dado que las personas que han nacido mujeres biológicas y son varones TSX, antes de comenzar una transición tienen más restricciones impuestas para solicitar ayuda profesional y atenderse. En cambio, los que son varones biológicos y mujeres TSX tienen mayor movilidad social y con menos dificultades adoptan la decisión de procurar la atención que requieren.

Otro hecho de especial importancia es que en nuestras culturas, independientemente de cuál sea la identidad de género, resulta mucho más aceptable que una mujer biológica socialmente se desempeñe rólica y vestimentalmente como desea, que un hombre biológico, al cual se le obliga a cumplir el rol y la vestimenta masculina con más rigor y mayores sanciones sociales.

Esto implicaría que el varón TSX pudiera desempeñar su rol genérico con más flexibilidad, libertad y en cierta armonía con su identidad de género. En cambio, la mujer TSX exacerbaría su disforia de género y, por lo tanto, demandaría atención profesional con más apremio en la mayoría de los casos.

Abrevando de la historia

*Me gustaría recordarles a todos un hecho fundamental:
la diferencia entre sexo e identidad de género.
El sexo es lo que se ve.
La identidad de género es lo que se siente.
La armonía entre ambos es esencial para la felicidad humana.*

Harry Benjamin
Nueva York, junio de 1976

LA TRANSEXUALIDAD, SIEMPRE

Se puede deducir que desde épocas inmemoriales ha existido la condición transexual, aunque, por supuesto, durante mucho tiempo fue insuficientemente estudiada y sobre todo poco comprendida.

Edgar Gregersen (1988), acucioso investigador de las costumbres sexuales universales, refiere que la primera alusión a la condición transexual se encuentra en la mitología clásica: Venus Castina era la diosa que tenía por misión atender los anhelos de las almas femeninas que habitaban en cuerpos masculinos.

Diferentes narraciones legendarias aluden a que los dioses solían cambiar de sexo a los mortales. Así, p. ej., Tiresias, el célebre adivino de Tebas, fue convertido en mujer como castigo por haber matado a una serpiente hembra. El adivino permaneció como mujer, pero entregado a los placeres del erotismo femenino,

mucho más exquisito y disfrutable que el de los hombres, de nuevo fue reprimido, pues su anterior castigo había resultado premio: así, se le transformó de nuevo en varón.

S. Arnott (2003) documenta que en la antigua región de Frigia, en la actual Turquía, los sacerdotes que rendían pleitesía a Atis, deidad venerada, se arrancaban los testículos; algunos también prescindían del pene, y todos vivían permanentemente como mujeres.

E. Gregersen también narra un episodio de la vida del emperador romano Nerón, quien ordenó a uno de sus lacayos, un tal Sporus, que se practicara una radical operación de cambio de sexo. El emperador, quien era conocido por su manifiesta crueldad, de un puntapié había asesinado a Popea, su mujer embarazada. El veleidoso mandatario se vio presa de sentimientos de culpa y quería una esposa muy parecida a Popea, con el ánimo de sustituirla. Una vez operada, Sporus, que en lo sucesivo vivió como mujer, contrajo nupcias con el déspota en una fastuosa boda.

Janet Shibley Hyde y John D. de Lamater (2006) consignan el dato de que, en los albores del movimiento original del cristianismo, una serie de mujeres “se convirtieron” en hombres supuestamente para poder desempeñar sus importantes funciones, que aun en la actualidad siguen siendo exclusivas para los varones de esa religión. Se menciona específicamente el caso de Pelagia, quien decidió no contraer nupcias y escapó disfrazada de varón para ingresar a un monasterio. Desde entonces vivió como Pelagio, un sacerdote que llegó a ser nombrado Superior del convento. Años después resultó embarazada una mujer que acusó al Superior de ser el padre y que había abusado de ella. Tal hecho era imposible por obvias razones, pero el falso varón no pudo esgrimir nada en su descargo. Se le expulsó de la congregación y falleció completamente desacreditado por una transgresión que no había cometido. Su reivindicación llegó demasiado tarde: a la hora de su deceso se descubrió que tenía cuerpo femenino. Si Pelagio fue transexual o transgénico es irrelevante; lo que llama la atención es que subvirtió el orden establecido: se negó a vivir como mujer y permaneció el resto de su existencia como lo que había querido ser.

Es también conocida la trágica historia de Bárbara *La Española*, una morisca probablemente transexual, quien en 1498 fue capturada en Roma, juzgada y vejada: su castigo consistió en obligarla a marchar por la calle semidesnuda, a efecto de que fueran ostensibles sus órganos sexuales masculinos. Su ejecución se realizó con garrote y luego se quemó su cadáver en la vía pública.

En distintos lugares del mundo existen individuos que “transmutan” el género, específicamente el rol o papel de género, pudiendo ser personas transgénicas o transexuales. En determinadas latitudes, dicha transición corresponde a costumbres bien acendradas en regiones específicas. Tal es el caso de las *mushes* (muxes) en una región zapoteca de Oaxaca (México), o el de las *xaniith* en la re-

gión de Omán, situada al sureste de Arabia y cuya forma de gobierno actual es una monarquía islámica absolutista.

Sin ninguna pretensión clasificatoria ni mucho menos, todo parece indicar que, dada la continuidad prolongada en un papel de género que no coincide con el sexo, estos dos grupos humanos no son conformados sólo por personas que se travisten. Cabe suponer razonablemente que hay en ellos también personas transgéneras y transexuales.

Así, las oaxaqueñas muxes son hombres biológicos que desde la infancia y de manera permanente desarrollan (con el estímulo familiar y comunitario) el papel de género femenino a satisfacción propia, desempeñando generalmente tareas “de la casa”. En la región de Juchitán se calculaba en el año 2000 que en una población de poco más de 160 000 habitantes había unos 3 000 muxes. Por cierto, se considera que la palabra muxe, conocida desde el siglo XVI, proviene de una modificación zapoteca de la palabra española “mujer”. Aunque algunos investigadores postulan que se trata de varones homosexuales que se travisten, por las razones antes indicadas podría inferirse que por lo menos algunas de ellas pueden tener identidad de género femenina y que lo expresan rídicamente ataviándose con huipil y siendo permanentemente “las mujeres de la casa”. Contrariamente a la idea de que estamos en presencia de un tercer género, todo apunta a indicar que no hay ninguna trasgresión al binarismo genérico, puesto que el rol que desempeñan es femenino y estereotipado, pese a que una expresión verbal clásica de las muxes es “*no soy hombre, no soy mujer... soy muxe*”.

Las xaniith son personas que tienen un estatus especial en su comunidad: mientras que se prohíbe a las mujeres biológicas que socialicen con los varones que no sean sus parientes, las xaniith, igual que las muxes, son hombres biológicos que pueden confraternizar sin restricciones con *las otras mujeres* como si fuesen sus iguales. Es común en ellas el oficio del trabajo sexual.

Aunque probablemente estas omanenses son personas TSG y TSX, no hay registradas cirugías de reasignación sexual para ningún miembro de este grupo humano.

Un investigador, U. Wikan, reportó que en una población constituida por 3 000 varones adultos existían 60 xaniith, lo que corresponde a 1 por cada 50 hombres de esa población.

Tanto en las referencias orales que forman parte de algunas tradiciones populares como en los anales de la psiquiatría hay alusiones a personas que se conducían por la vida con un rol de género diferente a su biología, es decir, a su “sexo de nacimiento”, aunque este giro verbal resulte redundante.

También se han recogido narraciones de individuos que se han hecho modificaciones corporales voluntarias, llegando incluso a verdaderas castraciones, producto de su desesperación. No es descabellado suponer que algunos de estos casos pudiesen ser de personas transexuales que en aquellas etapas históricas no

encontraban otra forma de obtener, como no fuese por esos métodos, la tan deseada armonía sexogenérica.

Esas personas no tenían ninguna posibilidad de solución más que aguantarse, soportando su adversidad, simular que eran personas travestistas o recurrir a las mutilaciones. En el mejor de los casos, podrían vivir como personas transgénericas, con un rol de género permanente acorde con su real sentir. Sin embargo, suponemos que estos últimos eran los menos frecuentes.

Hay algunas vagas referencias en la literatura occidental a incipientes cirugías de reasignación sexual durante el siglo XIX. Está, en cambio, mejor documentada la transición medicamentosa y quirúrgica de un hombre llamado Herman Karl, quien antes de 1882 vivía como mujer biológica y se llamaba Sophia Hedwig.

TRANSEXUALIDAD Y SEXOLOGÍA

Si bien el gran protosexólogo alemán Magnus Hirschfeld (1910) había estudiado algunos casos de personas transexuales, no había podido diferenciarlas de situaciones como la transgeneridad y el travestismo, dado que no había estudios sistemáticos y ni siquiera existía la nomenclatura.

La primera reasignación integral de sexo/género (no sólo quirúrgica) documentada sucedió en la década de 1920; su protagonista fue una persona danesa que vivió inicialmente como varón biológico y luego como la mujer que internamente siempre había sido; se llamaba Lili Abner.

Ya mediando el siglo XX, en 1952, alcanzó notoriedad mundial la reasignación en Dinamarca de George Jorgensen, ex soldado estadounidense que llegó a ser Christine Georgenson. Ella fue una extraordinaria divulgadora del tema transexual y su obra de difusión logró suscitar una enorme atención hacia lo que hoy se conoce como discordancia sexogenérica.

En 1963, John Money, Knorr, Edgerton y Jones establecieron la primera clínica de identidad de género en la Universidad Johns Hopkins, en lo que constituyó el primero de muchos esfuerzos posteriores para estudiar y tratar multidisciplinariamente la transexualidad.

Aunque ya en 1949 D. O. Cauldwell (afamado por una serie de casos en los que desarrolló impresionantes técnicas quirúrgicas para su época) había acuñado el término “transexualidad”, fue Harry Benjamin quien hizo popular el concepto y esbozó las características propias de la condición transexual en su celebrado texto *The transsexual phenomenon*, de 1966.

Su libro sigue sirviendo hasta la fecha para orientar y ayudar a comprender cabalmente a una gran cantidad de personas transexuales, sus familiares y médicos, las consecuencias biológicas, psicológicas, sociales y legales de lo que comúnmente se conoce como “cambio de sexo”.



Figura 3-1. Harry Benjamin.

Muchos analistas consideran a Benjamin el primer y más connotado transexualista. Fue justamente este extraordinario sexólogo quien realizó la sistematización más acabada hasta entonces de la transexualidad y propuso algunas de sus características particulares.

Esos rasgos peculiares de la transexualidad son, según Benjamin, los siguientes:

1. Un sentimiento permanente, de toda la vida, de pertenecer al otro sexo/género.
2. Conductas y actitudes del otro sexo/género, con aparición temprana y persistente del gusto por “vestirse” sin erotizarse.
3. Disgusto y aversión por sus propios órganos sexuales externos, sin canalizar placer a través de ellos.
4. Desdén por conductas homosexuales, tomando en cuenta la identidad de género.

Una columna periodística aparecida en el *New York Daily News* que fue reproducida en diversos periódicos de EUA durante el otoño de 1966 contenía una crónica de la que se ha extractado lo siguiente:

En estos días, cada noche puede verse en los clubs de Manhattan a una chica guapísima que admite que era un hombre hace menos de un año y que se sometió a una operación de cambio de sexo en nada menos que el Hospital Johns Hopkins en Baltimore. Nos sorprendió que el hospital confirmara

esto, diciendo que la cirugía se efectuó después de una psicoterapia. Las cirugías de este tipo, aunque poco frecuentes en este país, no son ni ilegales ni inmorales, según el portavoz del Johns Hopkins. Voceros de varios hospitales grandes coincidieron sobre la legalidad y moralidad de estas operaciones, pero ninguno podía recordar que una operación así hubiera sido llevada a cabo antes en Nueva York.

El influyente diario *New York Times*, haciéndose eco de las notas publicadas antes, dio a conocer un extenso artículo en su primera plana el 21 de noviembre de 1966.

El *Times* brindaba información sobre el nuevo programa del Centro Médico Universitario Johns Hopkins para el tratamiento de la transexualidad, al mismo tiempo que daba cuenta de los procedimientos que con ese fin se realizaban en aquella época en otros países, como los europeos.

Además, se destacaba en el artículo al Dr. Harry Benjamin como la primera autoridad mundial en el tema de la transexualidad.

Benjamin, con clínicas de atención en Nueva York y San Francisco, no sólo era un investigador pionero en un campo virtualmente desconocido por la ciencia de aquel entonces, sino que también se convirtió en un divulgador de primer orden al revelar sus experiencias profesionales con diversos pacientes transexuales durante varias décadas.

Con ello ingresó el tema de manera contundente en el campo médico y contribuyó a esclarecer un territorio del conocimiento prácticamente inexplorado desde la perspectiva científica y académica. Además, fue el primer clínico que estableció sólidamente que lo que hoy se conoce como orientación sexual es absolutamente independiente de la identidad de género.

El “fenómeno transexual” representó la llave que ha permitido, hasta hoy, tener acceso a los criterios y procedimientos cuyos fundamentos siguen vigentes.

El conocimiento popular de que en el Johns Hopkins se estaban efectuando “las operaciones transexuales” atrajo poderosamente la atención de los médicos y otros profesionales que hasta entonces consideraban la condición humana de la transexualidad como algo extraño e indigno de revisión científica.

Harry Benjamin vio considerablemente aumentada su agenda de pacientes transexuales y entonces, previa valoración, envió a muchos de ellos con otros profesionales, como el Dr. Georges Burou, francés residente en Marruecos, quien fue un verdadero innovador de las técnicas quirúrgicas, y a un excelente cirujano mexicano que luego se mencionará.

Como era de esperarse, el conservadurismo norteamericano de la derecha no se quedó cruzado de brazos; desde 1952 algunos grupos religiosos, motivados por la publicidad alcanzada por el caso Jorgensen, habían hecho una intensa presión sobre los servicios de salud de EUA para cancelar este tipo de intervencio-

nes. Resultado: se tomaron resoluciones que prohibieron estos procedimientos, con la negativa a tratamiento hormonal o quirúrgico de personas TSX. Las razones aducidas no eran de atención a la salud, sino de prejuicios moralistas y religiosos. Por otro lado, la gran ignorancia de una parte del personal de salud de la década de 1960 en EUA conducía a la creencia de que las personas transexuales eran psicóticas, por lo que algunas de ellas fueron ingresadas en instituciones psiquiátricas para recibir procedimientos “curativos” como terapias conductistas de aversión, fármacos y electrochoques.

Son famosos los casos de Bambi y Lynn Conway, mujeres TSX reasignadas integralmente que también han contribuido de manera importante al mejor conocimiento de la temática transexual.

Otro caso célebre de personas transexuales que efectuaron el proceso de reasignación integral es el de Jean Morris, británica que antes de su proceso había sido el escritor y periodista James Morris, que como varón realizó hazañas deportivas, como escalar el Everest, y publicó un libro y varios artículos sobre la cuestión transexual.

También cobró fama universal el Dr. Richard Raskind, oftalmólogo y tenista amateur, que después de la cirugía y en la vida social se llamó Renée Richards, cuya interesantísima vida fue protagonizada en el cine por la actriz Vanessa Redgrave en un filme llamado absurdamente en español “Tres sexos”, pero cuyo título debió haber sido “Segundo saque”.

En 1976, cuando Renée ya había sido sujeto de administración sistemática de hormonas y se le había realizado la CRS (cirugía de reasignación sexual), que incluía la modificación de sus órganos pélvicos (ya femeninos), quiso entrar como participante en una competencia de tenis exclusiva para mujeres. Las demás competidoras protestaron, pero Renée reivindicó su condición de mujer. Su alegato consistía en que su desempeño social era femenino, su psicología también y ya estaba operada; es decir, sus órganos sexuales y su cuerpo en general correspondían a una representante del género femenino. La contraparte aducía que Richards tendría ventaja en el torneo tenístico, puesto que su estructura genética, la conformación de sus huesos y la fortaleza muscular le daban mayores oportunidades de vencer y que esto era injusto. Pese a la realización de exámenes que acreditaron su sexo genético, ella objetó que ése no debería ser el criterio de valoración, dado que su vivencia era eminentemente femenina, y este hecho era lo de verdad importante en su circunstancia del momento y por su identidad de género.

La aplicación de dichas pruebas, como la realización de un frotis de la mucosa oral para determinar el sexo a nivel cromosómico, podría en rigor revelar alteraciones en todo tipo de atletas, mujeres y hombres, habida cuenta que existe la posibilidad de alteraciones genéticas y cromosómicas en la población general. En la práctica deportiva es una polémica que continúa, pese a que el Comité Olímpico ya “dio de baja” esos procedimientos.

Otro hito científico de suma importancia fue la publicación, en 1969, del libro *Transexualidad y reasignación de sexo*, de John Money y Richard Green, considerado por muchos la primera publicación verdaderamente científica sobre el tema.

En cuestiones de nomenclatura, Norman Fisk propuso en 1973 el término *síndrome de disforia de género* por considerarlo más descriptivo, en atención a que muchos consultantes que solicitan el cambio quirúrgico de sexo no encajan en la definición clásica de transexualidad y no necesariamente reúnen todas las características propuestas por Harry Benjamin.

Otro transexólogo importante, John K. Meyer, ha sugerido que se utilice la palabra “transexual” en un sentido general para describir a cualquier persona a la que se le haya efectuado la cirugía “de cambio de sexo”; en cambio, propone el término “eonista” para la persona que corresponda a las características descritas por Benjamin.

En años más recientes se han establecido diversos centros para el manejo integral de la persona transexual, entre ellos el de la Universidad de Stanford y el de la de Minnesota, *The Janus Information Facility* en San Francisco, California, el Programa de Reasignación de Género del Hospital Johns Hopkins en Baltimore (que había sido fundador en este campo) y la antigua Asociación Internacional Harry Benjamin, hoy conocida como *World Professional Association for Transgender Health* (Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénerica y Transexual), colectivo de profesionales que propone las normas de cuidado o criterios de tratamiento mínimo para lo que denominan trastornos de la identidad de género (TIG).

Hay importantes centros de atención quirúrgica especializada en personas TSX en los países nórdicos, así como en Holanda, Tailandia, Inglaterra, Suiza, Canadá, Alemania, EUA y otros países. Cada vez más se amplían las posibilidades de atención sexológica, psicoterapéutica y quirúrgica para las personas TSX en las grandes ciudades del mundo, incluidas las ciudades de México, São Paulo, Madrid y La Habana, entre muchas otras.

México

Anecdóticamente se mencionará que, según diversos testimonios orales y una publicación privada inédita, la primera intervención de reasignación quirúrgica efectuada en México la hizo a una mujer TSX el finado Dr. Mario González Ulloa, cirujano plástico y reconstructivo, entre 1953 y 1955.

El cirujano estético y reconstructivo José de Jesús Barbosa, también mexicano, recibió y operó a numerosas personas transexuales que le habían sido enviadas para ese propósito por Harry Benjamin. Entre mediados de la década de 1960

y 1973, el Dr. Barbosa (quien, por cierto, intervino quirúrgicamente a la ya referida Lynn Conway y ha sido calificado como “el más destacado de los cirujanos de su tiempo, en su especialidad”) había efectuado por entonces más de 300 cirugías de reasignación sexual o CRS.

En el medio mexicano brindan servicios profesionales para la reasignación integral de las personas transexuales instituciones como Caleidoscopía (Espacio de Cultura, Terapia y Salud Sexual), la Asociación Mexicana para la Salud Sexual, Profesionistas en Psicoterapia Sexual Integral, el Instituto Mexicano de Sexología, la Fundación Mexicana de Estudios Interdisciplinarios en Salud Integral, el Grupo Interdisciplinario de Sexología y otros más.

Instituciones públicas, como el área de salud mental de la Facultad de Medicina de la UNAM y el Instituto Nacional de Psiquiatría, han abierto al público sendas clínicas de identidad de género.

Algunos de los sexólogos y sexólogas mexicanos que han acumulado experiencia en la atención integral de personas transexuales son: Selma González Serratos, Eusebio Rubio Auriolles, Alma Aldana García, Francisco Delfín Lara, Andrés Castuera Ibarra, Irma Oralia Garcidueñas, Juan Luis Álvarez Gayou, Iván Arango de Montis, Monserrat Gamboa Méndez, Marina García Bravo, José Luis Suárez Gallardo, María Isabel Saro, Gabriela González Hernández, Misael Rojas Salinas, Karla Barrios Rodríguez, Sara Delgado García, Rosalba Arenas Raygoza, Mariana González Hinojos, María Antonieta García Ramos y David Barrios Martínez, entre otros.

La cultura popular y la cinematografía han sido pródigas en los temas de transexualidad y transgeneridad, lo cual ha contribuido a la socialización del tema más allá de los ámbitos clínicos o académicos. Destacan al respecto películas como “Tres sexos”, “Mi vida en rosa”, “Los muchachos no lloran”, “Transamérica”, “Mi deseo en tu piel”, “Tiresias”, “XXY” y algunas más. El documental experimental mexicano “Ahora me toca a mí” ha tenido mucha utilidad didáctica y de concientización en torno al tema.

Evolución del conocimiento sobre identidad de género y condición TSX

J. K. Meyer opina que la identidad de género es una especie de amalgama de las variadas influencias que determinan el concebirse hombre o mujer. Se trata de una dimensión psicológica completamente distinta al rol de género, a la orientación sexual y al género *per se*, que corresponde a una construcción social y cultural. En la gran mayoría de los casos esta identidad de género coincide con el sexo; sin embargo, en las personas transexuales no ocurre así y existe la discordancia ya comentada.

A la pregunta ¿por qué hay personas transexuales?, las respuestas que brinda la ciencia hasta hoy han sido insuficientes: en las personas con extrema disforia de género no se han encontrado evidencias de anomalías cromosómicas, alteraciones anatómicas o fisiológicas o de los patrones hormonales. También se han considerado como factores explicativos de la transexualidad tanto la influencia de las hormonas sexuales en la etapa previa al nacimiento como los influjos psicológicos y sociales posteriores al mismo. Es decir, la identidad de género, cuando menos en las personas transexuales, **es relativamente independiente de las experiencias de aprendizaje y crianza**, tal como lo afirma Simon LeVay.

Tan válida es esta opinión que en las historias clínicas de personas transexuales se encuentra como dato común que un niño biológico es educado y tratado como varón y una niña biológica es tratada y educada como mujer, y ambos desarrollan disforia de género y condición TSX, sin que existan modos atípicos de crianza y aprendizaje en su vida.

Aunque algunos análisis de familias de personas transexuales han mostrado lo que sus autores llaman “excesivo acercamiento físico con la madre” y “un padre ausente”, o la consabida y casi estandarizada explicación del complejo de Edipo mal resuelto, estos datos no son consistentes, por ser interpretativos, parciales, no contrastados con la población general e incompletos, ya que sólo explicarían la situación de los varones biológicos con disforia de género, es decir, las mujeres transexuales.

No se argumenta en esa teoría qué sucede con los hombres transexuales, mujeres biológicas cuya identidad de género es masculina.

Como se menciona en otra parte de este libro, John Money efectuó amplios estudios de la identidad de género en personas transexuales y llegó a la conclusión de que existe un periodo crítico durante el cual se establece el “núcleo genérico” o identidad genérica esencial, antes del tercer año de vida, **después del cual la identidad se desarrolla, pero no cambia**.

El propio Money consideró inicialmente que esa identificación es básicamente producto del aprendizaje y que corresponde a la misma etapa en la que se desarrolla el lenguaje.

J. K. Meyer cree que la identidad de género es determinada por las experiencias intrafamiliares cotidianas, dentro de la amalgama ya mencionada. Pero afirma: “en la mayoría de los individuos las variables son consistentes y no existen problemas con la identidad de género”.

El sexólogo Richard Green planteó en su momento que los adultos transexuales suelen decir que de pequeños eligen en sus juegos los artículos y vestimenta contrarios a lo que se esperaría según su sexo. Esta elección no es una etapa transitoria como la que presentan generalmente los niños y niñas; es más bien una necesidad permanente, en la que cualquier esfuerzo de los padres o maestros por modificar su conducta está condenado al fracaso. En otras palabras: las conductas

de rol de género cruzado en las actividades lúdicas de la infancia pueden ser predictivas de transexualidad.

Robert Stoller y N. Guze, basándose en observaciones y especulaciones psicoanalíticas, elaboraron la hipótesis acerca de los papeles que tienen mamá y papá en el origen de la transexualidad. Dicen que madres dominantes y padres débiles o ausentes, junto con el miedo a la castración y una serie de actitudes paternas, pueden condicionar o propiciar la transexualidad. No hay evidencia científica al respecto. Sin embargo, si las ideas de Stoller y Guze fuesen ciertas:

- ¿Por qué la prevalencia de la condición transexual no es mucho mayor si ese esquema familiar es tan frecuente en muchos hogares mexicanos y otros sitios del mundo?
- ¿Por qué hay personas transexuales con otros esquemas familiares inversos o muy distintos al descrito?
- ¿Por qué existen las personas transexuales que fueron abandonadas al nacer o vivieron en la orfandad?

En otro capítulo de este libro se mencionan las posturas de la influencia hormonal en la diferenciación sexual cerebral y las posibles atipicidades que darían lugar a la condición TSX. Si bien algunos científicos en distintos lugares del mundo consideran definitiva esta causa en la condición transexual (influencia hormonal alterada en la diferenciación cerebral fetal, proceso que acontece más tardíamente que la de los órganos sexuales durante la vida intrauterina), lo cierto es que todavía hay mucho que dilucidar al respecto.

Lo que parece ser incontrovertible es que, una vez que la identidad de género se establece (lo cual ocurre en una etapa temprana de la vida), es imposible modificarla en cualquier persona. Estudios recientes indican que la identidad de género puede estar consolidada dentro del primer año de vida, aunque es necesario profundizar las investigaciones al respecto.

Por último, S. LeVay plantea la probable existencia de una representación cerebral, una especie de *microchip* de la identidad de género, independiente de cuál sea el sexo y cuáles las inducciones sociales a un determinado rol de género. Esta apreciación, de confirmarse, reduciría la importancia de cualquier experiencia de vida ulterior al nacimiento.

Ellas y ellos cuentan su historia. II. Oralía y Ariel

ORALIA

Ahora regreso, después de seis años, con el objetivo de cambiar radicalmente mi vida. Vengo de una familia tradicional que rechaza las cosas que se salen de lo normal. Para mí fue angustiante el sentirme femenina desde muy chiquita, a pesar de que podía entender que mi cuerpo y mi vestimenta no checaban. Desde antes de ir a la Primaria lo sabía, pero era difícil entenderlo muy bien y menos podía expresarme ante mi familia. Me sentía muy mal al usar vestimenta de niño y el cabello cortito; sin embargo, mitigaba mi pena el hecho de que el ambiente de la escuela era muy padre. No me puedo quejar.

Soy hija de padres divorciados, pues ellos se separaron poco después de que yo nací. Tengo cuatro hermanas con las que siempre jugaba, así que mi familia estaba compuesta por puras mujeres. Fue mucho después que conocí y empecé a tratar a mi papá; esto sucedió hasta los 15 años, cuando ya estaba en Prepa. Pero bueno, eso pasó mucho después. Mal que bien, pude pasar la Primaria.

Entré a la Secundaria y fue cuando empezaron los problemas, porque no sabía exactamente quién era yo: me gustaban los chicos pero no me sentía ni chavo homosexual ni totalmente mujer. Empecé a andar con un chico, pero como si fuéramos dos hombres, lo cual me hacía sentir mal; cada vez tenía más la sensación de ser una chava. A pesar de todo anduvimos como novios durante dos años; ese chavo fue quien me llevó al ambiente gay, pero ni las discos ni los bares ni el medio homosexual fueron de mi agrado, pues yo intuía que eso no era lo mío.

En Prepa me comportaba normal; curiosamente había chicas *hetero* que andaban detrás de mí, como que les gustaba de hombre. Aunque me vestía normal, como chico, usaba el pelo largo. Tuve un novio fuera de la escuela, pero aunque yo le gustaba, él a mí no, pues era muy afeminado; de hecho, a mí me gustan los hombres viriles y heterosexuales. Empecé a tener relaciones sexuales como a los 15 o 16 años con varios chicos, bien pero sin mucho chiste. Creo que algunos de ellos eran heterosexuales y otros no. Mis amaneramientos nunca han sido exagerados como los que tienen los chavos gay. Ingresé a la carrera de Psicología actuando como niño, pero mi disgusto empezó a aumentar porque estaba jugando un papel que ya no quería.

Hubo cosas desconcertantes en ese tiempo, porque había gente que me confundía con una mujer, lo cual me agradaba. Pero por otro lado me sentía incongruente por mi vestimenta de hombre. Aparte, tanto las amigas de mi mamá como algunos conocidos de la casa me criticaban por mi modo de hablar y de moverme. Yo me reprimía para no dar de qué hablar y evitarles molestias a mi mamá y a mis hermanas.

Por entonces, cuando cumplí un año de estar en la facultad, se me vinieron todos los problemas más graves: mi mamá falleció, hubo dificultades con mis hermanas y conocí a un muchacho que me ofreció irme con él, así que me salí de la casa. Tomé esa decisión porque el chico me gustaba y yo estaba desolada por la muerte de mi mamá, sin tener un papá real y con una gran confusión, pero ya decidiéndome a vivir totalmente como mujer. Con esa pareja, que era un hombre gay, duré como un año; él tenía un trabajo en provincia, pero nos cambiábamos continuamente de ciudad.

