

“Disforia de género”: genealogía de una masacre

José Manuel Alvarez

Nota preliminar: El presente escrito, casi a modo de notas sueltas, es el resultado de las lecturas efectuadas sobre la bibliografía adjunta al final del texto, con el fin de enmarcar la investigación sobre el fenómeno de la transexualidad en el Taller clínico “Cuerpo y Actos”. Dichas lecturas fueron produciendo inevitablemente una orientación -muy crítica-, aunque no solo de las lecturas sino también del caso clínico que tomé de referencia para dicha investigación. El escrito resultante, por tanto, adolece de forma intensa de esa inevitable orientación.

No podríamos entender apenas nada de lo que es el fenómeno de la transexualidad sino desarrollamos una genealogía de lo que en la actualidad es el eje fundamental en el que pivota todo lo concerniente a dicho fenómeno transexual. Dicho eje no es otro que el significativo “Disforia de género”.

Disforia de género se presenta como el gran descubrimiento, como el medidor, a partir de su intensidad, -de la intensidad de esa disforia-, de lo que justificaría o no, una intervención hormonal y quirúrgica sobre la anatomía de un individuo que así lo solicitase. Es, además, un significativo *incuestionable*, que se presenta también como una *evidencia* aplastante y del que participan tanto los sujetos que demandan una intervención en su cuerpo, como sirve de aparato medidor de esa misma demanda para aquellos que, blandiendo un falso escrúpulo clínico, se refugian en él escondiendo su fuerte pasión crematística por satisfacer aquella demanda.

Por lo tanto, “disforia de género”, lejos de un descubrimiento que nombra algo, muy al contrario, es una emergencia, un concepto completamente construido resultado de una red de fuerzas discursivas que, a partir de enfrentamientos, incluso de rupturas, tiene como consecuencia dicha emergencia de la que surge un nuevo “real” que por estar, no estaba antes, o al menos no lo estaba de la misma manera en la que se presenta ahora. Es por eso que se podrá rastrear la producción de un cuerpo, -en este caso la producción de lo que se ha venido a llamar *un cuerpo disfórico*-, y de las condiciones que han hecho posible dicho surgimiento. Más aún, podría decirse que, tras una fuerte controversia entre el cuerpo médico y el cuerpo social (curiosa lucha de cuerpos) alrededor de las

cirugías, el discurso médico acabará por decantarse del lado del concepto *enfermo mental* y/o *enfermo endocrino*, en lugar de la siempre más que inquietante figura del *perverso*. Y, como consecuencia de ese cambio de discurso, es cuando emergerá a continuación el *sufrimiento* como fundamental y necesario en la condición de cualquier transexual.

Un movimiento que se puede poner en paralelo, punto por punto, con el efectuado en los campos de las Toxicomanías, Ludopatías, los llamados ahora Trastornos de la alimentación, etc., pasando todos ellos de la consideración de vicios a puras enfermedades o, lo que es lo mismo, de ser actividades que podrían ser reprochables social y/o moralmente a ser consideradas *enfermedades mentales*. En las que además, y como no podía ser de otra forma, se apunta siempre al aparato biológico como fuerte sustento de dichas enfermedades mentales en un efecto redoble de exclusión subjetiva: se excluye al sujeto cuando se lo “desenvicia”, y luego se lo vuelve a excluir cuando se lo despatologiza (en el sentido clásico de la palabra), ya que sería el cerebro, el sistema endocrino, la genética, etc., lo que vendría a dar cuenta de la, ahora, nueva patología en la que el sujeto vendría a officiar únicamente de víctima refulgente.

Lo que de en común tienen todas estas y muchas otras problemáticas actuales es que se trata de problemáticas que se conceptualizan como “objetos”. De objetos que, a su vez, se “solucionan” mediante otros objetos. Y he aquí una de las confusiones fundamentales. Porque el objeto atrapa, atrapa al sujeto, lo hace objeto de forma secreta. Pero también atrapa al teórico, al observador que se cree imparcial en su observación, cuando, por ejemplo, es su propia mirada o su supuesto saber prejuicioso, etc., lo que comanda toda la escena observacional sin que “nadie lo sepa”. Sin que nadie lo sepa y, lo que es peor, nadie lo cuestione porque es más aparentemente cómodo pensar este tipo de fenómenos en términos de *equivocación* del objeto -equivocación de cuerpo, de droga, de comida, de dinero, etc-, que de *falta* de objeto.

