

# El proceso de transformación corporal de personas transexuales: ¿Un camino hacia la normalización genérica?

---

Jordi Mas Grau/Oscar Guasch Andreu  
Universidad de Barcelona

## Resumen

La transexualidad abarca un espacio de intersección discursiva plural donde confluyen diversas clases de narrativas para definirla. Están los debates políticos entre transexuales y transgeneristas; están los relatos médicos y su poder para crear realidades a través del diagnóstico, y también están las personas concretas elaborando subjetividades particulares. Hay muchos mapas y también hay muchos territorios para transitar y entender la transexualidad. En estas páginas se presenta la estructura básica del proceso de gestión médica de la transexualidad y se analiza el modo en que las personas transexuales se posicionan ante el discurso médico en un entorno institucional de atención médica.

Palabras clave: transexualidad, discurso médico, subjetividades.

## Abstract

Transsexualism covers an area of plural discursive intersection where different kinds of narratives converge to define it. There are political debates between transsexuals and transgenderists; there are medical stories and their power to create realities through diagnosis; and there are also real people developing particular subjectivities. There are many maps and there are also many territories to travel through and understand transsexualism. On these pages the basic structure of the medical management process of transsexualism is presented and the way transsexual people position themselves when confronted with medical discourse in an institutional environment of medical care of transsexuality is analyzed.

Keywords: Transsexualism, medical discourse, subjectivities.

## Introducción

En 1966 el endocrinólogo alemán Harry Benjamin publicó *The Transsexual Phenomenon*, una de las obras centrales de la moderna *scientia sexualis*, porque en ella se presenta una nueva realidad humana merecedora de atención

médica: la transexualidad. Benjamin (1966: 30) define esta novedosa categoría diagnóstica como el “deseo irreversible de pertenecer al sexo contrario al genéticamente establecido y de asumir el correspondiente rol, además de solicitar un tratamiento hormonal y quirúrgico para corregir la discordancia entre la mente y el cuerpo”. Con esta obra, el alemán sienta las bases del actual modelo biomédico de atención a la transexualidad, pues defiende la terapia hormonal y las cirugías de reasignación sexual<sup>1</sup> como el tratamiento más adecuado, y otorga a profesionales de la salud mental la facultad de tutelar todo el proceso asistencial. Con anterioridad a Benjamin, ni las cirugías de reasignación sexual ni la terapia hormonal eran unánimemente aceptadas por los profesionales, los cuales se decantaban mayoritariamente por una atención psicoterapéutica destinada a corregir los deseos del paciente. En este sentido, cabe destacar las severas críticas vertidas desde el ámbito psicoanalítico hacia aquellos médicos que practicaban la cirugía de cambio de sexo, acusándolos de contribuir al deseo de castración de pacientes que no serían sino psicóticos extremos (Billings y Urban, 1998).

Este artículo parte del análisis del proceso de diagnóstico y de tratamiento de la transexualidad que se realiza en un hospital público de Cataluña (España). Se focalizará la atención en las herramientas y criterios diagnósticos, los presupuestos teóricos que guían la terapéutica y las técnicas utilizadas durante el tratamiento. Asimismo, se analizan los discursos tanto de los profesionales sanitarios como de las personas transexuales en relación con el proceso medicalizador.<sup>2</sup>

Las formas de vivir la transexualidad y las transformaciones corporales a ella asociadas son tan diversas como lo son las personas que son etiquetadas como transexuales. Sin embargo, en relación con la terapia de transformación corporal se detectan tres grandes relatos en los discursos de las personas entrevistadas. En el primer gran relato, las transformaciones corporales se conciben como una suerte de rito de paso —cuyo último estadio lo cons-

---

<sup>1</sup> Se entiende por “cirugías de reasignación sexual” a todas las intervenciones quirúrgicas destinadas a modificar los caracteres sexuales primarios y secundarios de la persona. Dentro de este grupo encontramos las “cirugías de reasignación genital”, popularmente conocidas como “operaciones de cambio de sexo”, de entre las que destacan las técnicas de la vaginoplastia (construcción de una neovagina) y la faloplastia (construcción de un neopene).

<sup>2</sup> Los datos utilizados para la elaboración del presente artículo proceden de dos investigaciones en curso: una investigación I+D financiada por el Instituto de la Mujer-Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España, que lleva por título “Representaciones y prácticas en el proceso de feminización de mujeres transexuales” (IP: Oscar Guasch; ref. 2011-0004-INV-00124); y una investigación doctoral llevada a cabo por Jordi Mas en el Departamento de Antropología social de la Universidad de Barcelona sobre el proceso de patologización y medicalización de la transexualidad.

tituye la cirugía de reasignación genital— tras el cual obtener un cuerpo acorde con la propia identidad, consiguiendo con ello —o esperando conseguir, al menos— una posición de normalidad dentro de nuestro sistema de sexo-género. El segundo relato es el de aquellas personas que, si bien modifican sus caracteres sexuales secundarios mediante hormonas y/o cirugías, rechazan operarse los genitales al considerar que no son impedimento alguno para la construcción de su identidad y el buen desarrollo de su sexualidad. El tercer gran relato es el de algunas personas que conservan deliberadamente sus caracteres sexuales primarios y algunos de sus secundarios —llegando a mostrar una apariencia andrógina—, puesto que rechazan situarse en una —y sólo una— de las dos categorías de género socialmente disponibles y reivindican espacios genéricos alternativos —entrando así dentro de la órbita del transgenerismo<sup>3</sup> o del nomadismo de género—. Es dentro de este grupo donde encontramos las voces más críticas ante la hegemonía de la gestión biomédica de la transexualidad, considerada como un poderoso mecanismo de control social con el que se patologiza la no concordancia entre el sexo biológico y la identidad de género, medicalizando al cuerpo problemático para transformarlo tecnológicamente en un cuerpo normalizado.

