



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

POSGRADO EN FILOSOFÍA DE LA CIENCIA

FACULTAD DE CIENCIAS

DIRECCIÓN GENERAL DE DIVULGACIÓN DE LA CIENCIA

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FILOSÓFICAS

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

ESTUDIOS FILOSÓFICOS Y SOCIALES DE LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA

**“DISFORIA DE GÉNERO” EN MUJERES. ANÁLISIS DEL
PAPEL DE LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA DESDE LA
EPISTEMOLOGÍA FEMINISTA**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN FILOSOFÍA DE LA CIENCIA

PRESENTA:

SHEILA PAMELA LÓPEZ CIFUENTES

Tutora:

Dra. Norma Blazquez Graf (CEIICH-UNAM)

Miembros del comité revisor:

Dra. Martha Patricia Castañeda Salgado (CEIICH-UNAM)

Dra. Melina Gastelum Vargas (FFyL-UNAM)

Dra. Eulalia Pérez Sedeño (IF-CSIC)

Dra. Ana Chapa Romero (FP-UNAM)

Ciudad Universitaria, Ciudad de México, Junio 2022.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Agradezco profundamente a mi tutora la Dra. Norma Blazquez Graf por todo el proceso de aprendizaje, por el acompañamiento sin el cual no hubiera podido lograr este trabajo de investigación, y por supuesto, por su apuesta de vida con y para las mujeres a través de la epistemología feminista. Gracias, Norma.

Agradezco a cada una de mis sinodales por sus reflexiones y comentarios que enriquecieron esta tesis feminista. Las admiro mucho a todas.

Gracias, Dra. Melina Gastélum.

Gracias, Dra. Martha Patricia Castañeda.

Gracias, Dra. Ana Chapa.

Gracias, Dra. Eulalia Pérez Sedeño.

Asimismo, agradezco a aquellas mujeres que me han acompañado a lo largo de este proceso, con las cuales camino con un pie en el corazón y otro en el accionar político desde hace varios años: Kenia Salas y Jennifer Mejía. Gracias, amigas, las amo.

También agradezco a aquellas mujeres que aparecieron en mi vida durante la pandemia y con las cuales he compartido risas, cariño y reflexiones feministas: Jennifer Cortés y Karen Riquelme.

Gracias a mi novia Ariadna Bucio por las porras y las besitas. Tu existencia llena mi corazón de amor.

Finalmente agradezco a dos mujeres de vital importancia en mi vida que han sido inspiración y ejemplo para mí:

A mi abuela, Victoria Luna, quien con su comida y su sabiduría me abraza y acompaña.

A mi mamá, Adina Cifuentes, a quien amo con todo mi corazón. Todo esto simplemente no sería posible sin ella. Se volvió a lograr, ma.

Índice

Introducción	4
Capítulo 1. Epistemología feminista	9
1.1 Principales tendencias teóricas	10
1.1.1 Empirismo feminista	10
1.1.2 Postmodernismo feminista	11
1.1.3 La Teoría del Punto de Vista Feminista	14
1.2 Sesgos androcéntricos	18
Capítulo 2. Panorama histórico	20
2.1 La diferencia sexual	20
2.1.1. Hipócrates: medicina antigua	20
2.1.2. Modernidad y diferencia sexual	21
2.1.3. Sexualidad: campo de investigación	22
2.2 Crossgender identification: primeros estudios	24
2.2.1. Mujeres y crossgender identification	24
2.2.2. La bi-sexualidad y la trans-sexualidad	26
2.3 Surgimiento de la identidad de género	28
2.3.1 La medicina y psiquiatría contra lo anormal	28
Capítulo 3. La disforia de género	31
3.1 Surgimiento del concepto	31
3.1.1 Primeras nociones (1973/1979)	31
3.1.2 Cambio de categorización (1987)	32
3.1.3 Resurgimiento conceptual (2011/2013)	33
3.2 Instituciones clave	35
3.2.1 Asociación Americana de Psiquiatría	35
3.2.2 Organización Mundial de la Salud	36
3.2.3 Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero	37
3.3 La anomalía y la naturalización	38
3.4 Formas de atención y tecnologías corporales	40
3.4.1 Popularización de las cirugías de cambio de sexo	42
3.4.3 Mujeres y transición	44
3.4.3.1 Terapia de Reemplazo Hormonal: testosterona	46
3.4.3.2 Mastectomía	48
3.4.3.3 Histerectomía y anexectomía	49
3.4.3.4 Faloplastia	51
Capítulo 4. Tríada conceptual: sexo, género y sexualidad	54

4.1	Conceptualización de sexo, género y sexualidad: tres modos	54
4.2.1	Modo 1: Identidad “sexual”	54
4.2.2	Modo 2: Identidad “sexuada”	58
4.2.3	Modo 3: Identidad “de sexo”	63
	Capítulo 5. Disforia de género en mujeres: seis planteamientos	67
5.1	Disforia de género como una cuestión patológica mental	69
5.2	Disforia de género como una cuestión innata	70
5.3	Disforia de género como parte de la diversidad sexo-genérica	73
5.4	Disforia de género como consecuencia de la misoginia	76
5.5	Disforia de género como una construcción de grupo en la adolescencia	79
5.6	Disforia de género como experiencia del régimen heterosexual	82
	Conclusiones y propuestas desde la epistemología feminista	87
	Bibliografía	95
	Anexo	101

Introducción

En el presente trabajo de tesis tengo como objetivo analizar desde la Epistemología Feminista, específicamente desde la Teoría del Punto de Vista Feminista (TPVF), el papel de la medicina y del conocimiento científico y tecnológico en tres aspectos de la *disforia de género*: (1) las perspectivas de investigación, (2) la categorización resultante de dichas investigaciones y (3) las formas de atención que se han planteado a partir de las dos cuestiones anteriores. Todos ellos orientados, en primer lugar, de forma general y posteriormente, de forma particular en las mujeres.

La delimitación de las experiencias se debe a dos factores importantes, el primero es que soy una mujer lesbiana que ha experimentado en carne propia la disforia de género y además conoce a otras mujeres lesbianas en la misma situación, por lo cual analizar este tema me atraviesa de forma personal. Hago esto explícito pues una de las apuestas de la epistemología feminista es la capacidad de autorreflexión crítica, de situar y contextualizar, así como de poner sobre la mesa los intereses personales en las investigaciones.

El segundo factor es que históricamente, tal como se ha hecho énfasis también desde la epistemología feminista, los procesos de investigación y, por ende, la producción de conocimientos, contienen en sí mismos sesgos y valores que son omitidos. Lo cual ha producido que la visión supuestamente *universal* y *neutra* del conocimiento, corresponda únicamente a la experiencia de los hombres. Esto me parece importante pues los sesgos teóricos tienen un impacto directo en la materialidad de nuestros cuerpos y emociones.

Las investigaciones acerca de la disforia de género no son una excepción. La hipótesis teórica que dio inicio a este trabajo es precisamente que los planteamientos más conocidos sobre la disforia de género provienen del campo médico, donde la mirada masculina ha sido el punto de partida incuestionable, lo que genera que el campo de estudio sobre las mujeres que experimentan disforia de género tenga poca atención. Aunado a que la mayoría de producción teórica (como artículos y libros) no está disponible en español, sólo en idiomas como inglés,

francés o alemán, lo que resulta en una barrera de acceso. Y al mismo tiempo, visibiliza la necesidad de investigar desde países como México o la región Latinoamericana en general, ya que las experiencias desde países de habla hispana pueden ser similares a las de países anglosajones o europeos, pero debido al contexto político, económico y sociocultural, nunca serán iguales.

Asimismo, debo mencionar que la mayoría de los textos no tienen una perspectiva feminista, sino meramente médica, psiquiátrica o sexológica, por lo que la diferenciación entre hombres y mujeres suele, nuevamente, estar atravesada por sesgos sexistas, de clase y de etnia los cuales más allá de ser categorías crean un ordenamiento social. Suele suceder que las experiencias se igualan, lo que resulta en perpetuar la mirada masculina, o bien, en que las diferencias se exageran con la finalidad de perpetuar la inferioridad de las mujeres (García, D; Pérez Sedeño, Eulalia, 2018)

Por ello, este trabajo de tesis tiene como base a la Teoría del Punto de Vista de la Epistemología Feminista, así como un marco teórico de análisis que refiere a las corrientes feministas tales como la lesbofeminista, la materialista y la radical, pues sus cuestionamientos son pertinentes para sostener la necesidad de investigar y realizar propuestas específicas para nosotras las mujeres.

El proceso metodológico para este trabajo de investigación constó de una revisión bibliográfica y sistematización documental en diversas bases de datos, en las cuales a partir de una búsqueda general sobre la categoría de *disforia de género* me fue posible rastrear artículos y libros. Con la bibliografía utilizada en ellos, encontré más textos referentes al tema. Asimismo, a partir de redes sociales como Twitter y Facebook, así como de plataformas audiovisuales como YouTube, encontré y analicé debates pertinentes, lo que dio pie a buscar y leer sobre las posiciones sociales respecto a la forma de concebir la disforia de género y en consecuencia, las formas de atención. Revisé blogs y plataformas sociales sobre testimonios de mujeres que han *destransicionado*¹ y que apuestan por dejar una

¹ Se le llama "transición" al proceso en el que las personas realizan Terapias de Reemplazo Hormonal (TRH) y/o Cirugías de Reasignación Sexual (CRS). Por lo cual, el hecho de *destransicionar* resulta en detener la TRH y también en no continuar con las CRS. A lo largo de la tesis quedará mucho más claro esta categoría.

huella histórica con sus testimonios y los sistematicé con el fin de visibilizar los principales temas abordados que se presentan en el Anexo final.

Por otra parte, ser lesbiana y feminista me permitió rastrear y delimitar mi marco teórico a través de la escucha de otras compañeras lesbianas y/o feministas y de la lectura de mujeres de diversas corrientes del feminismo. Y por supuesto, estar dentro de la maestría en Filosofía de la Ciencia me ha permitido encontrar análisis filosóficos y sociales respecto al impacto de la ciencia y la tecnología en la sociedad en general.

Encontrarme con epistemólogas feministas, como mi tutora la Dra. Norma Blazquez Graf, abrió todo un panorama de análisis, de metodología, así como de investigaciones que priorizan el análisis de, para y por las mujeres, lo cual ha resultado de suma importancia para poder enmarcar este trabajo de maestría.

En esta tesis planteo que la disforia de género no es una cuestión ni meramente social, ni meramente biológica. Al ser personas, en este caso mujeres, insertas en un contexto sociohistórico particular respondemos a ambas cuestiones. Las imposiciones sociales a nuestro cuerpo sexuado como mujeres tienen repercusiones directas en nuestras emociones, en nuestros pensamientos. Por lo cual, aunque la disforia de género fuese meramente una construcción social, el impacto a nivel fisiológico y psicológico es un hecho.

A través de cinco capítulos trato de mostrar el complejo panorama sobre las experiencias diferenciadas que como mujeres hemos vivido a lo largo de la historia, esto con la finalidad de observar la necesidad de las investigaciones con una mirada feminista que prioricen las experiencias específicas de las mujeres. En este caso, sobre la disforia de género, sin embargo, también pueden ser otros temas o campos que incluso van más allá de las cuestiones de salud en general.

En el *primer capítulo* abordo el eje teórico-metodológico fundamental de mi tesis: la epistemología feminista. Hago un breve recorrido teórico sobre su origen, algunos de sus ejes de estudio, así como los tres principales abordajes teóricos que comprende. Posteriormente, profundizo concretamente en la Teoría del Punto de Vista Feminista, ya que es primordial tener en claro la apuesta política, epistémica y social que desde esta teoría se propone.