El desastre vino cuando le anuncié mi deseo de vivir como mujer, empecé a vestir femenina y él se disgustó terriblemente. Me regresé sola al D. F. y entonces me enfrenté a otro problema: como ya vivía como mujer de tiempo completo, con ropa, arreglo y todo lo demás de chava, no podía conseguir trabajo, puesto que mis documentos de Secundaria y Prepa no correspondían.

Después de varios meses y ya desesperada por la falta de dinero, pensé en ejercer la prostitución, pues alguien me había dicho que ahí había buen dinero. No tengo nada contra ese trabajo, pero la verdad es que nunca me atreví. Tuve un golpe de suerte porque conocí casualmente a tres amigos gays que se visten de mujer, son estilistas travestis que me invitaron al estado de Hidalgo a trabajar en su negocio. Aprendí tan bien el oficio que hasta superé a los maestros.

Pasados dos años regresé al D. F. Había trabajado mucho, guardé un buen dinero de mis ahorros y entonces acudí con ustedes hace poco más de ocho años. Inicié así una atención profesional en la que pude conocerme más, entrené muchas habilidades sociales que no tenía, empecé la hormonación supervisada, hice lo que llaman pruebas de vida real y decidí hacerme algunas cirugías de feminización en la nariz, pulimento de la manzana de Adán y de parte de la frente. No hubo

necesidad de operarme las *bubbies* ni las nalgas, pues gracias a Dios bastó con las hormonas para moldear mi cuerpo. Aunque tenía decidida la operación de la vagina y las pruebas de realidad ya estaban cumplidas, se presentaron varios problemas que me lo impidieron en ese entonces: ya tenía mi propio negocio y tuve que invertir en él una buena cantidad de dinero, se me presentaron varias crisis económicas y aumentaron mis deudas. Cuando acudí con el cirujano reconstructivo llevando el documento de protocolo de ustedes los sexólogos, el precio estaba fuera de mis posibilidades. Tuve que posponer la operación.

Me siento muy satisfecha con mi estilo de vida, a pesar de las broncas económicas. He vuelto a ahorrar para retomar el proceso donde se quedó. Desde hace un año estoy saliendo con un hombre culto, heterosexual, quien está enterado de todo acerca de mí y me acepta como soy. Tenemos buena comunicación. Él es un buen amante, experimentado y cariñoso. De hecho, quiere que vivamos juntos, pero yo lo quiero posponer un poquito hasta después de la operación.

Sigo en terapia, conociendo más de mí y elevando mi autoestima. Hace poco les comuniqué a mis hermanas y a mis sobrinos que ahora sí me voy a operar lo que me falta. Sí me apoyan, pero me manifestaron sus dudas sobre la seguridad, la anestesia y las posibles complicaciones. De todas maneras, estoy segura de lo que quiero y lo voy a lograr. Claro está que estoy consciente de que cualquier cirugía tiene sus riesgos, pero no me importa. Siempre he sido mujer, sólo que ahora seré una mujer más completa.

ARIEL

Actualmente tengo 26 años y mi vida está dando giros positivos, pero en el pasado tuve momentos tristes, de enojo y mucha angustia. Soy un hombre transexual y, como dice la frase tan repetida: *he estado en un cuerpo que no me corresponde*. Especialmente he odiado la maldita menstruación y el crecimiento de mis senos, los cuales oculto todo el tiempo; he llegado a perder mis vacaciones para que no se me noten cuando estoy en la playa. Me coloco vendajes muy tensos y uso camisas y playeras holgadas para que no se me vean. Siempre procuro usar suéter o chamarra para que nadie note nada. Aunque no me interesa tener pene y utilizarlo en mis relaciones sexuales, sí me agrada colocarme una concha bajo el calzón para que se me vea abultado al usar jeans.

Como te decía, pasé tiempos difíciles mientras estuve en Primaria, Secundaria y Bachillerato, pero nada comparable con mi amarga experiencia en una escuela de bachillerato técnico en la que al principio me sentí tranquilo y luego fue catastrófico. Fue bien curioso: aunque yo estaba matriculado con mi nombre legal de chava, pasaba inadvertido y nadie me veía como mujer, pues yo uso ropa de hom-

bre y mi físico se ha prestado a pasar como tal. Cuando pasaban lista sólo mencionaban el apellido, así que para mis compañeros siempre fui un chavo, lo cual me daba mucho gusto. Me enamoré perdidamente de Sharon, una compañera que ha sido el amor de mi vida.

Todo era *chido*, porque a diferencia de mis experiencias anteriores, ya no hubo burlas ni agresiones de la gente que me rodeaba. Lógicamente, pude empezar un noviazgo con ella porque nos gustábamos y ella no sabía mi realidad biológica, o sea, del cuerpo que tengo. Y entonces pasó lo terrible, lo peor que me ha sucedido: una maestra y una trabajadora social descubrieron mi secreto, cosa que sospechaban y luego investigaron las muy cabronas. Les preguntaron a otros profesores y con esa información le revelaron mi secreto a mi novia. Sin que les importara nada llamaron a Sharon y a sus padres y les dijeron que yo la engañaba porque en realidad era mujer. Su infamia no quedó allí: se comunicaron a mi casa y se quejaron de mí, amenazando a mis padres con denunciarme y correrme de la escuela. No sólo Sharon me dejó, sino que se decepcionó mucho de mí. Aunque me habían dado la oportunidad de quedarme en la escuela, ya no era posible porque fui exhibido públicamente y algunos compañeros de otros grupos empezaron a agredirme verbalmente. Además hubo insultos de algunas autoridades, la profesora metiche y la trabajadora social.

Una sorpresa agradable fue que mis amigos y amigas no sólo me apoyaron, sino que siguieron dándome ánimos cuando me salí definitivamente. Esa experiencia marcó mi vida para siempre.

A pesar de que fue horrible y vergonzoso, me sirvió para entender mejor mi situación transexual, que no soy ni una mujer lesbiana ni otra cosa. Eso me tranquiliza. Más adelante empecé a conocer por Internet a mucha gente del medio transexual. Tengo amigos y amigas, he empezado a venir para recibir atención profesional y me emociona la idea de iniciar un tratamiento que me lleve a las hormonas y más adelante a quitarme los senos... *ésos* no son míos.

Mi vida personal empieza a ser buena y, aunque tengo un montón de apuros económicos, más o menos ahí la llevo. Yo me muevo siempre con la gente como hombre, soy totalmente masculino desde hace mucho tiempo. Quiero vivir así e integrarme cada vez más a la sociedad, pues después de algunas experiencias feas me había aislado bastante.

La transexualidad patologizada

LAS FALACIAS, LA TRANSFOBIA

La atribución de enfermedad mental o perversión *per se* que se hace a la transexualidad conduce no sólo a discriminación y rechazo transfóbico, sino también a la generación de infinidad de falacias en torno a esta condición. Ello acentúa el estigma. Es frecuente escuchar en el medio mexicano, con independencia de la situación cultural y socioeconómica del emisor, frases como: “Ésas son excen- tricidades de los *putos*”, “Son una *bola de degenerados*”, “Se necesita estar loco para quererse operar... parecen operados, pero del cerebro”, “Son así porque Dios los ha castigado”, “Sólo un pendejo se hace *la operación jarocho: te quitan el pito y te ponen panocha...*” y más.

Un destacado miembro de la jerarquía católica mexicana, el ciudadano Norberto Rivera Carrera, ha externado opiniones que aun dogmáticas serían respetables si no se hicieran eco de las falacias y la transfobia. Tanto en declaraciones al diario *Milenio* (12 de febrero de 2008) como en su libro *El árbol de la vida*, el cardenal Rivera da una muestra de su “caritativa” forma de discriminar. La cabeza de la nota del periódico dice: “La iglesia católica rechaza la cirugía de cambio de sexo, no es la solución para los problemas psicológicos, sino la continuación de los mismos.”

La nota, firmada por Eugenia Jiménez, apunta que el padre Norberto exhorta a los transexuales a aceptar su sexualidad y someterse a psicoterapias, y agrega: “*Hay que darles todo el apoyo y no crearles ulteriores sufrimientos ni falsas ilusiones.*” Comenta que la Iglesia se mantiene a la expectativa porque reconoce que

podría ser vulnerable si alguna pareja de transexuales engaña a algún cura con una fe de bautizo falsa para contraer nupcias.

En su libro toca el tema, afirmando que “*en la ambigüedad sexual [se refiere a los estados intersexuales] no hay problema ético con la cirugía, que en ellos se realice el acto conyugal con el otro sexo y que, cuando sea posible, se logre la fertilidad.*” Continúa: “*en el verdadero transexual hay dificultades éticas graves, porque muchos defienden esas operaciones bajo los argumentos de que la situación psicológica es irreversible y no queda otra opción que la corrección física; [lo deseable es]... la búsqueda de la armonía de la persona y la reivindicación en materia de sexo, esto último es lo que predomina en la opinión pública.*” Para el sacerdote Rivera “*estos argumentos tienen puntos muy débiles y no sirven para garantizar la justificación [sic] de las operaciones quirúrgicas*”. Pero prosigue: “*los conceptos de sexualidad masculina y femenina no se pueden reducir a los mecanismos psíquicos ni a estereotipos culturales. La solución no se encuentra en suprimir lo que es difícil de armonizar, sino en corregir lo desviado, cuando esto sea posible. Y remata: “la Iglesia no rechaza a los transexuales, pues comprende su sufrimiento, pero sabe que deben ser ayudados a la integración de su ser en la aceptación de su sexualidad”.*

Luego de conocer sus opiniones no podemos menos que lamentar la desinformación (¿o mala fe?) del prelado. Detengámonos a revisar sus puntos de vista:

- a. El cardenal exhibe su profunda ignorancia sobre el tema. No sabe o finge no saber las aportaciones científicas sobre identidad de género y transexualidad. Desconoce, p. ej., que los procesos de psicoterapia no son para revertir la identidad de género, sino para favorecer emocionalmente la transición hacia la concordancia del sexo (que sí tiene elementos modificables) con la identidad de género, siendo ésta inamovible.
- b. Atribuye a las personas TSX gratuitamente y en forma por demás injusta una intención malévola: engañar a un inocente párroco para obtener alguna ventaja, como según Rivera sería efectuar una boda entre dos personas transexuales. La motivación de tal acto sería realizar un matrimonio entre personas que, si ya están reasignadas quirúrgicamente, carecen de la función reproductiva... y esto parece no soportarlo Norberto. Supone el ciudadano Rivera que si una cirugía de reasignación para personas con algún estado intersexual tuviera éxito, sería con el objetivo de tener hijos y no para su bienestar físico y emocional.
- c. Acusa de “desviaciones” a las personas TSX, sin esgrimir argumento alguno. Ni un psiquiatra del siglo antepasado haría afirmaciones tan temerarias.
- d. Asegura que la asociación religiosa a la que pertenece ve con compasión a las personas TSX, pero que deben aguantarse, es decir, proseguir con la discordancia sexogenérica y el malestar emocional consecutivo en una cultura

en la que en algunas personas sigue existiendo intolerancia, falta de respeto... y ningún atisbo de solidaridad cristiana.

Michael Carrera, quien fue presidente del Consejo de Información y Educación Sexual de EUA y de la Asociación Americana de Educadores, Consejeros y Terapeutas Sexuales, enlistó en 1982 algunas de las falacias que todavía en la actualidad se repiten con frecuencia en torno a la condición transexual:

1. “Se puede distinguir a un transexual a un kilómetro de distancia. Su aspecto lo delata.”
2. “Los TSX no disfrutan de las relaciones sexuales.”
3. “La transexualidad se debe a que los hombres fueron vestidos de niña durante la infancia.”
4. “Los transexuales normalmente se arrepienten de haberse operado.”
5. “En realidad los transexuales son homosexuales que buscan tener más relaciones”.
6. “Los TSX biológicamente masculinos tienen una apariencia delicada, débil.”
7. “Los TSX biológicamente femeninos carecen de pechos y tienen los hombros anchos.”

(Ahora entendemos de dónde recaba su información Norberto Rivera.)

¿BUSCANDO QUÉ DE LA IDENTIDAD GENÉRICA?

Citamos a Simon LeVay (1993): *Los transexuales son individuos que creen realmente pertenecer al sexo opuesto [sic] del que indican sus genitales. Aunque existe una considerable diversidad entre los transexuales, hay un grupo central que se caracteriza por un conjunto coherente de características.*

En la infancia son fuertemente anticonformistas con su género. De adultos, sus personalidades son altamente atípicas de su sexo, según el criterio de toda una variedad de tests psicológicos. El hombre biológico que pertenece a ese grupo central tiene aversión a su propio pene, especialmente al uso del pene en la actividad sexual. Desea vivir y ser tratado como una mujer. Se siente sexualmente atraído por los hombres heterosexuales. Busca y muchas veces se somete a tratamientos hormonales y cirugía reconstructiva para convertir todo su cuerpo en el de una mujer, en la medida de lo posible. No da indicios de perturbaciones psicológicas generalizadas. La mujer biológica que pertenece a ese grupo central exhibe estos rasgos a la inversa.

Aparte de este grupo, que forma una fracción considerable de las personas que solicitan ser operadas para cambiar de sexo, hay otros hombres y

mujeres transexuales que no muestran estas características. Algunos de hecho obtienen placer sexual usando sus genitales. Otros se sienten sexualmente atraídos por individuos del sexo opuesto [sic]. Otros sí muestran indicios de perturbación psicológica. Otros más parecen estar en situación intermedia entre transexual y travestido [sic].

Hasta el momento, la búsqueda de señales biológicas en los hombres y mujeres transexuales no ha sido concluyente. No se han descubierto estructuras cerebrales sexualmente atípicas en los transexuales y, aunque se ha hablado de una serie de señales endocrinológicas sexualmente atípicas (como mayores niveles de testosterona en las mujeres biológicas y una atípica respuesta de la hormona luteinizante a los estrógenos en los hombres biológicos), la mayoría de estas conclusiones han sido rebatidas por otros estudios. No existe tampoco, de momento, ninguna evidencia sustancial a favor de un componente genético en la transexualidad.

No obstante la ausencia de estas señales, la existencia misma de la transexualidad apoya fuertemente, en mi opinión, la idea de que la identidad de género no está necesariamente determinada por las experiencias de la vida. La mayoría de los transexuales “centrales” simplemente no tienen historias de experiencias, relaciones o enfermedades traumatizantes que pudieran explicar de algún modo un alejamiento tan radical de lo convencional. Los transexuales no parecen estar mentalmente enfermos. Hay un abismo de diferencias entre un hombre que insiste en que es una mujer y el que insiste en que es Jesucristo reencarnado: éste delata su locura en cada frase que pronuncia, mientras que el anterior está tan evidentemente cuerdo que consigue muchas veces convencer al cirujano de que le extirpe el pene.

Pese a que la anterior cita contiene algunas apreciaciones erróneas y fuera de tono, las ideas de este investigador del Instituto Tecnológico de Massachusetts son útiles para destacar: primero, que no hay ninguna razón de peso para considerar patológica la condición transexual; segundo, se desprende que no hay voluntariedad en la presencia de la condición TSX; simplemente ésta se presenta sin elección y muy tempranamente en la vida de las personas, y hasta el momento actual no se conoce su etiología (causa). No obstante, ha habido un interés persistente por una parte de la comunidad científica mundial por encontrar dicha causa, y las preguntas pertinentes son: ¿para qué?; ¿será mera curiosidad científica, con propósitos de empatía o con un mero afán *patologizante*?

LAS APROXIMACIONES NEUROBIOLÓGICAS

Se han realizado muy variadas investigaciones sobre la transexualidad, o condición TSX, partiendo de la base de que la no concordancia entre el sexo y la identi-

dad de género debiera tener un origen físico. No obstante, en esas investigaciones no se han podido hallar factores anómalos en la diferenciación sexual del organismo, en los patrones de los cromosomas, en los órganos sexuales internos pélvicos, en los externos pélvicos ni en los niveles hormonales. Empero, es necesario admitir que la convicción de pertenencia al otro sexo/género que manifiesta la persona TSX ofrece tentadores retos para buscar el origen cerebral de dicha discordancia. Esto se fundamenta en el hecho bien documentado científicamente de que los patrones de comportamiento de los seres humanos dependen de distintas zonas cerebrales. Así, un presupuesto serio al respecto tendría que considerar que la identidad de género y la orientación sexual de las personas poseen una base orgánica que se asienta en el cerebro; cabe suponer que identidad y orientación son el resultado de un conjunto de diferencias estructurales que son integradas en el sistema nervioso central y, con ello, los distintos funcionamientos de los cerebros masculino y femenino serían el resultado de la influencia de las hormonas sexuales que antes del nacimiento “bañan” el cerebro para producir dicha diferenciación.

Así, p. ej., hay estudios como el de J. N. Zhou (1995), quien con su equipo de investigadores del Instituto Holandés de Investigación Cerebral, en Amsterdam, ha buscado la posible causa orgánica de la transexualidad siguiendo una hipótesis neuroendocrina. Este *team* científico realizó observaciones acerca de que la persona transexual que es varón biológico presenta una estructura cerebral “femenina” en la zona de la estría terminal. Este autor postula que la identidad de género, desarrollada de manera “inversa”, es el resultado de la intervención de las hormonas sexuales en el desarrollo cerebral.

El investigador lo explica: esa estructura, la estría terminal cerebral, es básica para el comportamiento sexual porque es un centro nervioso de fundamental importancia que tiene receptores para estrógenos y andrógenos, al mismo tiempo que mantiene conexiones con la amígdala cerebral y con el núcleo preóptico del hipotálamo, elemento importante este último para las funciones diferenciadas de los cerebros masculino y femenino.

La conclusión parcial que se desprende de estos hallazgos de investigación es que la estructura cerebral de las mujeres transexuales (varones biológicos) es de tipo femenino; en otras palabras, se podría establecer que la transexualidad es una alteración biológica.

En su estudio, realizado con seis personas probablemente transexuales que habían efectuado la transición de hombre a mujer (mujeres TSX), se examinó el núcleo basal de la estría terminal (NBET) y se pudo demostrar que el volumen de ese núcleo era menor en individuos transexuales que, siendo varones biológicos originalmente, eran, subjetivamente, desde su identidad genérica, mujeres. El volumen del NBET era más pequeño en individuos transexuales que efectúan la transición de varón biológico a mujer, con sólo 52% del volumen que tenían los varones “control”. Veamos: el volumen del NBET era de 1.73 mm³ en muje-

res heterosexuales, de 2.81 mm³ en hombres heterosexuales y homosexuales y de 1.30 mm³ en mujeres transexuales (que habían sido hombres biológicos).

No había diferencia significativa del volumen del NBET en las personas transexuales estudiadas y el que se midió en mujeres biológicas.

La diferencia del volumen del citado NBET no era significativa al compararla con el volumen medio de las mujeres; en contraste, el volumen del NBET, según datos de las mediciones previas, era mayor en los hombres heterosexuales y homosexuales. Por cierto, se pudo observar que el volumen de ese núcleo basal en hombres heterosexuales era 44% mayor que el de las mujeres heterosexuales. El volumen del NBET en hombres heterosexuales y homosexuales no difiere estadísticamente, pero es 62% mayor en hombres homosexuales que en mujeres heterosexuales.

Sin embargo, en la investigación de Zhou y col. (entre quienes estaba el conoedor y experimentado Louis J. G. Gooren) hay evidentes objeciones que realizar sobre la metodología que dificultan las generalizaciones y el poder otorgarles valor fáctico y estadístico a sus hallazgos:

- Los estudios y mediciones de tejidos y órganos fueron *post mortem*, es decir, en cadáveres. No eran personas vivas, en las que se hubiera podido hacer mediciones a través de tomografía, resonancia magnética y otros recursos de imagenología.
- Los datos fueron recabados a lo largo de 11 años, con comparaciones de estudios previos realizados años antes. P. ej., la determinación de los volúmenes de NBET en hombres supuestamente heterosexuales y homosexuales había sido efectuada cinco años antes.
- No se sabe con precisión si los individuos estudiados y los del grupo *control* eran realmente heterosexuales, homosexuales o bisexuales, o si más bien su práctica sexual era heteroerótica u homoerótica (no es lo mismo la atracción afectiva u erótica hacia las personas que *con quién* se tienen relaciones sexuales. No necesariamente coinciden ambas cosas).
- Pese a que es irrefutable la importancia de la hormonación prenatal del cerebro para que se produzca su diferenciación, es factible que los cerebros de los cadáveres de las personas estudiadas hubieran sufrido alteraciones en su estado original por la hormonación recibida a lo largo de meses o años, las tinciones y tratamientos de anatomía patológica y la presencia de diferentes afecciones (p. ej., en algunos de ellos hubo síndrome de inmunodeficiencia adquirida) u otras modificaciones anatómicas del sistema nervioso.
- Además, las personas estudiadas habían sido orquiectomizadas, es decir, se les habían extirpado los testículos. Sin embargo, el equipo de investigadores se empeña en insistir a lo largo de su publicación en que los factores citados no tienen influencia alguna, sino que las diferencias de volumen del

NBET corresponden a influjos hormonales prenatales y no a modificaciones sufridas durante la vida adulta o en estado *post mortem*.

- De manera arbitraria se mezclan en este estudio categorías disímbolas e independientes, como identidad de género y orientación sexual o eróticoafectiva.
- Para un universo tan amplio la muestra es escasa: en Holanda se ha hecho el cálculo de que hay una persona TSX por cada 11 900 varones biológicos.

Como la mayor parte de los seres humanos presentan una concordancia entre su identidad de género y su sexo, podría suponerse con cierta lógica que la identidad de género surge a partir de poseer determinados órganos sexuales y una educación reforzadora de esa biología; es decir, que la identidad de género se forma por las experiencias de vida y la crianza, así como por los modelos sociales circundantes. Sin embargo, si esto fuese así, es posible que no existieran las personas transexuales a partir de los modelos parentales y educativos que se tienen. Por otro lado, ¿existirían las personas transexuales y las transgénicas si no hubiera roles o papeles de género estereotipados?

Aquí es pertinente recordar que el **sexo** es de origen biológico e incluye aspectos diferenciales genéticos, cromosómicos, en las gónadas (ovarios y testículos), en el funcionamiento cerebral, en las hormonas sexuales, así como en la morfología externa e interna de los órganos pélvicos y en los llamados caracteres sexuales secundarios. También viene a cuento mencionar nuevamente que la **identidad de género** es la convicción personal y privada que cada individuo tiene sobre su pertenencia al sexo/género masculino o femenino. Por último, cabe señalar otra vez que el **rol o papel de género** es la expresión convencional o no de la masculinidad o femineidad de la persona en función de las expectativas normativas al respecto.

Sin estar totalmente dilucidada la génesis de la identidad de género, conviene ahora apuntar algunas de las tendencias que buscan la explicación de su origen:

- Socialización diferencial.
 - Algunos autores piensan que el género, tanto en su componente de identidad genérica como en el de papel genérico, tiene su origen en los modelos que presentan las figuras de autoridad y la amplia influencia del medio cultural en el que se vive. La socialización diferencial consiste en que las niñas y los niños son tratados y educados de modos completamente distintos, pues lo que se espera de unas y otros es totalmente opuesto.
 - De esa manera, tanto mamá y papá como otras figuras importantes son imitados por los pequeños. Una niña será alabada si copia satisfactoriamente el comportamiento y las actitudes de su mamá. Un niño recibirá elogios si replica la conducta de su papá. Entonces, por un refuerzo con-

ductista no siempre consciente, se irían consolidando la identidad y el rol genéricos.

- Evolución cognoscitiva.
 - Según Kaplan y Sydney, citados por Masters, Johnson y Kolodny (1987), las niñas y los niños no imitan el comportamiento del mundo adulto para ser gratificados, sino sencillamente para conseguir la identidad personal.
 - La propuesta de Kohlberg, igualmente citado por Masters, Johnson y Kolodny (1987), plantea que el desarrollo de la identidad de género está completamente acorde con el avance cognoscitivo y el desarrollo del pensamiento abstracto de los infantes. Éstos tienen, antes de los 5 o 6 años de edad, un concepto sencillísimo, casi objetual de lo que son los géneros, y su visión del mundo es tan llana como esquematizada.
 - Al respecto se pone el siguiente ejemplo: *De la misma forma que un niño de 3 años puede suponer que dentro del aparato de TV habitan algunos seres, puede pensar que es suficiente con que un hombre se vista de mujer para que se transforme en ella. En ocasiones, cuando una niña de esa edad declara qué le gustaría ser de grande, dice que “un papá”. Los niños y las niñas más grandes, poco antes de ingresar a la Primaria, logran captar que la condición de género es permanente y sólo en esa etapa consolidan la identidad de género. Ya que esto fue conseguido, efectúan observaciones y réplicas de las conductas, percatándose de que hay comportamientos que benefician más a uno u otro sexo.*
- Entramado biopsicosocial.
 - Esta tesis postula que la identidad de género inicial procede de una gran cantidad de interacciones entre los aspectos psicosociales y biológicos. Aquí participan todos los factores prenatales, desde la programación genética hasta la hormonación fisiológica que favorece las diferenciaciones corporal y cerebral, así como los elementos psicosociales que se configuran en las diferentes etapas del desarrollo de la persona.
 - Viéndolo globalmente, podría decirse que el entramado biopsicosocial presenta una serie de *periodos críticos*. El gran sexólogo John Money, quien mucho trabajó al respecto, afirmaba que en la construcción de la identidad de género existía también un periodo crítico específico: diversas observaciones pusieron de manifiesto el hecho de que antes de los tres años de edad los infantes suelen poseer una identidad de género fundante o nuclear, que establece las bases primitivas para lo que más adelante será la identidad de género plena o absolutamente estructurada, misma que a partir de esa etapa es inmodificable. De hecho, el planteamiento central de Money y col. estriba en que los factores prenatales y los aspectos biológicos son menos importantes que las consecuencias del aprendizaje después del nacimiento.

Y aquí es donde surge uno de los asuntos más controvertidos sobre el tema en cuestión.

Money, en colaboración con Anke Ehrhardt (1972), estableció una afirmación paradigmática en las décadas de 1960 y 1970: *llegaron a la conclusión de que la identidad de género derivaba de la crianza de los infantes de acuerdo con un determinado género, muy aparte del sexo de nacimiento*. P. ej.: si a un niño se lo criaba como niña, tendría una identidad genérica femenina; si a una niña se la criaba como niño, desarrollaría una identidad de género masculina. El equipo de investigadores encabezado por Money estudió la identidad de género en personas que habían nacido con órganos sexuales ambiguos por una circunstancia llamada *hiperplasia suprarrenal congénita*.

No obstante, el paradigma presentado cayó en cierto desprestigio, según el neurobiólogo Simon LeVay, por el hecho de que no se midieron los niveles hormonales prenatales y posnatales de las personas estudiadas. Debido a esa circunstancia, no se supo si los sujetos de estudio de uno y otro sexo habían tenido una influencia hormonal equivalente. Otra variable que pudo sesgar los resultados de la investigación fue que el género (“sexo de crianza”) fue reforzado en muchas ocasiones con la administración conveniente de hormonas, particularmente en la etapa puberal.

Pero ahí no quedó todo: Money y Ehrhardt asesoraron el tratamiento de la reasignación o “cambio de sexo” en un bebé, gemelo idéntico de otro, que por un lamentable accidente quirúrgico sufrió la destrucción del pene durante la circuncisión. Hubo que sustituir sus órganos sexuales externos masculinos por vagina y vulva. A diferencia de su hermanito, este bebé fue criado y educado como niña. A los reportes iniciales de que se desarrolló como una persona muy *femenina* en contraste con su gemelo, aparecieron otros acerca de que dicha niña siempre se comportó, genéricamente hablando, como varón.

LeVay (1993) duda de la objetividad de las pruebas presentadas, sobre todo porque trascendió que jamás hubo un proceso de adaptación al rol genérico de mujer. Sobre la identidad de género propiamente dicha no hay datos disponibles. Lo que pasó después con esta persona reasignada social, quirúrgica y hormonalmente, quien incluso escribió un libro al respecto, pertenece al terreno de los chismes y no nos interesa.

Sin menoscabo de lo antes escrito, hay que decir que el gran John Money fue uno de los sexólogos más importante de todos los tiempos, creador para la ciencia del sistema conceptual sexo/género y cuyas aportaciones, dicho sin exageración, son incalculables.

Money estuvo en México durante la celebración, en 1979, del Cuarto Congreso Mundial de Sexología. Por varios años refrendó su amistad con los profesionales de la educación y la salud sexual del país mediante varias visitas en las que nos brindó su pasión y un profundo conocimiento de la materia sexológica.



Figura 5–1. John Money y David Barrios, 1996.

Los sexólogos mexicanos no olvidaremos la sapiencia y cordialidad que John nos mostró en el Congreso Nacional de Educación Sexual y Sexología en la ciudad de Aguascalientes, en abril de 1996, ni la estrecha convivencia con la delegación mexicana en el Congreso Mundial de Sexología celebrado en Valencia, España, en 1997, por citar tan sólo dos ejemplos. El extraordinario John Money murió el 12 de julio de 2006.

Ahora volvamos al tema: como ya se ha mencionado en otra sección, Simon LeVay cree que parece haber una representación del propio sexo en el cerebro (una especie de *microchip* de la identidad de género) cuyo desarrollo es al menos parcialmente independiente de las experiencias de vida. *Esta diferencia no sería patológica, sino una variante morfológica y funcional.*

LAS TAXONOMÍAS MEDICALIZADAS

A la condición transexual se la ha patologizado, es decir, se la ha clasificado como padecimiento en nomenclaturas médicas oficiales como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés). Se considera la transexualidad como parte de los trastornos de identidad de género (TIG). Ciertas personas con

TIG pasan una frontera clínica y tienen un deseo persistente de modificar quirúrgicamente sus cuerpos.