## La Unidad de Trastornos de la Identidad de Género

En España, la decisión de incluir las cirugías de reasignación genital en el sistema público de salud depende de cada gobierno autonómico. En Cataluña, la asistencia pública a la transexualidad puede encontrarse ya en los años ochenta del siglo xx. En esa época se ofrecía a las personas transexuales asesoramiento para un tratamiento que debían costearse de forma individual. Es en el año 2008 cuando se crea en Cataluña una unidad de atención específica para personas transexuales financiada con fondos públicos, tras la decisión del gobierno regional de costear algunas cirugías de reasignación sexual —la mastectomía, la histerectomía, la faloplastia y la vaginoplastia—. La Unidad de Trastornos de la Identidad de Género (UTIG) de Cataluña cuenta con una psiquiatra, una psicóloga clínica y una enfermera, y está estrechamente vinculada con los servicios de endocrinología, cirugía plástica, ginecología y urología.

La asistencia a personas transexuales en la UTIG se organiza en función de los estándares de atención elaborados por la Asociación Internacional Mundial para la Salud del Transgénero (WPATH, por sus siglas en inglés). Dichos estándares se han convertido en el protocolo asistencial de referencia

---

<sup>3</sup> A lo largo del artículo se utilizará el prefijo “trans” como categoría que engloba tanto a transexuales como a transgeneristas.

a nivel mundial para todo equipo médico dedicado al tratamiento de la transexualidad. Su contenido ha sido revisado en varias ocasiones. La última versión, la séptima, apareció en 2011. Tras la evaluación diagnóstica del paciente, los estándares contemplan varios tipos de tratamiento, de entre los que destacan la psicoterapia —ya no destinada a la modificación de los deseos de la persona sino al tratamiento de las problemáticas que impiden una expresión de género comfortable—, la terapia hormonal y las cirugías de reasignación sexual. Si bien en el pasado la clínica consideraba que el firme deseo del paciente de someterse a dichas cirugías constituía la prueba diagnóstica definitiva, actualmente tanto los estándares como los profesionales de la UTIG reconocen que no todas las personas transexuales necesitan ni desean entrar en el quirófano.

## La evaluación diagnóstica

Toda persona que desee iniciar un proceso de transformación corporal en la UTIG deberá someterse antes a una evaluación diagnóstica. Según las profesionales de la salud mental del centro, la diagnosis tiene una finalidad múltiple, pues sirve para diagnosticar con exactitud el “trastorno de la identidad de género”, detectar posibles trastornos psiquiátricos comórbidos y acceder al tratamiento hormonal y quirúrgico. En el caso de la UTIG que nos ocupa, la evaluación es realizada por las dos especialistas de forma independiente: la psiquiatra y la psicóloga clínica. Además de la diagnosis, la tarea de estas profesionales consiste en aconsejar al paciente respecto a la gama de tratamientos disponibles y sus efectos, sensibilizar a su entorno más cercano, realizar un tratamiento en caso de comorbilidad psiquiátrica y efectuar un seguimiento del paciente a lo largo de todo el proceso transexualizador.

La obtención de un diagnóstico psiquiátrico como condición *sine qua non* para acceder al tratamiento es, sin duda alguna, uno de los aspectos más controvertidos de la gestión biomédica de la transexualidad. Desde el año 1980 la transexualidad se incluye en el principal manual clasificatorio de los trastornos mentales: el DSM de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría. En su última versión publicada, el DSM-IV-TR (2002),<sup>4</sup> la transexualidad apa-

---

<sup>4</sup> La publicación de la quinta versión del manual se espera para el año 2013. En la web de la Asociación podemos acceder al borrador de la próxima versión, en el que podemos constatar un cambio significativo: el “trastorno de la identidad de género” pasa a denominarse “disforia de género”. Parece que, tras las presiones recibidas por parte de asociaciones trans, la APA ha decidido eliminar la palabra “trastorno” y ha recuperado una denominación acuñada por el médico Robert Fisk en los años setenta del siglo XX, con la que pretendía destacar el sufrimiento o malestar (disforia) provocados por un conflicto entre la identidad de género y el sexo biológico.

rece codificada bajo la categoría diagnóstica de “trastorno de la identidad de género”. El hecho de que la transexualidad aparezca en estos manuales nosológicos plantea algunas paradojas que no pueden pasarse por alto. En primer lugar, es uno de los pocos trastornos en que es el paciente quien tiene interés en demostrar su “patología” al profesional para acceder a un tratamiento, un profesional que además tiene como principal herramienta diagnóstica la biografía elaborada por el mismo paciente. En segundo lugar, la transexualidad es considerada como un trastorno mental, pero el tratamiento privilegiado implica la modificación corporal —y no la psicoterapia reconstructiva—. Finalmente, se considera que la persona transexual padece un trastorno, pero se accede a los deseos del sujeto supuestamente patológico de transformar su cuerpo con tecnologías médicas para solucionar su malestar.