En el *segundo capítulo* muestro el panorama histórico acerca de las investigaciones médicas y psiquiátricas sobre la diferencia sexual que dieron pie al estudio y a la categorización de “anomalías” sobre sexo, género y sexualidad. Por ello, rastreo el origen de categorías como *crossgender identification* e *identidad de género*. Al mismo tiempo ahondo en el papel normativo que la psiquiatría, la medicina y la sexología han jugado para la sociedad en general. Comienzo con este recorrido pues es necesario comprender desde la raíz de dónde proviene la impetuosa necesidad médica de categorizar y patologizar experiencias sociales, así como de reproducir constantemente sesgos androcéntricos y pasarlos por alto.

En el *tercer capítulo* me centro en analizar el concepto de *disforia de género*. Por ello, primero realizo un recorrido temporal acerca del surgimiento y de la transformación de la categoría misma, para posteriormente enfatizar en el papel que ciertas instituciones han tenido para respaldar y socializar las teorías médicas innatistas que plantean como *única vía* de “alivio” para la disforia de género las Cirugías de Reasignación Sexual (CRS) y las Terapias de Reemplazo Hormonal (TRH). Describo ambos tratamientos para comprender el grado de invasión y los riesgos que conllevan para las mujeres.

Posteriormente en el *cuarto capítulo*, a través del planteamiento propuesto por la feminista materialista Nicole Claude Mathieu (1989) sobre tres modos de conceptualizar la relación entre sexo, género y sexualidad describo algunas posturas, y contrapuestas, sobre lo que es *ser mujer*. Esto es pertinente, pues de acuerdo con cómo se categorice esta tríada (sexo, género y sexualidad) será como se categorice la disforia de género. Y aún más particularmente la disforia de género en las mujeres. En este capítulo se comienzan a vislumbrar los desencuentros que existen sobre lo que se *debe hacer* cuando una mujer siente angustia con su cuerpo, y analizo posturas desde el feminismo radical, los estudios trans, la teoría queer y el feminismo lésbico, por mencionar algunas.

Finalmente, en el *quinto capítulo* planteo la existencia de al menos seis formas de categorizar la disforia de género: (1) como una cuestión patológica mental, es decir, como un síntoma que hay que *curar* y que por lo tanto se categoriza como una anomalía o un trastorno; (2) como una cuestión innata dada

por “la naturaleza”; (3) como una construcción social que forma parte del espectro de las diversas *identidades*; (4) como una construcción social consecuencia de la misoginia vivida por ser mujeres; (5) como una construcción de grupo en la adolescencia y finalmente, la postura que más comparto, (6) como una experiencia corporal, emocional y psicológica que tiene su base en las opresiones del cuerpo sexuado causadas por el régimen heterosexual. Si bien, algunas de las visiones pueden compartir puntos en común, cada una de las perspectivas tiene particularidades ya sea desde dónde se desprenden, las conclusiones a las que llegan y/o sobre las recomendaciones para las mujeres con disforia de género.

A modo de conclusión y tomando como base el sexto planteamiento sobre la disforia de género en las mujeres, reafirmo la necesidad de la epistemología feminista y en específico de la Teoría del Punto de Vista en las investigaciones sociales y filosóficas, sobre todo de aquellas que apuestan por ser para y por otras mujeres. Pues sin escuchar las experiencias de nosotras y de las otras, lo más posible es que se sigan reproduciendo sesgos y estigmas. Y como se podrá observar, a través de un análisis desde esta perspectiva metodológica y política podemos ampliar alternativas no sólo teóricas, sino prácticas y cotidianas que permitan a mujeres con disforia de género ampliar las vías para la reconciliación con el cuerpo y no se reduzcan únicamente a las CRS y a la TRH.

Capítulo 1. Epistemología feminista

Comienzo este trabajo de investigación ahondando sobre la epistemología feminista pues es a través de esta propuesta teórico-metodológica que la investigación específicamente sobre y para mujeres, en este caso con la disforia de género, toma sentido. Ya que su propuesta principal es el análisis de los sesgos androcentristas en la generación de conocimiento y no sólo un análisis filosófico como la epistemología “clásica” desde donde se han realizado teorías sobre lo que es conocimiento y cómo conocemos pero no se toman en cuenta categorías sociales como el sexo, la clase o la etnia.

La epistemología feminista tiene su origen en la década de los 70 precisamente al cuestionar la supuesta neutralidad y universalidad de la ciencia misma, de sus espacios y de sus investigaciones. De acuerdo a la epistemóloga feminista Norma Blázquez (2010):

“se puede decir que entre los temas centrales de la epistemología feminista se encuentran: la crítica a los marcos de interpretación de la observación; la descripción e influencia de roles y valores sociales y políticos en la investigación; la crítica a los ideales de objetividad, racionalidad, neutralidad y universalidad, así como las propuestas de reformulación de las estructuras de autoridad epistémica.” (pp. 22, 23)

En otras palabras, la epistemología feminista toma los cuestionamientos sobre quién, desde dónde, y para qué se realiza una investigación. Sobre todo, cuando no se es el sujeto con autoridad epistémica, ni el sujeto “universal” o “neutro”, como históricamente hemos sido las mujeres con nuestras experiencias y nuestro cuerpo sexuado. De ahí la importancia de señalar los sesgos y además proponer nuevas alternativas específicamente con una mirada feminista.

1.1 Principales tendencias teóricas

Una de las pioneras de la epistemología feminista es la filósofa Sandra Harding (1996), quien planteó al menos tres tipos de abordajes teóricos respecto a la ciencia y sus sesgos androcentristas: (a) el empirismo feminista, (b) la teoría del punto de

vista feminista y (c) el postmodernismo feminista. De los cuales, el punto b es el abordaje bajo el cual realizo este trabajo de tesis. A continuación, los describiré brevemente pero antes quiero hacer hincapié en que aunque se haga una separación analítica entre las tendencias teóricas de la epistemología, las tres comparten algunos puntos en común que se podrán vislumbrar a lo largo del capítulo.

1.1.1 Empirismo feminista

El empirismo feminista tiene su base, tal como en su nombre se menciona, en la teoría filosófica del empirismo. En esta corriente como lo describe la filósofa Carme Adán (2006), se asume que: “el mundo experienciable no es construido por los sujetos y [que] se accede al mismo mediante estimulaciones sensoriales [por ello] esos datos sólo tienen relevancia evidencial dentro del contexto de una comunidad de conocimiento que establece las teorías” (p. 55)

En otras palabras, el contexto y la construcción de conocimientos desde las comunidades son eje central. Asimismo, el empirismo feminista tiene como objetivo una construcción más igualitaria y democrática de la ciencia, así como una ciencia desde una práctica feminista (no una ciencia feminista) (p.59). Esto último es una diferencia fundamental con la Teoría del Punto de Vista, la cual apuesta por una transformación metodológica, no sólo como un complemento a la metodología existente. Más adelante profundizaré en ello.

De acuerdo con Harding (1996), el *empirismo feminista*: “presume que el método científico es capaz de eliminar los sesgos debidos al hecho de que los investigadores concretos sean blancos o negros, chinos o franceses, hombres o mujeres” (p. 24) pues apuesta por la eficacia del método científico para sostener la objetividad que desde la ciencia se busca. Esto es problemático ya que la estructura y visión general sobre la ciencia como una cuestión neutra y universal, queda intacta. Autoras como Carme Adán (2006) plantean que la “crítica de Harding depende de una concepción ingenua y reduccionista del empirismo [... Asimismo,] se mantienen en el legado del positivismo lógico que impide ver otras formas de empirismo como el de Longino o Nelson” (p.50, 52).

Cabe mencionar que Helen Longino y Lynn Hankinson Nelson son dos de las mayores exponentes de esta tendencia teórica y ambas toman al conocimiento científico como una práctica social, además, tal como Adán afirma “defienden las comunidades como espacios productores de conocimientos” (p. 101).

De igual forma, desde esta perspectiva se propone la *socialización del conocimiento*, al asegurar la pluralidad de perspectivas:

“la objetividad se maximiza en la confrontación de distintas subjetividades [...Asimismo] si una teoría feminista o sexista es verdadera o falsa, dependerá de la investigación empírica informada por normas epistémicas, normas que por sí mismas pueden reformarse a la luz de las teorías que generan.” (Blázquez, 2010, p. 34, 35)

En otras palabras, desde el empirismo feminista la objetividad puede verse como una consecuencia del consenso, de la pluralidad de subjetividades, se propone que, si se sigue el método científico y se tienen en cuenta los sesgos de género, se puede hacer “buena ciencia” evitándolos. Si bien, comparto la afirmación sobre que las comunidades son espacios productores de conocimientos, no termino de compartir el hecho de buscar una objetividad a través del método científico mediante una pluralidad de subjetividades, pues creo que resulta nuevamente en omitir (o reforzar) sesgos sexistas, de clase y/o de etnia al apostar únicamente por “más cantidad” de diferencias y no enfocarse en las experiencias que se tienen en común.

1.1.2 Postmodernismo feminista

Otra de las tendencias teóricas es la que Sandra Harding denomina *postmodernismo feminista* que plantea “un escepticismo respecto a los enunciados universales (o universalizadores) [...] Y] exige utilizar un fundamento adecuado para investigar las fragmentadas identidades que crea la vida moderna” (Harding, 1996, p. 26)

Tal como Norma Blázquez (2010) lo describe, se propone el conocimiento como una “mirada desde aquí-ahora [...] Los dos puntos principales de esta teoría son el rechazo a la categoría analítica de *mujer* y la fragmentación infinita de perspectivas” (p. 33) Lo cual también es problemático, pues esta fragmentación al

pretender no universalizar niega una mínima definición de lo que es una mujer. Y al mismo tiempo en lugar de enfatizar en la carga histórica, política y social de los cuerpos sexuados, así como en los sesgos androcéntricos que han existido y que a lo largo del tiempo han invisibilizado nuestras experiencias como mujeres, se pone en el centro a la autodefinición individual.

Incluso autoras como Donna Haraway (1991) aseguran que lo que se llama *experiencia de las mujeres* es ficción y un hecho político al mismo tiempo, por lo que como ficción permite una “comprensión imaginativa de la opresión y, también, de lo posible” (p.2) Ficción que en este contexto de capitalismo y tecnociencia puede comprenderse mejor ya no con la categoría de mujer, sino con la de *ciborg*, pues “las estrategias postmodernistas, al igual que el mito del ciborg, subvierten miradas de totalidades orgánicas [...]” (p. 5-6)

En otras palabras, el ciborg apuesta por romper y transformar dicotomías modernas tales como naturaleza-artefactos, hombre-mujer, orgánico-inorgánico, por mencionar algunas. Por ello, tal como la filósofa Carme Adán lo narra, para Haraway “las mujeres son una imagen de transición, entre el pasado masculino y el futuro *cíborg*” (Adán, 2006, p. 182) Lo que ella llama *cíborg* es el *sujeto situado* dentro de un contexto tecnocientífico como el que vivimos y mediante el cual se puede “elaborar un proyecto político feminista de liberación que sea capaz de apropiarse de la tecnología y de la tecnociencia en su beneficio” (p. 168). De manera que, como veremos más adelante, la postura respecto a las Terapias de Reemplazo Hormonal y las Cirugías de Reasignación Sexual como opción para las mujeres con disforia de género, será distinta a la que surge desde la perspectiva de la Teoría del Punto de Vista con las experiencias de las mujeres que han destransicionado.

Hay que mencionar que el trabajo de Donna Haraway se relaciona con el de filósofas posmodernas como Judith Butler (2007), quien también rechaza la categoría de ‘mujer’ por ser “un término problemático, un lugar de refutación, [y] un motivo de angustia” (p. 49). Incluso menciona que, quizás y “paradójicamente, se demuestre que la “representación” tendrá sentido para el feminismo únicamente cuando el sujeto de las “mujeres” no se dé por sentado en ningún aspecto” (p. 53). Carme Adán (2006) describe que autoras adheridas a la posmodernidad como

Butler, prefieren apostar por “la proliferación de identidades subversivas a modo de práctica política” (p. 210) o, así como Susan Hekman incluso se plantea que aludir a la noción de “sujeto” tiene consecuencias opresoras (p. 220).