Es decir, que todos esos objetos no son sino objetos que viene a parar al lugar de una falta radical, no de ninguna equivocación que habría que corregir, sea mediante *privaciones, regulaciones o sustituciones*; que son los tres ejes fundamentales, -no hay otros-, en los que se basan todas y cada una de las intervenciones llamadas terapéuticas

que navegan en el proceloso mar de las llamadas psicoterapias.

Así que, para el tema que nos ocupa, tenemos en primer lugar en una fecha tan lejana como 1869 a un psiquiatra alemán, Carl Friedrich Otto Westphal cuyo *Die contrae Sexualempfinding* se supone que es el primer artículo en materia sexológica, y del que Michael Foucault -al que siempre aconsejo recurrir-, señala que podría tratarse de la fecha de nacimiento de la figura del “Homosexual” como un personaje con un pasado, una historia, una infancia, un carácter, una anatomía y fisiología, así como una forma de vida, por primera vez *especiales*. Anteriormente, las prácticas llamadas a partir de ese momento homosexuales, no eran sino actos más o menos condenables moral o legalmente. M. Foucault, también considera esa obra como la que virtualmente pondría las condiciones para lo que años después sería el “alumbramiento” del llamado “Transexual”.

En 1886, 17 años más tarde, otro conocido por nosotros, el también psiquiatra Richard von Krafft-Ebing introduce con su *Psychopathia sexualis* el término “perversión”, definido como cualquier práctica sexual no orientada a la reproducción. Que es la definición que adoptó Freud mismo en todos sus trabajos, mal que les pese a todos aquellos que luego lo han criticado por incluir en ella a la homosexualidad, por ejemplo, olvidando de forma muy sospechosa que si para Freud hay alguien inicialmente perverso es el niño que fuimos, y encima polimorfo, perverso y polimorfo.

Y no será hasta 1950, o sea 64 años después, que otro médico estadounidense David Oliver Cauldwell utilizaría por primera vez el término *Transexual* en su texto *Psicopatía transexual* en el que escribe: “Cuando un individuo que está desfavorablemente afectado psicológicamente determina vivir y presentarse como miembro del sexo al que no pertenece, este individuo se puede llamar psicópata transexual. Significa, simplemente, que no está sano mentalmente y, por esto, esa persona desea vivir en el sexo opuesto”.

Consecuente con esta definición, para D. Claudwell sería criminal e insensato que un cirujano extirpase órganos sanos, como en el caso que él mismo presenta de una paciente que quería convertirse en hombre, para lo cual demandaba insistentemente

hormonación y cirugía. Demanda insistente que por supuesto ya contaba con una fuerte base de apoyo discursiva en lo fueron las intervenciones casi 20 años antes de otro conocido por nuestra comunidad analítica, el Dr. Magnus Hirschfeld cirujano y psiquiatra, miembro fundador de la Asociación Psicoanalítica de Berlín. Así que Claudwell defiende que lo éticamente adecuado sería *adaptar la mente al cuerpo* mediante la intervención psiquiátrica. De esta forma, vemos cómo el sexo (en el sentido de la diferencia sexual) es una verdad biológica que salta a la vista para cualquier observador y, por lo tanto, es inmanente, inmutable y natural; por lo tanto y lógicamente, es la mente inadecuada la que debe adecuarse a esa natural anatomía.

No obstante, será en esa época que la transexualidad como tal entrará de lleno en el torbellino imparable que se agitaba en medio de las tecnologías médico-psiquiátricas, porque paralelamente, en 1947, John Money psicólogo neozelandés especializado en sexología, emigrado a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial y especializado en bebés intersexuales, utilizará la noción de “género” por primera vez en relación a la posibilidad de modificar hormonal y quirúrgicamente el sexo de los bebés cuyos genitales no son claramente identificables como masculinos o femeninos.