Como afirma Nieto (2008), patologizar la transexualidad ayuda a legitimar nuestro sistema de sexo-género al reforzar el postulado según el cual debe haber una correlación entre la morfología corporal del sujeto y su identificación de género; pero además, la patologización también provoca estigma y desigualdad, pues pocas cosas proveen más justificación para la discriminación que un diagnóstico de anormalidad psiquiátrica. Rechazar el género asignado al nacer podría ser considerado como una alternativa saludable en pos de la diversidad o como un rechazo de las normas sociales de género. Pero al definirlo culturalmente como trastorno utilizando la hegemonía social del discurso médico, se salvaguarda la validez del sistema de sexo-género vigente y se dificulta su crítica. Además, esta concepción dual y excluyente ignora que existen personas *trans* que no encuentran cobijo en ninguna de las dos categorías de género socialmente disponibles, prefiriendo fluctuar en un continuo de masculinidad/feminidad. Las palabras de Luis<sup>5</sup> muestran esa voluntad de trascender esta lógica dualista: “No se valora el tránsito. ¿Por qué se ignora a la gente que transita, es decir, a aquellos que no se sienten ni hombre ni mujer? No hay que construir constantemente hombres y mujeres transexuales”.

Por su parte, las personas usuarias de la UTIG expresan mayoritariamente su desagrado por tener que someterse a una evaluación diagnóstica. Andrea considera innecesario este requisito porque afirma ser plenamente consciente de lo que le pasa: “No me gusta ir a un sitio a demostrar lo que soy porque lo tengo clarísimo. Y en realidad tú no vas a ningún sitio (dirigiéndose al entrevistador) a demostrar que eres un hombre, ¿verdad?”. Además, algunas

---

Para más información, véase <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/SexualandGenderIdentityDisorders.aspx>.

<sup>5</sup> Con el fin de preservar la identidad de las personas entrevistadas se han cambiado los nombres de pila, pero se mantiene el género de los mismos.

de estas personas se sienten incómodas por tener que dirigirse a un centro de salud mental: “¡Joder, es que me he de sentar al lado de esquizofrénicos!” (Andrea); e intentan desvincularse de la imagen degradante asociada a los pacientes psiquiátricos: “Cuando voy a la psiquiatra siempre digo a mis amigos: pero yo no estoy mal, ¿eh?” (Dani).

Quienes se muestran más críticos por tener que obtener un diagnóstico son aquellas personas *trans* que se alejan del paradigma de la transexualidad. Las profesionales de la UTIG reconocen que aquellas personas que desde su más tierna infancia sienten un rechazo hacia sus caracteres sexuales y una preferencia por los juegos y pasatiempos asociados al género contrario, y que en el momento de la entrevista ya visten acorde con su identidad y muestran su deseo de someterse a las cirugías constituyen un “caso claro”, por lo que obtienen el diagnóstico tras las dos visitas protocolarias. Por su parte, aquellas personas que no se ajustan a este ideal, esto es, que muestran una identidad ambigua, no han adoptado una apariencia estereotípica y no desean operarse los genitales, pueden ver cómo se alarga el proceso diagnóstico varios meses. Clara, que hace gala de su androginia, cuenta que desistió en su intento de obtener el diagnóstico tras meses de disputas con la UTIG por no ajustarse a ese ideal transexual:

Para [las profesionales de la UTIG] yo soy un monstruo. No me lo dijeron, pero me lo dejaron clarísimo. Extraje varias lecturas de esos encuentros: soy un monstruo y reivindico mi derecho a ser un monstruo. Reivindico mi derecho a jugar con coches y a fútbol desde que soy pequeña y a ser la más femenina del mundo [...] Quieren clichés; quieren personas que estén integradas en la sociedad y que no molesten; quieren mujeres con la patita quebrada y que sean amas de casa perfectas; quieren este tipo de mujer transexual. Todo lo que sale de esto, son monstruos.

Ante la visión patologizante del DSM, numerosas organizaciones trans de todo el mundo trabajan para que la transexualidad sea eliminada de los manuales clasificatorios de los trastornos mentales. En este sentido, hay que subrayar la tarea realizada por la Red Internacional por la Despatologización Trans, una plataforma de coordinación creada por un conjunto de activistas que ha movilizado a más de 40 ciudades de todo el mundo con el objetivo de conseguir la eliminación de la transexualidad de la quinta edición del DSM. Y parece que en esta empresa el activismo no está solo, pues algunas instituciones y autoridades políticas se han sumado a la causa. Fijémonos en los Principios de Yogyakarta (VV.AA., 2007), o en el informe elaborado por el Comisario Europeo de Derechos Humanos, Thomas Hammarberg (2009). En ambos casos se solicita la despatologización de la transexualidad y se defiende la libre expresión de las identidades como un derecho humano más.