Hasta este punto podemos ver que tanto la categoría de *mujer* como la de *experiencia* es cuestionada desde la tendencia teórica de la posmodernidad, por lo cual hablar sobre *experiencias de las mujeres* ni siquiera se vuelve analítica y teóricamente posible. Sin embargo, hay que reconocer que el cuestionamiento a las dicotomías ha podido abrir panoramas de análisis mucho más profundos y reflexivos tanto para la filosofía de la ciencia, como para el feminismo.

Otro aporte fundamental desde el pensamiento de Donna Haraway, es con respecto a la objetividad, pues ya no se traduce en una cuestión universal y neutra, sino que plantea el concepto de *conocimiento situado* como la apuesta de la objetividad feminista. De acuerdo con esta autora (1995):

“Necesitamos aprender en nuestros cuerpos, provistas de color primate y visión estereoscópica, cómo ligar el objetivo a nuestros escáneres políticos y teóricos para nombrar dónde estamos y dónde no, en dimensiones de espacio mental y físico que difícilmente sabemos cómo nombrar” (p. 326)

La pretensión por situar los conocimientos, por hacer explícito desde dónde se habla es una crítica directa a la objetividad con pretensión neutra, universal que ha respondido específicamente a los intereses y a las experiencias de los hombres y lo cual la epistemología feminista ha profundizado y expuesto para crear metodologías alternativas. Debo mencionar que, este concepto, aunque surge desde una autora considerada como posmoderna, es eje fundamental para la tendencia teórica del Punto de Vista Feminista. Pues el conocimiento situado de las mujeres es el que se prioriza y al que se le otorga un privilegio epistémico.

Y por esta razón, el abordaje que sostengo para el análisis de la disforia de género específicamente en las mujeres es el de la *Teoría del Punto de Vista Feminista*. Ya que tal como su nombre indica, el punto de vista que se prioriza es el de nosotras y las experiencias que nos atraviesan por el cuerpo. En el siguiente subapartado profundizo en esto.

1.1.3 La Teoría del Punto de Vista Feminista

La Teoría del Punto de Vista Feminista (TPVF) tiene base, según la filósofa Carme Adán (2006), en dos pilares: “sobre el concepto de *experiencia de las mujeres* que atraviesa la tradición feminista y la noción de *privilegio epistémico* propia del marxismo” (p.112) De ahí que haya sido nombrada como una teoría desde el punto de vista, pues su eje es el punto de vista de las mujeres, y que tome como referencia la materialidad de los cuerpos sexuados así como la relaciones de opresión entre los sexos.

Como pudo leerse con el postmodernismo feminista, lo planteado como “experiencia de las mujeres” se vuelve problemático, e incluso la definición misma de *experiencia*. De acuerdo con la historiadora Joan Scott (2001): “la experiencia es, a la vez, siempre una interpretación y requiere una interpretación. Lo que cuenta como experiencia no es ni evidente ni claro y directo: está siempre en disputa, y por lo tanto siempre es político” (pp. 72-73)

Por esta razón, en este trabajo de investigación se toma la apuesta política de Joan Scott sobre historiar las experiencias a través de realizar un análisis y recuento histórico sobre categorías como la disforia de género y la de ‘mujer’ misma. Pues tal como Scott lo menciona: “la experiencia es, en este acercamiento, no el origen de nuestra explicación, sino aquello que queremos explicar” (p. 73) Y en este caso en particular, es la experiencia de las mujeres con disforia de género, cómo es que se han interiorizado discursos médicos y psiquiátricos, pero también cómo, al mismo tiempo, se han creado alternativas desde las mismas mujeres.

De acuerdo con Sandra Harding (2010), la Teoría del Punto de Vista Feminista se acuña aproximadamente en los años 1970 y 1980 con cuatro principales objetivos:

1. Explicar de una manera más exacta la relación entre el poder institucional androcéntrico y la producción de afirmaciones y conocimientos sexistas y androcéntricos.
2. Dar cuenta de los sorpresivos sucesos en las investigaciones de las ciencias sociales y de la biología que fueron abiertamente guiados por las políticas feministas.

3. Proveer pautas para futuras investigaciones.
4. Proporcionar un recurso para el empoderamiento de los grupos oprimidos. (p. 45)

El énfasis en visibilizar los sesgos androcentristas durante el proceso de investigación y en la producción de conocimiento científico y social ha sido fundamental para esta propuesta. Asimismo, este enfoque de la epistemología feminista enfatiza sobre la *opresión de grupo*, tal como es el caso de nosotras, las mujeres. Al respecto, la filósofa Sandra Harding (1996) menciona:

“se sostiene que la posición dominante de los hombres en la vida social se traduce en un conocimiento parcial y perverso, mientras que la posición subyugada de las mujeres abre la posibilidad de un conocimiento más complejo [...]” (p. 24)

En otras palabras, las experiencias que como mujeres vivimos al estar insertas en un sistema androcéntrico que favorece en todos los sentidos a los hombres, son importantes. Por ello, dar un *privilegio epistémico*² a los conocimientos situados que como mujeres vivimos permite dar cuenta de la invisibilización, de los sesgos que existen y, en consecuencia, dar pie a la creación de teorías, aportes y conocimientos que tomen en cuenta dichas experiencias.

Incluso autoras como Dorothy Smith (2005) afirman que es más acertado llamarlo “Punto de Vista de las Mujeres” en lugar de un “Punto de Vista Feminista” como Harding lo había planteado (p. 8), pues se habla y se politiza de las experiencias que como mujeres vivimos.³ También categorías como “opresión”, “violación”, “agresiones sexuales”, “sexismo”, “violencia”: “son términos que hacen más que sólo nombrar. Dan presencia política a una experiencia compartida” (p. 7). En otras palabras, poder nombrar hace posible un accionar político y feminista

² Cuando se habla de *privilegio epistémico* se hace referencia a priorizar las propias experiencias de los grupos que históricamente han sido excluidos por sobre las experiencias de los grupos dominantes. En este caso se hace énfasis en las experiencias de las mujeres que han sido invisibilizadas a lo largo de la historia.

³ Aunque esta acepción también me parece adecuada, para este trabajo de tesis opto por el planteamiento desde Sandra Harding con la Teoría del Punto Feminista, pues además de la visibilización de las experiencias que como mujeres vivimos, me interesa la apuesta de crear metodologías desde un enfoque feminista, así como el continuar nombrando al feminismo como un movimiento social, teórico y político desde y para las mujeres.

dentro de un contexto androcéntrico y misógino. Lo cual permite generar conocimientos y alternativas desde nosotras y nuestras experiencias.

Debo mencionar que esta autora también plantea una herramienta metodológica y sociológica que parte desde las experiencias y la denomina *etnografía institucional*. La cual, en palabras de Dorothy Smith: “está diseñada para crear una alternativa al sujeto objetificado del conocimiento del discurso científico social establecido” (p. 10) Es decir, que se hace frente a la suposición de objetividad donde el contexto y los intereses de los y las sujetas no tienen cabida. También como lo menciona Soledad Yañez (2011):

“Se distingue de otras metodologías porque el análisis parte de la experiencia y retorna a ella, planteando la posibilidad de que las personas que viven esas experiencias tengan mayor conocimiento sobre las relaciones sociales en las que están implicadas y puedan moverse y actuar más ampliamente en ellas” (p. 111)

Menciono esto, pues precisamente uno de los objetivos de este trabajo de tesis es la posibilidad de que otras mujeres lesbianas, o mujeres con disforia de género encuentren respuestas, reflexionen y al mismo tiempo se generen análisis y alternativas teóricas y prácticas para las mismas mujeres.

Sin ser suficiente, tal como Harding (2010) afirma: “el interés y el diálogo con la Teoría del Punto de Vista Feminista hace posible una *filosofía de la ciencia socialmente relevante*” (p. 39) Dicho en otros términos, esta teoría permite que la filosofía de la ciencia pueda articular dilemas éticos y epistemológicos significativos y actuales, pues discutir el contexto desde donde surgen justificaciones y afirmaciones científicas y/o filosóficas, abre camino a rastrear los sesgos (sexistas, racistas, clasistas, etc.).

Hay que mencionar que, aunque a esta Teoría se le acusa de *esencialista*, lo cierto es que plantear una sujeta⁴ como *la mujer*, no universaliza las experiencias,

⁴ Uso el término “sujeta” pues aunque el término ha sido cuestionado, tal como menciona Martha Patricia Castañeda Salgado (2008): “por el momento permite visibilizarlas evitando introducir una falsa equivalencia entre las condiciones, situaciones y posiciones de género de mujeres y hombres que pueden resultar oscurecidas por la aplicación indistinta de la categoría sujeto” (p. 58)

sino que desde un común, como lo es nuestro cuerpo sexuado, se pueden crear *conciencias grupales* más específicas. Sandra Harding (2010) menciona que:

“la Teoría del Punto de Vista Feminista trata más sobre la creación de conciencia grupal que sobre cambiar la conciencia de los individuos. Cada grupo oprimido debe llegar a comprender que cada uno de sus integrantes está oprimido porque él o ella son miembros de ese grupo -negro, judío, pobre, lesbiana-, no porque él o ella individualmente merezca ser oprimido. [...] Así, los proyectos feministas del Punto de Vista siempre están socialmente situados y políticamente comprometidos en formas prodemocráticas” (p. 51, 52)

Es decir, no sólo se sitúa el conocimiento a partir de las experiencias en general que vivimos como mujeres, sino que se sitúan conocimientos grupales ya sea como mujeres afrodescendientes, mujeres lesbianas, mujeres indígenas, mujeres judías. Grupos de mujeres atravesadas por una clase socioeconómica, un contexto étnico y una sexualidad específica, con una mirada pluralista que reconoce una multiplicidad de puntos de vista situados que informan epistémicamente, que proponen temas importantes, enriqueciendo el conocimiento con las perspectivas de todos esos grupos y no solo considerando a los grupos dominantes. Sin fragmentar infinitamente las categorías o llevar a experiencias muy individuales, como desde el posmodernismo se plantea.

Incluso, tal como Dorothy Smith (2005) escribe, “el esencialismo no puede ser extendido a todos los usos de la categoría ‘mujer’, [...pues] como un concepto político coordina la lucha contra las formas masculinistas de oprimir a las mujeres que esas formas mismas explícita o implícitamente universalizan.” (p. 9).

De ahí la importancia de esta investigación, pues además de que no hay investigación sobre la disforia de género específicamente desde la TPVF, es necesario enfatizar en las diferencias existentes en cuestiones tales como la forma en que se vive y experimenta la angustia causada por la disforia de género específicamente en las mujeres. Y no sólo la angustia, sino las causas específicas que pueden compartirse por tener un cuerpo sexuado común. Y de esta forma, abrir

el panorama hacia vías de abordaje más críticas y menos deterministas sobre fenómenos tan complejos como éste.

1.2 Sesgos androcéntricos

La epistemología feminista ha abierto el panorama crítico respecto a lo que sucede con las mujeres y nuestras experiencias, al mismo tiempo que apuesta por una transformación metodológica en la investigación desde una mirada feminista. Tal como S. Dauder García y Eulalia Pérez Sedeño (2018) lo plantean, todo el proceso de las investigaciones científicas se ha caracterizado por tener, al menos, tres tipos de sesgos respecto al género, el sexo y la sexualidad:

(1) El sesgo de exagerar las diferencias y construir lo masculino y lo femenino como diferentes y opuestos. En donde las mujeres se categorizan como “lo Otro del Uno” (p. 209)

(2) El sesgo de ignorar o minimizar las diferencias, por lo cual se adopta una visión parcial y particular que corresponde a la de los varones, por lo que las experiencias masculinas se vuelven un referente universal. Los hombres se vuelven el punto de partida y las mujeres se convierten en las “no hombres” (p. 213)

(3) El sesgo de la desatención a la diversidad y a las diferentes categorías de intersección como la clase económica, la etnia, la sexualidad, la edad, etc. (p. 208).