En el DSM de 1980 se incorporó el criterio diagnóstico de transexualidad para aludir a personas que demostraron cuando menos dos años de deseo persistente de transformación de los aspectos sexuales de su cuerpo y de su rol de género. Se estableció el diagnóstico para otras personas con disforia genérica: trastorno de identidad de género de adolescencia o de adultez, tipo no transexual o trastorno misceláneo de identidad de género cuando esa condición no se encuadraba en ninguna categoría diagnóstica.

En 1994, en la versión correspondiente del DSM se sustituyó el diagnóstico de transexualidad por el de **trastorno de identidad de género (TIG)**. Dependiendo de la edad, se efectuaba el diagnóstico al encontrarse “una identificación fuerte y sólida con el género opuesto y una incomodidad continua con su sexo y con su papel de género”; los subtipos eran: trastorno de identidad de género de la niñez, la adolescencia o la adultez. Igual que en la edición anterior, se efectuaba el diagnóstico de trastorno misceláneo de la identidad de género cuando el individuo no encuadraba dentro de los criterios establecidos.

Por otro lado, la CIE-10 considera cinco diagnósticos en el TIG:

1. Transexualidad.
2. Travestismo de papeles duales.
3. Trastorno de identidad de género de la niñez.
4. Otros trastornos de la identidad de género.
5. Trastorno misceláneo de la identidad de género.

Para la condición transexual, como se revisará en otro capítulo, se establecen tres criterios básicos de diagnóstico, independientemente de las peculiaridades individuales que todo ser humano posee:

- a. El anhelo de vivir y ser aceptado como del otro sexo, generalmente asociado con el deseo de transformar el cuerpo de forma lo más parecida posible al del sexo de elección, a través de administración de hormonas y cirugía.
- b. La identidad transexual [*sic*] persistente durante por lo menos dos años.
- c. El trastorno de la transexualidad [*sic*] no representa síntoma *de otro* trastorno mental [*sic*] ni de una anomalía cromosómica.

ETIQUETAS Y ESTIGMA

Tomamos prestados del libro *En las alas del placer*, de David Barrios (Pax-México, 2005), los siguientes conceptos e ideas, pues resultan pertinentes para argu-

mentar la oposición a la patologización que con frecuencia se hace de la condición transexual:

La patologización es el etiquetamiento de determinados comportamientos como enfermizos, siguiendo de manera mecánica y reduccionista el modelo dicotómico salud–enfermedad. A menudo y tratándose sobre todo de comportamientos sexuales, esas etiquetas ideológicas se vuelven diagnósticos que simplemente, por ese medio, sirven para manifestar desaprobación, rechazo y exclusión del mundo “normal” a aquellas personas con cuya sexualidad no se está de acuerdo. Esta especie de ideologización medicalizada no exige ser profesional de la medicina, pues la patologización de los comportamientos sexuales no gratos a las normatividades convencionales y a los conservadurismos de derecha e izquierda ha permeado la cultura toda y para la formulación de esas declaraciones ideológicas convertidas en diagnósticos sólo se requiere ignorancia, prejuicios, machismo... y las fobias ya comentadas.

La patologización de la vida sexual fácilmente conduce a ubicar como desviados a los seres humanos que rebasan el marco de lo “normal”. Según Tamar Pitch, la desviación puede entenderse como una conducta discrepante con el término medio de conductas comunes, o bien como un comportamiento que transgrede las reglas normativas de acuerdo con expectativas de los sistemas sociales. Por ello, recibe calificaciones adversas de quienes componen esos sistemas.

*Ajustarse a la normatividad sexual implica adaptarse a ella en un proceso largo de aprendizajes que pudiera denominarse represión sexual. Castilla del Pino considera que la aceptación de la represión sexual implica la sumisión total al sistema, al statu quo. Este autor piensa que tal aceptación es la consecuencia lógica del deseo del individuo por ser admitido en un grupo social de referencia; así, se efectúa un peculiar trueque: la persona asume la norma que reprime su sexualidad y a cambio recibe las ventajas de pertenecer al grupo, no obstante que en su fuero íntimo o su inconsciente no concuerde con tal norma. Le quedan dos posibilidades: ocultar su “defecto”, con lo que al cancelar una parte importante de su ser desarrolla un **sacrificio del yo**, o reconocer su enfermedad o disfunción para ser atendida profesionalmente y recuperar el estado de “salud”.*

Para Erving Goffman, el estigma es aquella “situación del individuo inhabilitado para una plena aceptación social”. Supone un juicio adverso, una etiqueta negativa para quien lo recibe.

Por supuesto, la medicalización de la sexualidad y la consecuente patologización de los placeres perversos son causa común de estigma para muchas personas. El propio Goffman describe las actitudes y creencias que

comúnmente los “normales” muestran ante quienes poseen un estigma. Una lectura crítica de las ideas de este sociólogo identificaría claramente los siguientes prejuicios o nociones mitificadas:

- *Quien tiene un estigma no es totalmente humano.*
- *Quien vive el estigma necesita ser explicado, teorizado, justificado en su inferioridad o nocividad. De ahí que surjan, por ejemplo, las teorías sobre las etiologías de la homosexualidad o de las llamadas parafilias.*
- *Aquellos seres humanos con estigma son calificados con epítetos a veces distintos de su verdadero significado (por ejemplo: si alguien es motejado como degenerado, no se alude a que no tiene hijos, sino a que es un ser despreciable).*
- *Los individuos considerados desviados tienen, además, una serie amplia de defectos (por ejemplo: si es un hombre homosexual debe ser farsante, hipócrita y mentiroso) y al mismo tiempo una serie de virtudes que el “normal” desea que el “anormal” posea, pero que no corresponde necesariamente a lo que éste quiere para sí (por ejemplo: si es homosexual varón tiene que ser delicado, sensible y apto para las artes).*
- *Los diferentes o desviados poseen, en general, un modo peculiar de ser (por ejemplo: el estereotipo de que todos los hombres homosexuales son necesariamente afeminados o que todas las mujeres transgénicas y transexuales o son estilistas o trabajadoras sexuales).*
- *Los estigmatizados poseen las características que tienen por una suerte de castigo, de tal manera que intrínsecamente está justificada la forma en que se les trata.*
- *Es común que las personas estigmatizadas por su vida sexual acudan a la consultoría sexológica (información, orientación, terapia) con un profundo introyecto psicológico: “soy alguien que está enferm@ y necesito que me curen”.*
- *Tenemos así uno de los primeros, y quizá el más importante, efectos de la medicalización/patologización de la vida sexual: nada menos que la construcción en la persona estigmatizada de un autoconcepto que incluye poseer anomalía, desviación, enfermedad o perversión.*
- *La persona que se sabe sexualmente desviada desgasta mucha energía psíquica en encubrir el modo particular de vivir su sexualidad, al tiempo que para lograr ese encubrimiento cancela porciones importantes de su personalidad y experiencias compatibles con sus impulsos sexuales.*
- *El encubrimiento, la simulación, la doble vida, son hechos que a menudo se presentan y que contribuyen al sacrificio de la personalidad.*
- *A más de lo anterior, se suscitan en quienes rodean a la persona estigmatizada por su sexualidad reacciones emocionales emergentes y contra-*

dictorias, tales como miedo (por temor a la “contaminación” cuando se convive con un diferente), repulsión (porque se le atribuye a ese sujeto nocividad social), lástima (dado que el individuo tiene defectos y no es del todo humano) y, soterrada o abiertamente, deseos de que se lo excluya, se lo segregue del grupo social.

- *Una consecuencia poco atendida de la patologización sexual es la irresponsabilidad en la persona estigmatizada; de hecho, implícitamente ésta se fomenta, ya que toda su conducta es explicable a partir de la inevitabilidad e involuntariedad de sus actos: su condición humana “perversa” es una especie de sino trágico e ineluctable. Por medio de esa irresponsabilidad, la persona estigmatizada fácilmente se victimiza psicológicamente.*

Hasta aquí la cita.

Por supuesto, las personas TSX, TSG y TSV caben perfectamente en los anteriores comentarios. No en balde forman parte de *la otredad* que el convencional intolerante e irrespetuoso no quiere que exista... así perjudique los derechos humanos de quienes trascienden su estrecho concepto del *deber ser*. Intolerancia, falta de respeto e ignorancia son, nada menos, las bases de la transfobia.

Los autores compartimos la idea, apoyada por distintas evidencias clínicas y algunos estudios de la ciencia fáctica, de que la estructuración de la identidad de género podría estar determinada por factores prenatales, pero pensamos que ello no tendría que ser motivo de patologización, con todas las consecuencias estigmatizantes que implica.

Curioso, por decir lo menos, es que los anhelos de cambio para mejorar que tenga cualquier persona son vistos habitualmente como encomiables, por muy audaces y radicales que sean. Se considera proactivo e incluso heroico que los seres humanos venzan las adversidades y tengan acceso a mejores niveles de calidad de vida. No suele existir esta visión sobre las personas transexuales.

A menudo en nuestras sociedades transfóbicas se denostan, atacan y patologizan los esfuerzos y anhelos de mujeres y hombres TSX.

Ellas y ellos cuentan su historia.

III. Lizbeth y Gustavo

LIZBETH

Nací con cuerpo de niño, pero desde que me acuerdo me siento niña. Mi primer recuerdo claro es de los seis años, cuando noté que el señor que andaba con mi mamá (su novio, pues) me gustaba mucho físicamente. En cambio, mis tías me repugnaban.

Todo el mundo me trataba como niño, pero mi gusto era hacia otros niños y los hombres más grandes. Me vestían como niño y cuando trataba de jugar con las chavas no me lo permitían. Siempre evadí los juegos toscos o muy agresivos. La gente me veía como un chico amanerado y se burlaban, me pegaban y me insultaban.

Recuerdo que en la Primaria algunos maestros decían que yo estaba enfermo, porque mi comportamiento era raro. Llamaron a mi mamá y le dijeron que me llevara con un psicólogo, cosa que ella no hizo, no sé si porque me aceptaba como era o porque no se daba cuenta. Mi pequeña familia estaba compuesta por mi mamá, que había sido abandonada por mi papá, y mi hermano mayor, quien me golpeaba. A veces mi mamá salía con pretendientes o novios y me llegué a sentir abandonada. A mi papá jamás lo volví a ver.

Después de la Primaria pasé a una secundaria mixta, en la que me fue muy mal porque acabé reprobando, entonces dejé la escuela. Creo que me deprimía mucho porque yo sabía que algo no funcionaba bien, mi cuerpo no era el que debía tener. Me preguntaba: ¿Por qué no tengo senos como las otras chicas? Me daba rabia que me saliera vello en el mentón y no soportaba el crecimiento de *eso, el pene,*

que me llegó a dar horror. Tiempo después mis problemas emocionales se hicieron más fuertes porque no me sentía hombre y tenía miedo de enfrentarme a mí misma. Como que sí me daba cuenta de que era una mujer en un cuerpo de hombre, pero eso me daba mucho temor y a veces me desesperaba.

Como a los 15 años se lo confesé a mi mamá, quien se preocupó un poco pero me dijo que seguramente era pasajero. Probé una relación de noviazgo con una niña, pero me sentía ridícula y me daba asco besarla. Me seguía vistiendo de chavo, pero igualmente me parecía grotesco. El cabello corto también me chocaba mucho. Fue por entonces que empecé a buscar gente medio rara, como travestistas y hombres gay. Me di cuenta de que no era lo mío.

Empecé a vestirme *unisex* y a tomar hormonas por mi cuenta a los 17 años. Como sentí agradable el cambio, entonces inicié una vestimenta completa, ¡Por fin era yo una mujer! Sabía que me faltaba mucho, pero empecé a sentirme más tranquila y contenta. Le dije a mi mamá que quería ser toda una mujer y entonces me creyó totalmente. Estaba tan animada que regresé a estudiar, entré a una secundaria nocturna para trabajadores. Al principio no me aceptaban porque creían que era un chavo homosexual, pero poco a poco me fueron aceptando como compañera a pesar del nombre oficial. En ese tiempo tuve una etapa que afortunadamente ya superé: me había vuelto chica *fashion*, dizque *muy acá* y toda la cosa. Hablaba *con papa en la boca* y me comportaba superficial y *mamila*. Fui injusta y hasta grosera con amigos y amigas que me habían apoyado. Las palabras sinceras de una persona a quien aprecio mucho me regresaron a mí misma. Se me fue quitando lo *azotada*.

Acabé la Secundaria a los 19 años y mis cambios eran ya muy notorios. No me exhibía como mis amigos travestis, sino que era yo muy discreta; uso más pantalón que falda o vestido. Justo a los 17 años tuve mi primera relación con un hombre; no fue una experiencia tan buena como la había idealizado, pero me gustó que él me penetrara. Después tuve varias parejas sexuales, pero solamente en dos ocasiones hubo amor y sexo. Un tipo en alguna ocasión me pidió que yo fuera *activo*, o sea que yo lo penetrara: ¡la sola idea me horrorizó!... ¡si soy mujer cómo voy a hacer eso! De hecho, cuando me excito, a veces tengo erecciones, lo cual me apena y me molesta sobremanera. Junto con mi mamá puse un puesto de joyería de fantasía en un tianguis, en el que nos va más o menos bien.

Conocí a Gerardo, mi actual pareja, hace un año. Él me respeta, sabe que necesito cambios en mi cuerpo y es muy tolerante y lindo, porque a veces me desespero un poco y tengo cambios bruscos de humor. Disfruto las relaciones sexuales anales, pero preferiría que él, más adelante, me penetrara por la vagina. Lo que más me fastidia es la presencia del pene. Muchas veces fantaseo con que no lo tengo. Cuando me veo en el espejo, como que desaparezo ese órgano que no es mío y que me abochorna y enoja. Gerardo y yo tenemos planes de vivir juntos, pues nos amamos.

Quiero operarme para tener una vida más tranquila y sentirme mucho más completa. El recibir terapia, contar con el apoyo de mi mamá y de mi novio me ilusiona y me anima.

GUSTAVO

Primero me puse Bruce, que era un nombre que me gustaba, pues me pareció muy viril, pero preferí finalmente uno en español. Elegí mejor el nombre de Gustavo por un tío paterno, que era un hombre a carta cabal, honesto y trabajador. Un tiempo, hasta que acabé la Secundaria, me conocía la gente con un nombre femenino, el cual odio porque me trae recuerdos desagradables. Vagamente vienen a mi mente escenas de vergüenza y humillación cuando era muy pequeño. Más que imágenes me llegan sensaciones bien ingratas. Lo que más recuerdo acerca de mi infancia es que en mi casa me disgustaba muchísimo el trato de niña que me daban, pues yo era como mis dos hermanos mayores: jugaba rudo, pateaba la pelota y corría como ellos. Pude evitar los vestiditos y el cabello largo porque a mi mamá le gustaba usar pantalones y ella misma tenía el pelo cortito.

He borrado cosas dolorosas que me pasaron en la escuela. Se puede decir que lo que sí recuerdo mejor es de la época de la Secundaria para acá. Algo frustrante y que me cayó muy mal fueron los cambios en el cuerpo cuando cumplí 12 años. Se me empezaron a desarrollar los pechos y se me notaban los pezones, eso me daba pena y coraje. Afortunadamente mi regla era escasa, cada 32 días y me duraba 2 o 3, pero de todas maneras me disgustaba. En la Secundaria tuve un poco de *pegue*, pero yo rehuía a las niñas aunque ellas me chuleaban. No era que no me gustaran, sino que me daba pena hacer algo indebido o que algún maestro lo notara.

En tercer grado sí anduve con una niña, pero supongo que ella era lesbiana y que me veía como mujer, con todo y mi vestimenta de pantalones vaqueros y camisa de cuadros. Tuvimos algunos *fajes* y creo que estuve un poco enamorado, pero después nos dejamos.

Cuando ingresé a la Vocacional tuve acceso a unas revistas en las que se hablaba de temas de sexo. En una de ellas venía un reportaje sobre la transexualidad. Inmediatamente supe que eso era lo mío y me emocioné bastante.

Conocí a una chica llamada Bety quien simpatizó rápido conmigo y empezamos a *andar*. Fui feliz no solamente porque me apoyaba en todo, sino también porque por primera vez me relacionaba con alguien en mi calidad de hombre. Con ella tuve mis primeras relaciones sexuales, las cuales disfruté mucho. Yo creía que las mujeres necesitaban el pene para tener sus orgasmos, pero ella me enseñó que no. Aprendí a acariciarla y los dos lo disfrutábamos mucho. Más adelante ella

tuvo que irse a Estados Unidos a trabajar y la relación se acabó, pero conservo un buen recuerdo.

Cuando empecé en el programa de reasignación ya llevaba yo algo de tiempo en mi papel completo de hombre, pero lo que me faltaba era usar un nombre correcto, o sea, no bastaba con la apariencia. Una vez que llegó el tiempo de usar las hormonas, que en mi caso sólo es testosterona porque no hicieron falta otros medicamentos, me sentí sumamente bien con los cambios y llevé a cabo otras pruebas de realidad que me reforzaron la idea de las operaciones. Me salió barba como siempre había deseado, me aumentaron los músculos, se fue la desagradable menstruación y mi voz se hizo tan gruesa que por teléfono ya nadie me reconocía. ¡A todo dar!

Hace dos meses el cirujano reconstructivo me practicó la mastectomía, lo cual me hizo todavía más feliz. Aunque se me nota un poco la cicatriz, ya puedo andar libremente sin complejos. Incluso fui con algunos amigos de vacaciones a la playa y pude jugar voleibol sin necesidad de estarme tapando. En lo que continúo mis estudios estoy trabajando en un taller de torno, lo cual me complace mucho, aunque parece que van a introducir tecnología electrónica que no domino muy bien, pero ya lo lograré.

Ahorita no tengo pareja, pero me siento muy seguro de encontrar a alguien. Quiero seguir viniendo a psicoterapia. Un amigo mío, al que conocí aquí, es también transexual, ya se hizo la operación para tener pene, la famosa faloplastia; bueno, en realidad fueron cinco operaciones porque no es *de un jalón*. Yo todavía no estoy seguro de eso, porque me siento bien así y ya aprendí que no todas las mujeres necesitan un pene dentro. No podría decir que tengo toda la felicidad del mundo, porque ahora que inicio una vida independiente tengo que ganar más dinero. En un estudio de laboratorio de hace poco salí con las grasas altas, por lo que estoy haciendo dieta y ejercicio; todavía no sé si me van a recetar alguna medicina. Me siento confiado y optimista. Hace poco me invitaron a participar en un programa de radio como hombre transexual. Acepté con gusto, no por exhibicionista, sino porque sé que mi testimonio podría ayudar a muchas personas como yo o a sus familiares.

Respeto a la diversidad sexual, identidad de género y derechos humanos

A PROPÓSITO DE LOS DERECHOS

La Federación Mexicana de Educación Sexual y Sexología (FEMESS) es una agrupación profesional establecida en 1994, formalmente registrada como asociación civil en 1995. Aglutina a decenas de organizaciones que en la República Mexicana trabajan en los campos científicos que dan lugar a su nombre. La FEMESS dio a conocer en 1996 su *Declaración de Principios*. Este conjunto de declaraciones que representan su ideario social, ético y político, está basado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Educación y la Ley General de Salud, así como en los compromisos internacionales que en el concierto de las naciones ha signado el Gobierno mexicano. Por su interés y estrecha relación con el tema de los derechos humanos, ciudadanos y de atención a la salud general de la población, los reproducimos íntegros:

1. El desarrollo de toda persona requiere de una vivencia de la sexualidad libre de conflicto y angustia, para posibilitar su crecimiento individual y su acceso al placer.
2. La sexualidad está presente en todas las épocas de la vida, es integradora de la identidad y contribuye a producir o fortalecer vínculos interpersonales.
3. Cada persona es sujeto activo en el proceso de construcción de su propia sexualidad. Tiene derecho a hacerse responsable de su propia vida y habrá

de asumir el impacto que tengan sus actitudes, acciones u omisiones en otra u otras personas.

4. Cualquier forma de coerción que tienda a obligar a cualquier persona a realizar actos de índole erótico–sexual contra su voluntad es inaceptable.
5. La sexualidad humana es dinámica y cambiante, se construye continuamente por la interacción de la persona con las estructuras sociales, representadas por familias, escuela, vecindario, medios de comunicación, líderes morales, diversas instituciones religiosas y otras más.
6. La educación de la sexualidad es responsabilidad ineludible de todas las personas e instituciones sociales, incluidas las familias y los gobiernos.
7. En México coexisten distintos estilos de vida y diferentes formas de organización familiar. Las distintas propuestas de educación formal de la sexualidad deben respetar esta diversidad sin hacer omisiones ni promociones, sino estimulando un proceso crítico donde las personas puedan obtener elementos para decidir con responsabilidad sobre su propia vida sexual, sabiendo que tienen derecho al respeto de quienes las rodean.
8. Toda persona tiene derecho a contraer o no matrimonio civil, a disolver dicha unión y a establecer otras formas de convivencia sexual.
9. La reproducción biológica es uno de los elementos que conforman la sexualidad humana, pero no es su único fin. Reconocemos el derecho al ejercicio de la sexualidad sin finalidad reproductiva.
10. En lo referente a las enfermedades de transmisión sexual, el aborto y la anticoncepción, las autoridades han de orientar sus decisiones desde la perspectiva de la salud pública y no desde los conceptos morales y religiosos particulares de cualquiera de las asociaciones religiosas que existen en México.
11. Toda persona tiene derecho a información amplia, objetiva y verídica sobre la sexualidad humana que le permita tomar decisiones respecto a su propia vida sexual, le posibilite una vida sexual plena y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.
12. La sexualidad humana ha tenido manifestaciones múltiples y diversas en diferentes grupos humanos y en diferentes épocas. El panorama contemporáneo requiere de la coexistencia y comunicación entre diferentes culturas con distintas escalas de valores sobre la sexualidad y variada normatividad en cuanto a sus expresiones.
13. Nos manifestamos por el más amplio respeto a la multiplicidad de formas de expresión de la sexualidad humana, por lo que no admitimos cualquier forma de descalificación, discriminación, marginación o persecución por razones vinculadas con la sexualidad: sexo, edad, identidad, modo de vida, pertenencia a algún grupo étnico o religioso, forma de vestir, manera de relacionarse o hábitos sexuales. Se incluye aquí el respeto absoluto por

las personas que de manera voluntaria, libre e informada deciden limitar su propia actividad sexual.

Los conceptos expuestos en esta Declaración de los profesionales de la educación sexual y la sexología de México nos remiten al tema de los derechos humanos y, subsumidos en éstos, los derechos de la personalidad, la identidad y la ciudadanía. Como ya se señaló en el capítulo 2:

Los derechos humanos son el conjunto de principios universalmente consensuados como protectores de la dignidad humana y promotores de la existencia, calidad de vida, igualdad, libertad y justicia.

Los derechos humanos están por encima de los valores culturales, religiosidades, sistemas políticos y usos y costumbres culturales.

*Tomando en cuenta que la protección de la salud general y sexual es un derecho humano reconocido, la **reasignación integral de las personas transexuales debe ser considerada como tal.***

Asimismo, el rol o papel de género, entendido como la expresión de la masculinidad o femineidad de una persona con las diversas variantes que tenga, debe ser estrictamente respetado.

En nuestras sociedades hay sectores de la población todavía irrespetuosos de la diversidad sexual. Ello propicia conductas homófobas, bifóbicas y transfóbicas, basadas en un sectario enfoque heterocentrista y excluyente. Por ello, los derechos de género deben ser promovidos y puestos en práctica. Nos parece no sólo necesario, sino urgente.

Muy aleccionadora y estimulante para quienes estamos a favor del respeto a la diversidad sexual y ejemplificante para muchos gobiernos del mundo en los que aún no se legisla para respetar a plenitud los derechos de las personas transexuales, transgénicas y travestistas, resultó la Declaración de los Derechos de Género, redactada por los asistentes a la Segunda Conferencia Internacional sobre Legislación de Transgénero y Política de Empleo celebrada en el Hotel Southwest Hilton de Houston, Texas, EUA. Dichos preceptos fueron aprobados y adoptados el 28 de agosto de 1993. En seguida los transcribimos completos por ser “oro molido” para el tema que nos ocupa:

Declaración Internacional de los Derechos de Género

Derecho de los individuos a reivindicar su identidad de género

Todos los seres humanos tienen una idea en permanente construcción acerca de sí mismos y de lo que son capaces de lograr. El sentido del yo de las personas no

lo determinan el sexo cromosómico, los órganos sexuales, el sexo asignado en el nacimiento o el rol de género inicial, por lo que ni su identidad ni sus capacidades están restringidas a lo que la sociedad juzga que debe ser una conducta masculina o femenina. Es fundamental que los individuos ejerzan su derecho a la identidad de género propia a lo largo de sus vidas sin tomar en consideración, necesariamente, los aspectos biológicos de origen y el papel inicial de género.

Derecho a la libre expresión de la identidad y el papel de género

Todos los seres humanos tienen el derecho a expresar libremente su identidad y rol de género que desean vivir.

Derecho a determinar y modificar el propio cuerpo

Todos los seres humanos tienen el inalienable derecho de determinación sobre sus propios cuerpos, lo cual incluye el derecho a cambiarlos cosméticamente, química o quirúrgicamente para expresar el sexo/género con el que se identifican.

Derecho a un servicio médico competente y profesional

De los derechos a expresar su propia identidad de género y a cambiar el propio cuerpo para expresar un rol de género decidido por la propia persona se desprende otro derecho: el libre acceso a los servicios médicos o de otra índole para recibir la atención a la salud que se requiera. No se debe negar este acceso con base en las características biológicas iniciales o el rol de género que se exprese.

Derecho a exención de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico

Dado el derecho a vivir la propia identidad de género con independencia del sexo biológico, nadie debe ser sometido a diagnóstico o tratamiento psiquiátrico por el solo motivo de su identidad y rol de género.

Derecho a la expresión sexual

Todo adulto tiene derecho a un ejercicio sexual libre, responsable y respetuoso.

Derecho a establecer relaciones amorosas y comprometidas y a suscribir contratos matrimoniales cuando se desee

Dado que todos los seres humanos tienen derecho a la libre expresión de lo que ellos han estructurado como su identidad de género y derecho a la libre expresión

sexual y de género, tienen también, por lo tanto, derecho a establecer relaciones amorosas y comprometidas con otra persona, así como a suscribir contratos matrimoniales sin consideración del sexo cromosómico, los genitales y caracteres sexuales secundarios, el sexo asignado al nacer o el papel de género inicial de cualquier integrante de la pareja.

Derecho a concebir o adoptar hijos e hijas; a criarlos y custodiarlos; a ejercer las potestades parentales

Dado el derecho de las personas a contraer relaciones comprometidas y amorosas con otras personas y a suscribir contratos matrimoniales, así como a expresar la propia identidad y rol genéricos, existe el derecho correspondiente a concebir o adoptar hijas e hijos, a criarlos y custodiarlos y a ejercer los derechos parentales sin distinción alguna por su sexo cromosómico, caracteres sexuales primarios y secundarios, sexo de asignación al nacimiento o rol de género inicial.

Principios de Yogyakarta

Del 6 al 9 de noviembre de 2006 se reunieron en Yogyakarta, Indonesia, 29 especialistas en derechos humanos, procedentes de 25 países. Después de nutridas discusiones, hicieron del conocimiento público el documento conocido como *Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional Humanitario en Relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género*.

Más que una declaración de principios, el documento subraya la prioritaria obligación de los gobiernos de respetar los derechos humanos, con énfasis en todos los aspectos relativos a la identidad de género y la orientación sexual.

También se destaca la importancia que en el tema tienen el sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas, las instituciones nacionales de derechos humanos, los medios de comunicación, las organizaciones no gubernamentales y los organismos que financian la causa de los derechos humanos.

Los Principios de Yogyakarta refuerzan las normas jurídicas internacionales que existen sobre los derechos humanos inherentes a la identidad de género y la orientación sexual, y que todos los gobiernos deben cumplir. Representan un escenario promisorio en el que todas las personas, por el solo hecho de serlo, somos libres e iguales en dignidad y derechos.

Abajo transcribimos íntegro el enunciado de dichos derechos:

1. Al disfrute universal de los derechos humanos.
2. A la igualdad y a la no discriminación.
3. Al reconocimiento de la personalidad jurídica.
4. A la vida.

5. A la seguridad personal.
6. A la privacidad.
7. A no ser detenido arbitrariamente.
8. A un juicio justo.
9. A ser tratado humanamente si es privado de su libertad.
10. A no ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos y degradantes.
11. A la protección contra todas las formas de explotación, venta y trata de personas.
12. Al trabajo.
13. A la seguridad y a otras medidas de protección social.
14. A un nivel de vida adecuado.
15. A una vivienda adecuada.
16. A la educación.
17. Al disfrute del más alto nivel posible de salud.
18. A protección contra abusos médicos.
19. A la libertad de opinión y de expresión.
20. A la libertad de reunión y de asociación pacíficas.
21. A la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión.
22. A la libertad de movimiento.
23. A procurar asilo.
24. A formar una familia.
25. A participar en la vida pública.
26. A participar en la vida cultural.
27. A promover los derechos humanos.
28. A recursos y resarcimientos efectivos.
29. A responsabilidad penal.