## La terapia hormonal

Una vez obtenido el diagnóstico, la persona es derivada al servicio de endocrinología, en donde se le practicará una exploración física —para descartar un posible caso de intersexualidad— y una analítica —para medir el nivel de hormonas y detectar posibles problemas de salud—. Si los resultados de las pruebas son satisfactorios se inicia la terapia hormonal. En el caso de las mujeres transexuales se realiza un tratamiento doble a base de estrógenos (p. ej. estradiol o estrógenos conjugados) y antiandrógenos (para bloquear la producción y efectos de la testosterona). Por su parte, los hombres transexuales realizan una terapia androgénica a base de testosterona. El tipo de hormonas y la dosis variarán en función de la valoración global del paciente efectuada por el equipo médico. El usuario será controlado cada seis meses o una vez al año para examinar su evolución física y detectar posibles efectos nocivos del tratamiento.<sup>6</sup>

El tratamiento hormonal es visto por muchas personas transexuales como la vía principal para corregir esa discordancia existente entre su mente-identidad de género —que ellas consideran como algo verdadero e innato— y su cuerpo —que es visto como algo erróneo, extraño, ajeno—. En relación con esto, Jennifer, que se encuentra al inicio del tratamiento, afirma: “Poco a poco me estoy quitando el disfraz y estoy empezando a ver lo que realmente soy”. Aparte de mejorar la autopercepción corporal, la terapia hormonal es el tratamiento que se pide con mayor premura porque ocasiona la aparición paulatina de los caracteres sexuales secundarios asociados con el género que se desea representar socialmente.<sup>7</sup> En su aproximación etnometodológica a la transexualidad, Kessler y McKenna (1985) nos enseñan que en la interacción social las atribuciones de género no se realizan teniendo en cuenta los genitales, pues obviamente no tenemos acceso inmediato a ellos, sino que se efectúan siguiendo unos estereotipos de género que las autoras denominan “genitales culturales”. La apariencia, el lenguaje corporal o la vestimenta son esos “genitales” que importan en la interacción social, son aquello que nos permite situar a nuestro interlocutor dentro de las categorías “hombre” o “mujer”.

---

<sup>6</sup> Los Estándares de Atención (2011) señalan que entre las mujeres transexuales los efectos secundarios más comunes son: la trombosis venosa, los cálculos biliares, la elevación de las enzimas hepáticas y la hipertensión. Los hombres transexuales están expuestos a la policitemia, el acné, la alopecia, la elevación de las enzimas hepáticas y la hiperlipidemia.

<sup>7</sup> En el caso de las mujeres transexuales, los estrógenos facilitan el crecimiento de los pechos, la acumulación de la grasa alrededor de las caderas, la disminución del vello corporal y la obtención de un cutis más fino. Los efectos de la testosterona son todavía más visibles: aparición de vello corporal, agravamiento de la voz, aumento de la masa muscular y reestructuración de la grasa corporal alrededor de la zona abdominal.

De ahí la enorme importancia que tiene el tratamiento hormonal para la inmensa mayoría de personas transexuales: "Antes tenía más cara de mujer y por la calle me confundían, había más ambigüedad. Con las hormonas, todo el mundo me trata como a un hombre" (Dani). Y es que para muchas personas transexuales, "lo importante es pasar desapercibido" (Lucas).

Pero, aparte de estos cambios físicos que acercan al cuerpo deseado, parece que las hormonas desencadenan una serie de cambios emocionales que son interpretados por las personas transexuales como un indicio de que se está obteniendo una forma de ser y de sentir que sintoniza con su verdadera identidad de género. Sin negar la posibilidad de cambios de humor producidos por el tratamiento hormonal, lo cierto es que si prestamos atención a las narraciones de las personas entrevistadas podemos intuir que la percepción de esos cambios emocionales obtenidos con las hormonas está condicionada por una visión estereotipada de la masculinidad y la feminidad que es preexistente al tratamiento. Jennifer afirma que "antes era muy agresiva y ahora soy muy mimosa, más femenina". Andrea sostiene que "antes era una persona muy positiva; ahora, desde que tomo hormonas, tengo otro tipo de sentimientos, soy mucho más sensible". Dani, en cambio, comenta que el tratamiento hormonal no ha cambiado su forma de ser "porque antes ya era bastante masculino". En fin, el relato de Montse quizá sea el que más claramente refleja el influjo de los convencionalismos de género en la interpretación que se realiza de los cambios psíquicos obtenidos con las hormonas:

La terapia hormonal modifica tu forma de pensar. La percepción de las cosas cambia y también la conducta de la persona a la hora de resolver determinados conflictos. Por ejemplo, si ves a dos hombres que se pelean en la calle, antes hubiera intercedido en la pelea y les hubiera dicho que si no paraban las hostias se las metía yo. Ahora, desde una perspectiva femenina, lo vería como un acto lamentable pero no intervendría, sino que buscaría otros mecanismos para parar la pelea como, por ejemplo, avisar a la policía [...] Buscaría la vía del diálogo y no la vía de la agresividad.