Sesgos que han tenido un impacto social y político dentro de las investigaciones sobre la categorización y el control de la sexualidad misma. Dichos sesgos tienen un largo recorrido histórico, pues campos disciplinares como la medicina o la psicología incluso tienen sus bases en teorías y postulados androcéntricos. Lo que resulta en invisibilizar o estigmatizar las experiencias de las mujeres en las investigaciones y en consecuencia, durante el acceso a servicios de salud.

Tal como lo escribe Ana Chapa (2018):

“...dar cuenta de las opresiones de género [y de sexo] que las mujeres viven y que influyen en el desarrollo y mantenimiento de enfermedades físicas y mentales (jornadas de trabajo dobles o triples, responsabilidad casi exclusiva

de labores de crianza y cuidado, violencia, menor acceso a recursos económicos, culturales y sociales, obstáculos en el acceso a los servicios sanitarios, discriminación, etc.) deberían ser consideradas en todas las investigaciones en el campo de la salud, con miras a poder incidir en la transformación y mejora de la vida de las mujeres [...]” (p. 27)

Por ello, la Teoría del Punto de Vista Feminista es fundamental para dar cuenta del contexto histórico, político y social en el que las mujeres estamos inmersas y vivimos día con día. Asimismo, es una base metodológica para conocer y proponer alternativas, desde las mismas experiencias de las mujeres, que mejoren la calidad de vida de nosotras. En el siguiente capítulo ahondo sobre las investigaciones de la diferencia sexual, las cuales son fundamentales para comprender de raíz de dónde provienen los sesgos que posteriormente se reflejan en las investigaciones médicas y psiquiátricas sobre la disforia de género en las mujeres.

Capítulo 2. Panorama histórico

2.1 La diferencia sexual

El estudio de las diferencias sexuales ha sido de suma importancia a lo largo de la historia. Desde campos como la religión, la filosofía, la biología y la medicina se han realizado distintas teorizaciones. Desde la antigua Grecia hasta el siglo XXI han surgido diversas teorías que tratan de dar respuesta a las diferencias anatómicas entre los cuerpos sexuados de hombre y los cuerpos sexuados de mujer. Sin embargo, la mayoría de ellas contienen sesgos androcéntricos que como consecuencia han naturalizado mandatos sociales a través del cuerpo y al mismo tiempo, han perpetuado el lugar de opresión de las mujeres, así como la invisibilización o estigmatización de nuestras experiencias en las investigaciones.

2.1.1. Hipócrates: medicina antigua

De acuerdo con la filósofa Diana Maffía (2014), hay registro de documentos médicos tales como el Papiro Kahun (1900 a.C.) y el Papiro Ebers (1534 a.C.), ambos egipcios, en donde se narran cuestiones específicas de la diferencia sexual, atribuyendo los desórdenes y los comportamientos de las mujeres según la posición de la matriz. Esto es importante, pues dichos papiros fueron el antecedente de “la obra fundamental de la medicina occidental: el *Corpus Hipocrático*” (p. 107-108).

Es hacia los siglos V y VI a.C. cuando surge la denominada medicina hipocrática, la cual tuvo como eje a los cuatro elementos (aire, tierra, fuego y agua) que se encontraban en el cuerpo, y que de acuerdo con el equilibrio o desequilibrio de los humores de éste (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema) se podía tener salud o generar alguna enfermedad. Esta medicina “parte de la aceptación de diferencias entre hombres y mujeres que conduce a observaciones específicas de la naturaleza femenina, de su cuerpo y de su espíritu” (Flores, 2001, p. 45) Desde la medicina hipocrática comenzó a naturalizarse un estatuto menor y un papel meramente reproductivo para las mujeres, pues, así como en los papiros egipcios, la matriz era central para dar explicación a la llamada *naturaleza femenina*.

De acuerdo con Maffía (2014), Hipócrates “recurre a una analogía con un tejido denso (el hombre) y una tela floja (la mujer) [...] El hombre posee una naturaleza densa y seca, mientras que la mujer posee una naturaleza esponjosa y húmeda. El feto macho y el feto hembra ya están marcados por estas diferencias” (p. 108). Como puede leerse, ya desde esta época las diferencias sexuales tenían una carga de valores que permitieron sostener jerarquías sociales entre los cuerpos sexuados⁵.

Esto es importante pues, como anteriormente se mencionó, la medicina hipocrática fue antecesora de la medicina moderna, por lo cual muchas de las concepciones y naturalizaciones de estos siglos acerca de la diferencia sexual y de la construcción de la sexualidad siguen vigentes, tales como pensar que el objetivo único de las mujeres es ser madre, o bien, la naturalización de la heterosexualidad como única forma válida de vivir.

2.1.2. Modernidad y diferencia sexual

La Modernidad tuvo su antecedente en el Renacimiento (S.XVI) con las investigaciones de Galileo Galilei en el campo de la física y de René Descartes en el de la epistemología (Toulmin, 2001, p.38-39), momento en el que, según la tesis oficial, hubo un quiebre de paradigma con la era medieval. A partir de esto ocurre un cambio en los modos de pensar y actuar en función de la “adopción de métodos racionales” en los campos de investigación intelectual. A decir de Toulmin, dicha transformación se toma como el inicio de la época moderna.

Es desde la ciencia moderna⁶ que tal como lo plantea la historiadora de la ciencia Londa Schiebinger (2004): “tuvo lugar una revolución [en]: las concepciones científicas del sexo biológico y del temperamento sexual (lo que hoy denominamos

⁵ Se retoma a la feminista lesbiana y radical de la diferencia Margarita Pisano (2001) para este concepto, pues tal como lo plantea: “La historia de la especie humana está demarcada con cuerpos sexuados diferentes, cuerpo-mujer/cuerpo-hombre. Sobre estos cuerpos se construye todo un sistema de significaciones, valores, símbolos, usos y costumbres que normalizan no sólo nuestros cuerpos, sino la sexualidad y, por ende, nuestras vidas, delimitándonos exclusivamente al modelo de la heterosexualidad reproductiva.” (p. 99) En el capítulo tres se ahondará más sobre ello.

⁶ Según Toulmin (2001) la tesis hegemónica occidental afirma que la ciencia surge a partir de la Modernidad en el S. XVII (p.38), no antes, por ello, la búsqueda científica de las diferencias sexuales puede ubicarse principalmente desde el siglo XVII.

género)” (p. 236). En el Renacimiento (S.XV- S.XVI) se retomaron las búsquedas de la diferencia sexual principalmente mediante el estudio de los órganos sexuales. Personajes como Paracelso y Andrés Vesalio pueden ubicarse en esta época.

Paracelso, médico, astrólogo y alquimista suizo, estableció una teoría de la diferencia sexual mediante lo que llamó la “matriz cósmica”, en la cual, a través de concepciones hipocráticas reforzó el papel reproductivo de las mujeres, pues afirmaba que la matriz estaba compuesta por los cuatro elementos (aire, tierra, fuego y agua), los cuales servían de alimento al hombre desde su concepción hasta después de ella. Lo que al mismo tiempo reafirmaba que la misión de las mujeres era la de “albergar la semilla humana” (Flores, 2001, pp.53-54).

Vesalio, médico flamenco, que retomó textos de Galeno (un médico griego de la edad antigua) y de Aristóteles, sostuvo como ellos que “las mujeres eran hombres defectuosos [...] cuyos órganos sexuales no pudieron salir y proyectarse hacia afuera” (Schiebinger, 2004, p.240-241). Incluso reafirmó argumentos como que “de los lados de la matriz brotaban unos cuernos” (p.261), lo que dejaba claro que, aunque la observación comenzaba a ser parte fundamental, la visión cristiana y masculina continuaba en la interpretación de dichas diferencias.

Los planteamientos de Vesalio son considerados como el inicio de la anatomía moderna (S. XVI-XVII), la cual fue crucial durante la llamada *revolución científica*, pues a partir de la aparente ruptura con el cristianismo, el estudio hacia los órganos sexuales femeninos tuvo, nuevamente, un interés muy específico: centrar y romantizar el papel de la mujer en la reproducción y en la crianza.

2.1.3. Sexualidad: campo de investigación

Londa Schiebinger expone: “la revolución en las opiniones científicas sobre la sexualidad tuvo lugar a finales del siglo XVIII” (2004, p. 275), durante este periodo comenzaron a surgir distintos estudios para indagar más profundamente, y desde fuera de la teoría de los humores hipocráticos, sobre las diferencias sexuales.

Ejemplo de ello fueron los estudios del esqueleto, en donde las diferencias se marcaron principalmente en la pelvis y en el cráneo, pues se buscaba justificar y naturalizar la “superioridad racional” de los hombres al tener un cráneo de mayor

tamaño, así como el inevitable instinto maternal y de cuidados de las mujeres al tener una pelvis más grande.⁷ Se fundó en el siglo XVIII y XIX lo que la autora llama “la construcción de ideales: el homo perfectus y la fémina perfecta como compañeros perfectos” (Schiebinger, 2004, p.290).

Construcción que se apoyaba de los mandatos de la feminidad y la masculinidad de la época y dio apertura al mito científico de la *complementariedad sexual*. A través de éste se afirmaba que existía, como su nombre lo indica, una complementariedad anatómica, biológica, emocional e incluso psicológica entre hombres y mujeres. Otorgándole a la unión amorosa y sexual hombre-mujer una especie de sustento natural y, por lo tanto, necesaria.

Las asignaciones sociales sobre el *deber ser* de acuerdo al cuerpo sexuado y a su sexualidad, los estándares de feminidad y de masculinidad, así como su lugar en la jerarquía social, fueron asuntos que se reforzaron al naturalizarse y al justificarse desde campos científicos como la medicina. Para el siglo XIX las investigaciones médicas ya no sólo centraron su atención en las diferencias sexuales, sino en cuestiones de la sexualidad misma.

El surgimiento de la sexología desde el campo de la psiquiatría y la medicina a finales del siglo XIX fue fundamental para sostener la teoría de la diferencia y de la complementariedad sexual, pues las investigaciones desde esta área se encargaron de patologizar todo aquello que estuviera fuera de los parámetros previamente establecidos. Por ello, cualquier comportamiento sexual alejado de la heterosexualidad y de los roles asignados a cada cuerpo sexuado, se convirtió en caso de estudio. Eso sucedió con los estudios de “*crossgender identification*” los cuales dieron pie al surgimiento de categorías como *identidad de género* y posteriormente, la de *disforia de género* en el siglo XX.

2.2 *Crossgender identification*: primeros estudios

Para finales del siglo XIX, de acuerdo con la historiadora Joanne Meyerowitz (2002), sexólogos europeos publicaron sobre, lo que la autora llama, casos de

⁷ Entre los anatomistas importantes que estudiaron al esqueleto se encuentran Bernard Albinus, Gaspard Bauhin, Alexander Monro, William Cheselden, Thiroux d’Arconville, J. B. Winslow y Samuel von Soemmerring (Schiebinger, 2004)

crossgender identification: hombres y mujeres que se sentían, actuaban y anhelaban vivir como si fueran del otro sexo (pp. 5, 14, 15)⁸ Esta identificación la asociaron principalmente con la homosexualidad, pues la catalogaron dentro del campo de las “inversiones”. Así como lo escribe la investigadora Heike Bauer (2009), el término de ‘inversión’ “fue ampliamente usado en el siglo diecinueve como sinónimo de ‘homosexualidad’” (p. 1) Es decir, que cualquier comportamiento fuera de lo “normal” (la heterosexualidad y el alineamiento de los cuerpos sexuados a la feminidad y masculinidad), en automático se catalogaba como una “inversión”, y, por lo tanto, como una patología que había que tratar.