México: por una ley de identidad de género

“Estamos ante un hecho histórico en el Distrito Federal, la República Mexicana y muchos lugares del mundo”, afirmó el especialista en sexología David Barrios Martínez en el acto protocolario del jueves 31 de enero de 2008, fecha en la que la Coalición Social Demócrata en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (Cámara de Diputados Locales de la Ciudad de México o ALDF) presentó ante los medios e inscribió para su eventual aprobación el Proyecto de Reformas al Código Civil, Código de Procedimiento Civiles, Código Penal y Ley de Salud del Distrito Federal, conocido sencillamente como **Ley de Expresión e Identidad de Género**, que beneficiará a las personas transexuales, transgenéricas y travestidas en cuanto al reconocimiento de sus derechos ciudadanos, su no discrimina-

ción y la atención a su salud, en los términos definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El 5 de febrero del mismo año este conjunto de iniciativas de ley fue admitido en la ALDF para seguir los procedimientos parlamentarios de rigor.

La afirmación del especialista tenía que ver con la trascendencia social del hecho y con la circunstancia de que, no obstante que con anterioridad el Partido de la Revolución Democrática (PRD) ya había presentado dos iniciativas de ley en el Congreso Federal (Cámara de Diputados), cuyos proponentes fueron en la primera el diputado Inti Muñoz y en la segunda el diputado David Sánchez, por primera vez se concretaba una amplia participación de todos los actores sociales involucrados en este avance democrático: personas y organizaciones transexuales, transgénicas y travestistas, sexólogos de ambos géneros, activistas de los derechos humanos y sexuales, licenciados en Derecho (cuya participación es fundamental, ya que trasciende el caduco esquema del Derecho como obstáculo al cambio social y, por el contrario, demuestran que dicha disciplina puede ser gozne de la apertura al avance social) y, por supuesto, los propios asambleístas socialdemócratas, encabezados por el diputado Jorge Carlos Díaz Cuervo, principal proponente de las iniciativas.

Además, se hace presente un asunto coyuntural: en la ALDF han sido aprobadas iniciativas de fuerte raigambre democrática que se inscriben en el marco de los derechos humanos, como la legislación que reduce las causales de punibilidad en la interrupción voluntaria del embarazo, lo que permite abortar a las mujeres antes de la semana 12 de embarazo sin que incurran en ningún delito; la Ley de Sociedades de Convivencia, que permite la unión consensual de parejas independientemente de la orientación sexual de sus miembros; la legislación sobre anticipación voluntaria del deceso o eutanasia pasiva, entre otras. Los asambleístas del D. F. han demostrado ser portadores de la vocación democrática de la mayor parte de la población que representan. De los 66 diputados locales, sólo una minoría corresponde a la bancada del PAN, tradicionalmente conservadora y de criterios confesionales, más afines a las religiosidades que al estado laico.

Para 2008, más de 15 países del mundo habían legislado ya sobre asuntos relacionados con la identidad y el rol de género, en especial en lo que concierne a la reasignación jurídica para la concordancia sexogenérica, las modificaciones del acta de nacimiento y la obligación del Estado de atender la salud global de las personas transexuales.

Ya se ha legislado sobre este tema en Suecia, Alemania, Italia, Holanda, Turquía, Dinamarca, Bélgica, Finlandia, Suiza, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Turquía, Reino Unido, España y varios estados de la Unión Americana (EUA).

La legislación española, llamada Ley Reguladora de la Rectificación Registral, establece que las personas transexuales que demuestren serlo podrán cambiar de nombre y sexo en sus documentos sin que haga falta cirugía de reasignación (CRS)

ni resolución judicial al respecto. El modelo es semejante al de Inglaterra, donde la ley de Reconocimiento de Género del año 2004 facilita a las personas transsexuales modificar sus datos legales sin requerirse una cirugía previa.

Como puede notarse, las legislaciones británica y española de hecho protegen también a las personas transgéneras, quienes viven permanentemente en un papel de género que no coincide con su sexo y que pueden o no tener una discordancia entre el sexo y la identidad de género.

En Cuba se discute una iniciativa promovida por la educadora sexual Mariela Castro (hija del actual mandatario Raúl Castro) para realizar cirugías gratuitas de “cambio de sexo”.

La *Ley de Expresión e Identidad de Género para el D. F.*, que en realidad, como ya se ha mencionado, es un conjunto de iniciativas de reforma, modificaciones o adiciones a distintos ordenamientos jurídicos del Distrito Federal, contiene los siguientes elementos principales:

Código Civil del D. F.

- Los derechos de la personalidad incluyen las categorías de orientación sexual, identidad de género y expresión de rol del género, entre otros.
- Las personas físicas tienen derecho a la expresión del rol de género y al reconocimiento legal de su identidad de género.
- En el D. F. está a cargo de los jueces del Registro Civil autorizar los actos del estado civil y extender las actas relativas a nacimiento... así como inscribir las ejecutorias que declaren la reasignación para la concordancia sexogenérica... entre otras facultades.
- Las autoridades judiciales que declaren la reasignación para la concordancia sexogenérica... dentro del término de 8 días remitirán al juez del Registro Civil correspondiente copia certificada de la ejecutoria respectiva.
- Ha lugar a pedir la rectificación de un acta del estado civil: ...por enmienda, cuando se solicite variar algún nombre u otro dato esencial que afecte el estado civil, la filiación, la nacionalidad, el sexo, la identidad de la persona y la identidad de género de la persona cuando se solicite ajustarla a la realidad social.
- En los casos de reasignación para la concordancia sexogenérica deberá levantarse nueva acta de nacimiento y se harán las anotaciones correspondientes en el acta de nacimiento originaria, la cual quedará reservada y no se publicará ni expedirá constancia alguna, salvo mandamiento judicial.
- Los derechos y obligaciones contraídos con anterioridad a la reasignación para la concordancia sexogenérica se subrogarán a la nueva identidad jurídica de la persona.

Código Penal del D. F.

- Se modifica el artículo 206 para castigar con pena privativa de la libertad o multa de 25 a 100 días de trabajo a quien por razón de expresión de rol de género e identidad de género (entre otras causas) atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Código de Procedimientos Civiles del D. F.

- Se celebrará un juicio de rectificación o modificación del acta del estado civil de la persona en el que las partes deberán ofrecer las pruebas que pretendan rendir.
- En el caso de la reasignación para la concordancia sexogenérica, la persona de cuyo estado se trata deberá comparecer a juicio utilizando los datos registrales asentados en el acta que se pretende rectificar.
- Presentada la demanda con los documentos y copias prevenidos, se correrá traslado al Registro Civil del Distrito Federal, emplazándola para que la conteste dentro del término de 5 días.
- Una vez contestada la demanda el juez señalará fecha y hora para la celebración de la audiencia, en la que se llevará al cabo la depuración del procedimiento dentro de los 5 días siguientes, dando vista a la parte actora con las excepciones que se hubieren opuesto en su contra, por el término de 3 días.
- Desahogada la audiencia, el juez señalará dentro de los 15 días siguientes el día y la hora para la recepción de las probanzas aportadas por las partes.
- Desahogadas las pruebas se dará vista a las partes, quienes podrán formular sus conclusiones por escrito en un término de 3 días.
- Después del plazo para las conclusiones, el juez citará a las partes para dictar sentencia dentro de los 8 días siguientes
- La sentencia que cause ejecutoria se inscribirá en los términos establecidos para el Código Civil del D. F.

Ley de Salud del D. F.

- El Gobierno del D. F. prestará los servicios de atención médica en sus formas preventivas, curativas y de rehabilitación a las personas... que requieran la reasignación para la concordancia sexogenérica. Dicha prestación de servicios de salud se basará en los protocolos internacionales.
- La Secretaría de Salud del D. F. tendrá a su cargo garantizar la extensión cualitativa y cuantitativa de los servicios... a personas que requieran la reasignación para la concordancia sexogenérica.

- La Secretaría de Salud del D. F. implementará programas de atención a la salud para personas que requieran la reasignación para la concordancia sexogenérica, atendiendo a los protocolos internacionales.
- El Sistema de Salud del D. F. establecerá programas especializados de atención para las personas que requieran la reasignación para la concordancia sexogenérica, atendiendo a los protocolos internacionales.
- La población tiene derecho a una atención médica apropiada, independientemente de la condición económica, cultural, identidad étnica, orientación sexual, género del individuo, identidad de género y expresión del rol de género.
- El usuario recibirá información apropiada a su condición de género, orientación sexual, identidad de género, educativa, cultural e identidad étnica sobre su historial médico y a estar totalmente informado sobre su salud y los aspectos médicos de su condición.
- Corresponde al Gobierno integrar, conducir, desarrollar, dirigir y administrar en forma permanente los servicios medicoquirúrgicos generales, la prestación de servicios... para las personas que requieran el diagnóstico, tratamiento y continuidad de la reasignación para la concordancia sexogenérica y las especialidades psiquiátricas y de odontología que se presten en los Reclusorios y Centros de Readaptación Social, a efecto de otorgar en forma permanente, oportuna y eficiente la atención a los internos.

INTEGRANDO ELEMENTOS

La **identidad de género**, según la OPS y la WAS (marzo, 2000), “define el grado en que cada persona se identifica como masculina o femenina o como alguna combinación de ambas. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un autoconcepto de su propio sexo y género. La identidad genérica determina la forma en que las personas experimentan su género”.

La identidad genérica, entonces, representa una vivencia subjetiva, íntima, personal, de pertenencia e identificación con un determinado sexo/género. Tal vivencia puede ser representada por alguna de las siguientes tres expresiones: “Me siento y me considero mujer, soy mujer”, “Me siento y me considero hombre, soy hombre” o “No me siento ni me considero hombre o mujer”.

Ahora bien, como ya se ha esbozado en líneas anteriores, en la gran mayoría de los casos se encuentra una plena coincidencia entre la identidad de género (percepción subjetiva, íntima, de ser hombre o mujer) y el sexo (conjunto de características físicas que definen al espectro humano como hembras o machos).

Dicho de otra manera, la inmensa mayoría de los seres humanos presentan concordancia entre el sexo (aspectos somáticos y orgánicos que establecen diferencias anatómicas y fisiológicas entre ellas y ellos) y la identidad genérica (sensación íntima de pertenencia a un sexo/género). Así, por lo general, un ser humano con cuerpo femenino se siente e identifica con su ser mujer y una persona con cuerpo de varón se siente a gusto con su ser hombre.

No obstante, hay personas que no corresponden a este patrón general. Esto es, existen seres humanos que presentan discordancia (no coincidencia) entre el sexo y la identidad de género. En esta circunstancia, alguien con cuerpo masculino tiene la percepción subjetiva, íntima, de ser mujer. Aun con caracteres sexuales primarios y secundarios masculinos, *es fémina*. Alguien con cuerpo femenino *se sabe y se siente* hombre. Por lo tanto, esta persona, aun con caracteres sexuales primarios y secundarios de mujer, *es hombre*.

En ambos casos estas personas, llamadas transexuales (quienes, por cierto, no eligieron serlo), buscarán con afán el dejar de “sentirse atrapadas en un cuerpo ajeno” (circunstancia que tampoco eligieron) y destinarán mucha de su energía psíquica y de sus acciones a lograr el anhelado cambio: hacer coincidir su soma (cuerpo) con su psique, en la que se incluye la identidad de género.

La reasignación integral para la concordancia referida puede incluir modificaciones quirúrgicas tan radicales que conlleven la transformación de los órganos pélvicos, pero podría no incluirlas; en algunos casos los cambios producto de la o las operaciones quirúrgicas serán parciales a satisfacción de la persona, la cual es *su propia experta*: ella sabe lo que desea y lo que no. Por ello, no es válido decir que alguien que no se opera no está “completo”. Para la persona que sabe de sí misma más que nadie, *eso que obtuvo es la complitud*.

Las personas transexuales por definición buscan armonía, en la que los aspectos somáticos y funcionales que implican el proceso de reasignación integral de sexo/género abarcan más que lo meramente rólico y vestimental.

Una persona transexual o con discordancia entre la identidad de género y el sexo habrá de cursar, para lograr la coherencia que desea, por todo un procedimiento que no se reduce a la simplistamente llamada “cirugía de cambio de sexo”, sino que incluye aspectos sociales, rólicos, hormonales, psicoterapéuticos, de entrenamiento relacional, legales (en algunos casos) y quirúrgicos que suelen durar como mínimo tres años.

La reasignación integral para la concordancia sexogenérica tiene pertinencia no sólo para la congruencia somatopsíquica, sino también por el hecho de que todas las observaciones clínicas apuntan a aseverar que la identidad de género es inmodificable; en cambio, la que sí es susceptible de ser transformada es la corporalidad.

Las personas transexuales no son *per se* enfermas mentales; la gran mayoría gozan de salud mental, aunque por razones obvias presenten diversos conflictos

existenciales, particularmente por vivir en sociedades transfóbicas y con falta de respeto a la diversidad sexual.

Como todo ser humano, poseen derechos inmanentes, irrenunciables e insustituibles, por los que, sin embargo, hay que continuar luchando para que no se conviertan en *letra muerta*.

Ellas y ellos cuentan su historia. IV. Vanessa e Isaac

VANESSA

Después de entrar al protocolo y realizar por cinco años y tres meses el camino de la reasignación para la total concordancia, fui con la carta que ustedes me extendieron a la valoración prequirúrgica. Ya estaba a punto de lograr algo importantísimo para mí, al igual que todo lo anterior. Había hecho grandes esfuerzos económicos personales y con la ayuda de mi familia. También me había preparado psicológicamente para salir solita de mi país a un lugar que sólo conocía en libros y fotos de Internet. Bueno, se trataba de la realización de la vulvovaginoplastia y de tener por fin lo que tanto había deseado siempre. Esa operación me la hicieron en un hospital de Bangkok, Tailandia. Después de una estancia de 10 días por allá, regresé a México completamente satisfecha. Sigo haciéndome algunas maniobras para mantener la dilatación de la vagina. Algunas personas creen que el cambio de sexo culmina con esa intervención, pero en realidad toda la reasignación es el verdadero procedimiento, o sea, la psicoterapia, el vivir el rol, la hormonación, las pruebas de realidad y las operaciones.

Una vez, durante ese largo y sinuoso camino, como dicen los Beatles, alguien mencionó que lo que hacen las operaciones es solamente confirmar lo que siempre he sido. Estoy totalmente de acuerdo.

He platicado con otras personas que han estado en la misma situación que yo e igualmente les ha ido bien, tanto aquellas que se intervinieron en México como las que se han operado en el extranjero. Por ejemplo, mi amiga Sofía se operó acá y quedó magníficamente bien, incluso luego decidió hacerse algunas operaciones

secundarias para feminizar aún más su rostro. Una conocida me dijo que para qué quería todo esto si no tengo pareja ni relaciones sexuales. No le dije nada, pero obviamente no entiende. Todo esto es para mí, para estar bien, para sentirme liberada. No sé si vaya a tener a alguien a quien amar... pero ahorita estoy feliz, muy a gusto y lo que venga, si viene, pues ya será otra cosa. Ni me preocupo.

En fin, yo estoy muy contenta y muy integrada a la sociedad. He sido mujer transexual, antes tenía un cuerpo de hombre, pero no muy masculino, tal vez mis genes tenían algo distinto, quién sabe. En realidad, eso no me importa. Ya no soy mujer transexual, sino simplemente mujer.

ISAAC

Hace cinco años que acabé la parte quirúrgica de mi reasignación integral (como dicen ustedes). Los cirujanos me habían dicho que serían cuatro intervenciones, pero en realidad fueron cinco. Utilizaron tejidos de mi abdomen y mi antebrazo. El pene creado por los cirujanos tiene funcionalidad, aunque estoy consciente de que no es exactamente igual al de un varón biológico. Estoy muy contento con los resultados. Sigo con la testosterona y ahora tengo muy buenas noticias, porque la inseminación asistida de mi mujer fue exitosa: tanto que tendremos gemelos. Ambos estamos trabajando; ya sabes, yo en lo de diseño industrial y ella, como siempre, con sus clases de inglés. Tenemos muchos planes: abrir nuestro negocio, disfrutar a los hijos y mudarnos a provincia. Ahora más que nunca comprendo la importancia de seguir asistiendo a la psicoterapia. ¿Te acuerdas de que al principio sólo me interesaba la cirugía del pecho? De esa manera, acudiendo a las sesiones podré seguir conociéndome más y, si es posible, mejoraré la comunicación con mi pareja.

Teoría paradójica del cambio y transexualidad

FRITZ, ARNOLD, CARL Y CLAUDIO

Este capítulo trata sobre psicoterapia, más específicamente la que se refiere al acompañamiento profesional de las personas que llevan a cabo un proceso de reasignación integral para lograr la concordancia entre su identidad de género y su sexo. Al abordar el tema será necesario aludir al trabajo clínico y humanista de cuatro personajes: Fritz, Arnold, Carl y Claudio.

Hemos observado, no sin cierta extrañeza, que en los diferentes enfoques del proceso de reasignación integral para personas transexuales apenas se mencionan los aspectos psicoterapéuticos, se soslayan sus contenidos y, en general, no se les confiere la misma importancia que a las cuestiones sexológicas, médicas y quirúrgicas. A juicio nuestro, la parte que concierne a lo psicoafectivo es de central importancia, y un indicador que lo muestra claramente es que la persona TSX o TSG que lleva este tipo de acompañamiento profesional cursa su proceso más fortalecida, con decisiones responsables más fácilmente emergentes y con sólidos recursos personales que le permiten afrontar vicisitudes y superar escollos. No significa esto que quien no lleve psicoterapia no consiga sus anhelos, pero es común observar en estas personas que carecen de acompañamiento psicoterapéutico que las dificultades se multiplican y las repercusiones emocionales de “*nadar contra corriente*” son más complicadas en su resolución.

El extraordinario Frederick (Fritz) Perls, creador de la psicoterapia gestáltica, sustentó posturas teóricas, y sobre todo prácticas, que se oponían de manera radical y rotunda a las visiones tradicionalistas y hegemónicas de las escuelas psico-

terapéuticas entonces en boga: psicoanálisis (ortodoxo o no tanto) y conductismo. En años recientes, no obstante, las propuestas terapéuticas de Fritz han sido cada vez más aceptadas por corrientes distintas al existencial–humanismo (tendencia terapéutica en la que se inscribe la escuela gestáltica) y, hecho más significativo aún, los psicoterapeutas procedentes de las escuelas diferentes a la gestáltica han incorporado cada vez más los conceptos y métodos fritzianos en su trabajo clínico.

Volvamos a Fritz

Este revolucionario de la relación profesional de ayuda psicológica creía que el cambio positivo que la persona desea cuando acude a terapia no estriba en convencerla, inducirla, enseñarle teorías, interpretar la, favorecer que tenga explicaciones intelectualizadas o que modifique su conducta en función de ideas propuestas por el profesional. El paradigma existencial–humanista cobra aquí plena vigencia: *la persona es su propia experta*. El presupuesto teórico es que el individuo se ubique en el presente de su realidad, *aquí y ahora*, y que desde esa experiencia concreta pueda moverse emocional y actitudinalmente hacia donde desee. El cambio que la persona necesita se produce cuando deja de lado algo que consume gran parte de su energía psíquica: la noción de que lo que requiere es ser distinto, otro individuo, alguien con otros atributos y características. A menudo ese falso anhelo —porque no es propio, sino internalizado— lleva a la persona a pretender “curarse” y admitir, victimizando su *sí mismo*, el hecho de tener que detenerse energéticamente en *lo que no es*. P. ej., a propósito de los papeles de género típicos e inflexibles, todo individuo “se debe” sentir en su interior igual que como es por fuera; esto es, tiene que vivir resignadamente con el género socialmente impuesto.

Por el contrario, la perspectiva gestáltica de Fritz apunta a *ser lo que realmente se es*. Toda persona —no hemos visto excepciones— a menudo vive una lucha de contrarios; está entre lo que es y lo que pretendidamente debería ser. En el caso de las personas TSG y TSX, esto no sólo ocurre así, sino que está notablemente exacerbado.

Por ejemplo, un varón TSX que tiene sexo morfológico femenino ha recibido múltiples presiones sociales y familiares que contradicen su sabiduría interior: “*El mundo me dice que soy una mujer, pero sé que no es así; soy hombre aunque esté habitando un cuerpo de mujer.*”

Esa persona se esforzará durante algún tiempo o en distintas circunstancias de la vida por ser *lo que debería ser*; pues suele haber dudas, confusiones, miedo a ser rechazado por quienes lo aman, temor a enfrentarse a una sociedad hostil a las diferencias. La lucha interior será intensa y conflictuante. Quizá desarrolle

culpa, vergüenza e inadecuación y busque disfrazar su ser, su misma realidad, simulando lo que no es: cuando es infante y se reducen las opciones de ejercer su propia voluntad, tendrá que obedecer el designio y la autoridad del mundo adulto; con gran esfuerzo y pena usará cabello con “colitas”, falda o vestido, y asumiendo su propia ridiculización *ad nauseam*, asumirá en la vida social el incongruente y absurdo nombre legal que alguien, generalmente papá o mamá, le han puesto.

En una psicoterapia convencional esa pugna interior sería analizada desde una visión que no coincide con la sabiduría interior de quien consulta, siendo muy factible que el antagonismo intrapsíquico se consolide.

Es común ver en los enfoques de psicoterapia tradicionalistas y conservadores que las oscilaciones entre ser y deber ser son más agudas y que la persona se sature de sobreexplicaciones dadas por un supuesto “experto”, lo cual propicia que la pugna interior *ser-deber ser* conduzca a mayor confusión y a una indefinición en la identificación con los polos de ese antagonismo.

Fritz planteaba (más que en la teoría, sobre todo con su ejemplo como psicoterapeuta) que la solidaridad terapéutica con el paciente o consultante consistía justamente en estimularlo *para ser lo que es*. El psicoterapeuta renuncia voluntariamente a su proverbial omnipotencia y con humildad procede a pedirle a su consultante que *sea lo que es* en ese momento terapéutico. El profesional de la relación de ayuda psicológica deja de ser un ingeniero del cambio de comportamiento del otro y se convierte en el partero del cambio de quien es su propio experto, esa persona que ha solicitado la relación profesional de apoyo emocional.

No se trata aquí de dar castigos o recompensas para modificar conductas, ni de erigirse en el experto del paciente a partir de interpretaciones de contenidos verbales y sueños, asociaciones libres, transferencia/contratransferencia, ni de demandar un ajuste de la realidad del consultante a lo que señalan añejas teorías, sino de que sea la propia persona, con base en su sabiduría interior y siendo ella misma, quien modifique o ratifique lo que necesita cambiar o reforzar.

Ha sido Arnold R. Beisser quien formuló concretamente **la teoría paradójica del cambio**, basándose en el trabajo del gran Fritz Perls.

Esta teoría queda resumida así:

“El cambio se produce cuando uno se convierte en lo que es, no cuando trata de convertirse en lo que no es.”

Agrega Beisser: “La transformación no se produce por el intento coactivo que la persona efectúa para cambiar, o por otro individuo para cambiarla, *pero sí tiene lugar cuando aquélla invierte tiempo y esfuerzo en ser lo que es, en entregarse plenamente a su situación actual.*”

Se posibilita así una transformación congruente, sistemática y fundada en realidades.

PSICOTERAPIA EN LA CONDICIÓN TSX

Por lo antes dicho, el psicoterapeuta gestáltico (o de otra escuela terapéutica que adapte en su práctica el modelo de Fritz) estimula al consultante a experimentar todo aquello que está viviendo en el presente. De esa manera incorpora totalmente dicha vivencia global y se la apropia sin dicotomías.

Considera que el ser humano es único y total, no atomizado en dos o más partes contrarias. Las partes en conflicto transitorio (como el ser y el deber ser) dejan de estarlo porque la persona se identifica con los elementos alienados y finalmente los integra. En el ejemplo dado, ser y deber ser coexisten, pero la persona que toma contacto absoluto con su sabiduría orgánsmica o interior pone el centro de valoración fundamental en sí misma, no en el deber ser “de allá afuera”. Por ende, se justiprecia, se toma muy en cuenta, suele no equivocarse gravemente, incrementa su autoconcepto y adopta decisiones responsables. Tal proceso de *darse cuenta* permite a la persona ser ella misma, congruente y responsable.

En la condición TSX, lo previamente expresado cobra un significado especial y es quizá más relevante que en el individuo no transexual. En efecto: la persona no sólo supera la dicotomía aludida, sino que decide los cambios a partir de lo que es. Ya no busca cambiar para complacer al *statu quo*, al deber ser ajeno, a las normatividades conservadoras o a los criterios patologizantes, sino *cambiar* siendo *ella misma*, lograr congruencia personal, abatir ansiedad, tristeza o depresión, encaminar sus acciones responsables hacia la consecución de sus metas y poder transitar de manera dinámica y armónica hacia la total coincidencia entre su cuerpo y su sentir; es decir, busca lograr la concordancia entre sexo e identidad de género mientras abate confusiones, consolida su autoestima y fortalece su capacidad de adoptar decisiones responsables.

Podría decirse, sin ánimo de exagerar, que la persona que efectúa la reasignación integral para la concordancia sexogenérica con un modelo existencial-humanista de psicoterapia basado en la teoría paradójica del cambio realiza dicha transición hacia *lo que es y siempre ha sido*, de un modo más afortunado que quienes no lo hacen con este estilo de trabajo terapéutico. Así, las transformaciones corporales inducidas por acción hormonal y cirugías son vividas de manera integrada, equilibrada y armónica. De igual manera, las llamadas pruebas de vida real, entrenamientos sociales, manejo de la situación con el entorno social y familiar se ven considerablemente beneficiadas.

Ponerse en contacto con lo obvio

En la atención psicoterapéutica de la persona TSX es necesario ponerse en *contacto con lo obvio*, dejar de erigirse en el experto del consultante, abstenerse de

lucubraciones pseudocientíficas (como aquellas emanadas de la ortodoxia psicoanalítica), documentar científicamente y críticamente lo que se sabe sobre la condición transexual y, sobre todo, confiar en la sabiduría de la persona. Una *ingenuidad inteligente* partirá de un presupuesto: “mi consultante sabe lo que siente y lo que dice”.

Aun con dudas, falta de conocimientos, luchas entre antagonismos —como el dilema de complacerse a sí misma o al mundo exterior adverso—, la persona sabe de sí misma más que nadie. Y no nos referimos nada más a lo estrictamente racional, sino también y sobre todo a su intuición y a su mundo subjetivo. Piense el lector: ¿quién conoce a profundidad si usted se concibe interiormente como masculino o femenino, como hombre o como mujer? La respuesta es obvia: es la propia persona que lee estas líneas. La intuición suele ser más sabia que el intelecto. Otros podrán tener una idea general al respecto, pero insistimos: el mundo interior es sólo del propio individuo.

La persona TSX no es la excepción. Una postura reduccionista y patologizante es incapaz de imaginar creativamente que hay algo más allá de la concordancia sexogenérica y de las normatividades culturales y sobremedicalizadas sobre ello. Creemos imprescindible superar estos reduccionismos; para tal superación es necesaria la capacidad personal de construir una *lógica alterna*, pues como dice el compositor y cantante uruguayo Jorge Drexler: “*La vida es más compleja de lo que parece*”. Por eso los autores de este libro planteamos que la condición transexual no es una patología *per se* y que debe ser contemplada como una condición humana que forma parte del inmenso espectro de la diversidad sexual, dentro de la sociodiversidad general “macro” que caracteriza a la humanidad toda.

La relación terapéutica

Para la persona TSX, así como para cualquier otra, la relación terapéutica en el existencial–humanismo es un diálogo constructivo y constructivista, una relación tú–yo dinámica y horizontal, en la que se provee el ambiente idóneo, cálido y aceptativo para la autoexploración y el fomento del autoconocimiento dentro de la teoría paradójica del cambio.

Nos basamos en los tres rasgos o actitudes necesarios y suficientes que Carl Rogers, maestro por excelencia del enfoque centrado en la persona, postuló como elementos del crecimiento personal (esencia misma de la terapia existencial–humanista): **autenticidad, aceptación plena de la persona y comprensión empática.**

Rogers, además de ser el psicoterapeuta más influyente y emblemático del humanismo, se caracterizó por una postura eminentemente *despatologizante* y cuestionadora de la sobremedicalización del comportamiento humano.

He aquí un fragmento de la intervención sobre su enfoque en la terapia que planteó en un diálogo con Martin Buber, quizá el más destacado filósofo “de la persona”, celebrado el 18 de abril de 1957:

*Si considero que este que está frente a mí es un enfermo, entonces probablemente no voy a serle de tanta ayuda como podría ser. Lo que yo siento es que **es una persona**. Es cierto que alguien más podría llamarlo enfermo, pero entonces es como si lo mirara desde arriba... siento una auténtica relación de igualdad entre nosotros y me parece que éste es realmente, en cierto sentido, el fundamento de la ayuda.”*

Cuanto más congruente o auténtico sea el terapeuta en la relación con su consultante y se despoje de impostaciones, mayor será la posibilidad de que el consultante crezca y cambie de manera constructiva. Lo anterior desmitifica la idea de que el terapeuta sea “neutral”; no hay tal cosa: en el humanismo terapéutico existe apertura bilateral de las ideas, sensaciones y sentimientos que vayan emergiendo.