Por otra parte, hay que decir que no son pocas las mujeres transexuales que en algún momento de sus vidas o durante toda su vida toman hormonas sin supervisión médica.<sup>8</sup> El acceso a los estrógenos sin receta médica es relativamente sencillo, puesto que las mujeres transexuales utilizan los mismos fármacos que se prescriben al resto de mujeres con fines anticonceptivos o para paliar los efectos de la menopausia. Esta forma de "autoatención"

---

<sup>8</sup> Gómez (2006) apunta que de las 117 mujeres transexuales atendidas en la UTIG de Cataluña durante el periodo 1996-2004, 64.1% ya se autohormonaba antes de acudir al centro.

(Menéndez, 1984), subsidiaria del modelo médico hegemónico, se realiza siguiendo los consejos de expertos informales, como transexuales más veteranas, o a partir de la información recabada en internet.

La autoadministración de hormonas es una práctica común incluso allí donde existe una atención de la sanidad pública a las personas transexuales. Especialmente son las mujeres las que optan por utilizar dosis más altas de las recomendadas con el convencimiento de que así acelerarán y aumentarán los cambios corporales. A este respecto, la endocrinóloga de la UTIG explica que el problema radica en las expectativas que tiene el sujeto respecto a los cambios corporales que se obtendrán con el tratamiento hormonal. Así, mientras los hombres suelen tener unas expectativas “mucho más modestas y realistas”, las mujeres transexuales muestran expectativas “totalmente míticas”, tienen “un arquetipo de mujer muy de revista de moda”. La doctora advierte también de los peligros de una sobredosificación de hormonas, y si bien admite que los cambios corporales pueden acelerarse, éstos tienen un límite, no siendo más acentuados por mucho que se aumente la dosis.

Con todo, hay que señalar que no todas las mujeres *trans* toman o han tomado más hormonas de las necesarias, ya que algunas de ellas rebajan las dosis e incluso dejan de tomar hormonas temporalmente. Se trata de aquellas mujeres que usan el pene activamente durante las relaciones sexuales, ya sea con sus parejas o porque ejercen de trabajadoras sexuales.<sup>9</sup> En estos casos, el compuesto a evitar es el acetato de ciproterona —comercializado generalmente bajo el nombre de Androcur—, un antiandrógeno que rebaja la libido y dificulta la erección y el orgasmo. Si para las mujeres transexuales que rechazan sus genitales los efectos del Androcur son bienvenidos porque neutralizan una virilidad concebida socialmente como algo activo (Ainoa comenta que al tomarlo “te pones más pasiva en el sexo”), para aquellas que tienen su pene como fuente de placer, el Androcur es algo a evitar porque es, en palabras de Carla, “como una especie de castración”.

Tanto entre las mujeres que siguen la hormonación cumpliendo estrictamente las prescripciones médicas como entre las que en algún momento han recurrido a la autohormonación se valora positivamente la existencia, en Cataluña, de un tutelaje público y experto del tratamiento hormonal. Sin embargo, esta opinión no es unánime. Ciertas mujeres que se consideran a sí mismas como autodidactas —porque iniciaron la toma de hormonas antes de la existencia de pautas institucionales— consideran este tutelaje experto como una pérdida de autonomía en la (re)construcción de sus cuerpos, a la

---

<sup>9</sup> Algunas de las mujeres transexuales entrevistadas explican que, en España, los clientes valoran especialmente el tamaño de su pene y su capacidad de erección.

vez que critican la voluntad normalizadora y homogeneizante de la acción biomédica:

Los médicos tienen tendencia a medicar más. Ellos quieren que el cambio de sexo sea total. No quieren estados intermedios e intentan que la persona transexual haga todo el proceso. Para la transexual autodidacta, el género no está tan encorsetado; la tendencia no es tan a ser mujer. Nuestra tendencia es ser más autodidactas, e incluso hay transexuales que no se hormonan: se hormonaron durante un tiempo, eso les quitó el deseo sexual o lo que sea, ellas querían funcionar o lo que sea, y ya no se hormonan. (Mónica).

## Las cirugías de reasignación sexual

El último estadio de la terapia de transformación corporal lo constituyen las denominadas "cirugías de reasignación sexual"; a saber, todas aquellas cirugías destinadas a modificar los caracteres sexuales primarios y secundarios del sujeto. En cuanto a los caracteres sexuales secundarios, los hombres transexuales pueden someterse a la mastectomía y a implantes pectorales, mientras que la oferta para las mujeres es mucho mayor: desde la mamoplastia de aumento, pasando por las múltiples cirugías destinadas a feminizar el rostro —tales como la rinoplastia o la modificación de los huesos de la frente y la mandíbula— hasta otras operaciones cuyo fin no es otro que presentar unos "genitales culturales" exentos de ambigüedad, como la reducción de la Nuez de Adán o la operación de las cuerdas vocales. La explicación a esta mayor variedad de cirugías feminizadoras que masculinizadoras es doble, y ayuda también a entender la sobredosificación de hormonas entre algunas mujeres transexuales. Por un lado, los imperativos estéticos a los que está sometida la mujer occidental condicionan en mayor medida la reconstrucción corporal de las mujeres transexuales con más temor a que se descubra su condición. Por otro lado, comparados con la acción virilizante de la testosterona, la acción feminizante de los estrógenos es limitada, ya que no modifican rasgos tan determinantes en la interacción social como son la voz o la estructura ósea.