Posteriormente, Money acuñará en 1969 el término “Identidad de género” enunciando que sería “Un problema de identidad de género en el que una persona manifiesta con convicción persistente y constante el deseo de vivir como miembro del sexo opuesto y progresivamente enfoca sus pasos hacia una vida completa en el rol del sexo opuesto”. De pronto, asistimos a un desplazamiento significativo de sexo a género que trae aparejado una concepción de dicho *género* como algo dado de entrada, inmutable a la par que estable en el tiempo; con lo cual, y a partir de ahora, los términos de la ecuación anterior se invierten, y ya no será la mente sino el cuerpo el que habrá que modificar para hacerlo concordante a ese género mentalmente inmutable.

Por otra parte, y pese a que David Claudwell había sido el primero en proponer la palabra “transexual”, esta no contaba aún con el relumbrón que le insufló posteriormente el endocrinólogo de origen alemán radicado en Estados Unidos, Harry Benjamin que la popularizaría en los Estados Unidos a partir de 1953.

Benjamín -y aquí comienza a estallar todo el constructo clínico en clases, subclases, subsubclases, etc.-, realiza una distinción entre Travestismo y Transexualismo, caracterizándose este último en términos de un intenso deseo de corregir el famoso e inclasificable “error anatómico” de la naturaleza mediante la demanda de cirugía. No hay, por tanto, ninguna afección mental, la afección en todo caso no sería sino de carácter endocrino.

Ahora bien, a partir de 1966 y en función de la intensidad de ese deseo que muestra el sujeto en la corrección del error, Benjamín distingue entre pacientes *no quirúrgicos* y pacientes *susceptibles de cirugía*; siendo estos últimos para los cuales estaría recomendada la cirugía del ajuste del cuerpo a la mente, toda vez que la psicoterapia habría fallado también en todos estos casos.

Dos años más tarde, en 1968 el psicoanalista norteamericano Robert Stoller escribe *Sexo y Género*, en el que define lo transexual como “La convicción de un sujeto, biológicamente normal, de pertenecer al otro sexo. En el adulto, a esta creencia, *le acompaña en nuestros días*, -señala muy pertinentemente, las cursivas son mías-, la demanda de intervención quirúrgica y endocrina para modificar la apariencia anatómica en el sentido del otro sexo”.

Lo que se va conformando aquí es el eje fundamental de un deseo -más bien de una demanda identificada en términos absolutos a un deseo-, de modificar o no el cuerpo mediante técnicas quirúrgicas y endocrinas. Sin embargo, no hay que perder de vista el escalaje que comienza a producirse entre antes, Homosexuales y Travestis; luego entre Travestis y Transexuales, y a continuación, y por ahora, entre Transexuales Falsos y Verdaderos, ya que se supone que todo el esfuerzo clínico va siempre encaminado en tratar de realizar un cribaje entre las personas que podrían beneficiarse de una cirugía y las que no.

Todavía avanzando un paso más en la discriminación, en 1974 los psicoanalistas estadounidenses Person y Ovesey propondrán una diferenciación entre Transexualidad primaria o *core* y Transexualidad secundaria. La primaria o *core* está caracterizada por poder localizarse ya desde la infancia y mostrar un marcado carácter *a-sexual*. Mientras

que la secundaria, y después de un largo periodo de manifestaciones homosexuales y/o travestistas, tendería a la transexualidad.

Y es en esta búsqueda imparable y desesperada del verdadero transexual que surgirá, en 1973 y de manos del Dr. Norman Fisk el concepto, increíble, de “Disforia de género”, -increíble aunque sólo fuese porque, sin decirlo, da por sentado que podría existir una *euforia* de género...- señalando además que los diagnósticos diferenciales entre Homosexuales, Travestis, Intersexuales y Transexuales, es un trabajo totalmente improductivo ya que con dicho esfuerzo diferencial no se obtienen después índices de correlación significativos con el éxito o fracaso del tratamiento.