La consideración positiva, también conocida como aceptación incondicional, se refiere a la actitud del terapeuta para aceptar sin reticencias lo que el consultante sea en el momento específico. Dicha actitud impulsa el movimiento o cambio terapéutico.

De igual forma, la proyección de la comprensión que el terapeuta muestra es enormemente facilitadora del crecimiento personal. No sólo es entender el mundo subjetivo del consultante, sino la percepción de los sentimientos que subyacen en su persona. Es necesario manifestar dicha comprensión de un modo explícito.

¿Cómo se produce el cambio para ser uno mismo poniéndose en contacto con lo obvio y en medio de un clima actitudinal que lo facilite?

Toda persona, sea TSX o no, tiende a mejorar significativamente su autoconcepto cuando es comprendida y aceptada. Cuando se la escucha con atención, es capaz de *escucharse a sí misma* y entender mejor su mundo subjetivo. Cuando comprende y acepta su *sí misma* se vuelve más congruente con la propia experiencia concreta. Hay entonces una mayor libertad para ser alguien real y completo. El ser humano que se ve así es más auténtico y creativo.

El cambio paradójico se va consolidando en dos sentidos:

1. La persona TSX se transforma *para ser ella misma* en tanto se abstiene de hacer algo para convertirse en lo que no es (deja de seguir las normatividades rígidas del mundo externo, complacer *el que dirán* y seguir en un rol de género que no es el suyo).
2. Transforma también algunos aspectos somáticos y fisiológicos en congruencia con su identidad de género. Esta armonía a su vez constituye un cambio: sí, de nuevo una transformación para ser ella misma.

Los métodos y experiencias en Gestalt

Como se ha sugerido antes, la psicoterapia gestáltica tiene una singular importancia dentro del abordaje profesional humanista en el proceso integral de reasignación para la concordancia sexogenérica. En tal virtud, conviene glosar de manera breve sus principales características y aplicaciones.

Según nuestra opinión, Perls fue un magnífico creador y un terapeuta fuera de serie, pero no un gran teórico ni un buen divulgador de su propia obra: sus escritos no son profusos, aunque sí difusos.

Ha sido Claudio Naranjo, chileno residente en California, discípulo y después colega de Fritz, quien a nuestro juicio ha podido expresar de mejor manera las ideas y acciones terapéuticas del inventor de la psicoterapia gestáltica; el propio Perls, quien murió en 1970, conoció parte de esa tarea de Naranjo y la celebró: había encontrado a uno de sus mejores difusores.

Sin embargo, no se piense que Claudio ha sido sólo “traductor” de la obra de Fritz, no: él mismo es una figura central del existencial-humanismo. Médico, psiquiatra, psicoterapeuta y *neochamán*, ha desarrollado una vastísima obra que incluye Gestalt, experiencias transpersonales, eneagrama, crítica a los sistemas sociales enajenantes y la creación del célebre sistema SAT, una escuela integrativa psicoespiritual.

Naranjo (1989) sintetiza una serie de prescripciones actitudinales que son la esencia de la psicoterapia gestáltica:

1. Vive ahora.
2. Vive aquí.
3. Experimenta lo real.
4. Abandona los pensamientos innecesarios.
5. Expresa y no manipules, expliques, justifiques o juzgues.
6. No restrinjas tu darte cuenta: entrégate al dolor y al desagrado tanto como al placer.
7. No aceptes ningún *debería* más que el tuyo propio.
8. Responsabilízate totalmente de tus acciones, sentimientos y pensamientos.
9. Acepta ser como eres.

Naranjo ha dicho (2005): *He tenido la suerte de recibir la influencia directa de uno que bien pudo haber sido el más notable de los terapeutas. Me refiero a Fritz Perls, quien seguramente tuvo un talento y una efectividad terapéuticos que superaban a los de Freud, quien fue un teórico y en el sentido amplio un profeta por su visión de las aberraciones humanas y su impacto social; pero dudo que haya sido un terapeuta tan extraordinario como lo fue Perls. El secreto de Fritz era muy simple: no radicaba en una complicada teoría de la mente, sino, como*



Figura 9–1. David Barrios y Claudio Naranjo, 2007.

alguna vez explicó, en que tenía ojos y no tenía miedo. En otras palabras, en una aguda percepción de lo que les pasaba a sus pacientes y en no tener problema en expresarlo, a veces en forma brutal... aquel con vocación de terapeuta no se apoya en teorías ni técnicas, sino en su experiencia personal del camino interior y en su creatividad.

En cuanto a las experiencias o técnicas específicas de la terapia gestáltica, que son muy útiles en el proceso terapéutico de personas transexuales, son de tres tipos:

- Supresivas.
- Expresivas.
- Integrativas.

Supresivas

Con las experiencias de tipo supresivo se busca frustrar la evasión del contacto consigo mismo. De esa manera se evitan intelectualizaciones, “debeísmos”, victimizaciones y manipulaciones.

Una técnica supresiva consiste en “dejar de hacer”. P. ej.: “Ahora que mencionas que hay rechazo de tus hermanos porque eres una persona transexual, no dejas de hablar rápidamente. Te pido que permanezcas callada, con los ojos cerrados y que tomes contacto con lo que estás sintiendo.”

Expresivas

Existe una gran variedad de técnicas o experiencias expresivas, mismas que tienen gran utilidad en la psicoterapia de personas que cursan un proceso de reasignación integral para la concordancia sexogenérica.

Una de las más empleadas es aquella llamada “poner expresión”. P. ej.: se le pide al consultante que traduzca verbalmente una manifestación fenoménica (física): “¿Que dirían *tus lágrimas si pudieran hablar?*”

Integrativas

Una de las experiencias más utilizadas en consultantes TSX y con resultados favorecedores para una mejor integración de la personalidad es el encuentro interpersonal o “diálogo de partes”, en el que se pide a la persona que le dé voz a elementos que están en conflicto. P. ej.: propiciar un diálogo activo entre la parte que se opone al cambio para ser uno mismo y la que impulsa dicho cambio.

Las tres favorecen el contacto con sensaciones y sentimientos, el *awareness* o darse cuenta integral (de ideas y con percepción corporal), la frustración de las evasiones para no enfrentar realidades y el estar en el presente, sin el recuerdo atormentador del pasado y la fantasía (catastrófica o no) de un futuro que aún no existe.

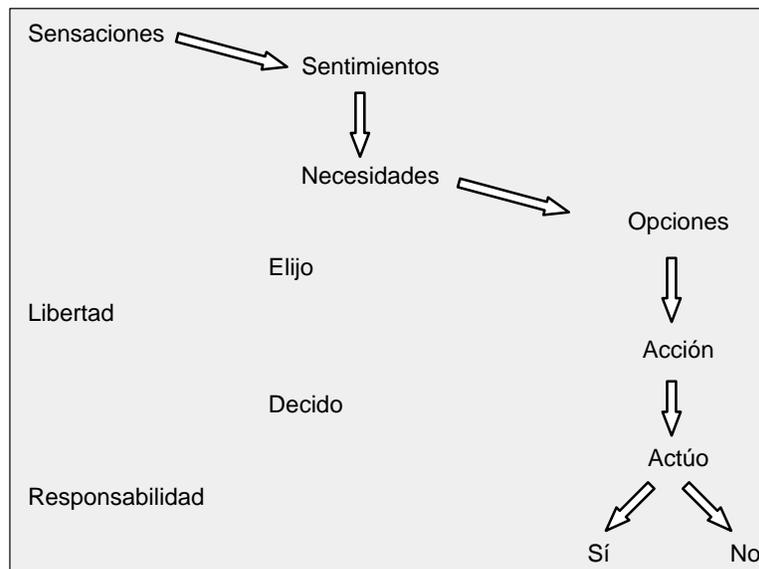
Vale decir que las experiencias o técnicas gestálticas no se pueden apreciar cabalmente en el terreno puramente teórico: requieren ser vividas en el tiempo presente e *in situ*, es decir, en el ámbito terapéutico. Para ello, el terapeuta necesita pasar por un aprendizaje conceptual, actitudinal y de construcción de habilidades.

Dos métodos que son aliados formidables de estas experiencias o técnicas gestálticas son los procedimientos de sensibilización y el trabajo psicocorporal.

CICLO DE LA EXPERIENCIA

En la sexología humanista y en los enfoques psicoterapéuticos que acompañan a esta corriente: terapia centrada en la persona, gestáltica y psicocorporal, la aplicación del concepto conocido como *ciclo de la experiencia* o *continuo de conciencia* resulta imprescindible si se desea obtener autoexploración y autoconocimiento. En la página siguiente se muestra un esquema sintético que lo explica por sí solo.

La percepción y la identificación adecuada de sensaciones y sentimientos permiten tomar contacto con las necesidades, para después poder diferenciar si éstas



son propias o ajenas. La clarificación de necesidades representa un motor energético que será promotor de opciones claras y acciones específicas para su satisfacción. Con ello, la persona elige sus opciones y decide sus acciones desde su libertad interna (no necesariamente por consigna social o por deber ser). Cuando la persona ha elegido con libertad, se responsabiliza de sus actos y la vivencia es de satisfacción consigo misma por tratarse de un acto responsable y libre, independientemente de que implique un logro, una omisión o un error propio que después será resarcido.

En esa circunstancia la persona abandona el sufrimiento y la victimización. Gana energía vital, refuerza su autoconcepto y va obteniendo experiencia invaluable ante diversas circunstancias de la vida, lo cual permite y facilita la atención oportuna de otras necesidades.

P. ej.: una persona que ha nacido biológicamente hombre tiene una identidad de género femenina. La llaman Armando, tal como quedó asentado en su acta de nacimiento expedida por el Registro Civil. Cuando alguien le habla con ese nombre, experimenta pesadez en la nuca, calor y enrojecimiento de la cara. Su pulso se acelera, al tiempo que una sensación de opresión ardorosa en “la boca del estómago” la incomoda.

Con frecuencia los pensamientos interfieren con la exacta percepción de dichas sensaciones. Cuando deja de existir esa interferencia porque la persona hizo a un lado los pensamientos innecesarios, está en posibilidad de percatarse de lo que está pasando en su cuerpo y, con ello, de apreciar sus sensaciones ya no vaga,

sino nítidamente. Pero: ¿qué significan o pueden significar dichas sensaciones? A menudo, en las sensaciones corporales subyacen sentimientos; en este caso ella identifica que está enojada. Le molesta que la llamen Armando.

Al identificar que lo que siente es enojo, puede darse cuenta con precisión de qué es lo que necesita para atender ese sentimiento que la incomoda y perturba.

Se percata de que su necesidad es que la llamen por su nombre: Janeth, que es el apelativo que ha escogido para sí misma. Entonces podrá movilizar energía y tomar acciones: ya sea solicitarle a la persona que la llame por el nombre que ella quiere, o bien por estrategia, abstenerse de pedirlo si la situación es amenazante o peligrosa, como sucede en un medio hostil o ante una persona transfóbica potencialmente agresiva.

En el ejemplo dado, si se decide por la *estrategia de abstenerse de pedirlo*, ella no lo vivirá con desagrado, pues se trata de una decisión consciente y responsable.

Caso diferente sería si no se diera cuenta de cuál es el sentimiento subyacente y no identificase la necesidad emergente, pues lo que estaría haciendo en tal circunstancia sería cumplir con el *deber ser* de otros, es decir, no con las necesidades de su interior (propias), sino con las del mundo externo (ajenas).

Las necesidades

¿Cómo saber si las necesidades son propias o ajenas? Hay algunas pistas que le permiten a la persona tener ese elemento de autoconocimiento:

Cuando las necesidades son nuestras:

- *Se jerarquizan solas.*
- *Generamos recursos para atenderlas.*
- *Su atención genera satisfacción.*
- *La ausencia de atención genera síntomas.*

En la clínica sexológica es común ver, p. ej., que algunas personas TSX que postergan por muchos años su atención integral presentan cefalea crónica, trastornos respiratorios, irritación de la mucosa gástrica, problemas de deficiencia en la digestión, etc.

Llama poderosamente la atención que la sintomatología desaparece cuando la persona en cuestión decide ingresar a un proceso de reasignación.

Cuando las necesidades son de otros:

- *Hay dificultad para jerarquizar las necesidades.* P. ej.: la persona TSG otorga muchas concesiones al “deber ser” y evita una vestimenta integral acorde al papel de género que desea vivir, pues le han dicho que “eso no le va”.

- *Su atención genera insatisfacción.* En el mismo ejemplo, esta persona se viste como “debiera vestirse”. Hay tristeza, frustración y autoenojo.
- *Para su atención, los recursos con los que cuenta no son suficientes.* Siguiendo con el caso, aunque ella trabaja mucho para atender la tristeza, el enojo y la frustración, no logra nada, estos sentimientos siguen y cada vez se manifiestan con más intensidad.

“Los tres demonios”

Esa expresión metafórica se refiere a los principales elementos bloqueadores del contacto y, por ende, a un entorpecimiento o limitación del autoconocimiento creativo que lleva a la persona a ponerse en consonancia con lo obvio y a movilizar energía psíquica para el crecimiento personal.

Creemos que en todo ser humano estos “demonios” son elementos de detención del desarrollo, pero que en las personas estigmatizadas, como es el caso de los TSV, TSG y TSX, los efectos de pauta crónica de detención suelen ser devastadores.

Estos bloqueadores del contacto son:

- Introyectos.
- Experiencias obsoletas.
- Asuntos inconclusos.

Introyectos

Los introyectos son los mensajes ajenos que nos transmiten algunas figuras significativas en nuestra vida. Generalmente son “voces del pasado”, de personas que tuvieron o siguen teniendo autoridad y ascendiente sobre nosotros, con una gran carga culpígena y amenazante. Esos mensajes también proceden de normatividades como los convencionalismos sociales y algunos preceptos religiosos. Se trata de “verdades” de afuera que se viven como propias. Sin embargo, la aceptación de dichas consignas no es admitida del todo, porque la sabiduría interior las rechaza, produciéndose un efecto “tóxico” que incomoda o daña.

P. ej.: una mujer TSX que recibió consignas de las figuras de autoridad del tipo: “Hay que ser todo un hombre”, “Ser mujer es desventajoso”, “Si haces algo antinatural, va contra la voluntad de Dios y recibirás un castigo”. No obstante, algo en el fuero interno de esta persona le revela, aunque sea parcialmente, lo contrario: “Soy mujer, no quiero ser hombre, no hay desventaja en ser mujer si yo no lo permito y mi Dios comprensivo no se opone, por lo que no me castigará.”

Lo descrito puede bloquear el contacto con las sensaciones, los sentimientos y las necesidades cuando predominan las consignas externas sobre la sabiduría interior. De esa manera la persona se siente culpable, avergonzada o siente que su actuación es inadecuada.

Los rasgos más notables de los introyectos son:

- Se traducen en “debo...” y “tengo que...”.
- Si no están disponibles a la conciencia, no los cuestionamos.
- Estos mensajes son verbales, corporales y gestuales. Implican necesidades de otros, no son expectativas propias.
- No es importante el contenido, sino el *tipo de mensaje y la forma* en que fue empleado.
- Perduran a través del tiempo.
- La mayoría de los introyectos se admiten en la infancia, aunque tienen refuerzos a lo largo de la vida.
- La persona inicialmente no se da cuenta de que no son propios, sólo sufre el conflicto.

Experiencias obsoletas

Son sucesos o circunstancias que vivimos y a partir de los cuales desarrollamos actitudes o conductas que en el pasado fueron funcionales; sin embargo, ya han dejado de serlo. Seguimos utilizando esas actitudes y conductas, pero ahora, lejos de funcionar positivamente, nos perjudican.

P. ej.: hay personas TSX de uno y otro género que con fines de protección y hasta de sobrevivencia emocional tuvieron periodos, según el caso, de hiperfeminidad o hipermasculinidad. Es frecuente ver, p. ej., a mujeres TSX que en la adolescencia o en la adultez joven, con un rol eminentemente masculino, practican fútbol americano, boxeo o alguna actividad laboral considerada “ruda”. Allá y entonces, tales conductas fueron funcionales para un propósito determinado; aquí y ahora resultan perjudiciales y retardatorias.

Asuntos inconclusos

Son episodios de la vida que han quedado *no terminados* o parcialmente resueltos.

- Son sobre todo de tipo relacional, tienen que ver con alguien importante para la persona. Están relacionados con la necesidad de dar y recibir que quedó inconclusa. Muchas de estas situaciones pendientes se relacionan

con insatisfacciones que las personas percibimos como emanadas de alguien cercano o muy significativo.

- Hubo satisfacciones pendientes o incompletas: enojos, anhelos, llegadas, despedidas.
- Existe dificultad para que las sensaciones y sentimientos entren y salgan.
- Tanto el satisfactor como la necesidad se rigidizan.

P. ej.: una persona TSG anhelaba e intentaba de variadas formas la aceptación y el contacto físico de su papá y no lo obtuvo. Ahora que se instala en un papel genérico distinto a su sexo, que lo vive a permanencia con gran gozo, busca y de hecho obtiene la aceptación y el contacto que requiere de otras personas no significativas. Con esto no encuentra satisfacción alguna o ésta es fugaz y limitada. Sigue viviendo rechazo, lo que como respuesta podría originar conmiseración y victimización continuas.

Estos tres bloqueadores del contacto dan como resultado los así llamados rebusques o falsos sentimientos:

- Culpa.
- Vergüenza.
- Inadecuación.

Éstos a su vez facilitan la presencia de:

- Pautas crónicas de detención.
- Resentimiento.
- Insatisfacción frecuente.
- Frustración continua.
- Ansiedad.
- Angustia.
- Energía reducida: apatía, indiferencia y depresión.

Terapéuticamente estos elementos bloqueadores se procesan de manera creativa en el presente y sin interpretaciones, empleando los recursos supresivos, expresivos e integrativos de la escuela gestáltica.

Pilares de la sexología existencial–humanista

La teoría paradójica del cambio es del todo compatible con lo que David Barrios (1995) califica como características descollantes de la sexología existencial–humanista:

- **Respeto a la diversidad sexual y erótica** de los seres humanos.
- **Reivindicación del derecho al placer** cuando éste se produce en un ámbito de respeto hacia sí mism@ y l@s demás.
- **Objeción al modelo salud–enfermedad** como criterio único de valoración de las conductas sexuales.
- **Refutación a la ideología meramente reproductiva** en las relaciones eróticas.
- **Reconocimiento y promoción de la equidad entre los géneros**, partiendo del hecho de la igualdad ontogénica entre mujeres y hombres.
- **Atención a las necesidades de la persona** independientemente de las normatividades convencionales, en relación con la educación sexual, la orientación y la terapia de los problemas sexuales.

Psicoterapia de la diversidad e implicaciones sociales

La psicoterapia para las personas transexuales que están en el proceso de reasignación integral sirve para fomentar “la pequeña revolución” individual e interna que sirva de pivote para el gran cambio actitudinal de toda la población. En palabras de Arnold R. Beisser:

Tengo la convicción de que la teoría del cambio que aquí esbozamos es aplicable también a los sistemas sociales, que en ellos la transformación se alcanza mediante la integración y la integralidad y que la función principal del agente de cambio social es trabajar dentro de una organización que le posibilite un cambio congruente con el mutable equilibrio dinámico que existe dentro y fuera de dicha organización. Esto exige que el sistema tome conciencia de los fragmentos alienados internos y externos, a fin de incorporarlos a las actividades funcionales básicas por medio de procesos análogos a la identificación en el individuo... A mi juicio, las estrategias formuladas por Perls son aplicables a la organización y desarrollo comunitarios y a otros procesos de cambio compatibles con el marco político democrático.

CONCLUSIÓN

La construcción y el desarrollo de una auténtica cultura de respeto a la diversidad sexual y de la no discriminación tiene hoy el cariz de lo que se ha llamado “utopía concreta”, es decir, un anhelo del presente que en el futuro será realidad. Así, p. ej., los viajes espaciales, la cura y rehabilitación de muchas enfermedades infec-

ciosas, la existencia de ingenios electrónicos que facilitan las acciones humanas, etc., fueron alguna vez utopías concretas.

Como quienes nos consideramos existencial–humanistas pretendemos *estar en el presente*, evitamos futurizar; mejor nos aplicamos vitalmente con denuedo y el mejor de nuestros esfuerzos en *el aquí y el ahora*.

Parece que no hay mejor forma de convertir nuestros anhelos presentes en realidades tangibles que con sensibilidad, conocimiento, valor, empeño y mucho amor.

Ellas y ellos cuentan su historia. V. Romina y Miguel Ángel

ROMINA

Hace tres meses el cirujano me hizo lipoescultura en abdomen y cintura. Esto complementa las operaciones genitales que me hicieron hace tres años. Ya tengo 25 años y cada vez me siento mejor. Soy una chava entusiasta y alegre, pero no por ello conformista: voy por más.

Cuando era muy pequeña, lógicamente tenía yo un nombre masculino y en casa era tratada como si fuera niño. Vengo de una familia muy bien avenida, algo liberal pero con valores humanos. Papá es médico y mamá ama de casa, pero con bastante preparación. Desde mis primeros años fui desenvuelta y algo histriónica. Por eso, en una fiesta de cumpleaños a la que asistía un productor de TV, empecé mi carrera, breve por cierto, de actriz infantil. Me contrataron para varios programas y telenovelas en los que salí de niño precoz, claro que eso era en apariencia, pues en realidad, como saben, soy una chava. Siempre me desarrollé como niña, tanto en mi *look* como en mi manera de ser.

Al llegar a los 16 años empecé a acudir a fiestas y *reventones* en los que me divertía a *morir*, *me metía de todo* y llegué a ser toda una reina. Me volví muy popular y siempre me di a conocer con mi nombre actual. Dejé la escuela formal para estudiar cinematografía y arte en el estado de Morelos. De cuando en cuando venía al D. F. para divertirme y echar desmadre los viernes, además de los *reventones*, que eran los sábados y duraban hasta el día siguiente. Flirteé con distintos muchachos, pero nada en serio. Tuve amigas y amigos. Luego conocí a Paul, pero luego te cuento. Eso está *chido*.

Pasados los 20 años acudí al servicio profesional que ustedes tienen para empezar los cambios que requería yo en mi cuerpo. Ya vivía como chava todo el tiempo, todo el mundo me llamaba Romina, incluso mi papá y mis dos hermanos. Fue mi mamá, que actualmente está algo enferma, quien investigó dónde podía yo recibir atención como mujer transexual. Ya había investigado por Internet, pero no me atrevía a meterme hormonas hasta no consultarlos a ustedes. En el programa de reasignación avancé muy segura. Primero me atendió una especialista en adicciones y no fue sino hasta que estuve desintoxicada y *clean* que pude empezar el proceso. La hormonación y las experiencias de vida real reforzaron todo lo que había vivido y pude agarrar confianza y tener una conciencia más clara, más segura, de lo que quería: que mi cuerpo fuera totalmente femenino. No me desesperé, trabajaba mis asuntos en la psicoterapia y al fin llegó la operación.

Mi cirugía fue en México, D. F. La técnica de la cirugía, la anestesia y todo eso no me fueron molestos, pero sí la inserción del conformador y las dilataciones en la nueva vagina. No era dolor insoportable, pero sí algo de molestia. *No le hace*: ¡bien vale la pena! Yo me había negado a tener relaciones sexuales antes de la cirugía porque me daba pena e inseguridad que un galán me viera así. A veces las bendiciones llegan juntas: conocí a Paul, un chavo canadiense que vino a estudiar cuestiones estéticas en la UNAM. Nos flechamos luego luego. Salimos como dos semanas y vino lo que ambos deseábamos: hicimos el amor hasta el amanecer y *no sabes*: tuve orgasmos deliciosos. Claro que me ayudó mucho la delicadeza con la que él me trató; pienso que si no hubiera sido así, tal vez yo no me hubiera *soltado*. En cuanto acabe de elaborar mi trabajo final haremos un largo viaje... y si todo va bien con Paul, tal vez vivamos juntos y, ¿por qué no?, igual y con los cambios en las leyes nos podamos casar. Mi mami no anda bien de salud, pero al igual que toda mi familia está muy contenta con todo esto. Eso sí: no quiero ser ama de casa jamás, mi proyecto es ser directora de cine.

MIGUEL ÁNGEL

La pasé muy bien en la casa, donde nadie se metía conmigo. *El pedo* era en la escuela, pues mis compañeros, los hombres, me atacaban y se burlaban a escondidas de mí. Digo a escondidas porque eran *una bola* de cobardes. Lo terrible fue la Secundaria, ya que me obligaban a ir de falda de tablitas, con colitas en el cabello y tobilleras. Era muy desagradable y francamente me *sentía de la chingada*. Mis padres, cosa rara, me respetaban. Digo esto porque algunos conocidos míos que también son como yo, hombres transexuales, han pasado *las de Caín* en su propia familia. Bendito sea Dios, no es mi caso. En la adolescencia me excitaba fantaseando con una maestra de la Secundaria, quien por cierto *caminaba bien cachonda*.

Empecé la Preparatoria, pero por problemas económicos no la pude continuar. Junto con unos primos puse un puesto de venta de pescado. Desde que entré a la Prepa juré que nunca más me vestiría o andaría como mujer; aunque no tenía claro exactamente quién era yo, como que sí intuía que yo no era precisamente mujer, a pesar del nombre y todo lo demás. Lamenté mucho lo que mi cuerpo cambiaba en esa etapa porque empecé algo tarde. Lo más molesto eran las *chichis* y el sangrado. Afortunadamente mi cuerpo siempre ha sido fuerte, aunque soy algo chaparro. Una noche que no olvidaré nunca estaba yo solito oyendo la radio cuando oí la voz de usted, doctor. En cuanto empezó a hablar de la transexualidad dije: ¡eso es lo que tengo! Me sentía al mismo tiempo nervioso y tranquilo, no sé cómo explicarlo, pero era como una luz que antes no había visto. Ahora es otra cosa, sobre todo las hormonas y la terapia me han ayudado mucho. Cuando me operaron los pechos y vi como quedé fue uno de los momentos más felices de mi vida. Todavía no tengo pareja, me va regular en el puesto, pero siento que ahora soy otra persona.

Estoy haciendo ejercicio y tengo buenos planes para el futuro. A veces pienso que si la gente estuviera bien informada y oyerá más programas como ése que había en la noche con Paty Kelly, muchas personas como yo sufrirían menos o tal vez no sufrirían si se atendieran a tiempo. Yo diría que lo único que me falta es tramitar mis papeles, principalmente mi acta de nacimiento, con mis nuevos datos. No es justo que en esos documentos aparezca otra persona.

Abordaje profesional de la transexualidad

EL PROTOCOLO

Como ya se ha visto, en la condición humana de la transexualidad no es factible cambiar la identidad de género, según muestran la evidencia científica y la experiencia clínica; en cambio, algunos elementos del sexo, específicamente del fenotipo o manifestación física externa, sí son susceptibles de modificaciones.

Si bien el aspecto que más llama la atención del público es el que se refiere a la llamada “cirugía de cambio de sexo” (CRS), lo más significativo y trascendente en la persona TSX es la vivencia del papel genérico que siempre ha deseado. Así lo afirma Marti Horberg, un gran estudioso de estos temas:

“Lo que en realidad causa la transformación es el hecho de vivir según el género que se requiere; la cirugía sólo confirma lo que de hecho ya sucedió.”

Los criterios de selección para participar en lo que los sexólogos llamamos reasignación integral para la concordancia del sexo con la identidad de género deben ser estrictos, e incluyen un profundo estudio que le permita al profesional asegurarse de que la persona en cuestión es verdaderamente transexual. Para el caso específico existen protocolos internacionalmente consensuados. Se exponen al lector o lectora el del Programa de Disforia de Género de Stanford, que expresa de manera clara y sencilla los requisitos para participar en un protocolo para la reasignación mencionada:

1. Presentar una historia documentada de disforia de género.
2. La persona no debe tener alteraciones mentales psicóticas.
3. El (la) solicitante no debe estar casado(a).
4. Ausencia de contraindicaciones médicas para la cirugía.
5. La persona debe aceptar un seguimiento posoperatorio.
6. La persona hará una vivencia plena, durante 12 a 24 meses, del rol de género deseado.
7. Efectuará una terapia hormonal durante 12 a 24 meses por lo menos.

No obstante, han obtenido mayor aceptación y difusión internacional las llamadas normas de cuidado para trastornos *[sic]* de la identidad de género emitidas por la *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), que incluyen preceptos mínimos para la atención profesional de la persona transexual y que consisten en cinco etapas o aspectos fundamentales: *diagnóstico preciso dentro de un “umbral clínico”, psicoterapia de acompañamiento, administración de hormonas, experiencia “de la vida real” y cirugía.*

La misma WPATH postula que los criterios protocolarios son flexibles y podrán tener características diferentes, dependiendo del equipo terapéutico y las variables individuales y culturales.

Una vez aceptada la persona transexual para el inicio de un proceso de reasignación integral, éste se desarrolla en un contexto psicoterapéutico que en el existencial-humanismo en sexología llamamos *teoría paradójica del cambio*. Expresada sencillamente, ésta indica: “la persona cambia cuando es ella misma”. Es decir, la reasignación integral le permite un proceso en el que deja atrás lo que no era, para transformarse en lo que verdaderamente es (Barrios, 2004).

Si bien es cierto que procede de un diagnóstico, se trata de una intervención terapéutica *no curativa* (no hay enfermedad) sino de acompañamiento emocional, solidario y empático con las necesidades específicas de cada persona transexual.