2.2.1. Mujeres y *crossgender identification*

Hay que recordar que la sexología surgió en la segunda mitad del siglo XIX, y que, como todas las disciplinas científicas y sociales, respondía a las necesidades políticas de la época, por lo cual, el hecho de estudiar y clasificar la sexualidad tenía en sí misma una responsabilidad de mantener la “normalidad” y las jerarquías sociales de sexo, de género y de sexualidad ya establecidas. El papel de las mujeres y de sus experiencias continuaban en segundo plano y bajo el modelo y la interpretación masculina, ejemplo de ello es lo que menciona la historiadora Lillian Faderman (1981): “Las teorías sexológicas asustaron o trataron de ahuyentar a las mujeres del feminismo y de amar a otras mujeres demostrando que ambas situaciones eran anormales y que generalmente estaban vinculadas entre sí” (p. 240) [traducción propia]

Dicho de otro modo, la patologización de ciertas mujeres era resultado de no cumplir los mandatos asignados: ser femenina, ser maternal y/o ser heterosexual. Cuestión diferente con los hombres que, pese a ser homosexuales, como es el caso de Magnus Hirschfeld del cual se hablará más adelante, seguían teniendo voz y autoridad para diferir de las patologizaciones o para plantear sus propias teorías de las causas de la homosexualidad.

⁸ Cabe mencionar que aunque la categoría de *género* surgió en el siglo XX, Joanne Meyerowitz utiliza el concepto de *crossgender* y no *cross-sex* para dar contexto sobre lo que ya sucedía con hombres y mujeres previo al acuñamiento de la categoría de *trans-sexual*. Y al igual que la autora, hago uso de este concepto para explicar lo que pasaba con las mujeres en específico.

Lo anterior es importante, pues la “inversión femenina” y los casos de “*crossgender identification*” específicamente en mujeres tuvieron razones históricas muy particulares. Tal como lo plantean Rudolf M. Dekker y Lotte Van de Pol (2006) con sus estudios de travestismo femenino en Europa en los siglos XVII y XVIII:

“hacerse pasar por hombre era una posibilidad real y viable para mujeres que habían caído en desgracia y luchaban por superar circunstancias difíciles [...] Las presiones que llevaban a la decisión de travestirse eran a veces materiales, como la pobreza; pero también podían ser emocionales, como el patriotismo o el amor a otra mujer, o una mezcla de ambas” (p. 2)

El contexto histórico es clave pues las razones que han llevado a las mujeres a identificarse con los comportamientos asociados a los hombres y anhelar características sexuales masculinas (primarias y secundarias), no necesariamente tienen una raíz biológica e innata como han planteado la sexología y la psiquiatría, sino que son una mezcla de factores psicológicos, sociales, culturales, económicos y políticos. Lo cual es fundamental para hacer una crítica desde la epistemología feminista frente a los planteamientos de la medicina que han reproducido y reforzado el papel de las mujeres como inferiores.

Asimismo, y para reforzar las críticas a las teorías desde la sexología, el siguiente subapartado tiene la finalidad de dar cuenta cómo las categorías de “sexo psicológico” y posteriormente la de “identidad de género” son centrales en la construcción de la disforia de género y de los “tratamientos” de forma general y de forma específica para las mujeres.

2.2.2. La bi-sexualidad y la trans-sexualidad

Durante todo el siglo XX una teoría darwiniana tomó mucha fuerza, sobre todo en la sexología europea y posteriormente en la estadounidense: la *teoría de la bisexualidad*, en la cual, más allá de los genitales, el sexo se planteó como una abstracción. Bajo esta premisa, el ser humano entonces era hombre y mujer al mismo tiempo, la variación dependía únicamente de las hormonas (testosterona y estrógenos) en el cuerpo. (Meyerowitz, 2002, p. 25)

El foco de la diferencia sexual se convirtió en la secreción de las gónadas, en las hormonas “femeninas” y “masculinas”, y en cómo éstas marcaban las pautas del comportamiento humano. Dicho enfoque tuvo un impacto significativo para los estudios de *crossgender identification*, pues a través de cirugías de cambio de sexo en experimentos con animales trataron de comprobar el impacto de las hormonas en los comportamientos.

Tal es el caso de Eugen Steinach, considerado uno de los pioneros en el ámbito de la endocrinología, quien, en 1910 en Alemania, experimentó con ratones y cuyos, haciendo trasplantes de testículos a hembras, y trasplantes de ovarios a machos castrados. Gracias a sus estudios, “la endocrinología localizó la esencia del sexo, del género y de la sexualidad en la secreción de las gónadas [pues] él usó hormonas para suprimir algunas características físicas y comportamientos sexuales del sexo dominante y sacar a relucir las potencialidades del otro” (Meyerowitz, 2002, p. 16, 27). Como puede leerse, la endocrinología fue un campo primordial en los estudios de la sexualidad y de su categorización.

En este mismo año (1910), Magnus Hirschfeld, médico y sexólogo alemán, hizo una primera distinción entre travestismo y homosexualidad, según Meyerowitz (2002): “Para Hirschfeld, hermafroditas, andróginos, homosexuales y travestis constituían diferentes tipos de *intermedios sexuales* [...] Él incluye en el grupo de ‘travestismo’ a los casos de *crossgender identification* así como a los de ‘*crossdressed*’ (p. 19). En otras palabras, la teoría de la bisexualidad permitió la categorización de dichos “intermedios sexuales” como “variaciones naturales” con causas biológicas, ya sea por disposiciones anatómicas o bien, por influencias hormonales.

Para principios del siglo XX se plantearon como cuestiones distintas la homosexualidad y los casos de *crossgender-identification* (con el travestismo), lo que trajo como consecuencia a su vez, establecer las cirugías de cambio de sexo como algo dirigido para personas travestis, y no necesariamente para las personas homosexuales. La categoría de “transexualidad” todavía no existía en estos años, sin embargo, de acuerdo nuevamente con la historiadora Joanne Meyerowitz (2002): “Personas que se veían así mismas como hombres femeninos o mujeres

masculinas confirmaron su *crossgender identification* mediante la descripción de los comportamientos del otro sexo en los que ya estaban comprometidas o ansiaban participar. Pero sobre todo querían información y tratamiento médico.” (p. 36).

Puede decirse que gracias a la sexología las cirugías de cambio de sexo comenzaron a verse socialmente como una cuestión necesaria para alinear la sexualidad, el cuerpo y los comportamientos, pues antes de “recomendarlas” a las personas travestis, eran cirugías específicas para personas intersexuales.

Fue hasta 1949 que el psiquiatra y sexólogo David Cauldwell planteó la categoría de “*psychopathia transexualis*” como una categoría independiente de la condición intersexual, de los desórdenes glandulares, así como de la homosexualidad. Para él, las personas transexuales eran aquellas que deseaban cambiar de sexo, pues físicamente tenían uno, pero psicológicamente pertenecían al sexo opuesto. De acuerdo con Meyerowitz (2002), Cauldwell promovía las cirugías de cambio de sexo como parte de un “ajuste psicológico” (p. 44) Esto es fundamental, pues la categoría de *sexo psicológico* antecedió a la de *identidad de género* como más adelante podrá leerse.

Otro personaje importante en el campo de la investigación sobre sexualidad fue el médico y sexólogo Harry Benjamin. Para quien las personas travestis (incluida la situación de *crossgender identification*) tenían causas somáticas, por lo cual la intervención médica se volvía una necesidad (Meyerowitz, 2002, p.46). Posteriormente psiquiatras como John Money y Robert Stoller apostaron por lo que llamarían “Clínicas de Género” para sustentar la necesidad de las cirugías de cambio de sexo para las personas intersexuales, travestis y transexuales, y en años siguientes se acuñaría el concepto de *disforia de género* desde el campo de la psiquiatría, el cual es eje en esta investigación puesto que la patologización de la incomodidad con el cuerpo y las asignaciones sociales dieron como resultado que sólo pueda existir una “única vía eficaz” para resolverlo.

2.3 Surgimiento de la identidad de género

Como se mencionó antes, aproximadamente a mediados del siglo XX se comienza a teorizar acerca de la transexualidad. Se le atribuye al endocrinólogo

Harry Benjamin⁹ la introducción y el desarrollo para los primeros criterios de diagnóstico sobre el transexualismo (Missé y Coll-Planas, 2010, p.45). Su libro “El fenómeno transexual” publicado en 1966 define al transexualismo como una “forma de intersexualidad psíquica” y como un “trastorno neuroendocrino” que sólo tenía alivio (no cura) mediante la reasignación de sexo (Fraser, 2015, p.21-22). Para estos años todavía no se hablaba de ‘disforia de género’, sin embargo, la reasignación quirúrgica ya se planteaba como una forma de “tratar” el trastorno que daba pie a la transexualidad.

2.3.1 La medicina y psiquiatría contra lo anormal

El surgimiento de la psiquiatría como una especialidad de la medicina a mediados del siglo XX consolidó todo un campo de investigación dirigido a delimitar y a categorizar la experiencia y el comportamiento humano. Tal como lo plantea la psicóloga Jemma Tosh (2016): “la psiquiatría se encarga de desarrollar normas a través del proceso de crear categorías de la ‘anormalidad’ y produciendo la dicotomía de lo ‘normal/anormal’” (p. 8) Es decir, que históricamente desde estas disciplinas (la medicina y la psiquiatría) uno de los objetivos ha sido reforzar lo “normal” y al mismo tiempo, tratar de corregir aquello considerado como “anomalía” a través de la medicalización y de procesos como la intervención quirúrgica.

La transexualidad al igual que la intersexualidad, “se tomaron como modelos ideales para investigar cómo se forma el sentido de pertenencia a un sexo” (Alcántara, 2013, p.173). Muchas de las investigaciones médicas y psiquiátricas buscaban dar respuesta a ello, tal es el caso de John Money y Robert Stoller a quienes se les atribuye el acuñamiento del concepto de *identidad de género* aproximadamente en 1964.

Esta categoría surge en sus reflexiones sobre el desarrollo y establecimiento de la *identidad sexual*, pues tal como lo escribe Alcántara (2013): “el desarrollo de la identidad sexual comenzó a ser explicado a partir de la distinción entre sexo y género.” (p.173) La identidad sexual intentaba dar cuenta de la relación entre el

⁹ Harry Benjamin fue clave para fundar lo que actualmente se conoce como la Asociación Mundial y Profesional para la Salud Transgénero (WPATH por sus siglas en inglés), ya que su trabajo ha sido base para los estudios sobre identidad y disforia de género.

sexo (específicamente los genitales), el género (los roles y estereotipos socialmente asignados al sexo), la “identificación” o no con dichos roles, así como la orientación sexual. Por ello, se buscaba analizar su desarrollo y establecimiento, pues en esa época “anormalidades” como la intersexualidad y la transexualidad tenían que ser “corregidas” a una identidad sexual que fuese “adecuada”, y lograr una identidad de género “correcta”.

De acuerdo con Anne Fausto-Sterling (2006) fue en 1972 cuando John Money y Anke Ehrhardt popularizaron la división entre el sexo y el género, definiendo al sexo como “los atributos físicos, [determinados] por la anatomía y la fisiología, mientras que al género [como] una transformación psicológica del yo, la convicción interna de que uno es hombre o mujer (identidad de género) y las expresiones conductuales de dicha convicción.” (p. 18) Según esto, la línea divisoria entre el género por sí solo y la identidad de género es más una cuestión entre “lo externo”, lo que socialmente se impone como los roles y estereotipos según el sexo (género), y “lo interno”, lo que se interioriza de ello, psicológica y emocionalmente, de forma individual (identidad de género).

Según la psicóloga Eva Alcántara (2013), existían desacuerdos respecto a la conceptualización de la identidad de género entre John Money y Robert Stoller, pues mientras que para Money ésta era un tipo de parámetro para comunicar el grado de “normalidad” de la identidad sexual, para Stoller era más una noción teórica para el trabajo analítico, pues la identidad también estaba influida por el contexto familiar y social, no sólo en lo individual y en los genitales [como para Money sí lo era] (pp. 179, 182, 184, 186). Sin embargo, el planteamiento de John Money es el que, pese a las críticas, continúa con un grado alto de aceptación y puede verse reflejado nuevamente en la vía que se acepta para “tratar” a la disforia de género y que resulta en las Cirugías de Reasignación Sexual y las Terapias de Reemplazo Hormonal para tratar de “alinear” de forma individual la identidad sexual. Más adelante profundizo en ello.