En efecto, en tres años de investigación su equipo ha constatado que, cuanto menos inventadas, más precisas, honestas e inocentes eran las biografías obtenidas de sus pacientes, más diferentes eran los síntomas relatados de los que se definían en el “transexualismo clásico”. *“Todavía más, esta definición sería la correspondiente al más alto nivel de disforia con el sexo asignado. Fisk plantea una clasificación dimensional en lugar de categorial que amplía los márgenes del transexualismo clásico, considerando que existe un espectro de trastornos de género más y menos severos de los que la transexualidad estaría en el extremo. Incluye en este espectro la 'homosexualidad masculina afeminada', la 'hipermasculinidad homosexual femenina', un 'fascinante' subgrupo de pacientes que podrían describirse como 'personalidades inadecuadas pasivo-dependientes con fetichismo travestista de medio a moderado', y un grupo de personas de 'personalidad psicopática' que buscan la conversión sexual para convertirse en un 'transexual profesional' y conseguir fama y fortuna. Si somos estrictos al analizar esta lista, podríamos suponer que estaba considerando que tenían disforia de género todas aquellas personas que demandaban intervenciones médico-quirúrgicas para modificar las partes de su cuerpo codificadas como caracteres sexuales fuera cual fuera su motivación, incluida una supuesta motivación económica”*¹.

A partir de estas bizarras observaciones, Fisk señala que *“el concepto disforia de género nace como una necesidad clínica más que naturalista, cuando se dan cuenta [él y su equipo] de que la mayor parte de sus pacientes relatan biografías perfectamente preparadas, en especial para dar datos que excluyan los diagnósticos diferenciales con*

el objetivo, supone, de acceder a las intervenciones. En algunos casos, considera que han preparado incluso a sus familiares y amigos para las entrevistas. Aun así, dice que no todos parecen haberlo hecho a propósito, sino que muchos de ellos, inconscientemente, podrían haber reexaminado sus historias vitales a la luz de la biografía del transexual clásico y haber modificado algunos aspectos o resaltado otros. Sospecha que algunos podrían estar lidiando con un fetichismo travestista o una homosexualidad afeminada, y preferirían recibir el diagnóstico de transexualidad, como enfermedad médica, antes que verse acusados de perversión sexual”².

A partir de este punto, y con la reluciente palanca de “disforia de género”, se amplía considerablemente el campo de acción de los tratamientos conversivos, ya que de lo que se trata, fundamentalmente, es de verificar la idoneidad del tratamiento en una persona dada. Y entonces, aquellos otros criterios para distinguir el transexual verdadero del falso basados en el relato de una historia biográfica adecuada, sentimientos de rechazo a los propios genitales y una cierta a-sexualidad, se verán sustituidos por el novísimo concepto de “pasabilidad”. Que no sería sino la capacidad de mimetizar el género deseado durante al menos un año; lo que incluye, naturalmente, el reconocimiento por parte de los otros del entorno del futuro paciente como persona perteneciente a ese género. Es decir, ya no vale de nada la búsqueda íntima para descubrir la supuesta identidad de género, sino que esta debe ser sancionada tanto por el otro social como, por supuesto, por el psiquiatra de turno para ser considerada verdaderamente auténtica. Siendo que, además, el psiquiatra ha de valorar ni más ni menos que los siguientes ítems: la estabilidad psicológica y emocional global, la comprensión de los llamados “principios nucleares de género”, la ausencia de sociopatía y síntomas psicóticos, o la presencia de excesivos síntomas neuróticos.

Se culmina así lo que podríamos denominar una auténtica masacre. Masacre en la que participan muchos actores a muchas bandas y jamás sin intereses espurios, naturalmente.