Dentro de la categoría "cirugías de reasignación sexual" se encuentran también las "cirugías de reasignación genital", conocidas coloquialmente como las "operaciones de cambio de sexo". En el caso de las transexuales femeninas, los procedimientos quirúrgicos genitales suelen incluir la orquidectomía (extirpación de testículos), la penectomía (extirpación del pene), la vaginoplastia (construcción de una neovagina),<sup>10</sup> la clitoroplastia (construc-

---

<sup>10</sup> Para la vaginoplastia, la técnica más utilizada, aunque no la única, es la de la inversión pe-neana, que consiste en construir una neovagina mediante la piel invertida del pene y del escroto.

ción de un clítoris) y la labioplastia vaginal (construcción de labios vaginales). Los transexuales masculinos pueden someterse a la histerectomía (extirpación de la matriz y los ovarios), la metoidioplastia (se da la forma de un micropene de unos 3-6 cm al clítoris que ha crecido gracias a la terapia hormonal), la faloplastia (construcción de un neopene)<sup>11</sup> y la implantación de prótesis testiculares.

Como se ha comentado, desde finales de 2008 la Generalitat de Cataluña financia las cirugías de reasignación genital, así como las mastectomías, a través de un hospital público de referencia donde se encuentra la UTIG citada en este texto. Sin embargo, el hecho de que la demanda supere con creces a la oferta y que la sanidad pública española sea uno de los sectores más afectados por los graves recortes del gasto público, motiva que actualmente la lista de espera para entrar en el quirófano sea de tres a cinco años. Por eso, la sanidad privada constituye la principal salida para aquellas personas que consideran urgente la cirugía, aunque no son pocas las que no tienen acceso a ella por motivos económicos: una vaginoplastia puede costar entre 12 000 y 18 000 euros, mientras que la faloplastia puede ascender hasta los 35 000 euros.

Para muchas de las mujeres que acuden a la UTIG, la cirugía representa el paso definitivo para dejar atrás la tan recurrida frase de "haber nacido en un cuerpo equivocado": "La operación va hacer que todo mi cuerpo esté en armonía conmigo misma" (Jennifer); "la operación hará que mi cuerpo encaje con mi forma de ser" (Jessica). Y, a pesar de afirmar sentirse mujeres desde que tienen uso de razón, para algunas de las entrevistadas la experiencia de la "feminidad" no será plena hasta la implantación de unos genitales femeninos, con lo cual parecen compartir esa concepción genitalizada del género tan presente en Occidente: "Queremos un coño porque queremos sentirnos mujer al 100%, ser una mujer más, tener lo que tienen ellas y hacer una vida normal" (Jessica). En otros casos, el deseo de someterse a la cirugía genital prevalece sobre el temor a las posibles complicaciones post-operatorias. Montse deja bien claro cuál era su posicionamiento antes de someterse a la cirugía genital, que para ella entrañaba un elevado riesgo debido a su precario estado de salud: "Cuando entré en el quirófano ya había aceptado que podía morir si la cosa salía mal, o que quizá no obtendría nunca más placer sexual, pero todo eso me daba igual. Mientras me quitaran el pene..."

<sup>11</sup> La faloplastia implica la construcción de un pene usando piel proveniente de otras áreas del cuerpo. Dependiendo del tipo de faloplastia, la piel es tomada del abdomen, la ingle/pierna y/o el antebrazo. La faloplastia requiere usualmente una extensión uretral para que el paciente pueda orinar a través del neopene. Asimismo, puede ser insertado un injerto flexible o un dispositivo de bombeo para garantizar la erección.

Por el contrario, entre los transexuales masculinos son pocos los que deciden someterse a la faloplastia o a la metoidioplastia, argumentando que las técnicas de reasignación genital masculinas están bastante menos desarrolladas que las femeninas. Los problemas y riesgos postoperatorios son mayores con la faloplastia que con la vaginoplastia, y la pérdida del placer sexual es casi segura con la implantación de un neopene. Es por esto que la mayoría opta por la mastectomía, que elimina uno de los signos más visibles de la feminidad —los pechos—, y por la histerectomía, que reduce la producción de estrógenos y detiene el principal flujo asociado con la feminidad —la sangre menstrual—. Las mismas profesionales de la salud mental de la UTIG advierten a sus pacientes de los peligros que conlleva la construcción quirúrgica de neopenes:

¿Qué ocurre con la faloplastia? Todos te dicen: "si por arte de magia tuviera un pene, pues lo tendría". Pero con la de complicaciones que conlleva la operación, la de problemas que da, pues no se la hacen. Y eso es un porcentaje elevado, porque son muy sensatos. Hoy por hoy, desde el departamento de psiquiatría y psicología no la recomendamos porque sabemos que hay pacientes que se han operado y tienen muchos problemas: de fístulas, etc. Y yo no se si compensa.

El hecho de que la mayoría de hombres transexuales construya su masculinidad sin recurrir a la faloplastia por temor a los resultados y efectos postoperatorios, mientras que cada vez son más las transexuales femeninas que desean someterse a la vaginoplastia impulsadas por la existencia de técnicas quirúrgicas avanzadas, muestra que la construcción corporal e identitaria de las personas transexuales está estrechamente vinculada con el avance y la disponibilidad de las tecnologías médicas. Las entrevistas y charlas informales con las transexuales más veteranas corroboran la tesis de que la oferta crea la demanda. Carla cuenta que muchas transexuales mayores de 40 años no se han operado los genitales porque cuando iniciaron el proceso transexualizador —durante su juventud— casi no existían clínicas dedicadas a la reasignación genital, no contaban con recursos económicos suficientes y los resultados de la operación dejaban mucho que desear. Y ahora que el contexto tecno-médico es más propicio, ya no se operan porque "han aprendido a vivir y a conformarse con su pene".