La categoría de *identidad de género* ha sido fundamental para las investigaciones sobre sexualidad. Pues es a través de este concepto que médicamente se han podido establecer “normalidades” y “anomalías” de acuerdo

con el grado de “alineación” entre los genitales y los roles socialmente aceptados e impuestos en el cuerpo. En el capítulo tres podrá comprenderse la centralidad de este concepto para la categorización, así como para las diversas formas de atención de la disforia de género que a lo largo del tiempo se han planteado y que constantemente han sido cuestionadas. Asimismo, en el capítulo tres, con el debate sobre la conceptualización de la relación entre sexo y género, podrá comprenderse con mayor claridad cómo la “adecuación” entre el sexo, el género y la sexualidad, no son una cuestión individual.

Capítulo 3. La disforia de género

3.1 Surgimiento del concepto

El concepto como tal de *disforia de género* no surge sino hasta casi finales del siglo XX; sin embargo, previo a su acuñamiento desde los campos de la medicina y específicamente desde la psiquiatría, ya se realizaban estudios acerca de algunas condiciones “anormales” respecto a los genitales, como la intersexualidad; de comportamientos y deseos “diferentes”, como el travestismo (incluida la situación de *crossgender identification*) y posteriormente, sobre la transexualidad. De acuerdo con la socióloga Estela Serret (2009), y como se describió en el primer capítulo, ya para 1949 “se da a conocer por primera vez el término *trans-sexual* para describir la condición de las personas que deseaban profundamente realizar un cambio de sexo” (p. 80).

Desde finales del siglo XIX y durante todo el siglo XX las teorías médicas y psiquiátricas acerca del origen del deseo por pertenecer social y personalmente al otro sexo se convirtieron en un punto de partida en los análisis sobre la sexualidad. Dos personajes importantes que dieron pie al estudio sobre la *disforia de género* fueron los médicos y psiquiatras David Cauldwell y Harry Benjamin. Sobre todo, a Benjamin se le atribuye el papel como pionero en la investigación acerca específicamente de la disforia.

3.1.1 Primeras nociones (1973/1979)

La categoría de *disforia de género*, según las psicólogas e investigadoras Cristina L. Magalhães y Ellen S. Magalhães (2017) fue acuñada por el médico inglés Norman Fisk en 1973 “para explicar qué llevó a algunas personas a buscar ayuda profesional para *alinear* su género y sus características sexuales con la forma en que se percibían a sí mismas.” (p. 2) Hay que recordar que, para esta época, los estudios acerca de la identidad de género, de la intersexualidad, de las causas del travestismo y de la transexualidad, sobre todo en Europa y en Estados Unidos, eran

cuestiones prioritarias en el campo de la medicina y específicamente, en el de la psiquiatría.

Para 1979 la categoría se institucionaliza con el surgimiento de la “Asociación Internacional sobre Disforia de Género *Harry Benjamin*” (HBIGDA por sus siglas en inglés). Tal como lo describe la psicóloga Lin Fraser (2015), fue en la primera publicación institucional de la HBIGDA llamada “Estándares de Cuidado: la reasignación quirúrgica sexual y hormonal en las personas con disforia de género” (SOC por sus siglas en inglés) en donde se define a la DG como:

“Un estado psicológico en el cual una persona demuestra insatisfacción con su *sexo de nacimiento* y su *rol sexual*, como socialmente se define y que se aplica a ese sexo, por lo que solicita una reasignación sexual, hormonal y quirúrgica” (Fraser, 2015, p.20).

El surgimiento de la asociación “Harry Benjamin” y su primer SOC son cruciales, pues además de acuñar la categoría de ‘disforia de género’, con ello se plantean y refuerzan dos puntos importantes: (a) ver la disforia como un estado psicológico y (b) ver las reasignaciones hormonales y quirúrgicas como el único tratamiento para *aliviar* dicha insatisfacción.

Hay que notar que en esta primera definición se observa el uso de conceptos como “sexo de nacimiento” para hacer referencia a los genitales y el de “rol sexual socialmente definido y asignado al sexo de nacimiento” como un sinónimo de “género”. Esto es importante pues los conceptos de “sexo” y de “género” siguen siendo un punto de debate. En el capítulo cuatro podrá verse con mayor claridad.

3.1.2 Cambio de categorización (1987)

Para 1987 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en su edición II-R del “Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales” (en siglas en inglés: DSM) planteó el cambio de disforia de género a *desorden de identidad de género*, definiéndolo como:

“Una fuerte y persistente identificación con el género ‘opuesto’ y una inconformidad persistente con el sexo, causando angustia o discapacidad

clínicamente significativa en áreas sociales, laborales u otras” (Fraser, 2015, p. 24-25).

En comparación con la definición de 1979, la disforia de género más que un trastorno psicológico se replantea como un *desorden mental*. Además, la referencia hacia los genitales se hace sólo con la categoría de “sexo”, ya no con la de “sexo de nacimiento”, mientras la categoría de “género” pasa a ser complementada con la de “identidad de género”. Esto muestra un cambio conceptual, pues la identidad de género en contraste con el género por sí solo se considera como una cuestión más subjetiva y de construcción “personal”¹⁰.

Asimismo, en relación con la primera definición, el planteamiento central acerca de la *angustia* por los genitales y el rol impuesto sigue vigente. Pese a que en la definición no se incluye explícitamente a las reasignaciones hormonales y quirúrgicas, de forma implícita se siguen reforzando como medio para “arreglar” dicho desorden.

Nuevamente puede observarse el papel de la medicina y de la psiquiatría como instituciones con un eje y una estructura de normalización (Maffía y Cabral, 2008, p. 87) al nombrar a esta situación de angustia por el cuerpo y la negación a aceptar las asignaciones sociales como un “desorden” que, por lo tanto, debe volver al orden de alguna forma.

3.1.3 Resurgimiento conceptual (2011/2013)

Fue hasta el 2011 que la categoría de *desorden de identidad de género* regresa a la de *disforia de género* a través de la séptima edición del SOC, ahora llamada como “Estándares de Cuidado para la salud de personas trans y con variabilidad de género” publicada por la “Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero” (WPATH por sus siglas en inglés), antes conocida como la “Asociación Internacional sobre la Disforia de Género Harry Benjamin” (HBIGDA). La disforia de género en esta redefinición se plantea como:

¹⁰ Se entrecomilla “personal”, pues en este trabajo se sostiene que la identidad se construye desde múltiples aristas y, aunque se tomen decisiones o se tengan deseos individuales, las cuestiones sociales, económicas y políticas las atraviesan. Un ejemplo es la frase célebre de la feminista lesbiana radical Kate Millet (1995): “Lo personal es político”.

“La angustia causada por una discrepancia entre *la identidad de género* y el *sexo* de esa persona *asignado* al nacer. Así como con el rol de género y las características sexuales primarias y secundarias” (Fraser, 2015, p. 20)

En esta definición continúa presente el énfasis de la angustia causada por los genitales (características sexuales primarias) así como por la identidad de género (forma “individual” de percibirse) y la contradicción individual que se tiene de ambas. De igual forma, puede observarse que respecto a la WPATH y su publicación institucional (SOC), el punto central ya no es la medicalización y las cirugías, sino la salud para personas trans y con “variabilidad de género”.

También se introduce el concepto de ‘rol de género’, el cual refiere al *deber ser* de cada persona según los genitales con los que se nazca: lo femenino para los cuerpos con vulva y lo masculino para los cuerpos con pene. Además, se observa un cambio en la forma de plantear el “sexo”, pues en esta definición el sexo se “asigna”, ya no “se nace” con él. Planteamiento que ha dado pie a reflexiones y debates, pues según cómo se conceptualice al sexo y su relación con el género, es la forma de categorizar cuestiones mismas de la sexualidad y su relación con lo social y lo político.

De acuerdo con Jorge (2014), años después, en el 2013, de igual forma que con el SOC, fue en la quinta edición del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la Asociación Americana de Psiquiatría en la cual se sustituye la categoría diagnóstica de *Trastorno de identidad de género* por la de *disforia de género*. Cambio que se dio a partir de las luchas de “activistas, minorías sexuales y expertos en sexualidad humana” (p.42) que pugnaron por la despatologización de la existencia trans y al mismo tiempo de su “diagnóstico” con la disforia de género. Lo que permitió una apertura al tema de la construcción de la identidad individual e incluso un replanteamiento en las Cirugías de Reasignación Sexual y en las Terapias de Reemplazo Hormonal ya no como una necesidad sino como un derecho humano. Esto lo profundizo en el capítulo 5 cuando describo las seis perspectivas de ver la disforia de género, específicamente en la tercera perspectiva.

3.2 Instituciones clave

Son al menos tres las instituciones fundamentales que han abonado a la categorización y al diagnóstico médico de la disforia de género: (1) la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), (2) la Organización Mundial de la Salud (OMS) y (3) la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH). Todas ellas a través de sus respectivas publicaciones: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM), *Clasificación Internacional de Enfermedades y condiciones relacionadas con la salud* (CIE) y *Estándares de atención para la salud de las personas transexuales, transgénero y no conformes con el género* (SOC) han demarcado y categorizado los “problemas mentales” de la humanidad desde mediados del siglo XX, siendo las cuestiones sobre sexualidad una parte esencial en ellos.

Tal como Jemma Tosh (2016) lo escribe: “históricamente podemos ver cómo algunos comportamientos se clasifican como ‘problemas mentales’ y desclasifican en diferentes tiempos, según el contexto social” (p. 6) En otras palabras, el contexto histórico y político, así como la evolución en el entendimiento del tema y los movimientos sociales que se han manifestado, han sido cruciales para el surgimiento de cada una de las instituciones anteriormente mencionadas, así como para las categorizaciones médicas y psiquiátricas avaladas y acuñadas desde estas mismas. Por ello es necesario describir brevemente la historia y el contexto de cada una de dichas instituciones.

3.2.1 Asociación Americana de Psiquiatría

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés) surge con este nombre en 1921; previamente había operado como la “Asociación Americana Médico-Psicológica” desde 1892. Esta Asociación con su “Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales”, mejor conocido como el *DSM*, ha sido una de las organizaciones centrales para definir cuestiones sobre la sexualidad y el cuerpo.

De acuerdo con Jorge (2014) la APA surge con la finalidad de “diagnosticar y tratar entidades patológicas de manera estandarizada” y no fue sino hasta 1952 que en conjunto con el Instituto de Salud Mental de E.E.U.U., con las Fuerzas Navales y las Fuerzas del Ejército Estadounidense crearon el primer Manual Diagnóstico, el cual sería el DSM-I. La Segunda Guerra Mundial fue medular para la creación de la publicación institucional de la Asociación Americana de Psiquiatría.

La primera edición surgió para reconceptualizar los “problemas” mentales y su nomenclatura, pues la categoría de “psiconeurosis” asignada a soldados que experimentaban estrés emocional al regresar de la guerra era una categoría que se aplicaba casi exclusivamente a las mujeres, lo cual tanto para las Fuerzas Navales como para las Fuerzas del Ejército Estadounidense no era aceptable. (Jorge, 2014, pp. 43-44).

Puede notarse que desde el comienzo de la APA con el DSM existieron valores, sesgos y propósitos muy claros. El hecho de crear desde instituciones gubernamentales un estándar para los *trastornos mentales* con base en las experiencias de los varones corrobora el planteamiento de los sesgos que tanto se cuestionan desde la epistemología feminista, los cuales conllevan la invalidación, la inferiorización y la omisión de las mujeres y de sus experiencias.