Y se efectúa una masacre por cuanto que lo que plantean estos sujetos llamados transexuales, y esto sin duda ha de capturar la atención del psicoanalista, toca directamente, cuestiona entre otras muchas cosas, nuestro propio núcleo de goce y

nuestras identificaciones. Pero se realiza una masacre cuando la respuesta al abismo insalvable de la sexuación, es una mordaza en términos de *identidad* por parte del clínico escrupuloso, cuando, precisamente, nuestra identidad no es sino el grado cero del ser, es un vacío absoluto. No que no exista, sino que su existencia es un vacío. Un vacío que, justamente se puebla, más bien se rodea de identificaciones y no sólo identificaciones para “nosotros mismos”, sino y no menos importante, para el Otro que siempre arde en la necesidad de tenernos identificados. Por eso para el Otro jamás somos una identidad, somos o seremos un sujeto identificado o no, pero jamás *identificado*³. De ahí que siempre se nos pida, por ejemplo, un papelito que acredite que somos quienes decimos que somos...

Y como nadie sabe qué es ser un hombre y menos todavía una mujer y, por lo mismo, qué es de entrada lo masculino y lo femenino, se efectúa una masacre en el momento en el que, como si fuese la cosa más natural del mundo, es el cuerpo médico -el orden médico-, el que se arroga de forma presuntuosa la increíble potestad de decidir sin apelación y mediante violentas intrusiones en lo más íntimo del sujeto, la definición de esos términos; justificados, eso sí, por el grado de *sufrimiento* de aquel que lo solicita, como si ese sufrimiento no hubiese sido previamente inoculado cual veneno por el mismo discurso -médico/psiquiátrico- que luego lo utiliza para justificar esas mismas intrusiones***.

Y seguimos asistiendo a una masacre, cuando además se deja en manos de endocrinólogos y cirujanos la valoración de lo que es un deseo, incluso de su medición. Una medición del deseo que pasa por si es o no lo suficientemente intenso, perentorio, y urgente, confundiéndolo, además, con la cosa más retorcida del mundo, tal y como lo es la demanda y la discrecionalidad de satisfacerla o no.

Así que no es de extrañar diálogos tan surrealistas como este que reproducimos a continuación:

“En relación al dolor del postoperatorio, la psicóloga clínica lo concibe de la siguiente forma:

P- ¿Crees que la gente es consciente cuando se somete a la reasignación sexual de los

riesgos que tiene, o tiene tan claro que quiere hacerlo, que por más que le digas...?

-Ni dolor, ¿me entiendes?

P- ¿En qué sentido lo dices?

-No hay dolor físico.

P- ¿No hablan de ello o ni...?

-No, no. O sea, imagínate qué te hacen, imagínate qué tipo de intervención, ¿no? Y cuando dices 'y bueno, ¿qué tal la recuperación, el dolor?' 'Nada, nada'. O sea, son tantas las ganas, la ilusión... que desaparece, no hay dolor, no hay, no hay. Dicen que el dolor es una emoción, pues... [se ríe]

P- Hay otra emoción que lo supera.

-Exactamente [se ríe] hay otra emoción que inhibe el dolor (Entrev. psicóloga clínica)".

“Pensar que las personas sometidas a la operación de reasignación sexual no sienten dolor es dudoso en el caso de intervenciones de esta envergadura y cuyas curas pueden llegar a durar años”⁴. Cuestión esta que yo mismo puedo confirmar a partir de un caso atendido y que será expuesto a modo de viñeta clínica.

En definitiva, tal y como señala nuestro colega Osvaldo Delgado, “La posición femenina no se alcanza con la cirugía. No se alcanza al ajustar la anatomía a lo que yoicamente se percibe como identidad. Para el psicoanálisis el yo no autopercibe nada. No hay identidad sino identificaciones, y las intrusiones médicas en la anatomía dan cuenta de la caída contemporánea del campo metafórico y del empuje a la literalidad del imperativo de goce del capitalismo actual”⁵.