Así pues, con la consolidación del modelo biomédico de la transexualidad, la financiación de la cirugía genital por parte de la sanidad pública y el previsible perfeccionamiento de las técnicas de reasignación genital, no resulta descabellado suponer que el futuro de la transexualidad estará cada vez más vinculado al quirófano. En este sentido, Luis, activista contra la medicalización de la transexualidad, critica que el estamento médico monopolice toda

la información existente, lo que a su juicio desemboca en una uniformización del fenómeno *trans* e impide que las personas valoren otras posibilidades más allá de las que ofrece una UTIG: “Hay mil opciones, no solo la opción que te dan en la consulta es la válida: te hormonas, te operas, te cambias el nombre y rechazas toda tu vida anterior”.

Obviamente, es entre las personas *trans* que rehúsan la cirugía genital de donde surgen las voces más vehementes en contra de la operación. Luis sostiene que son las constricciones normativas de nuestro sistema de sexo-género las que no dejan otra alternativa que el quirófano a muchos *trans*, que tratan así de evitar la estigmatización y el malestar causados por tener un cuerpo no normativo: “No estamos juzgando a la gente que se opera, sino en qué sociedad de mierda vivimos para que alguien para ser feliz necesite operarse. O sea, prefieres adaptarte tú a la sociedad, en vez de que la sociedad se adapte a ti. Lo entiendo, pero me da muchísimo que pensar”. Por su parte, Mónica centra sus críticas contra el estamento médico por presentar la operación como el billete de entrada al reino de la normalidad femenina, a la vez que insta a las transexuales a “romper tabúes” para tratar de descubrir “lo bueno de su cuerpo” y gozar sexualmente con sus genitales masculinos:

La ciencia nos ha vendido la operación como algo idílico, cuando no lo es. Siguen diciendo que seremos mujeres, que estaremos bien aceptadas. Eso de que la sociedad te va aceptar con una castración es una milonga, una tontería. Yo no estoy en contra de la operación, pero lo que recomiendo es un rodaje antes, un rodaje sexual. Hay que practicar sexo antes para darse cuenta de que la operación no es necesaria.

## Consideraciones finales

Actualmente existen dos paradigmas desde los que abordar el fenómeno *trans*: el de la transexualidad y el del transgenerismo. El paradigma de la transexualidad está dominado por un discurso biomédico —heredero de los planteamientos de Benjamin y de sus sucesores— que legitima una visión dicotomizada y genitalizada del género que es hegemónica en Occidente. Al contrario, el paradigma del transgenerismo está formado por una serie de discursos procedentes del activismo y de las ciencias sociales en los que se define el género y el sexo como productos históricos y culturales, por lo que sirve para explorar espacios de identificación y visibilidad que trascienden los dualismos. Las personas que gestionan las transformaciones corporales que nos ocupan ubican su relato en algún lugar comprendido entre estos dos paradigmas. El hecho de que se sitúen más cerca de uno u otro polo dependerá de diversos factores: las relaciones que mantienen con las instituciones y las tecnologías médicas, las negociaciones con el grupo de pares, decisiones

personales de tipo político, las estrategias puestas en marcha para adecuarse a sus vidas cotidianas y/o las expectativas generadas en función a los ideales de género.

La transexualidad es una forma históricamente determinada de gestión de la variancia de género que ha cobrado significado en una sociedad con unos esquemas dicotómicos y excluyentes de sexo/género. Pero, además, la transexualidad no puede ser pensada sin la biomedicina. De acuerdo con Hausman (1998), si bien es cierto que las personas transexuales aparecen como víctimas del sistema de género, y por ello tratan de alterar su aspecto físico en consonancia a los códigos establecidos, no lo es menos el que su identidad se construye mediante la búsqueda de un cambio de sexo quirúrgico y hormonal, y dicha búsqueda depende de la existencia previa de tecnologías y prácticas médicas específicas. Si la identidad se construye no sólo en el contexto de las relaciones interpersonales, sino también a través de las interacciones con las instituciones, parece claro que el desarrollo de los discursos y de las tecnologías médicas condiciona las demandas y subjetividades de las personas transexuales.

La inmensa mayoría de las personas que acuden a la UTIG comparten y han interiorizado buena parte de los postulados del paradigma de la transexualidad —a excepción de la patologización de su condición—. Para estas personas, la transexualidad no es un destino donde encontrar cobijo identitario, sino un proceso a recorrer para obtener un cuerpo en consonancia con una identidad de género que es concebida como algo innato. Es en esta búsqueda de la normalidad y de la aceptación social que las personas transexuales reproducen los estereotipos de género. Por ello, el abordaje de los procesos de transexualización resulta revelador no sólo porque nos muestra el modo en que nuestra sociedad gestiona lo transfronterizo, sino también, y sobre todo, porque es en lo socialmente considerado anómalo en donde más claramente se observan los mecanismos constitutivos de lo normal. En este sentido, el proceso de transformación corporal de las personas transexuales constituye un caso paradigmático que nos muestra con claridad que la mayoría de las personas (re)construimos nuestros cuerpos y vigilamos nuestros comportamientos con el fin de ajustarnos a los ideales normativos de la masculinidad y de la feminidad, tratando de controlar nuestra apariencia cotidianamente con el objetivo de representar de forma adecuada, y sin ambigüedades, uno de los dos géneros socialmente legítimos.