No olvidemos que dos de los sesgos principales dentro de las investigaciones científicas han sido el de *ignorar o minimizar las diferencias*, adoptando una visión parcial y particular que corresponde a la de los varones, así como el de *exagerar las diferencias* y categorizar a las mujeres como “lo Otro del Uno”. (García Dauder y Pérez Sedeño, 2018) Esto es importante pues la categorización y la experiencia de la disforia de género específicamente en mujeres es, de hecho, un campo poco estudiado y en la mayoría de veces, invisibilizado.

3.2.2 Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) surge en 1948 como iniciativa de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para establecer una organización mundial dedicada a la salud. De acuerdo con Rebeca Robles y José Ayuso-Mateos (2019) ésta tiene “la misión de lograr los máximos niveles de salud para todas las

personas -entendiendo la salud como el completo bienestar tanto físico como mental y social-.” (p. 65) Misión que han tratado de lograr a través de su *Clasificación Internacional de Enfermedades y condiciones relacionadas con la salud* (CIE), y en la cual, la sexualidad ha sido uno de los campos categorizados.

En 1990 se aprueba la décima versión y no es sino hasta el 2019 que comienza una revisión para preparar la versión número once (CIE-11). Es decir, que pasaron casi 30 años para poder replantear patologías y trastornos categorizados desde esta institución. Uno de los cambios importantes, fue la modificación de la categoría de “transexualidad” por la de “*Discordancia de Género en la Adolescencia y en la Adulthood*”, caracterizándola como “una incongruencia marcada y persistente entre la experiencia de género del individuo y el sexo asignado” (Robles et. al., 2019, p. 66) Definición que es muy similar a la que desde la WPATH y la APA se conceptualizó como “disforia de género”. Es importante mencionar que, para la Organización Mundial de la Salud, la situación de angustia o de malestar puede *no ser parte* del proceso hacia la transición de género, por lo cual para la edición 11 se recomendó eliminar la categoría misma de “trastorno de identidad de género”.

En otras palabras, la experiencia *individual* de vivir la inconformidad entre el cuerpo, las asignaciones socioculturales y la autopercepción, no necesariamente es paso previo a la transexualidad. Esto es un tema de debate pues deja vacíos en cuanto a las condiciones y parámetros necesarios para acceder a las Terapias de Reemplazo Hormonal (TRH) y a las Cirugías de Reasignación Sexual (CRS). En el quinto capítulo se aborda con mayor detalle.

3.2.3 Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero

La Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH) como mencioné anteriormente, surge en 2007 pero tiene sus orígenes en 1979 con el nombre de la “Asociación Internacional de Disforia de Género ‘Harry Benjamin’” (HBIGDA por sus siglas en inglés) en honor al médico y endocrinólogo Harry Benjamin y bajo el mando de Paul A. Walker, psicólogo y colaborador de personajes como John Money.

La WPATH es y ha sido una de las instituciones con mayor importancia en la definición de *estándares de cuidado* para personas con disforia de género. Por ello, su publicación institucional lleva ese nombre: Estándares de Cuidado (SOC). De acuerdo con su página oficial cada SOC, publicado desde 1979 hasta el 2012, “está basado en la mejor ciencia disponible y en el consenso profesional de expertos” (WPATH, 2021). Asimismo, se plantea como un estándar para “promover una óptima atención a la salud y guiar el tratamiento de personas que experimentan disforia de género” (WPATH, 2012, p.2) Esta institución ha sido eje para la sustentación de la categoría de *disforia de género*, así como en las recomendaciones médicas para tratarla.

La WPATH tiene como visión “un mundo en el que las personas trans y con variabilidad de género se beneficien del acceso a la atención en salud basada en la evidencia, servicios sociales, justicia e igualdad de derechos” (WPATH, 2012, p. 1) En comparación con las dos instituciones anteriores (APA y la OMS), la WPATH se encarga específicamente de cuestiones sobre la identidad de género, por ello, sus especialistas son principalmente de formación médica, endocrinóloga y psiquiátrica.

Aunque cabe mencionar que las tres instituciones han colaborado en momentos particulares, tal es el caso descrito por Robles y Ayuso-Mateos (2019), cuando la WPATH fue parte de las recomendaciones para la modificación en la Clasificación de Trastornos Sexuales y Salud Sexual de la publicación institucional de la OMS: la décima *Clasificación Internacional de Enfermedades y condiciones relacionadas con la salud* (CIE-10) (p. 66). Es decir, que, aunque son instituciones diferentes, no están alejadas una de la otra.

3.3 La anomalía y la naturalización

Como se ha leído, la medicina y la psiquiatría son campos que a lo largo del tiempo han delimitado y establecido institucionalmente las cuestiones aceptables (y no) de los cuerpos, de las mentes y de los comportamientos humanos. Tal como plantean Margot Pujal, Marina Calatayud y Patricia Amigot (2020):

“la psiquiatría, en su afán de ser considerada una ciencia exacta y rigurosa, [buscó] equiparar la enfermedad mental a la física. [Por lo cual] debía tener

una causa biológica, un curso determinado y un tratamiento cuyo blanco residiera en el propio cuerpo, desde el sistema nervioso, el hormonal, pasando por la neurocirugía. Estos presupuestos psiquiátricos se explican bajo el denominado “modelo biomédico” que históricamente ha recurrido al internamiento psiquiátrico y, en la actualidad, a la industria psicofarmacológica” (pp. 2-3).

La disforia de género al ser planteada como un trastorno mental y/o como una anomalía con orígenes biológicos, pone el foco y como “solución” más “obvia” en el tratamiento de TRH y de CRS. Pues *alinear* el género, los genitales y la identidad de género pareciera ser lo más “adecuado” para aliviar la angustia que se vive, sin tomar en cuenta el contexto social en el que se encuentra inmersa la persona. Incluso desde organizaciones como la WPATH, se asegura que las cirugías y los tratamientos de reasignación sexual son “efectivos y médicamente necesarios [...] en el proceso de tratamiento de la disforia de género” (2012, p. 62). Lo cual a través de los años y con movimientos como el de las *mujeres detrans*¹¹, ha sido cuestionado severamente.

Otra de las críticas hacia estas posiciones innatistas sobre la disforia de género es que, tal como lo plantea Jemma Tosh (2016), parece ser que, para validar este sentimiento de angustia entre el cuerpo, sus asignaciones sociales y los pensamientos internos respecto a él, es necesario enmarcarlo como una *anormalidad biológica*. (p. 14) Lo cual, nuevamente, refuerza la idea de una “normalidad”, de un único modo de ser y de vivir adecuadamente, dictado por *la naturaleza* y por lo tanto, incuestionable. Apoyando la idea de *tener que* reparar “errores” que individualmente se perciben por no encajar en lo dictado como lo normal. Es relevante mencionar que, así como existen posiciones deterministas desde “lo biológico”, también existen desde “lo social”.

Éstas plantean que la disforia de género no existe como tal, sino que es meramente una construcción social, un problema de salud creado por la propia

¹¹ Las *mujeres detrans* son mujeres que han destransicionado. Es decir, que estuvieron un lapso de tiempo bajo terapia de reemplazo hormonal e incluso se sometieron a cirugías de reasignación sexual como la mastectomía y/o la histerectomía y/o la faloplastia. Y posteriormente, decidieron parar su transición y “volver” a vivir como mujeres. En el siguiente capítulo se ahonda en ellas con algunos testimonios y planteamientos específicos sobre la disforia de género en las mujeres.

medicina al crear conceptos esencialistas con base en estereotipos de género como el de “identidad de género” (Jefreys, 2021, pp. 47-49) En otras palabras, si la medicina no hubiese reforzado a lo largo del tiempo las jerarquías sociales y los *deber ser* para cada cuerpo sexuado, ni siquiera existiría una angustia individual que causara anhelar pertenecer al otro género.

Aunque se comparte la crítica general hacia los discursos médicos, en esta tesis yo planteo que la disforia de género no es una cuestión ni meramente social, ni meramente biológica. Al ser personas, en este caso mujeres, insertas en un contexto sociohistórico particular respondemos a ambas cuestiones. Las imposiciones sociales a nuestro cuerpo sexuado como mujeres tienen repercusiones directas en nuestras emociones, en nuestros pensamientos. Por lo cual, aunque la disforia de género fuese meramente una construcción social, el impacto a nivel fisiológico y psicológico es un hecho.

Como se verá después del análisis en el quinto capítulo, hablar de la disforia de género como un fenómeno complejo con variables sociales, psicológicas, emocionales e históricas, en lugar de plantearla como una *anormalidad innata y biológica* o sólo como una *construcción social* no hace la experiencia de angustia e inconformidad con el cuerpo menos válida, sino que se enriquece el análisis y, en consecuencia, se amplían las vías para abordarlo en la práctica, fuera de la teoría.

3.4 Formas de atención y tecnologías corporales

Según Eulalia Pérez Sedeño (2012), las tecnologías son una manifestación de la sociedad, son el momento histórico hecho material (p.133) Puede decirse entonces que los significados sociales alrededor de alguna tecnología han sido contruidos según los entramados simbólicos, económicos, sociales y políticos del contexto. Como ha podido leerse, ha sido desde contextos muy específicos, como el de la Segunda Guerra Mundial, en el que se ha enmarcado la categoría y el tratamiento para la disforia de género. En donde las Terapias de Reemplazo Hormonal y las Cirugías de Reasignación Sexual se han priorizado como *formas únicas* de hacerle frente a la situación de angustia e inconformidad con el cuerpo mismo. Tratamientos que, aunque han sido cuestionados, y en el capítulo cuatro se

profundiza sobre ello, continúan como una prioridad en el campo de la medicina y en el social.

De acuerdo con Nicola Pavan et al (2015) en el caso de reasignación de género de mujer a hombre (FtM por sus siglas en inglés):

“la reasignación de género es un tratamiento integral con el objetivo de alterar el fenotipo con terapia hormonal y/o con cirugía y ha demostrado ser la mejor solución disponible para las personas afectadas por la disforia de género [...] Los procedimientos quirúrgicos de FtM incluyen: cirugía de pechos (mastectomía), cirugía genital (histerectomía, salpingo-ooforectomía, faloplastia) y otras intervenciones quirúrgicas (cirugía de voz, liposucción, implantes de pectorales)” (p 289).

Estas/os autoras/es pertenecientes al departamento de urología de la Universidad de Trieste en Italia, sostienen, como se ha afirmado desde finales del siglo XX, que los tratamientos hormonales y las cirugías de reasignación sexual son la *vía más eficaz* para aliviar la disforia de género. En este mismo sentido, desde la WPATH también se afirma que “la terapia hormonal y las cirugías han demostrado ser médicamente necesarias para *aliviar* la disforia de género en muchas personas” (2012, p.9)

Se plantea como lo “más eficaz” pues responde a modificar el fenotipo para hacerlo más parecido al sexo y género masculino que no se tiene y que es lo que causa la angustia misma. Aunque pudiera parecer por sentido común lo más fácil, esto deja fuera cuestionamientos sobre qué orilla a las mujeres a sentir rechazo por su propio cuerpo y anhelar parecer fenotípicamente, ser tratadas y vivir como un hombre.

Sheila Jeffreys (2021) apuntala que, situaciones como la violencia y el abuso físico y sexual han sido causas de angustia corporal principalmente para las mujeres, lo que contribuye al deseo de transicionar (p. 108). Por ello, nuevamente hago énfasis en la importancia de ampliar el panorama y que no se considere sólo *lo biológico*, o bien, sólo *lo social*.

A continuación, hago un breve recorrido histórico sobre el contexto de las TRH y las CRS que se recomiendan específicamente para las mujeres con disforia de género en una apuesta por *quitar* el sentimiento de angustia y así, construir la identidad deseada y “alineada”. Esto es fundamental pues conocer de dónde vienen y en qué consisten esas propuestas es necesario para su revisión crítica y en consecuencia, para el planteamiento de otras alternativas.