No obstante, habría que señalar que, a fecha de hoy, todo el campo de la clínica está arrasado por los mismos prejuicios y fagocitado por el mismo imperativo, todo ello convenientemente disfrazado de alambicadas teorías y sofisticadas prácticas. Pues no se vaya a creer -lo que sería otro grave prejuicio de nuestra parte-, que esto sólo ocurre en el ámbito de este interesante y apasionante campo de la llamada transexualidad. Pues la masificación del sacrificio a los dioses oscuros sigue su camino imparable. Y esto, como psicoanalistas, no estaría mal tenerlo meridianamente claro.

***** Los siguientes testimonios, [extraídos del excelente artículo de Marina de la Hermosa Lorenci. *Repensando los orígenes de la disforia de género*] dan cuenta, de modo dramático, de lo planteado en este escrito.**

Las personas entrevistadas relataban que desde la infancia presentaron conductas y expresiones de género diferentes de la norma, pero que en inicio no eran conscientes de que fueran conductas que no debían tener:

“(...) cuando tenía 10 años, o incluso cuando eres más pequeño, cuando eres más pequeño ni siquiera te lo planteas, sabes que te gustan las chicas, y que te comportas de tal forma, pero no lo identificas con ningún género. Simplemente te comportas así y ya está” (P1. 10:10).

Como consecuencia de estas conductas e intereses, refieren haber sido corregidos insistentemente por su familia:

“¡No juegues con eso! ¿Por qué estás siempre con tu vecino tal y no con las niñas y con tu hermana?, siempre bajo la corrección absoluta. O sea... no puedes hacer esto, tienes que hacer lo otro, no puedes jugar a esto, juega con lo otro.” (P1. 32: 32).

O en el caso de que hubieran sido respetadas en su familia, haberse dado cuenta de que no se consideraban adecuadas al comenzar el colegio:

“(...) mira, mi percepción de que esto no puede ser empezó justo cuando empecé el cole.” (P3. 22:22).

En relación con las correcciones, aparece en el discurso una sensación de incompreensión de la norma e impotencia al darse cuenta que no se consideraba adecuado que se expresaran de la forma deseada:

“(...) en realidad tú dices, pues siento un deseo así como un poco irresistible, de ser así, pero a la vez no puede ser, no sé porqué exactamente, pero todo el mundo dice que no puede ser, entonces no puede ser. Y como no puede ser, además, si es va a ser malo, entonces no puede ser más todavía.” (P3. 24:24).

“(...) pero yo no entendía nada, o sea, no entendía nada de nada.” (P3. 40:40).

En el inicio estas personas relatan haber sentido malestar en aumento en relación con su deseo de expresarse de una forma concreta que era constantemente corregida, llegando un momento en el que “ponen nombre” a este malestar, al contactar con el discurso médico por diferentes vías (con frecuencia el cine o la televisión), dándose cuenta de que lo que les ocurre es que “son transexuales”, y por tanto el malestar que sienten se llama “disforia”. Databan este momento en la adolescencia:

“(...) con ella fui con la que vi la película esta de “Boy`s dont cry”, y le dije: yo soy eso. Y tenía yo 17 años. Y digo: yo soy eso, le dije a la chica... y ella no lo quería ver.” (P1. 30:30).

“(...) había conseguido un poco ponerme de acuerdo conmigo mismo, y centrarme... de decir, eres transexual, déjate de historias y de movidas, porque sabes que no eres esto, y si no eres esto, y odias que te llamen esto y te digan esto, eres transexual y punto.” (P1. 102:102).

Respecto a las reacciones del contexto social, se relataba haber vivido las consecuencias de la transfobia y la homofobia desde la infancia:

“Homofobia, transfobia... llámalo x. Por todos los lados, incluso en la propia familia.” (P1. 30: 30).

Y en el contexto escolar se refieren insultos y agresiones continuas:

“En el colegio pues insultos como marimacho... (...). Los compañeros... y ya en el instituto, claro, otro vocabulario como... bollera, como tal, como...” (P2. 38: 40).

“Sí, insultos y agresiones físicas. Los 20 minutos, media hora del recreo eran lo peor, o sea, era como... que no llegue, que no llegue, estaba que... quería que desapareciera de la faz de la tierra el recreo.” (P3. 54: 54).