Por supuesto, el acompañamiento terapéutico es el espacio idóneo en el que la persona que está en el proceso —al estar realizando una serie de “pruebas de realidad” físicas, sociales, escolares, familiares y de interrelación con otros— genera o propicia respuestas emocionales que deben ser atendidas en ese contexto de cambio y adaptación. El bienestar físico y emocional emanado de la vivencia en el rol de género idóneo y de los cambios físicos generados por la administración de hormonas garantiza el buen paso a la fase quirúrgica. En la etapa posterior a la o las cirugías, también resulta pertinente el acompañamiento psicoterapéutico, pues surge una serie de “acomodos emocionales” que es necesario trabajar con metodología de intervención profesional para la ayuda emocional.

La terapia hormonal reviste un papel en extremo importante durante el seguimiento del protocolo, pues se persiguen dos objetivos: suscitar el desarrollo de

los caracteres sexuales secundarios compatibles con el aspecto deseado en correspondencia con la identidad de género de la persona que transiciona, e inhibir los caracteres sexuales secundarios del sexo original.

Las intervenciones quirúrgicas transicionales de hombre biológico a mujer incluyen o pueden incluir: extirpación de testículos, reducción de “la manzana de Adán” del cuello, incremento de los pechos con implantes de silicón u otro material y la operación denominada vulvovaginoplastia, que consiste en la creación de una cavidad vaginal a partir de la utilización de tejido de la piel peniana, misma que sirve para revestir la nueva vagina. También se acorta la uretra y, partiendo de la bolsa escrotal que antes envolvía a los testículos, se les da forma a los labios vaginales. También se crea un “clítoris”.

En el caso de la transición quirúrgica de mujer biológica a hombre se realizan: extirpación de pechos (mamas), útero, tubas uterinas y ovarios; formación de un pene (la neofaloplastia o simplemente faloplastia) con piel redundante de la vulva o con injertos de otros sitios. También se crea quirúrgicamente un escroto con tejido de los labios mayores. Esta bolsa escrotal se llena con cápsulas de Silastic® u otro material.

Tradicionalmente los especialistas que conducimos los procesos de reasignación integral de personas transexuales consideramos una secuencia preconizada por la WPATH en la llamada *terapia tripartita*:

- Hormonas → Experiencias de vida real → Cirugía

O bien:

- Experiencias de vida real → Hormonas → Cirugía

Y en el caso de algunos varones transexuales (que están teniendo una biología sexual femenina) se puede optar por la secuencia:

Hormonas → Mastectomía → Experiencias de vida real

Aunque los protocolos consensuados internacionalmente aceptan la posibilidad de diversas opciones de intervención terapéutica, hay una tendencia general entre los especialistas a homogeneizar criterios. También hay que señalar que, tal como señala el comité de redacción de las NDC (normas de cuidado) de la WPATH, “*los profesionales cada vez nos percatamos más de que no todas las personas con trastornos [sic] de la identidad de género necesitan o desean todos los elementos de la terapia tripartita*”. También dicen que “*la terapia tripartita no es la única*”.

En un trabajo presentado en el Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual en Cusco, Perú, en octubre de 2000, David Barrios Martínez presentó un modelo para la reasignación integral de personas transexuales cuyos

Cuadro 11–1. Esquema general de siete etapas en un protocolo de reasignación integral para la concordancia del sexo con la identidad de género (Barrios Martínez/García Ramos, 2003)

Etapa	Participantes	Tiempo aproximado
Diagnóstico	Psicoterapeuta, médico, psicólogo o psiquiatra con entrenamiento sexológico	3 a 6 meses
Acompañamiento psicoterapéutico	Psicoterapeuta, psicólogo o psiquiatra con entrenamiento sexológico	Todo el proceso
Valoración endocrinológica y tratamiento hormonal	Endocrinólogo o médico con entrenamiento en terapia hormonal	1.5 a 2 años
Experiencias de vida real	Consultante	1.5 a 2 años
Redes de apoyo	Familiares, sociales, de pareja y amigos	Todo el proceso
Reasignación quirúrgica y cirugías complementarias	Cirujanos	Variable
Seguimiento y evaluación	Psicoterapeuta, psicólogo o psiquiatra con entrenamiento sexológico, endocrinólogo o médico con entrenamiento en terapia hormonal y otros médicos de distintas especialidades	De por vida

aspectos puntuales son siete, aunque centralmente se toma en cuenta la mencionada terapia tripartita, como lo muestra el cuadro 11–1, modificado en 2003.

Idealmente, el proceso transicional para la persona TSX que ha ingresado a un protocolo debería ser efectuado por todo un conjunto de profesionales que constituyen el equipo multidisciplinario. Pero no siempre ocurre así; la ignorancia, los prejuicios y la transfobia impiden en muchas ocasiones que tal *team* terapéutico se integre.

En los protocolos internacionales se destaca que la conducción de la reasignación integral para personas TSX deberá ser realizada por el profesional de la salud mental, en estrecho contacto con un médico que prescriba hormonas y uno o más cirujanos que se encarguen de los procedimientos quirúrgicos.

Pese a esa prescripción protocolaria, lo cierto es que en muchos casos no ocurre así. En el medio mexicano, p. ej., hay gremios profesionales que muestran apertura y buena disposición para integrarse a un colectivo multidisciplinario para el fin propuesto; es el caso de los médicos y psicólogos clínicos con formación y entrenamiento sexológico y el de los cirujanos plásticos y reconstructivos. No acontece lo mismo con la mayor parte de los psiquiatras (muchos de los cuales patologizan la condición TSX), endocrinólogos, ginecólogos, andrólogos, cirujanos urológicos y psicoanalistas ortodoxos (médicos y no médicos), aunque, como siempre pasa, hay notabilísimas excepciones.

Por la razón expuesta, es realista y adecuado integrar los equipos de trabajo de atención integral de las personas TSX que ingresan a los protocolos de reasignación para la concordancia sexogenérica con profesionales actualizados, desprejuiciados y sin los atavismos conservadores tradicionales frecuentes en algunas disciplinas de la salud física y emocional.

Creemos que el profesional que diagnostica, efectúa psicoterapia, recomienda la intervención de un médico que recete hormonas y autoriza la procedencia de la CRS y cirugías complementarias debe ser alguien con formación profesional en medicina o psicología y capacitación y entrenamiento en terapia sexual, con experiencia demostrable en los procesos de reasignación de personas TSX.

Meyer y col. (2001), haciéndose eco de las recomendaciones de la WPATH, han postulado un **Decálogo del profesional responsable de la reasignación de personas TSX:**

1. Diagnosticar con precisión la condición.
2. Diagnosticar cualquier afección mental concomitante y considerar su atención.
3. Esclarecer expectativas y corregir aquellas que sean erróneas.
4. Ofrecer opciones y explicar consecuencias.
5. Dar la psicoterapia requerida.
6. Decidir acerca de los criterios de elegibilidad e idoneidad de hormonación y cirugía.
7. Efectuar recomendaciones a otros profesionales y a los cirujanos.
8. Pertenecer a un equipo de profesionales con interés en el tema de la discordancia sexogenérica.
9. Educar a instituciones y a familiares sobre las condiciones TSG y TSX.
10. Tener total disponibilidad para el seguimiento de los consultantes o pacientes.

Diagnóstico

El diagnóstico de la condición humana de la transexualidad se integra a partir de los siguientes elementos:

- Historia clínica sexológica metódica y detallada, con énfasis en la consolidación y el desarrollo de la identidad de género.
- Exploración física concienzuda, con estudios de laboratorio completos en la esfera endocrinológica, urológica, ginecológica y andrológica.
- Evaluación psicoterapéutica, psicológica y psiquiátrica que descarte o detecte psicopatías.

Para llegar al diagnóstico de condición transexual en una persona adulta se requiere la reunión de los siguientes tres criterios básicos:

1. Anhelos persistentes de vivir y ser aceptado como integrante del otro sexo, generalmente acompañado por el empeño de transformar el cuerpo lo más parecido posible al del otro sexo, mediante administración de hormonas y cirugía.
2. La identidad de género discordante con el sexo ha sido persistente durante dos años, por lo menos.
3. La discordancia entre la identidad de género y sexo no forma parte de un síndrome psicopatológico ni de una anomalía cromosómica.

Acompañamiento psicoterapéutico

Desde la propia realización del diagnóstico y con una temporalidad indefinida, es recomendable el acompañamiento psicoterapéutico en todas y cada una de las fases del procedimiento de reasignación integral. De esa manera, en la ya referida terapia tripartita (que consiste en pruebas de vida real en el papel de género deseado, hormonación supervisada y cirugía para reestructurar caracteres sexuales y órganos pélvicos) la asistencia psicoterapéutica representa un espacio de contención emocional, así como un conjunto de oportunidades catárticas y de aprendizaje de sí misma que la persona requiere habitualmente para su adaptación emocional en cada fase de su proceso. Simplemente, y a guisa de ejemplo, piense el lector o lectora que en ocasiones la persona transexual que está en un protocolo de este tipo tiene que renunciar a su “mundo conocido” y, en algunos casos, reiniciar una vida nueva. Todo ello implica o puede implicar la vivencia de distintos duelos; uno de éstos, quizá el más importante, es la despedida de “la otra persona” que ha sido ella misma. Otro pudiera ser el manejo emocional y actitudinal de la situación con todos aquellos que han conocido “el antes” y ahora atestiguan “el después”. Si bien es cierto que la disforia o incomodidad anterior se convierte en bienestar, por momentos con euforia por los cambios rílicos dados por la vivencia completa en el papel de género deseado, así como los físicos y emocionales inducidos por la hormonación, también lo es que hay o puede haber sensaciones y sentimientos emergentes, en ocasiones adversos, que conviene atender desde la perspectiva de la psicoterapia.

Valoración endocrinológica y tratamiento hormonal

La valoración clínica consiste en la realización de una serie de exámenes de laboratorio y gabinete que, acompañados de un interrogatorio empático expresado en

la historia clínica sexológica, llevarán a los profesionales encargados del proceso a decidir y vigilar la hormonación (a veces llamada terapia hormonal sustitutiva u hormonización).

Para la valoración endocrinológica previa a la administración de hormonas se recomiendan los siguientes estudios:

Datos antropométricos (peso, talla, apreciación de cintura escapular y pélvica, apreciación de distribución de la grasa corporal), presión arterial; química sanguínea que incluya glucosa en sangre, perfil de lípidos, función renal y hepática; pruebas de sangrado y de coagulación; perfiles hormonales, serología para VIH y marcadores para hepatitis; radiología e imagenología (tomografía de silla turca del esfenoides, ecografía hepática, etc.); cariotipo.

Existen algunas contraindicaciones absolutas para el tratamiento con estrógenos, el cual se emplea en mujeres transexuales: dislipidemia importante, daño severo a la glándula hepática de curso crónico, cardiopatía isquémica, enfermedad tromboembólica y obesidad patológica. Se harán indicaciones especiales a las personas que vayan a recibir hormonación estrogénica y que tengan los siguientes datos: hipertensión arterial severa, cefalea resistente a los tratamientos, diabetes mellitus, tabaquismo, elevación en suero de la hormona prolactina y antecedentes familiares de cáncer de mama.

Las contraindicaciones totales para el tratamiento con andrógenos utilizado en hombres transexuales son insuficiencia cardíaca, hepatitis aguda o crónica, insuficiencia hepática y síndrome nefrótico.

Se requieren cuidados especiales e indicaciones adicionales ante la presencia de los siguientes factores en la persona que recibirá hormonación androgénica: epilepsia, dislipidemia severa, poliglobulia, migraña crónica, insuficiencia cardíaca latente e insuficiencia renal.

Para la hormonación, la WPATH postula la consideración de varios criterios de elegibilidad e idoneidad, que los autores adaptamos con modificaciones.

Los criterios de *elegibilidad* para la administración hormonal son:

- a. Tener 18 años de edad.
- b. Conocer los beneficios y los riesgos de la acción de las hormonas.
- c. Un periodo igual a o mayor de tres meses de experiencia vida real documentada, acompañada de psicoterapia.

Los criterios de *idoneidad* para la hormonación son:

- Adherencia o disciplina a las indicaciones de hormonación.
- Identidad genérica consolidada por experiencia de vida real en el papel o rol de género deseado, con acompañamiento psicoterapéutico.
- Mantenimiento o mejoría de la salud mental, con control satisfactorio de otros conflictos: adicciones, tendencias suicidas, etc.

Esquemas hormonales básicos

En 1969 H. Benjamin preconizó originalmente un esquema de hormonación que en muchos casos y circunstancias sigue siendo vigente, pero que con el paso del tiempo y la aparición de nuevos hormonales de variadas presentaciones y modos de administración ha tenido grandes variaciones y criterios selectivos e individualizados.

La administración de hormonas a personas TSX **siempre estará a cargo de un profesional de la medicina** en estrecha relación coterapéutica con un profesional de la salud sexual con formación psicoterapéutica. Dicho esquema tradicional es:

En varones TSX (mujeres biológicas):

Enantato de testosterona, 250 mg por vía intramuscular cada dos semanas.

En mujeres TSX (varones biológicos):

Etinil estradiol, 0.2 a 0.4 mg diarios, por vía oral + acetato de medroxiprogesterona, 10 mg, o valerato de estradiol, de 10 a 40 mg + caproato de hidroxiprogesterona, 30 a 60 mg, por vía intramuscular cada dos semanas.

En la actualidad, un esquema muy usado por especialistas en endocrinología que supervisan la hormonación de mujeres TSX es el que consiste en administrar 100 mg de etinil estradiol por vía oral para personas de menos de 40 años de edad. Para quienes sobrepasan esta edad y que presentan mayor riesgo de fenómenos tromboembólicos, recomiendan el empleo de parches transdérmicos, a razón de dos aplicaciones de 100 mg por semana.

En varones TSX, la administración de testosterona sigue siendo preferiblemente intramuscular, porque la vía oral o en parches transdérmicos tiene resultados francamente inferiores.

En el cuadro 11-1 se presenta un esquema sintético de formulaciones hormonales de empleo común en personas TSX que ingresan a un protocolo de hormonoterapia supervisada.

Algunos de los cambios físicos deseables suelen aparecer prontamente (entre las semanas 6 y 8 de haberse iniciado la hormonación). Dichos cambios tempranos son: desarrollo de mastalgia (dolor en pechos) y botón mamario en mujeres TSX y engrosamiento o gravedad de la voz en varones TSX.

Algunas modificaciones se van produciendo paulatinamente entre los 6 y los 12 meses de terapia hormonal. Hay otros cambios de curso tardío, como el hirsutismo y la barba masculina, que se van produciendo hasta su terminación y tardan de cuatro a cinco años.

Cuadro 11–1. Fármacos comunes en la hormonación de la persona transexual

Tipo de hormona	Fórmula química
Análogos de LHRH	Goserelina Triptorelina
Inhibidores de la síntesis de testosterona y dihidrotestosterona	Espironolactona Finasterida Flutamida
Antigonadotrópicos	Acetato de ciproterona Medroxiprogesterona Linestrenol Noretisterona
Bloqueadores de receptores de andrógenos	Acetato de ciproterona Espironolactona
Estrógenos	Etinilestradiol Estrógenos conjugados 17B–estradiol Estriol
Andrógenos	Inyecciones, pastillas o parches de testosterona

Modificaciones deseadas en mujeres (varones biológicos)

Los estrógenos promueven crecimiento de los pechos, redistribución femenina de grasa corporal, disminución de fuerza física en miembros superiores, suavidad de la piel, reducción del vello corporal, aumento del cabello, reducción de la fertilidad, disminución del número y frecuencia de las erecciones y disminución del tamaño de los testículos.

En general, todas estas modificaciones son reversibles ante la eventualidad de la suspensión de la hormonoterapia, menos la ginecomastia o crecimiento de los pechos, que tiende a permanecer pese a la discontinuidad en la administración de hormonas.

Hay *dos limitaciones* importantes en los efectos de hormonación en mujeres TSX:

1. La administración de estrógenos o de estrógenos con progestina no es eficaz para eliminar la barba o el vello facial tupido, por lo que en muchas ocasiones se hace necesario recurrir a los procedimientos de electrólisis o de depilación con láser.
2. La gravedad de la voz varonil no es sensiblemente modificada con la hormonación, dado que en la pubertad el desarrollo de la laringe y sus cuerdas vocales ha tenido tal consolidación que permanecen intactas. Por lo tanto, el timbre no se modifica o lo hace mínimamente. De hecho, la cirugía para feminizar la voz, llamada cricotiropexia, consistente en el alargamiento de



Figura 11–1. Desarrollo mamario inducido por hormonas en una mujer TSX.

las cuerdas vocales, no ha tenido los resultados deseables hasta ahora. Para una modulación *feminizada*, en ocasiones es recomendable una asesoría fonológica. En otros casos basta con un constante entrenamiento que permita la emisión de la voz con inflexiones y tonos típicamente femeninos.

Modificaciones deseadas en hombres (mujeres biológicas)

La testosterona induce los siguientes cambios: voz grave, desaparición de la menstruación, ligero aplanamiento de los pechos, crecimiento del clítoris, presencia de hirsutismo facial (barba y bigote) y en el resto del cuerpo, disminución del cabello (que a veces llega a ser calvicie). Estos cambios no son reversibles. Hay otras modificaciones que sí pueden revertirse ante una suspensión de la hormonación: incremento de la fuerza en la porción superior del cuerpo, aumento de peso, mayor sociabilidad, exacerbación del deseo sexual y reducción de grasa en la zona de las caderas.

Efectos secundarios no deseados

La hormonación a base de estrógenos y progestina puede favorecer trombosis venosa con el consiguiente peligro de embolia pulmonar, tumores benignos en hipófisis, infertilidad, sobrepeso, diabetes, hipertensión arterial, oscilaciones del estado anímico, hepatopatías, litiasis vesicular y somnolencia.

La hormonación con testosterona puede producir los siguientes efectos secundarios indeseables: hepatopatías, predisposición a tumores del hígado, perfil de lípidos con mayor riesgo aterogénico (lo cual favorece patología cardiovascular),

oscilaciones del talante, incremento de la libido (lo cual no por necesidad es indeseable), acné e infertilidad.

Responsabilidades en la hormonación

No es indispensable que el profesional médico que prescribe la hormonación sea endocrinólogo, pero es muy necesario que conozca los aspectos sustantivos de la condición TSX y que documente la información relevante sobre las implicaciones sociales, emocionales y físicas que dicha medicación conlleva.

Es indispensable informar a la persona que iniciará la hormonación supervisada acerca de las limitaciones y posterior cancelación de la facultad de reproducción biológica que implica dicho tratamiento. Habrá de ofrecérsele la posibilidad de alternativas de reproducción asistida, como preservar semen en bancos especializados para una posterior inseminación asistida y la preservación de embriones fertilizados mediante criogenia.

La vía de administración, las variaciones de las dosis (p. ej., suelen reducirse entre la mitad y un tercio en el caso de mujeres TSX que han sido ya privadas de la función testicular por cirugía extirpatoria, y también es factible reducir la hormonación con testosterona a los varones TSX que han sido sometidos al retiro quirúrgico de los ovarios), la vigilancia periódica de la medicación que es permanente, los exámenes de laboratorio y gabinete, el informe de los cambios físicos y emocionales que irán produciendo, así como las exploraciones físicas rutinarias, son también responsabilidad del clínico que prescribe los hormonales.

En sentido amplio, los efectos benéficos de la hormonación son también una prueba de realidad, pues la mejoría del talante o estado anímico es un buen indicador de aproximación y a veces de “complitud” en la concordancia deseada.

Experiencias de vida real

Son el conjunto de actividades, vivencias y contacto con otras personas en el rol de género deseado. En ocasiones representa la adopción de un papel siempre anhelado pero nunca antes vivido, y en otras, la consolidación de un papel que ya se había desarrollado y ahora, en la cotidianidad, tiende a consolidarse.

Las experiencias de vida real son importantísimas y trascendentes en el proceso de reasignación integral para la concordancia de la identidad de género con el sexo. Se busca nada menos que contrastar los deseos y fantasías previas de una vivencia con el género deseado, con su materialización en la vida concreta. Se produce así la expresión pública de lo que es eminentemente subjetivo y privado. Como es fácil suponer, la experiencia de vida real tiene repercusiones muy amplias en prácticamente todos los órdenes de la existencia: familia, pareja, escuela, religión, trabajo, amistades, aspectos económicos, asuntos legales, etc.

Es muy frecuente que la persona pierda el trabajo, que voluntaria o involuntariamente concluya la relación de pareja, que deje de ver a sus hijos y amigos y que tenga que dedicarse a actividades remunerativas completamente distintas a sus estudios o experiencias laborales previas.

El problema se exagera en las sociedades que no han legislado para evitar discriminación y donde no se permiten los cambios registrales que posibiliten a la persona TSX o TSG tener una nueva identidad jurídica: tiene probabilidades altas de ser más vulnerable a las agresiones verbales y físicas de individuos transfóbicos, de sufrir el escarnio y hostilidad de malos servidores públicos y la decisión, forzada por las circunstancias adversas, de renunciar al *estatus* académico social y económico desarrollado con gran esfuerzo a lo largo de los años. Así, p. ej., muchos de nuestros consultantes varones TSX tienen que subemplearse en oficios que no son los suyos ni vocacional ni actitudinalmente. Lo mismo ocurre con una buena proporción de mujeres TSX, quienes, siendo profesionistas o empleadas de alto rango en instituciones públicas y privadas, han de optar, sin realmente preferirlo, por dedicarse al trabajo sexual, que tiene infinidad de riesgos, o a otros oficios de remuneración escasa.

No obstante, en las experiencias de vida real predominan con mucho las vivencias gratificantes y aleccionadoras que dotan de mayor firmeza y seguridad emocional a la persona que está en ese proceso. Dará entonces otros pasos sucesivos hacia su plena concordancia sexogenérica.

Redes de apoyo

Siendo parte de las experiencias de la vida real, la dinámica de las redes de apoyo le confiere a quien está en el proceso de reasignación integral un soporte invaluable en el camino de la transición. Se trata de familiares, amigos, parejas, profesionales empáticos, clubs y comunidades organizadas, sitios y *blogs* de Internet que coadyuvan de manera significativa en la transición.

A menudo la persona TSX se aísla. En ocasiones es rechazada por la familia o parte de ésta; en otras, el entorno social representado por escuela, trabajo o comunidad religiosa tiene una respuesta virulenta. Es entonces cuando la solidaridad, comprensión, contención emocional y aceptación incondicional de uno o varios de los elementos de la red de apoyo ejercen su benéfica acción.

Queremos destacar aquí la importancia que Internet ha tenido en los últimos años. Antes de la entronización de este ingenio tecnológico, la socialización del tema de la transexualidad y la difusión de los procesos de reasignación para las personas TSX eran muy limitadas y tardías. Con la red mundial de Internet el panorama se ha modificado sensiblemente. Ahora existen diversos sitios *web* con información disponible; aunque no toda es seria y documentada, sí la hay en can-

tividad y calidad suficientes como para enterar del tema a la población general. Las personas TSX tienen mayor acceso a datos confiables, se enteran de los servicios que ofrecen los profesionales éticos y preparados, saben mucho más que las generaciones anteriores sobre los distintos aspectos de la diversidad sexual en general y la transexualidad en particular.

La intercomunicación dinámica que a nivel global brinda Internet ha favorecido también que tanto a nivel individual como comunitario algunas personas TSX estén al tanto de los avances mundiales en los procedimientos de entrenamiento rólico, hormonación y cirugías. No es menor el beneficio que tienen el *chateo* o conversación en tiempo real con o sin *videocam*, así como la disponibilidad para “bajar” de la Red un sinnúmero de artículos, audios y videgrabaciones, películas, testimoniales, entrevistas a especialistas, recortes de noticiarios y otros materiales que proveen de estimulante contenido a las personas que ingresan a la *web*.

Reasignación quirúrgica y cirugías complementarias

La reasignación quirúrgica será practicada por un cirujano calificado en aspectos reconstructivos y plásticos, de preferencia con experiencia en cirugía urológica y ginecológica. Atenderá el certificado de autorización que le expida el facultativo responsable del proceso, estará en estrecho contacto con el médico que ha prescrito la hormonación y, si los hay, con otros miembros del equipo multidisciplinario.

De igual forma que para la administración de hormonas, el paso al acto o actos quirúrgicos tiene criterios de elegibilidad e idoneidad postulados por la WPATH. Estos criterios son particularmente importantes habida cuenta que no existe reversibilidad absoluta en los procedimientos quirúrgicos, esto es, tienen un carácter definitivo en la inmensa mayoría de los casos.

Los criterios de elegibilidad para la reasignación sexual (CRS) son:

1. Haber cumplido la mayoría de edad.
2. Por lo menos 12 meses de hormonación supervisada continua, sin que exista contraindicación médica.
3. Cuando menos 12 meses continuos de experiencias de vida real de tiempo completo, calificados por la propia persona como gratificantes.
4. Psicoterapia durante las experiencias de vida real. (Aun cuando la WPATH no considera imprescindible la asistencia psicoterapéutica o relación profesional de ayuda emocional, los autores creemos que es de suma importancia, postura que argumentamos en el capítulo “Teoría paradójica del cambio y transexualidad” de este libro.)
5. Información amplia a la persona que será sujeto de la intervención o intervenciones quirúrgicas en torno a ese o esos procedimientos: costo, tiempo

de internamiento hospitalario, convalecencia, curaciones, posibles complicaciones y posible rehabilitación posquirúrgica.

6. Información y consideración de opciones acerca de varios cirujanos calificados.

Los criterios de idoneidad para la CRS son:

1. Consolidación objetiva y subjetiva de la identidad de género de la persona TSX que está en el proceso. (Aquí de nuevo cobra especial relevancia la atención terapéutica de acompañamiento.) La desaparición de la disforia de género inicial indica indudablemente progreso y bienestar.
2. Demostración de solvencia y eficiencia en la resolución de problemas y conflictos sobre asuntos existenciales que le son importantes a la persona.

El desenvolvimiento en la relación con otras personas, la familia, las actividades laborales y la supresión de comportamientos autodestructivos son buenos indicadores.

Es preciso enfatizar que en ningún caso se indica una operación de tipo CRS sin haberse aprobado satisfactoriamente los criterios de elegibilidad.

Intervenciones de la cirugía de reasignación sexual (CRS)

Las cirugías para las mujeres TSX son:

- Remoción de los testículos (orquidectomía u orquiectomía bilateral).
- Retiro quirúrgico del pene (penectomía).
- Construcción quirúrgica de vagina, labios vaginales y clítoris (vulvovaginoplastia con plastia de clítoris).

Las técnicas quirúrgicas para la CRS o cirugía de reasignación sexual son muy variadas, pero se centran en los métodos para la conformación de una vagina antes inexistente. Son tres los más usados, con muchas variantes: inversión de la piel del pene, que será el revestimiento de la neovagina; implantación pediculada de una porción del intestino llamada recto sigmoides, e injerto de piel homóloga (de la propia persona) para formar el interior de la nueva vagina.

Otro elemento muy importante en la CRS es el acortamiento de la uretra y su colocación en el sitio anatómico idóneo. Al respecto hay que recordar que la uretra masculina es considerablemente más larga.

La cuidadosa disección de los tejidos en la vulvovaginoplastia también tiene por objeto garantizar el aporte de sangre y la integridad de las fibras nerviosas



Figura 11–2. CRS mexicana: fotografías del *antes* (arriba) y el *después* (abajo).

que aseguren la sensibilidad en las relaciones coitales. No obstante lo señalado, hay que tener presente que el órgano sexual más importante es el cerebro, con sus ideas, fantasías, construcción de subjetividades e integración y traducción del mundo emocional. Esas facultades son las que principalmente propician el placer erótico.

A finales de la década de 1970 y a principios de la de 1980 se desataron encendidas polémicas por la controversia acerca de la pertinencia o no de la CRS. Sucedió que en 1979 Jon Meyer dio a conocer un estudio en el que revisaba el bienestar y la adaptación de 50 personas transexuales. De ellas, 21 no habían sido operadas

y 29 sí. Meyer no encontró diferencias significativas entre los dos grupos, por lo que una inferencia apresurada fue que carece de sentido efectuar la CRS.

Más adelante, Fleming y col. cuestionaron en 1980 el estudio de Meyer, porque encontraron que la escala de adaptación presentaba sesgos importantes: parece ser que no medía la adaptación con objetividad y precisión. No obstante, estudios del propio Fleming y Green en 1990 y de Kullgren y Bodlund en 1996 esclarecieron que la mejoría del talante o estado anímico y la adaptación después de la cirugía son significativamente mejores que antes de ella; es decir, se demostró la importancia que tiene la CRS en las personas transexuales que optan por ella.

En 1986 Abramowitz había concluido en otro estudio que cerca de 75% de las personas que habían recibido la CRS mejoraron notoriamente en los indicadores específicos, como la disminución del síndrome depresivo.

En 1993 Lief y Hubschman encontraron que 86% de las personas posoperadas manifestaban satisfacción con el resultado del procedimiento quirúrgico.

En un estudio de 2003 Lawrence encontró una satisfacción de 100% en 232 mujeres transexuales posoperadas.

Rom Birnbaum realizó en junio de 1999 el primer estudio científico que investigaba algunos aspectos de la respuesta sexual de mujeres transexuales que ya habían sido reasignadas quirúrgicamente. Dicho trabajo formó parte de su doctorado en el *Institute for the Advanced Study of Human Sexuality*, de San Francisco, California, EUA.