Pero si bien es cierto que el transexual medicalizado parece consolidar el sistema de sexo-género, su mera existencia también supone un cuestionamiento de dicho sistema. De ahí el efecto ambivalente de la persona transexual. Por un lado, su voluntad de normalización, de pasar desapercibida, de querer

ajustarse al binomio hombre-mujer. Por el otro, su rechazo del género que se le atribuyó al nacer y, sobre todo, el hecho de que su cuerpo "reassignado" resquebraja la supuesta coherencia del sexo. Observemos, si no, el cuerpo de una mujer transexual después de finalizar la terapia transexualizadora: neovagina, pechos, predominancia de los estrógenos; pero también cromosomas XY, ausencia de gónadas femeninas e incapacidad de engendrar. Si nos atenemos al lenguaje meramente biomédico, ¿estamos ante un macho o una hembra?

Por otra parte, hemos visto que existen personas que, poniendo el acento en lo social y no en lo biológico, entienden lo *trans* no como un proceso para lograr la normalización, sino como un fin en sí mismo, como una forma de traspasar constantemente las fronteras que sustentan el dualismo. Desde la lógica del transgenerismo, la identidad no es algo innato, esencial, algo dado de una vez por todas que cuenta con un sustrato biológico. Por el contrario, el transgenerismo da cabida a una multiplicidad de identidades y de expresiones corporales lábiles, cambiantes, en constante construcción, una multitud que desborda el ideal homogeneizador del paradigma de la transexualidad. Y es por su presencia desestabilizadora y por su potencial contestatario por lo que las personas transgeneristas son ignoradas por las instituciones.

Es innegable que el avance de las tecnologías médicas ha supuesto una notable mejora del bienestar de algunas personas cuyo rechazo del propio cuerpo puede llegar a ser algo insoportable. Y es loable que algunas regiones españolas hayan decidido financiar el elevado coste del proceso transexualizador. Con todo, la hegemonía del paradigma biomédico en la gestión del fenómeno trans actúa como un "tranquilizante social" (Raymond, *apud* Nieto, 2008:144), pues con ella se individualiza y se medicaliza la insatisfacción de género en lugar de politizarse, quedando así intacto nuestro sistema de sexo-género. Ante esta captura institucional, es preciso que lo *trans* sea analizado desde una óptica social, lo que supondría una buena oportunidad para problematizar las normas que nos constituyen en tanto sujetos generizados, una inmejorable ocasión para cuestionarnos nuestras más profundas certezas.

## Bibliografía

- Asociación Norteamericana de Psiquiatría (2002), *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson.
- Benjamin, Harry (1996), *The Transsexual Phenomenon*, Nueva York, Warner Books.
- Billings, Dwight y Thomas Urban (1998), "La construcción socio-médica de la transexualidad: interpretación y crítica", en José Antonio Nieto (comp.), *Transexualidad, transgenerismo y cultura*, Madrid, Talasa, pp. 91-116.

- Gómez, Esther (2006), "La atención a la transexualidad por la unidad de salud mental del Hospital Clínic de Barcelona en los últimos años", en *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, núm. 78, Barcelona, pp. 55-64.
- Hammarberg, Thomas (2009), *Human Rights and Gender Identity*; disponible en [http://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/Human\\_rights\\_and\\_gender\\_identity.pdf](http://www.genrespluriels.be/IMG/pdf/Human_rights_and_gender_identity.pdf); consultado en septiembre de 2012.
- Hausman, Bernice (1998), "En busca de la subjetividad: transexualidad, medicina y tecnologías de género", en José Antonio Nieto (comp.), *Transexualidad, transgenerismo y cultura*, Madrid, Talasa, pp. 193-227.
- Kessler, Suzanne y Wendy McKenna (1985), *Gender. An Ethnomethodological Approach*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Menéndez, Eduardo L. (1984), "Modelo médico hegemónico. Modelo alternativo subordinado. Modelo de autoatención. Caracteres estructurales", en Eduardo L. Menéndez (ed.), *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, México, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 86, pp. 97-114.
- Nieto, José Antonio (2008), *Transexualidad, intersexualidad y dualidad de género*, Barcelona, Bellaterra.
- VV.AA. (2007), *Principios de Yogyakarta sobre la aplicación del derecho internacional de derechos humanos a las cuestiones de orientación sexual e identidad de género*; disponible en <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/refworld/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2>; consultado en septiembre de 2012.
- World Professional Association for Transgender Health (2011), *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Non-conforming People*, 7a. ed.; disponible en <http://www.wpath.org/documents/SOC%20V7%2003-17-12.pdf>; consultado en septiembre de 2012.