Se ponen en relación las violencias recibidas con la ruptura de la norma social, y se señala que disminuyen cuando el *passing* es más convincente:

“(...) pero que te agredan por no ser ni hombre ni mujer, eso es una violencia brutal.” (P3. 236: 236).

Al preguntar por el deseo de someterse a procedimientos médicos en relación con el malestar

con el propio cuerpo, se cita con frecuencia la demanda de modificaciones por parte de otras personas, sintiéndose en ocasiones presionados por sus parejas, personas conocidas, o el propio personal médico:

“Entonces... pues, con eso muchísimas veces, empezando desde los profesionales médicos, mogollón, o sea, a lo bestia, hasta terminar... pues eso, la mayoría de la sociedad, que luego, gracias a Dios hay gente que no te está cuestionando por eso, menos mal, o sea, como que puedes tener ahí tu islita de remanso y de paz, con respecto a tu cuerpo frente a los demás, pero con lo de las tetas también. Es: genitales, tetas. Que parece que es como lo definitorio de los cuerpos masculinos y femeninos, ¿no?, no son nada más que genitales y tetas...” (P3. 218: 218).

Y al preguntar por los motivos que relacionan con el deseo de someterse a intervenciones, la respuesta más frecuente las asocia con el deseo de ser tratados por otras personas conforme a su género sentido:

“(...) no me siento en una cárcel, salvo cuando la gente se dirige a mí en femenino, que lógicamente, mira por eso yo echo en falta mi barbita y mis historias, ¿sabes?, porque se siguen dirigiendo a mí en femenino.” (P1. 128: 128).

“Y con respecto a la gente de la calle, yo creo que las agresiones han parado cuando me han empezado a notar como una chica. O sea, es un poco triste decirlo, ¿eh?, pero yo creo que es así. Y yo creo que eso también justifica que yo me redujera el mentón, o que me tomara hormonas, porque realmente... o sea, sí. La gente cuando ya no nota nada sospechoso en ti que le haga pensar que no eres una chica, no te agrede.” (P3. 236: 236).

Y con el deseo de resultar deseables a otras personas:

“(...) y luego, pues no sé, la cosa de cambiar mi imagen corporal, ya en una última fase, yo creo que era por el tema del ligoteo y cosas así.”(P3. 214: 214).

En el discurso de todas las personas entrevistadas aparecía una demanda de cambio social:

“Creo que si la sociedad, sigue avanzando, o avanzara mucho en la manera de pensar, creo que muchas personas transexuales sí que se pondrían como personas transgénero, si les da miedo operarse, si no pueden operarse por cierto estado de salud, o lo que sea. Llegará un momento

en el cual, creo que habría más personas transgénero, que no tuvieran tanto esa necesidad de operación, hormonación... y las personas transexuales quedaríamos como en un segundo plano, e incluso... no sé, ojala que evolucione esto muchísimo, y dejaríamos de existir.” (P2. 355: 355).

“(…) yo me pregunto, si yo viviera en un mundo donde hubiera ya un recorrido histórico de aceptación y donde se asumiera, como se asume en otros lados, (...), que alguien que tiene los hombros grandes, o que tiene pelos en la cara puede ser una mujer, e incluso puede resultar atractiva para otra gente, si eso lo asumiéramos y no viviéramos en la hipocresía de por el día te escupo, por la noche te compro, y ese tipo de cosas, ¿no?, y toda la sociedad haga eso... pues yo me pregunto si empezaría con un proceso médico, si hubiera tomado hormonas, si estaría presente la sociedad frases como: “vivir en un cuerpo que no me pertenece”, ¿sabes?, si esas condiciones cambiaran, y son condiciones sociales, ¿eh?, no son condiciones biológicas, pues yo me pregunto si esa frase tendría sentido, en una sociedad así, de hecho me pregunto si esa frase tiene sentido en resquicios de sociedades donde esas cosas se ven. Porque seguramente, igual, ni siquiera se plantean ese tipo de frases.” (P3. 204: 204).