Las personas investigadas tenían sensores electrónicos y se masturbaron en un ambiente tranquilo y privado. La mayoría llegaron al orgasmo y, aunque era un hecho bien sabido por ellas y sus parejas, se trató del primer trabajo que documentó científicamente la capacidad orgásmica después de la CRS.

Fueron los participantes 11 mujeres TSX, 29 sujetos de control subdivididos en cinco grupos: 11 hombres biológicos, 9 mujeres biológicas, 5 mujeres transexuales, 2 personas con estados intersexuales y 2 hombres TSX. El estudio incluyó a una persona que al principio era mujer transsexual preoperada y luego fue posoperada. Se establecieron como variables dependientes las ondulaciones en la presión producidas por la mioclonía (contracciones musculares involuntarias), contracciones anales, el ritmo cardíaco y la tensión arterial.

De las 11 mujeres transexuales posoperadas, 8 manifestaron sensación subjetiva de placer y 3 de esas 8 tuvieron contracciones orgásmicas semejantes a las del grupo control. No hubo diferencia estadística significativa en el tipo de contracciones por grupo estudiado. La conclusión más relevante en esta investigación es que la mujer transsexual posoperada puede mantener o adquirir la capacidad orgásmica después de habersele efectuado la CRS.

No obstante, la investigadora Birnbaum admite que al tratarse de una muestra pequeña, estos datos no pueden generalizarse a toda la población de mujeres transexuales posoperadas.

En otro estudio dado a conocer en octubre de 2007 y realizado por Jonathan C. Goddard, de los Hospitales Universitarios de Leicester, en Gran Bretaña, se pudo demostrar que la mayoría de las mujeres transexuales posoperadas de CRS están satisfechas con los resultados. En este trabajo se realizó el seguimiento por una década, efectuándose la revisión de 222 casos de personas a quienes se les había practicado vulvovaginoplastia. Los datos obtenidos son los siguientes:

En la primera consulta posoperatoria, ya ambulatoria, 88% de las personas manifestaron que se sentían felices con los resultados, 7% aseguraron no estar conformes y 5% se abstuvieron de opinar. Las mujeres transexuales a quienes se les había formado quirúrgicamente un neoclítoris a partir del glande del pene declararon, en 86% de los casos, que ese importante nuevo órgano poseía sensibilidad.

En un seguimiento a mediano plazo, el equipo de Goddard entrevistó a 70 mujeres TSX que habían sido operadas tres años antes. Su rango de edad era entre los 19 y los 76 años. De ellas, 98% dijeron que tenían gran sensibilidad en el neoclítoris y 48% habían tenido orgasmos; 14% manifestaron que su nuevo órgano era “muy sensible”; 76% afirmaron que los resultados estéticos de la cirugía eran aceptables y 80% dijeron que sus expectativas estaban satisfechas.

En nuestra experiencia, 100% de las personas TSX posoperadas de CRS muestran satisfacción con la cirugía de órganos sexuales externos pélvicos cuando ha existido un protocolo responsable y ético y el cirujano tiene amplia experiencia en este campo. Durante el año 2007, los cirujanos que participan en los servicios de sexología clínica de Caleidoscopía, Espacio de Cultura, Terapia y Salud Sexual y de Profesionistas en Psicoterapia Sexual Integral, practicaron 20 intervenciones de CRS en mujeres TSX y 3 en hombres TSX, con plena satisfacción tanto inmediata como a los seis meses de revisión.

Hubo un total de tres personas, todas mujeres, que le manifestaron al cirujano inconformidad no por la CRS, sino por el aspecto estético de los labios vaginales; ellas querían una variable anatómica que ameritó posteriores cirugías de adecuación cosmética.

Sabemos por algunos casos en diferentes lugares de México y el extranjero que, cuando no ha existido supervisión profesional, la persona posoperada puede presentar complicaciones, sobre todo urinarias o de formación de fístulas (comunicación entre cavidad vaginal y recto), y que manifiestan distintos grados de desacuerdo e incomodidad, si bien una o más intervenciones posteriores solucionan la alteración.

Las cirugías para los hombres TSX son:

- Remoción quirúrgica de mamas (mastectomía bilateral).
- Remoción quirúrgica de la vagina (vaginectomía).
- Extirpación quirúrgica de útero, tubas uterinas y ovarios (histerosalpingo-forectomía).

- Formación quirúrgica de un órgano fálico o símil peniano (faloplastia).
- Formación quirúrgica de bolsas o sacos escrotales (escrotoplastia).
- Implantación de prótesis testiculares.
- Construcción quirúrgica de un microfalo, generalmente a partir del clítoris.

La CRS de varones transexuales en lo que se refiere a la faloplastia, que es una intervención no siempre deseada por muchos de ellos, procura tres objetivos importantes: que el varón pueda orinar de pie, que el falo tenga la mayor similitud posible con un pene y que conserve una sensibilidad tal que propicie el placer en los encuentros eróticos o en la masturbación.

Para lograr la función eréctil, y por lo tanto la penetración, se utilizan diversas prótesis, generalmente de alto costo y que requieren recambios.

Las prótesis penianas disponibles son de dos tipos básicos: las maleables o semirrígidas y las inflables.

Para la faloplastia existen diversas técnicas que se aplican en varias intervenciones; es excepcional que sean menos de cuatro o cinco operaciones.

Es conveniente y da buenos resultados la técnica quirúrgica en la que se toma piel de la cara interna del antebrazo para construir el neofalo; es una de entre otras técnicas que también logran buena calidad en su propósito.

Aunque los modernos abordajes quirúrgicos con microcirugía han resultado notablemente superiores, es indudable que los procedimientos para la CRS en hombres transexuales tendrán que perfeccionarse.

Cirugías complementarias

Es muy común que se requiera, a petición de la persona que está en este proceso de reasignación integral, una serie de cirugías complementarias a la CRS. Estas intervenciones trascienden las limitaciones de los efectos benéficos de las hormonas; p. ej., un desarrollo escaso de los pechos en ella, mujer TSX, a juicio de la propia consultante, o una insuficiente reducción de la grasa de las nalgas en él, según criterio de ese varón TSX.

Las cirugías adicionales a la CRS en varones son: liposucción en caderas, nalgas y muslos.

Las operaciones complementarias a la CRS en féminas son: reducción de huesos de la cara (comúnmente el frontal o los maxilares), reducción o pulimento del cartílago cricoides o manzana de Adán, ritidnectomía o restiramiento facial, corrección quirúrgica de párpados o blefaroplastia, liposucción o lipoescultura de la cintura, arreglo estético de la nariz o rinoplastia. No obstante, la cirugía complementaria que sin duda tiene más demanda en ellas (igual que en gran cantidad de mujeres biológicas) es la mastoplastia con implantes para aumentar el

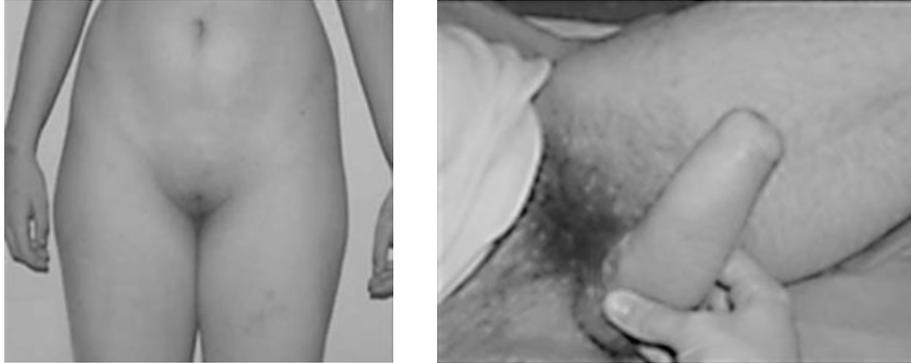


Figura 11-3. CRS en varones TSX: el *antes* (izquierda) y el *después* (derecha).

volumen de las mamas, las cuales no siempre tienen el desarrollado deseado con la sola hormonación.

Para las personas TSX todos estos procedimientos quirúrgicos tienen un valor y una trascendencia distinta y mayor que el de las cirugías simplemente estéticas; no se trata en estos casos de operaciones electivas o con el afán (muy respetable por cierto) de “mejorar la apariencia y la imagen corporal”, sino que son procedimientos que, junto a los demás que integran la reasignación para la concordancia entre el sexo y la identidad de género, salvan la vida emocional de la persona. La calidad de su existencia misma depende de ello.

Es ampliamente recomendable el seguimiento posoperatorio de la persona que se ha sometido a la CRS y a cirugías complementarias. Este seguimiento habrá de ser de carácter integral: psicoterapéutico, sexológico, hormonal y de medicina general. La pertinencia de este seguimiento a largo plazo constituye, al mismo tiempo que una supervisión y evaluación del proceso de reasignación para la concordancia sexogenérica, una manera de atender y cuidar la salud física y emocional de la persona TSX, lo que es crucial por las repercusiones psicosociales que todo el proceso implica. Por las razones anotadas se considera que la duración de este seguimiento es indefinida, por el periodo más prolongado posible.

Ellas y ellos cuentan su historia. VI. Sandra y Arturo

SANDRA

Nací en la década de 1940 en el interior de una familia muy tradicional. Mi educación fue impecable, pues mis padres procuraron darnos a mí y a mis cuatro hermanos el mejor ejemplo y las mejores escuelas. Mis recuerdos más lejanos se relacionan con mis juegos infantiles en la casa de mi abuela materna. Mi hermano mayor y yo, la segunda, siempre jugábamos y nos divertíamos de una manera no tan usual: leyendo u oyendo la radio.

En alguna ocasión hice algunas lecturas sobre la deidad azteca Ometéotl, padre y madre de todos los dioses, un ser ambivalente y andrógino. Me sacudió profundamente. Como mi anatomía era masculina, lógicamente fui educada como hombre, pero desde dentro de mí y sin que yo me lo mencionara ni siquiera a mí misma sabía que existía un ente distinto, o mejor dicho, distinta: alguien que sentía y pensaba como mujer. También sabía que era imposible expresar mis sentimientos, pues temía herir en lo más profundo a mis padres. No sin esfuerzos fui enviada a estudiar a Estados Unidos, donde perfeccioné mi inglés e hice buenas relaciones. De regreso a México estudié el Bachillerato y más tarde ingresé a la Universidad. Esa etapa la viví como en un limbo. Estaba yo, pero no era yo. Acabé la carrera de fisicomatemáticas y fue por entonces, como a los 24 años, que me empezaron unas espantosas migrañas que me llegaban a durar semanas.

Consulté a distintos especialistas infructuosamente, pues los dolores de cabeza seguían y seguían. Mis padres murieron con poco tiempo de diferencia y hubo una especie de dilución de la familia, aunque esporádicamente seguí viendo a mi

hermano y a mis dos hermanas. No ejercí mi vida sexual, hasta en sueños la inhibía. En varias ocasiones me desperté angustiada porque me veía haciendo el amor con un hombre, pero yo transformada en mujer. Llegué a tener orgasmos pero luego me castigaba intensamente... con mis dolores de cabeza. Por supuesto, en ese tiempo no lo sabía.

Pasé una época de menos intranquilidad y tortura, que yo atribuyo a mis éxitos académicos: en mi calidad de profesor universitario, fui reconocido y premiado. Cerca de los 30 años cometí el peor error de mi vida y del que sin embargo surgió mi mejor acierto: me casé con una mujer simplemente por deber, ya que eso es lo que debe hacer un hombre en nuestra sociedad. Como es lógico, los problemas empezaron tempranamente, los roces y los pleitos eran frecuentes. Digo que de ahí derivó mi mejor acierto porque nacieron de esa relación dos hijas maravillosas, ahora profesionistas triunfadoras, amorosas y con matrimonios felices.

Como a los cinco años de matrimonio resurgieron mis migrañas. Ningún especialista, incluyendo dos del extranjero, pudo descubrir la causa. Sobrevino la separación y disminuyeron los ataques de jaqueca, pero se seguían presentando. Después de trabajar en dos instituciones educativas empezó a llegar a mis manos información sobre los trastornos de la identidad de género. Eso me generó mucha inquietud y al mismo tiempo gusto y miedo. Cuando empecé a acudir al servicio sexológico que ustedes brindan era porque ya estaba decidida a ser yo misma, aunque ya era un poco tarde. En privado me vestía de manera femenina e inicié empíricamente la administración de hormonas. Sin embargo, el hecho asombroso fue que estando en terapia, durante ese proceso, las migrañas desaparecieron para siempre. Con la hormonación y las pruebas de vida real supe dos cosas: primero, que me sentía feliz; segundo, que no era tarde, pues la vida me ofrecía nuevas oportunidades. Más adelante tomé algunas decisiones importantísimas: estar como mujer de manera permanente, seguir el resto de mi vida con las hormonas y no proceder a los cambios genitales, porque sé que no me hacen falta y que mi salud cardiovascular podría estar en riesgo.

La otra decisión fue producto de un importantísimo descubrimiento: si bien es cierto que no me casé enamorada ni amé a mi esposa, sí me gustan las mujeres; es decir, aunque nacida con cuerpo masculino, soy una mujer bisexual. En fantasías me excito con los hombres, en la vida real estoy teniendo una excelente relación amorosa y sexual con una mujer lesbiana, mucho más joven que yo. Mis maravillosas hijas me aceptan como soy, yo lo hablé con cierto temor pero su respuesta fue espléndida; después de un momento de desconcierto obtuve todo su apoyo. Actualmente soy una mujer madura, creo que distinguida, me gusta vestir bien, salgo frecuentemente a comer fuera y disfruto mucho de mi tiempo, pues ya estoy jubilada. Mi novia dice que soy una mujer muy valiente, cosa que sin falsa modestia he aceptado. Mis hijas opinan que, pese a que soy muy femenina y entienden mi condición de mujer, he sido un buen papá.

ARTURO

Tengo 34 años y estoy en la mejor etapa de mi vida. Soy médico, trabajo a nivel privado y me asocié con un dentista en un laboratorio dental. Como hombre transexual ya pasé por todo un proceso que me llevó a la cirugía de mamas (cosa que me hizo muy feliz) y a la histerosalpingooforectomía, que consiste en la extirpación de la matriz, las trompas de Falopio y los ovarios. Sigo con la utilización de hormona masculina y acudiendo a mis sesiones de psicoterapia.

Afortunadamente me va bien económicamente, tanto que he valorado la posibilidad de hacerme la neofaloplastia en Suiza, donde existen técnicas sofisticadas con injertos homólogos de antebrazo. También he pensado en hacérmela en México, donde he visto que otros compañeros en este proceso han tenido buenos resultados. Sé que una buena neofaloplastia tiene que incluir un pene bien hecho, poder orinar de pie, que se respeten las terminaciones nerviosas y que sea factible la penetración. Debo decir, modestia aparte, que aun sin el dichoso falo me considero un buen amante.

Actualmente mi novia es una mujer transexual que ya tiene la reasignación quirúrgica. Obviamente no la puedo penetrar, excepto con un dildo o con los dedos, pero ni falta que hace. Me gusta mucho practicar el sexo oral. Ambos gozamos aun sin el coito. Sé que me vería mejor con el falo, pero en ocasiones lo dudo y no crean que es por tacañería, sino porque *de veras* no creo que sea indispensable.

Al principio de todo este proceso mi padre, a diferencia de mi madre, no me aceptaba. Llegamos a discutir fuertemente y él insistía en llamarme *hija* o *Artemisa*, que es el horrible nombre femenino que me pusieron. Poco a poco ha ido cambiando de actitud y en varias ocasiones ha estado conmigo en las sesiones de terapia. Mis dos hermanos y mi hermana me brindaron su solidaridad en cuanto les expliqué.

Sin afán de presunción, podría decir que en el momento actual sólo tengo dos problemas: mi título y mi cédula profesional mencionan a una doctora que no soy yo, además de que las fotos son de una mujer en la que no me reconozco. Sin embargo, mis pacientes me respetan y me dicen *doctor*. El segundo problema es con mi pareja: es una mujer encantadora pero sumamente enojona. La amo, pero hago muchos corajes.

La pareja y la familia: otras voces

LA RED DE APOYO

Llamamos red de apoyo de la persona transexual que está en un proceso de reasignación integral para la concordancia entre el sexo y la identidad de género al conjunto de familiares, amigos, compañeros, condiscípulos, pares del mismo proceso y, en general, personas con vínculos afectivos y sociales (la pareja incluida) que brindan afecto, solidaridad, soporte emocional y ayuda de diverso tipo.

Con diferencias particulares en cada caso, es común ver dos actitudes radicalmente distintas frente a quien decide efectuar el camino de la transición deseada: quienes se abstienen de apoyar porque no superan prejuicios, transfobia e impacto emocional adverso, y aquellos que superándolos, brindan en diferentes medidas el apoyo que requiere la persona TSX.

Es necesario señalar que los familiares y personas cercanas al ser humano que transiciona suelen pasar por momentos muy difíciles y en varios sentidos traumáticos. A guisa de ejemplo, imagine el lector o lectora la siguiente circunstancia, por demás común en nuestro medio:

Hay una familia mexicana de clase media urbana, constituida por padre, madre, dos hijos varones y una hija. En casa también habita la abuela paterna. Con valores tradicionales, de religión católica, aspiraciones de ascenso social y económico y muy pendientes del “*qué dirán*”, en esta familia transcurre la existencia de modo convencional, con uno que otro sobresalto pasajero y con niveles de comunicación algo limitados entre sus miembros y hacia el exterior. Papá y mamá

están preocupados por mejorar el ingreso económico y brindar la mejor educación posible a sus hijos.

En cierta ocasión el hijo mayor, de 22 años de edad, armándose de valor reúne a la familia y le comunica que siempre se ha sentido mujer, que desde hace mucho tiempo anhela realizar cambios en su cuerpo para vivir como tal, que quiere abandonar sus trámites de titulación en administración de empresas, que se dedicará a trabajar sirviendo mesas en un restaurante y a emprender un negocio de venta de bisutería a domicilio, para poder mudarse a un cuarto de azotea, ser independiente y tener algunos recursos económicos que le permitan sufragar los gastos de la atención médica y psicológica que requiere para ser *toda una mujer*.

Ante una situación así o muy parecida, ¿cuál sería la actitud de cada miembro de esa familia?, ¿cuáles las dudas?, ¿cuál la respuesta emocional?, ¿habría rechazo, indiferencia o apoyo?

A continuación, algunas viñetas que a manera de testimonio de vida real ilustran algunos escenarios y experiencias al respecto.

María Rosa

Mi marido no pudo soportar que nuestro hijo Federico sea ahora nuestra hija Narda. Es más: desde entonces nuestros problemas se agudizaron y él acabó yéndose de la casa dos años y medio después. Al principio, hace cinco años, con la sorpresa y todo nos pareció imposible de aceptar la decisión de *nuestro hija*, bueno, *nuestra hijo* en esa época. Sus hermanos con todo y ciertas dudas le brindaron su apoyo. Mi esposo y yo, también con reservas, aceptamos ayudarlo. Claro está que nos parecía tan descabellado lo que nos decía que solicitamos no una, sino varias opiniones profesionales. Narda, a quien lógicamente en ese entonces no le decíamos así a pesar de que nos lo había pedido, accedió a darnos gusto yendo a dos psicólogos, una psiquiatra y otro médico. De nada sirvió: insistía en que ella era mujer y quería serlo completamente. Cuando mi marido y yo acompañamos a nuestra hija con la sexóloga, me di cuenta de la total decisión y claridad que tenía. Aunque no se conocían previamente, me dio la impresión de que Narda y la sexóloga coincidían y hablaban el mismo lenguaje; mi hija había leído mucho y tenía información de libros e Internet. Luego empezaron los estudios físicos y psicológicos, los exámenes de laboratorio, pruebas de la vida real y todo lo demás.

Mi esposo parecía tolerarlo, aunque siento que con dudas y desconcierto. Yo me tranquilizaba observando el bienestar de Narda y su confianza en cada paso que daba. Cuando empezó a vestirse de mujer en público, a arreglarse y a pedir más firmemente que nos dirigiéramos a ella en femenino y por su nombre actual, como que fue mucho para mi esposo. Se avergonzaba de lo que estaba sucediendo, de los cambios físicos, de lo que decían las amistades. Volvió a tomar alcohol

como lo había hecho años antes, y aunque no le decía nada a nuestra hija, arremetió contra mí. Se volvió agresivo y sarcástico, me culpaba de la situación y era distante y frío con mis otros hijos. Nuestros problemas se hicieron tan fuertes que nos fuimos alejando hasta ser como dos extraños.

Hubo varios intentos de acercamiento, pero duraron poco. Ahora con el paso del tiempo ya no le tengo rencor a mi esposo, pero en ese entonces me decepcionaba su falta de amor hacia nuestra hija. Le propuse una terapia, pero él alegó que eso no servía para nada. Ahora creo que él sí puso de su parte, pero no pudo con el *cambio de jugada* de Narda:

¶ Teníamos un hijo y resultó que era hija! Yo sí tomé terapia y creo que me ha servido de mucho. Me queda claro que mi marido es un hombre bueno, pero con un miedo terrible a enfrentarse a la realidad y a sí mismo. Ni modo.

He leído sobre el tema de la transexualidad; al principio yo creía que era como una forma de homosexualismo o algo así. Muchas cosas se me aclararon y otras las resolví en la terapia.

Jamás en mi vida había llorado tanto, pero me fue muy útil. También sostuve muchas pláticas con mi hija. Me conmueve mucho ahora la actitud bien valiosa y positiva que han tomado mis otros hijos... creo que la gente joven en cierto modo es más comprensiva. Mi esposo y yo nos separamos. Él visita a nuestros hijos, menos a nuestra *nueva hija*. Cumple con los aspectos económicos, pero creo que algo ya está definitivamente roto.

Por mi parte, creo que he podido vivir mi duelo por la pérdida de un hijo y empiezo a gozar la presencia de mi hija. Tengo mucho que crecer como persona, pero creo que lo voy consiguiendo. Hace poco Narda me pidió perdón por lo sucedido; dijo que estaba muy contenta por el hecho de estar viviendo como siempre había querido: como mujer, y que sólo lamentaba lo de su papá y el daño que me hizo. Yo le dije con toda honestidad que no había nada que perdonar, pero que había muchas cosas que seguir aprendiendo juntas.

La veo contenta, a pesar de ciertos problemas económicos. Me dice que se siente muy a gusto con la operación de genitales y que nada más le falta una pequeña cirugía de arreglo de los labios vaginales, pero todo lo demás ya se lo hizo. En unos días me presentará a su novio, que es un muchacho bueno y trabajador que viene de provincia. Parece que él la ama. Sabe todo acerca de ella, como quien dice *el antes* y *el después*, y la acepta totalmente. Tienen planes de estar ya juntos.

Ximena

Si alguien hace algunos años me hubiera pronosticado lo que ahora me pasa, lo habría *mandado a la goma*. A veces parece que ha sido un sueño, pero no, no lo es. Tenía yo un marido, dos hijos chicos, una vida más o menos hecha. Mi esposo,

con su anterior nombre, era administrador de empresas; yo, ama de casa, pero me ayudaba vendiendo productos de belleza. Había notado algunas cosas un tanto extrañas, como que siempre intuí algo, sin tenerlo claro. Bueno, él era una persona transexual y yo, como digo, lo ignoraba. Es chistoso, pero a veces, digo, frecuentemente, *sentía su feminidad...* algo había en sus actitudes, sus movimientos, la manera de hacer el amor, que me indicaba una presencia de mujer.

Digo, suena como metafísico o algo así, pero es la verdad. Una noche que nunca olvidaré habló conmigo. Me dijo, entre sollozos, que ya no podía más, que en realidad era una mujer, que se había aguantado todo el tiempo para no lastimarme y no dañar a sus hijos. Había investigado en revistas y en Internet y estaba participando en un sitio *web* y en chateos con otras personas iguales que él. Lo primero que pensé fue que alguien le había *lavado el cerebro*. La forma en que me lo estaba diciendo me daba miedo, porque sé que no miente nunca. Le pregunté toda angustiada que si era gay, que si no me quería más, que si me abandonaría.

Lo que me comentó me dejó todavía más asombrada de lo que ya estaba: que era una mujer a la que le gustaban las mujeres, que no le gustaban los hombres. Mencionó que se sentía así desde que iba en la escuela, como a los seis o siete años. Me juró que había tratado muchas veces de sentirse como hombre, pero no lo había logrado. Un psiquiatra, antes de conocernos, le había recetado antidepresivos y otros medicamentos, pero sin resultados. También me dijo que me quería mucho y que no se separaría de nuestros hijos a menos que yo se lo pidiera. Digo, no puedo describir lo que en esos momentos pasaba por mi cabeza y mi corazón, porque por una parte me parecía increíble, pero por la otra sabía que me decía la verdad. Lo conozco bien. Es *como* transparente. Yo me quedé azorada, triste, enojada y así, con *un chorro* de sentimientos encontrados. Cuando me preguntó que si no lo despreciaba, que si lo seguía amando, no pude contestarle, sólo nos abrazamos y lloramos mucho, mucho.

Seguimos platicando así varios días. Me manifestó su deseo de cambiar su cuerpo, de vivir como mujer. Yo le decía que me había casado con un hombre, que todo el mundo sabía que era un hombre, que cómo iba a ser nuestra relación, porque no soy lesbiana. No entendía bien sus respuestas o tal vez ni siquiera las oía. Pasaron varios días. Yo seguía triste, pero menos angustiada. Hablarlo así me tranquilizó un poco. Un mes y medio después de eso, con unos datos que le habían dado algunos conocidos de Internet con los que se comunicaba, acudimos con ustedes, al servicio de sexología. Así fue como empezamos una atención profesional.

Aparte del programa que tiene que ver con lo de su rol, las pruebas de vida real, las hormonas, etc., también yo estoy en la terapia. Mis hijos han tenido sesiones con la sexóloga especialista en niños. En fin, como familia nos estamos atendiendo. Lo que ha venido pasando en estos casi cuatro años es fabuloso. Yo le llamo ahora por su nombre de mujer, le ayudo a elegir vestidos y ropa bonita, le doy mis opiniones, seguimos platicando mucho. En el momento actual vivimos separa-

dos, pero nos visita a mí y a mis hijos. Con ellos su papel no es precisamente de mujer... es como *unisex*, ya que se trata de un proceso que va por fases. En su trabajo y en la calle sí está siendo mujer completa, o sea, todo el tiempo, lo mismo que en su departamento de soltera, bueno... ya no está casada... Creo que somos buenas amigas, eso es lo increíble.

Me queda muy claro que ya no somos ni seremos esposos, ni pareja, *como quien dice*. Voy viendo con gusto y asombro sus cambios físicos. La verdad es que se ve muy bien, le ayuda que es chaparrita y sus rasgos son finitos, nada toscos. Ella quiere llegar a la operación de los genitales, cosa que tal vez ocurra en dos años. Está en un despacho privado de su ramo, donde la entienden. Nos sigue apoyando a mí y a mis hijos en lo moral y en lo económico. Se puede decir que somos socias en una papelería que atiendo junto con una tía. Otra cosa especial que está sucediendo es que estoy saliendo con un muchacho menor que yo; es como un novio informal. Marcia (así se llama quien fue mi esposo y ahora es mi amiga) lo sabe y me comprende; creo que al principio estaba un poquito celosa a pesar de que es lesbiana, pero ahora hasta me da consejos. Marcia no tiene pareja ahorita, pero no descarto que la encuentre. Es más, la mujer que la ame será feliz, porque es una gran persona... ¡si lo sabré yo!

Roque Manuel

Conocí a Angie en una fiesta en la Aragón y *luego luego* me gustó mucho. Me pareció que era algo tímida, como reservada, pero empezamos a platicar, se relajó y al poco rato ya bailábamos y nos tomamos unas *chelas*. Ella iba con dos primas, también simpáticas y sencillas, me cayeron bien las tres. Nos dimos los datos, el *cel* y algunas señas y tres días después ya salimos. Como a la tercera cita le di un beso y ella me correspondió. Nos hicimos novios y yo andaba bien contento, me enamoré perdidamente. Compaginábamos casi en todo, hacíamos cosas juntos y la cosa funcionaba muy bien. En una ocasión en que quedamos de ir al cine la sentí medio rara, seria, con los ojos irritados, como si hubiera llorado. Le pregunté que *qué onda* y no me quiso decir nada.

Ni disfrutamos la película. De regreso a su casa le volví a preguntar que qué pasaba, que si yo había dicho algo malo o qué. Igual no me dijo nada. Ya en la entrada de su casa le vuelvo a preguntar, ella llora *un resto* y entonces *me la suelta*: que ya no me quiere ver, que la relación se acabó, que tiene sus razones. Todos los sentimientos pasaron en un momento: susto, encabronamiento, tristeza. Más me *sacó de onda* que de nuevo se puso a llorar y entonces ya no supe nada. Todavía alegamos como dos horas, pero ella estaba decidida, ni me dio explicaciones ni nada. Me despedía de ella todavía sin asimilar nada. En mi cuarto, solo, me puse a llorar como niño. Eso porque desde que la vi siento que la quiero y no me podía resignar a algo tan injusto y sin decir *agua va*.

Al día siguiente no quise ni probar bocado y *chambié* a disgusto; yo tengo un puesto de hamburguesas con mis hermanos. Pasaron como dos meses sin saber de ella. Varias veces estuve tentado a llamarla y suplicarle, pero, bueno, mi orgullo también estaba herido. Por fin me animé y le mandé un mensajito de celular. Para mi sorpresa, me lo contestó. Hicimos cita. Estaba bien nervioso e intranquilo. Eso fue un miércoles, para el viernes que era la cita ya estaba que no me aguantaba ni un día más. Nos vimos a la salida del Metro y nos fuimos a tomar un café. La vi más bonita que nunca, aunque algo pálida y ojerosa. En el camino no dijimos nada. Ya en el café sus ojitos se le llenaron de lágrimas y me empezó a decir: “*Quiero que sepas algo que te había ocultado, creo que fue injusto el cortón que te di, tengo mucha pena contigo, pero tampoco me puedo quedar así porque te quiero mucho.*” Yo nada más la oía *sin chistar*, me esperaba que dijera que andaba en *el narco* o que tenía un amante viejo y rico, o cosas así.

También me dijo que ella ya no quería hablar conmigo porque se moriría de vergüenza si yo supiera lo que realmente era, pero que una de sus primas le dijo que se daba cuenta de que yo la adoraba y sabía que ella me quería a mí también, que por eso se atrevía a hablar conmigo, que si yo no le hubiera mandado el mensaje ya no hubiera hablado más. Yo nada más le decía que sí, que la amaba, que me daba gusto escuchar que ella a mí también y que no se preocupara, yo la entendería, que me tuviera confianza. Me quedé paralizado cuando me lo dijo: “*Mira, no soy mujer, pero sí lo soy. Nací en un cuerpo de hombre, pero mi alma y mis sentimientos son de mujer. No soy gay, sino una chava que nació con un cuerpo que no era el bueno.*” Claro que *me saqué de onda*, porque de hombre no tenía nada, bueno, tiene cara muy bonita y cuerpo bien formado, bueno, ya habíamos fajado y todo eso, le había acariciado sus senos.

Por eso era increíble lo que me estaba diciendo, qué cuerpo de hombre ni qué nada. Ya me explicó que estaba en una terapia psicológica y de hormonas y que iba llevando como un plan para el cambio de sexo. Me aclaró que tenía médico, sexólogo y una psicóloga que la atendían y que había varias personas en su mismo caso. Otra cosa que me mencionó es que le daba vergüenza que yo la viera desnuda, que todavía tenía miembro de hombre, que le faltaba esa operación y que por eso no había querido tener relaciones sexuales, porque tenía miedo de que la rechazara o la agrediera. Yo, todo tembloroso, le hice unas preguntas, pero ya ni me acuerdo bien qué. El caso es que me estaba diciendo que aunque me amaba, me tenía que dejar por todo eso que me había dicho, que sentía como que era su deber moral decírmelo, pero que entendía que yo la despreciara y no volviera a saber nada de ella. Yo la detuve; ya para ese momento los dos estábamos llorando. Le dije que la amaba, que la seguía amando, que no entendía muchas cosas, pero que no quería que se fuera, que nos diéramos una oportunidad, que era la mujer de mi vida. Bueno, muchas cosas han pasado desde entonces, como que todo se va acomodando poco a poco. Seguimos siendo novios, a veces la acompaño a lo

de sus terapias, ya he platicado mucho con otras personas como ella y con los sexólogos. He comprendido muchas cosas.

Ella me ha pedido que sigamos sin tener relaciones, hasta después de la operación, que lo prefiere así. Claro que a veces tenemos problemillas, pero los podemos solucionar. La comunicación es importante en las parejas. Esto se lo he platicado solamente a un *cuate* de confianza; no todo el mundo lo entendería bien, tal como es. De hecho, ni mis papás ni mi hermana lo saben; digo, sí conocen y tratan bien a mi novia, pero no saben todo y creo que es mejor. Ahora comprendo que Angie, mi novia, es toda una mujer, pero una mujer especial, ¿verdad?

Luz María

Conocí a Ricardo cuando todavía usaba su otro nombre, el de mujer. Eso ahora me parece increíble, pero en fin... Se vestía siempre de pantalones, tenía el cabello largo pero recogido y era algo reservada. Casi no hablaba con nadie del salón. Tenía dos o tres amigas, ahí en la escuela. Estábamos en el último semestre de Prepa.

No se sentía totalmente a gusto ni con las chavas ni con los chavos. Tiempo después me llegó a decir que no le gustaba hablar porque su voz no era la que quería, le incomodaba que fuera como de niña. Vivía con su mamá y una hermana mayor, quien tenía un hijo pero no estaba casada. Hicimos buena amistad, pero *hasta ahí*. Siempre noté que no se veía ni se comportaba como las mujeres, pero tampoco hacía ronda con la mayoría de los chicos del salón, se apartaba de ellos.

Creía que era una chava homosexual, o sea, lesbiana. Seguimos nuestra amistad por un tiempo, hasta que acabó la Prepa. Yo me fui a Saltillo con mi familia y ella (ella, porque entonces estaba dizque en su plan femenino) entró a la Facultad de Ciencias Políticas. Nos dejamos de ver casi dos años. Ya de regreso al D. F. empecé a estudiar diseño gráfico. La busqué para platicarle mis experiencias y algunos problemas que había entre mis papás. Nos seguimos viendo, hasta dos o tres veces por semana.

Era muy grato platicar con alguien tan sensible y amable como él (bueno, ella en ese entonces). Una vez que nos reunimos para hacer un trabajo mío en su *laptop* me dijo que ya estaba decidido a hacer algo que había estado posponiendo mucho tiempo: la transformación para ser el hombre que siempre quiso ser. Hablaba de sí mismo en masculino. Yo le dije que tal vez estaba confundida, que podía ser lesbiana, que eso del cambio de sexo no era para ella, etc.

Por primera vez se me quedó viendo seriamente y me dijo que no, que estaba seguro, que era un hombre transexual, que le gustaban las mujeres pero desde su modo de hombre. Que había comenzado a tener asesoría con gente especializada. Me llamó la atención que hablara tan claramente de la transexualidad, tan infor-

mada, es decir, informado. Entonces me pidió que lo llamara en masculino y que también le estaba pidiendo a un amigo suyo que hiciera lo mismo. Me sorprendió saber que en su casa ya lo trataban así, hasta su papá, quien me parecía un señor duro y *jetón*. Así que yo hice lo que me pedía. Como que fueron surgiendo más cambios. Después de una serie de pruebas y estudios empezó a recibir las hormonas y hacer las pruebas de la vida real, aunque ya tenía rato como hombre casi todo el tiempo.

No recuerdo haberlo visto con nada femenino desde que lo conocí. Lo que sí sucedió es que mucha gente le decía ya Ricardo, incluso sus compañeros y maestros. Hasta en el registro de alumnos de sus clases no mencionaban ni su nombre de mujer ni el apellido, sólo era Ricardo. Eso le daba mucho gusto. Era asombroso verlo con bigotito, barba que al rasurarse crecía más y hasta perdió cabello, como que estaba algo calvito. Pero lo que me impresionó mucho fue el cambio de su voz, cosa que ocurrió muy pronto. Es bien varonil su voz, como de locutor de Radio UNAM. Me dijo que la menstruación se le había ido para siempre y que estaba muy contento con ello (en eso coincido con él: yo tampoco quisiera tener menstruación). ¿Cómo fue que me enamoré de él? Creo que por su manera de ser, su inteligencia, como ya dije, su sensibilidad; no es nada machista, aunque es un poco enojón porque le gusta tener todo en orden y se obsesiona con eso, se irrita si algo no está en su lugar, pero bueno, yo también tengo mis defectos.

Cuando le practicaron la cirugía de pechos (se llama mastectomía), después de la convalecencia todo fue mejor aún. Se le ha quitado lo reservado, ahora es más sociable y alegre. Pero ya me desvié: decía que me enamoré de él y lo tengo que confesar: yo me le declaré. Él me dijo que desde hace tiempo estaba enamorado de mí, pero que su timidez y cierto temor al rechazo lo habían inhibido de decírmelo. Ahora salimos con frecuencia, nos abrazamos y besamos todo el tiempo; sé que puede parecer cursi, pero nos encanta vernos a diario si es que podemos.

Nuestros encuentros son en su pequeño departamento, porque ya vive independiente. La primera vez que tuvimos relaciones sexuales, los dos estábamos un tanto nerviosos e inseguros. Ninguno de los dos había tenido relaciones sexuales (qué pena, éramos vírgenes a los 23 años), aunque los dos habíamos leído sobre ello y visto películas eróticas. Él se tranquilizó mucho cuando le dije que para mí no era importante la penetración, que yo me masturbaba y así lograba mis orgasmos. Nos dio mucha risa, porque Ricardo llevaba un *dildo*, que es como un pene artificial, para complacerme; parece que los hombres creen que las mujeres sólo queremos eso. Eso sí: Ricardo conserva el dildo y de cuando en cuando hacemos bromas sobre eso. Yo he aprendido a acariciarlo como le gusta. Pienso que nuestra sexualidad es grata y muy intensa. He participado en terapia de grupo de mujeres y de pareja, con él. No exagero si digo que soy muy feliz.

Epílogo

En el periodo en que redactamos este libro, los autores estamos siendo tanto participantes como testigos privilegiados de una singular lucha democrática por la aprobación, en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, de las iniciativas de reformas de ley que permitirán a las personas transgénéricas y transexuales la modificación de sus datos en el Registro Civil para obtener una nueva acta de nacimiento acorde con su identidad de género, independientemente de cuál sea su sexo de origen. Estas enmiendas a diferentes ordenamientos jurídicos permitirán también que los servicios médicos a cargo del Gobierno del Distrito Federal, cuyo personal tendría que ser ampliamente capacitado, sean los encargados (mediante la necesaria capacitación y entrenamiento sexológico) de los procedimientos de reasignación integral para la concordancia del sexo con la identidad de género. Otra reforma más mejorará el contenido del Artículo 206 del Código Penal y castigará la discriminación, hostilidad y falta de respeto hacia las personas travestistas.

Al escribir estas líneas, en febrero de 2008, aún no sabemos si este esfuerzo colectivo será plenamente exitoso.

Lo que no dudamos es la justeza de este movimiento renovador y progresista cuyos protagonistas centrales son las mujeres y los hombres transgénéricos y transexuales que en forma individual o por pertenecer a grupos organizados trabajan con denuedo y valentía para *dejar de ser indocumentados en su propia tierra* y acceder a la salud integral como un derecho inalienable.

En nuestra mente y en nuestros sentimientos aparecen recuerdos, imágenes y situaciones de personas TSV, TSG y TSX a las que a lo largo de muchos años

hemos acompañado profesionalmente para lograr el bienestar integral que es producto de su propia persona y esfuerzo, pues, como dijo Carl Rogers, inolvidable maestro del existencial-humanismo: “El terapeuta sólo es partero del cambio, la persona que está en el proceso es quien verdaderamente da a luz.”

En 1952 George Jorgenson se sometió al proceso de reasignación integral para convertirse en Christine Jorgenson y su biografía se difundió ampliamente; a partir de entonces han cobrado especial relevancia los testimonios de diversas personas que han pasado por dicho proceso, pues nos habla de las bondades que para la calidad de vida tienen los procedimientos terapéutico, social, hormonal y quirúrgico en las personas transexuales. He aquí algunos testimonios finales:

“Estoy contenta con los cambios logrados en los últimos cuatro años, sorteando dificultades y mejorando la relación con mi papá y mi hermano menor, quienes al principio rechazaban lo mío. Estoy contenta con mi feminidad, creciendo profesionalmente y aceptando los nuevos retos de la vida. No tengo pareja, pero sé que llegaré.” A., de 34 años.

“Estoy feliz, *ando como entre nubes*. Cuando mi cuerpo era varonil, mis relaciones con las mujeres no eran buenas, más bien como que me forzaba. Ahora estoy consolidando una relación de pareja con otra mujer, lesbica pues, en la que me siento contenta y con ganas de profundizarla. Curiosamente, en mi trabajo y mis relaciones amistosas las cosas se han compuesto desde que inicié mis transformaciones.” C., de 42 años.

“Desde pequeño supe que soy hombre, aunque me vestían de mujer y me trataban como niña. Cuando empecé la terapia, las hormonas y a vivir como siempre lo he deseado, siento que cada vez soy más yo mismo. Con mi novia estoy bien, aunque no faltan los problemas económicos y a veces peleamos un poco por el carácter de ambos. No he completado del todo la parte quirúrgica, pero con lo que llevo me encuentro satisfecho y con muchas ganas de proseguir.” R., de 28 años.

“Estoy contenta tanto por estar viviendo como mujer de tiempo completo como por los efectos de las hormonas. Desde que estoy en el grupo de crecimiento de personas transexuales en Caleidoscopía mi vida parece estar más armónica, ya que puedo externar mis vivencias y sentimientos. Mi mamá está cada vez más aceptativa de mi proceso, aunque siento que le hace falta empatizar más conmigo. En mi trabajo las cosas me funcionan mejor desde que ya no oculto nada; creo que esto es posible por mi independencia, pues si trabajara como empleada probablemente habría gente que me rechazara.” A. M., de 30 años.

“He cumplido varios de mis sueños desde que participo en la terapia y en el grupo de crecimiento de personas transexuales: ahora soy congruente con mi gé-

nero, me ha salido barba, mi voz es ahora gruesa y me siento más fuerte. La nefasta menstruación ha desaparecido y me estoy animando a ‘hablarles’ a las chicas, cosa que no hacía antes de empezar mi proceso. Sé que tengo por delante todavía las cirugías de los pechos, los órganos de adentro y la famosa faloplastia... pero son sueños que estoy seguro de alcanzar.” D., de 27 años.

Ciudad de México, D. F., Colonia Portales, febrero de 2008.

Glosario mínimo

Bifobia: aversión, miedo o rechazo hacia las personas bisexuales. Es irracional y está propiciada por la ignorancia y los prejuicios.

Bisexualidad: orientación eroticoafectiva que consiste en la atracción por personas de uno u otro sexo/género.

Cambio de sexo: denominación popular de la reasignación quirúrgica para obtener concordancia entre la identidad de género y algunos aspectos del sexo.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades (*International Classification of Diseases* o ICD).

Disforia de género: inconformidad con el género impuesto.

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales.

Faloplastia: formación quirúrgica de un órgano fálico o símil peniano. Es la CRS o cirugía de reasignación sexual para un hombre transexual, quien ha sido mujer biológica.

Escrotoplastia: formación quirúrgica de bolsas o sacos escrotales.

Género: construcción social e histórica que, basada en algunos aspectos del sexo, clasifica a los seres humanos en dos grupos: femenino y masculino.

Heterocentrismo: visión del mundo y de la vida que desde la heterosexualidad valora adversamente lo no heterosexual y deja de respetar la diversidad sexual.

Heterosexualidad: orientación eroticoafectiva que consiste en la atracción por personas del otro sexo/género.

Histerosalpingooforectomía: intervención quirúrgica que consiste en la extirpación de la matriz, las tubas o trompas uterinas y los ovarios.

- Homofobia:** aversión, miedo o rechazo hacia las personas homosexuales (lesbianas y gays). Es irracional y está propiciada por la ignorancia y los prejuicios.
- Homosexualidad:** orientación eroticoafectiva que consiste en la atracción por personas del propio sexo/género.
- Identidad de género:** convicción personal y subjetiva de pertenecer al género masculino, al femenino o a ninguno.
- Derechos humanos:** conjunto de principios universalmente consensuados como protectores de la dignidad humana y promotores de la existencia, calidad de vida, igualdad, libertad y justicia.
- Mastectomía:** retiro quirúrgico de las mamas (pechos).
- OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
- Orientación sexual u orientación eroticoafectiva:** atracción afectiva y erótica por las personas según su sexo/género. Existen tres orientaciones sexuales: homosexualidad, bisexualidad y heterosexualidad.
- Patologizar:** atribuir enfermedad física o emocional a determinados comportamientos estigmatizados por grupos o personas que detentan poder, prejuicios o ambos. Representa una aplicación ideologizada y reduccionista del modelo médico tradicional.
- Reasignación integral para la concordancia sexogenérica:** proceso de intervención profesional por medio del cual se obtiene la mayor concordancia posible entre el sexo y la identidad de género.
- Rol o papel de género:** conjunto de manifestaciones relacionadas con la vestimenta, los manierismos y el comportamiento, con independencia de que en una sociedad determinada se considere o no propio del género masculino o femenino.
- Salud sexual:** experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad
- Sexo:** conjunto de características físicas, genéticamente determinadas, que en la amplia gama de seres de una especie define a hembras, machos y diferentes estados intersexuales.
- TIG:** trastornos de identidad de género. Nominación patologizante en la que se incluye la transexualidad.
- Transexualidad:** condición humana caracterizada por una discordancia entre el sexo y la identidad de género.
- Transfobia:** aversión, miedo o rechazo hacia las personas travestistas, transgénericas y transexuales. Es irracional y está propiciada por la ignorancia y los prejuicios.
- Transgeneridad:** condición humana en la que, independientemente de que exista o no concordancia del sexo con la identidad de género, hay una vivencia permanente en un papel o rol de género que no coincide con el sexo y el género originalmente asignado.

Travestismo: manifestación de la diversidad sexual (D. Barrios, 2005) caracterizada por el empleo de vestimenta, lenguaje, estilos de comportamiento, accesorios y manierismos que en el grupo cultural de referencia de cada persona se consideran propios del otro género.

TSG: siglas que se refieren tanto a la condición como a la persona transgénerica.

TSV: siglas que se refieren tanto a la condición como a la persona travestista.

TSX: siglas que se refieren tanto a la condición como a la persona transexual.

Vulvovaginoplastia: creación quirúrgica de la cavidad vaginal y los órganos sexuales externos pélvicos femeninos (labios mayores, labios menores, clítoris). Es la CRS o cirugía de reasignación sexual para la mujer transexual, quien ha sido varón biológico.

WAS: Asociación Mundial para la Salud Sexual.

WPATH: *World Professional Association for Transgender Health* (Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénerica y Transexual).

Referencias

1. **Alexander C:** *Reflexiones sobre una desventura. El tormento de no ser.* México, edición de la autora, 2003.
2. **Alzate H:** *Sexualidad humana.* Santa Fe de Bogotá, Temis, 1997.
3. **Arnold B:** La teoría paradójica del cambio. En: Fagan J, Shepherd I (compiladoras): *Teoría y práctica de la psicoterapia gestáltica.* Buenos Aires, Amorrortu, 1989.
4. **Arnott S:** *Sexo, manual del usuario.* Barcelona, Vergara, Grupo Z, 2003.
5. **Asscheman H, Goore LJG, Eklud PLE:** Morality and morbidity in transexual patients with cross-gender hormone treatment. *Metabolism* 1989;38:869–873.
6. **Asscheman H, Goore LJG:** Hormone treatment in transexuals. *J Psychol Human Sex* 1992;5:38–54.
7. *DSMIV breviario. Criterios diagnósticos.* Barcelona, Masson, 1995.
8. *Trastornos de identidad de género. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento.* Madrid, Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, 2002.
9. **Barrios Martínez D:** *Contribución a la crítica de la patologización sexual.* Versión para mesa redonda. En: Anales del VIII Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual (del 8 al 11 de noviembre de 1996). Montevideo, Sociedad Uruguaya de Sexología, Sociedad de Estudios Superiores de Sexología, 1997:95–96.
10. **Barrios Martínez D:** *Condición transexual y teoría paradójica del cambio.* Inédito, 2004–2007.
11. **Barrios Martínez D:** *En las alas del placer. Cómo aumentar nuestro goce sexual.* México, Pax-México, 2005.
12. **Barrios Martínez D:** *La necesidad de despatologizar la diversidad sexual.* Versión para simposio. En: Memorias del IX Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual (del 28 al 31 de octubre de 1998). México, D. F., 1999:174–176.
13. **Barrios Martínez D:** *La teoría paradójica del cambio en la reasignación genética de personas transexuales.* Trabajo presentado en la mesa redonda: Subvertir el orden, transgenerismos y transexualidades. Veracruz, Congreso Nacional de Educación Sexual y Sexología. 2001.

14. **Barrios Martínez D:** *Resignificar lo masculino. Guía de supervivencia para varones del siglo XXI*. México, Vila, 2003.
15. **Barrios Martínez D:** Un modelo para la reasignación integral de personas transexuales. Trabajo presentado en el Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual. Cusco, 2000.
16. **Bastida González AE:** *La transexualidad: un paradigma en el Derecho mexicano. Caso específico: la personalidad jurídica*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Derecho. Toluca, Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Derecho, 1999.
17. **Becerra A, De Luis DA, Piédrola G:** Morbilidad en pacientes transexuales con autotratamiento hormonal para cambio de sexo. *Méd Clin* 1999;113:484–487.
18. **Becerra–Fernández A:** *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*. Madrid, Díaz de Santos, 2003.
19. **Becker S, Bosinski HAG, Clement U et al.:** German standards for the treatment and diagnostic assessment of transsexuals. *IJT* 1998;2(4).
20. **Benjamin H:** *The transsexual phenomenon*. Nueva York, Julian Press, 1966. Reimpreso: Boston, Human Outreach and Achievement Institute, 1990.
21. **Benjamin H:** Clinical aspects of transsexualism in the male and female. *Am J Psychother* 1964;18:458–469.
22. **Benjamin H:** Transvestism and transsexualism – Symposium. *Am J Psychother* 1954;8: 219–230.
23. **Best L, Stein K:** *Surgical gender reassignment for male to female transsexual people*. The Wessex Institute for Health Research & Development, RU, DEC Report No. 88, 1988.
24. **Bockting W, Coleman E:** *Gender dysphoria. Interdisciplinary approaches in clinical management*. Nueva York, Haworth Press, 1992.
25. **Buber M:** *I and thou*. Nueva York, Charles Scribner Sons, 1958.
26. **Buber M:** *Sanación y encuentro*. Colección Persona. Salamanca, Fundación Emmanuel Mounier, 2005.
27. **Carrera M:** *Sexo*. Barcelona, Folio, 1982.
28. **Castilla del Pino C:** *Estudios de psicopatología sexual*. Madrid, Alianza, 1990.
29. **Cauldwell DC:** Psychopathia transsexualis. *Sexology* 1949;16:274–280.
30. **Chávez Lanz Ó:** *Terminología sexológica*. México, Grupo Interdisciplinario de Sexología, 2007.
31. **Cohen–Kettenis PT, Gooren LJG:** Transsexualism: a review of etiology, diagnosis and treatment. *J Psychosomatic Research* 1999;46:315–333.
32. **Córdoba D, Sáez J, Vidarte:** *Teoría queer. Políticas bolleras, maricas, trans, mestizas*. Madrid, Egales, 2005.
33. **Docter R:** *Transvestites an transsexuals: toward a theory of crossgender behavior (perspectives in sexuality)*. Nueva York, Plenum Press, 1998.
34. **Fagan, Shepard:** *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica*. Buenos Aires, Amorrortu, 1989.
35. **Fisk N:** Gender dysphoria syndrome. En: Laub D, Laundry P (eds.): *Proceedings of the second Interdisciplinary Symposium on Gender Dysphoria Syndrome*. Stanford, Stanford University Medical Center, 1973:7–14.
36. **Flores J:** *El paradigma sexual*. México, Lectorum, 2001.
37. **García–Ramos P:** *Sustitución de acta de nacimiento por enmienda cuando se afecten datos esenciales de personas transexuales*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Derecho. Colegio Partenón. México, UNAM, 2007.
38. **Giraldo Neira O:** *Explorando las sexualidades humanas*. Edición del autor, 1980.

39. **Goffman E:** *Estigma*. Buenos Aires, Amorrortu, 1980.
40. **González de Alba L:** *La orientación sexual*. México, Paidós, 2003.
41. **Gooren LJG:** Gender identity and sexual behavior. En: DeGroot, Jameson (eds.): *Endocrinology*. W. B. Sanders, 2001:2033–2042.
42. **Gooren LJG:** The endocrinology of transsexualism: a review and a commentary. *Psycho-neuroendocrinology* 1990;15:3–14.
43. **Green R:** Gender identity in childhood and later sexual orientation: follow-up of seventy-eight males. *Am J Psychiatry* 142:339–341.
44. **Gregersen E:** *Costumbres sexuales. Cómo, dónde y cuándo de la sexualidad humana*. Barcelona, Folio, 1988.
45. **Hyde JS, Delamater JD:** *Sexualidad humana*. México, McGraw–Hill, 2006.
46. **Istar Lev A, Casac LCSW:** *Transgender emergence. Therapeutic guidelines for working with gender variant people and their families*. Nueva York–Londres, The Haworth Clinical Practice Press y Haworth Press, 2004.
47. **Jenkins SC, Gibbs T, Szymansky SR:** *DSMHIR. Breviario práctico para psiquiatras*. Ediciones científicas y técnicas. Barcelona, Salvat–Masson, 1993.
48. **Katchadourian HA, Lunde DT:** *Las bases de la sexualidad humana*. México, Continental, 1979.
49. **Kay B:** *As a woman*. Nueva York, St. Martin's Press, 1976.
50. **Kelly P:** *Salud sexual para todos. Derribemos mitos y tabús para alcanzar una vida plena, sin prejuicios*. México, Grijalbo, 1999.
51. **Kruijver FP, Zhou JN, Pool CW, Hofman MA, Gooren LJG et al.:** Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus. *J Clin Endocrinol Metab* 2000;85:2034–2041.
52. **LeVay S:** *El cerebro sexual*. Madrid, Alianza, 1999.
53. **Martínez Roaro M:** *Derechos y delitos sexuales y reproductivos*. México, Porrúa, 2000.
54. **Masters W, Johnson V, Kolodny R:** *La sexualidad humana*. Barcelona, Grijalbo, 1982.
55. **McCary JL, McCary Stephen P:** *Sexualidad humana de McCary*. 4ª ed. México, El Manual Moderno, 1982.
56. **Meyer III W, Bockting W, Cohen–Kettenis P et al.:** *Harry Benjamin international gender dysphoria associations the standards of care for gender identity disorders*. 6ª ed. IJT, 2001; 5(1).
57. **Meyer JK et al.:** *Clinical management of sexual disorders*. Baltimore/Londres, William and Wilkins, 1983.
58. **Migeon CJ, Wisniewski AB:** Sexual differentiation: from genes to gender. *Horm Res* 1998;50:245–251.
59. **Millot C:** *Exsexo. Ensayo sobre transexualismo*. Barcelona, Paradiso, 1984.
60. **Money J:** Prefatory remarks on outcome of sex reassignment in 24 cases of transsexualism. *Arch Sexual Behav* 1971;1(2): 163–165.
61. **Money J, Tucker P:** *Sexual signatures: on being a man or a woman*. Boston, Little Brown, 1975.
62. **Money J:** Ablatio penis: normal male infant sex-reassigned as a girl. *Arch Sexual Behav* 1975;4(1):65–71.
63. **Money J, Hampson J:** Imprinting and the establishment of gender role. *Arch New Psychiatry* 1957;77:333–336.
64. **Money J, Ehrhardt A:** *Man and woman, boy and girl*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1972.
65. **Naranjo C:** *Cosas que vengo diciendo...* Buenos Aires, Kier, 2005.

66. **Naranjo C:** *La vieja y novísima Gestalt: actitud y práctica*. Santiago de Chile, Cuatro Vientos. 1989.
67. **Naranjo C:** *Por una Gestalt viva*. Vitoria–Gasteiz, La Llave, D.H., 2007.
68. **Nieto JA (compilador):** *Transexualidad, transgenerismo y cultura*. Madrid, Talasa, 1998.
69. **O’Keefe T, Fox K:** *Sex, gender and sexuality*. Londres, Extraordinary People Press, 1999.
70. **Pauly IB:** The current status of the change of sex operations. *J Nerv Mental Dis* 1968;147: 460–471.
71. **Perls FS:** *Gestalt therapy human potentialities*. Esalen Paper No 1. Big Sur, Esalen Institute, 1961.
72. **Perls FS, Hefferline RF, Goodman P:** *Gestalt therapy: excitement and growth in the human personality*. Nueva York, Dell Publishing Company, 1965.
73. **Pitch T:** *Teoría de la desviación social*. México, Nueva Imagen, 1980.
74. **Potts M, Short R:** *Historia de la sexualidad, desde Adá y Eva*. Madrid, Cambridge University Press, 2001.
75. **Reinisch JM:** *Nuevo informe Kinsey sobre sexo*. Barcelona, Paidós, 1992.
76. **Rogers C:** *El camino del ser*. Buenos Aires, Kairós, 1987.
77. **Stoller RJ:** *The transsexual experiment*. Londres, Hogarth Press, 1975.
78. **Stoller RJ:** *Sex and gender*. Nueva York, Hogarth Press, 1968.
79. **Stoller RJ:** The term “transvestism”. *Arch General Psychiatry* 1971;24:230–237.
80. **Van Kesteren PJM, Asscheman H, Megens JAJ, Gooren LJG:** Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross–sex hormones. *Clin Endocrinol* 1997;47:337–342.
81. **WPATH:** *Normas de cuidado para trastornos de identidad de género*. 6ª versión. Febrero de 2001.
82. **Zhou JN, Hofman MA, Gooren LJG, Swaab DF:** A sex difference in the human brain and its relation to transsexuality. *Nature* 1995;378(2):68–70.
83. **Zucker KJ:** Gender identity disorder. En: Sameroff AJ *et al.* (eds.): *Handbook of developmental psychopathology*. 2ª ed. Nueva York, Kluwer Academic/Plenum, 2000: 671–686.
84. **Zucker KJ:** Gender–dysphoric children and adolescents: a comparative analysis of demographic characteristics and behavioral problems. *Clin Child Psychol Psychiat* 2002;7:398–411.