En esta última cita, la sensación de “vivir en un cuerpo que no me pertenece”, o el deseo de realizar modificaciones en el cuerpo, se pone claramente en relación con la violencia recibida por las personas cuyas expresiones de género no concuerdan con la normal social, poniendo en duda que, en caso de que sus cuerpos fueran aceptables y deseables en un contexto social concreto, existiera la necesidad de modificarlos. (*Marina de la Hermosa Lorenci. Repensando los orígenes de la disforia de género*)

Notas

- 1-. Marina de la Hermosa Lorenci. *Repensando los orígenes de la disforia de género*
- 2-. *ibidem*
- 3-. *Identificado*, permítaseme este neologismo para ponerle un nombre a lo imposible de un sujeto que se lo piensa idéntico a sí mismo.
- 4-. Miquel Missé y Gerard Coll-Planas. *La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas*
- 5-. Osvaldo Delgado. *¡¡¡Viva la metáfora!!!*, en Rev. Lacan XXI 2018-Vol6

Bibliografía consultada

A excepción de las cuatro primeras referencias que son publicaciones en papel, todas las demás

se podrán encontrar en internet mediante un sencillo copia y pega en el buscador de referencia de su navegador.

- . Geneviève Morel, *Ambigüedades sexuales, sexuación y psicosis*. Ed. Manantial
- . Catherine Millot, *Exsexo - Ensayo Sobre El Transexualismo*, Ed. Paradiso
- . Margarita Alvarez, *La pasión transexual: ¿Convicción o certeza?* Rev. Freudiana, nº 71
- . Catherine Millot, *Reflexiones sobre el Transexualismo (capítulo on-line de su libro Exsexo - Ensayo Sobre El Transexualismo)*
- . Miquel Missé, *A la conquista del cuerpo equivocado*, Ed Egales
- . Mari Cruz Fernández, *La transexualidad en la infancia. ¿Por qué tanta prisa*, L'Interrogant 15
- . François Ansermet, *Elegir el propio sexo: Usos contemporáneos de la diferencia sexual*. L'interrogant 14
- . Helena Valldeperes, *Acerca de los goces femeninos en los chicos trans*
- . Gloria González, *Acerca del transexual masculino*
- . Marta Areny Cirilo, *Girl*
- . Óscar Guasch, *La construcción médico-social de la transexualidad en España (1970-2014)*
- . Eva Giberti, *Las Personas Transgénero, ¿Por qué empezar a pensarlas desde la clínica?*
- . Mariano Daquino, *¿Qué lugar para el transexual?*
- . Patricia Soley-Beltran. *Transexualidad y Transgénero: una perspectiva bioética*
- . Mauro Cabral, *Soy*
- . Nicolás Medina. *Transexualidad y psicoanálisis Ciencia, ficción y clínica*
- . Rev. Lacan XXI, *Transexualismo y travestismo desde la perspectiva del psicoanálisis* mayo 4, 2018 Volumen 1
- . Alejandra Koreck, *“Para Elena”*. Collage hecho a mano. Papel. EOL- AMP
- . Pablo Herón, *“Diagnóstico: travestismo”, psicoanálisis transfóbico*
- . Margarita Alvarez, *Y la ciencia creó al transexual*
- . Marina de la Hermosa Lorenci, *Repensando los orígenes de la disforia de género*
- . Carmen Lafuente, *Actualidad del transexualismo*
- . Miquel Missé y Gerard Coll-Planas. *La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas*
- . Jesús Manuel Ramírez Escobar. *El psicoanálisis, la teoría queer y la transexualidad frente al ocaso de la representación*

- . Mario Jesús Aguilar, *La transexualidad en México. El paradigma desde la patología al derecho humano de modificar la identidad*
- . Irene Meler, *Acerca del transexualismo: el deseo del otro en la construcción del sujeto*
- . Marta Lamas, *El fenómeno trans*
- . Gimena Sozzi Uboldi, *El transexual. De la cuestión de la psicosis a la cuestión de la época*
- . Jean-Claude Maleval, *Cuando Preciado interpela al psicoanálisis.*