3.4.1 Popularización de las cirugías de cambio de sexo

Uno de los parteaguas mediáticos que dio paso a la popularización de las cirugías de cambio de sexo, fue el caso de Chris Jorgensen, un exmilitar estadounidense que transicionó (MtF por sus siglas en inglés). Su caso, de acuerdo con Jorge (2014), fue publicado en el *New York Times* el 1ero de diciembre de 1952 con el titular “*Ex-GI becomes blonde beauty*” (exmilitar estadounidense se convierte en una belleza rubia) (p. 45).

En palabras de Harry Benjamin (1999): “[Jorgensen] no fue la primera persona en someterse a tal cirugía, sino la primera cuya transformación fue publicitada tan ampliamente que la noticia de esta posibilidad terapéutica se extendió a los rincones más lejanos de la tierra” (p. 12). Con esta cita se confirma la importancia de los medios para la popularización de las cirugías de reasignación sexual para las personas inconformes con su género.

De acuerdo con la historiadora Joanne Meyerowitz (2002): “Cuando la historia de Jorgensen estalló, la prensa recurrió a los médicos, quienes en la posguerra tenían una influencia cultural y una autoridad profesional cada vez mayores” (p. 6). En otras palabras, el caso de Jorgensen reforzó la “necesidad” de la medicina y de sus tratamientos para la sociedad, reforzando simultáneamente el no cuestionamiento a lo que desde este campo se teorizaba.

Otro medio importante para la visibilización y popularización de las cirugías de reasignación sexual dirigidas a personas con inconformidad o disforia de género fue la revista *Sexology*. Ésta fue fundada por el editor Hugo Gernsback en 1933 con la finalidad de compartir los conocimientos médicos acerca de la sexualidad. Entre algunos de los colaboradores importantes se encuentran Harry Benjamin y David

Cauldwell, quienes, como ha podido leerse en apartados anteriores, son fundamentales en la categorización de la disforia de género.

Fue en dicha revista donde por primera vez, al contar un caso de una mujer FtM (Female To Male), David Cauldwell en 1949 plantea el término de *transexualidad*. Hay que mencionar que Cauldwell fue editor de la revista de 1946 a 1959, por lo cual, temas como la disforia de género, la transexualidad y las cirugías de reasignación sexual, fueron un eje fundamental. De acuerdo con Meyerowitz, los relatos en la revista *Sexology* abrieron paso a que personas que se veían a sí mismas como hombres femeninos o mujeres masculinas confirmaran y nombraran su *crossgender identification*, por lo que, la mayoría comenzó a buscar información y tratamiento médico. (2002, p. 36) Puede verse, nuevamente, el peso que los medios comenzaron a tener para el *autodiagnóstico* y la patologización propia por no encajar en el “deber ser” como hombre o como mujer.

En el caso específico de las mujeres con disforia de género, el estudio de las causas del origen, así como de las CRS, fue mucho menor en comparación con el de los hombres. Un claro ejemplo es el libro *El fenómeno transexual* de Harry Benjamin, donde la investigación se enfoca mayormente en los estudios de caso y las cirugías para varones. Incluso Benjamin (1999) menciona que, si el suceso tan mediático de Jorgensen hubiera sido un caso de FtM, probablemente el número de investigaciones sobre ello, hubiera sido mayor (p. 84). Lo cual no sé si sea totalmente cierto, puesto que, por ejemplo, el concepto de *transexualidad* en 1949 fue acuñado por un caso de *mujer a hombre* (FtM), y sin embargo, la mediatización de ello no fue en la misma medida que el caso de Jorgensen. Por lo tanto, queda la pregunta sobre si la mediatización hubiera sido mayor, en consecuencia, también habría sido la profundización de las investigaciones específicas sobre las mujeres con disforia de género.

Probablemente como ha ocurrido en la jerarquía de los cuerpos sexuados, donde se ha considerado como la experiencia universal la de los varones, la respuesta seguiría siendo negativa. Por ello, este trabajo de investigación se enmarca en la epistemología feminista, pues se insiste en la existencia de los sesgos androcéntricos, los cuales al pretender ser considerados como “neutros”

resultan en políticas, investigaciones y planteamientos dirigidos a varones, lo cual al mismo tiempo produce invisibilización de las experiencias de las mujeres. Por ahora el trabajo pendiente es visibilizar dichos sesgos y construir investigaciones desde, por y para las mujeres, como es el caso de este trabajo de tesis.

3.4.3 Mujeres y transición

Uno de los primeros casos en la medicina sobre mujeres que sentían inconformidad con su cuerpo y anhelaban transicionar a *ser hombre*, es el caso de Earl por el cual David Cauldwell acuñó el término de “transexualis” en 1949. Earl llegó con Cauldwell pidiendo una cirugía de “transmutación sexual”, en donde algún cirujano pudiera quitarle los pechos, los ovarios, así como “cerrar su vagina” y construir un “pene artificial”. (Meyerowitz, 2002, p. 42) Es claro que Earl tenía inconformidad con su cuerpo y para ella (posteriormente él) la vía para solucionarlo fue a través de intervenciones quirúrgicas. Otro caso, anterior al de Earl, es el de Pauli Murray a principios de 1940, quien fuese una mujer joven afroamericana que dejó por escrito su experiencia al ser una *lesbiana butch*. Para ella, según Meyerowitz, amar a otras mujeres y ser una mujer masculina sólo pudo tener respuesta a través de pensar que tenía un desbalance hormonal, o bien que tenía alguna gónada masculina escondida. (Meyerowitz, 2002, p. 37).

En otras palabras, Pauli pensó firmemente que su amor a otras mujeres y el ser *butch* significaba que no era mujer, sino que en el fondo era un hombre, por lo que comenzó a buscar respuestas dentro del discurso médico de la *anormalidad*. Algo similar ocurrió a Ruth Parrin en 1935, quien por ser lesbiana asumió que en su cuerpo había tumores que la hacían *sentir como hombre* y que, por lo tanto, debía tener intervenciones quirúrgicas para dejar de sentirse de esa forma. (Meyerowitz, 2002, p. 33). La relación entre lesbianas y disforia de género parece no ser casualidad puesto que rechazar la heterosexualidad, y en ocasiones también la feminidad, siendo mujer, ha tenido un impacto directo en el trato social, en donde prepondera el estigma pues no hay una *alineación* con lo que una mujer “debe ser”. En el siguiente capítulo lo describo con detalle.

Otras historias de mujeres que, al estar inconformes con su cuerpo y con la forma en cómo las trataban, decidieron buscar ayuda para realizar la transición FtM fueron las deportistas Zdenka Koubkov, Mary Edith Louise Weston y Lili Elbe, quienes en la década de los 30 y al estar en un espacio construido como masculino (el deporte), decidieron buscar ayuda médica y comenzar a vivir como hombres. (Meyerowitz, 2002, p. 33-35).

Aquí quiero volver a la tesis de Rudolf M. Dekker y Lotte Van de Pol (2006) con sus estudios de travestismo femenino en Europa en los siglos XVII y XVIII, en la cual afirman que las causas por la que las mujeres tomaban la decisión de travestirse eran cuestiones materiales y emocionales muy específicas, como el amor a la patria, la lesbiandad y/o la pobreza. (p. 2). Y no sólo por cuestiones *innatas*, como desde el discurso médico se ha planteado.

Según la WPATH, con su SOC-7 (2012), “el conocimiento del fenómeno de la disforia de género se incrementó cuando los y las profesionales de la salud comenzaron a brindar asistencia para *aliviar* la disforia de género mediante el apoyo a los cambios en las características sexuales primarias y secundarias a través de terapia hormonal y cirugías, simultáneamente con un cambio en el rol de género” (p. 9)

Con respecto a las mujeres, son al menos cuatro intervenciones: (1) el tratamiento hormonal a través de la aplicación de testosterona, (2) la mastectomía para quitar los senos, (3) la histerectomía para retirar el útero y los ovarios y (4) la faloplastia para construir un pene artificial. Intervenciones que en comparación con los casos de reasignación quirúrgica en MtF (Male to Female) son más complicadas y menos estandarizadas (Sohn, 2015, p. 303). Lo cual vuelve a reflejar la necesidad de visibilizar los sesgos androcéntricos y sexistas pues resulta necesario profundizar en los riesgos que dichas intervenciones conllevan y dejar de plantear las experiencias de los hombres como el estándar.

En los siguientes subapartados describo cada una de ellas, con la finalidad de comprender más a fondo el contexto, el proceso y los riesgos que conllevan dichas intervenciones, pues en el capítulo cuatro son centro de la discusión sobre el

tratamiento para la disforia de género y el debate sobre si realmente son necesarias y eficaces como desde las instituciones se ha afirmado.

3.4.3.1 Terapia de Reemplazo Hormonal: testosterona

La Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) que se recomienda para las mujeres con disforia de género se basa en la aplicación de testosterona. De acuerdo con Aduay et al (2018): “La testosterona es una hormona sexual androgénica responsable del desarrollo y características masculinas. Es primariamente secretada por los testículos de varones genéticos, y es considerada el andrógeno endógeno natural principal.” (p. 319) Hay que recordar, que tal como en el segundo capítulo se describió, la sintetización de las hormonas sexuales fue posible a partir de experimentos en 1910 en Alemania con ratones y cuyos, por parte de Eugen Steinach, a quien se le considera pionero en la endocrinología.¹² Campo que ha sido de suma importancia en los tratamientos médicos para la disforia de género. Siguiendo el texto de la Sociedad Endocrina (*Endocrine Society*) escrito por Hembree et al (2017):

“la afirmación de género es un tratamiento multidisciplinario en el que los endocrinólogos juegan un papel importante. Las personas con disforia o inconformidad de género buscan y/o se refieren a endocrinólogos para desarrollar las características físicas del sexo afirmado. Requieren un régimen hormonal seguro y eficaz que suprima (1) la hormona sexual endógena secretada por el sexo genético/gonadal de la persona y (2) mantener la hormona sexual en niveles dentro del rango normal para la persona que está afirmando el género” (p. 3869)

El objetivo de este tratamiento hormonal es masculinizar el cuerpo, y lograr que se produzcan características secundarias del sexo masculino. Según SOC-7 (2012): “los cambios físicos esperados (algunos de ellos irreversibles) son: profundización de la voz, aumento del clítoris (variable), crecimiento del vello facial y corporal, cese de la menstruación, atrofia del tejido mamario y disminución de porcentaje de la grasa corporal en comparación con la masa muscular” (p. 40, 41).

¹² Puede verse más en el apartado 2.2.2 del capítulo 2: “La bi-sexualidad y la trans-sexualidad”.

La testosterona induce las características secundarias masculinas al mismo tiempo que reduce las femeninas, por ello, es uno de los tratamientos más recomendados para *aliviar* la disforia de género en las mujeres. Recordemos que la disforia de género se define como aquella inconformidad y angustia con el cuerpo y con las asignaciones de género que de él se desprenden, por lo que se desea pertenecer al otro sexo y género.

El tratamiento puede ser llevado a cabo ya sea por la vía dermal a través de parches, la vía intramuscular mediante inyecciones, la vía oral por tabletas o bien, la vía subcutánea con implantes subdermales (Bernardi y Fabris, 2015, p. 229-231) Actualmente las inyecciones son el procedimiento más recomendado por ser el que menos riesgos conlleva.

El TRH conlleva riesgos, ninguna vía está libre de ellos, algunos van desde la osteoporosis, el acné, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer de mama, cervical y/o de ovarios, sólo por mencionar algunos (Bernardi y Fabris, 2015; WPATH, 2012). Aunque son riesgos que recientemente han comenzado a estudiarse y de los cuales no se tiene evidencia suficiente ni un registro de las consecuencias a largo plazo, desde organizaciones como la WPATH, se afirma que la paciente debe ser consciente de todos ellos al momento de iniciar el tratamiento con testosterona.

Institucionalmente se ha planteado que: “antes de iniciar la terapia, las pacientes deben conocer los riesgos, los efectos adversos, así como sus expectativas realistas y no realistas sobre los resultados” (Bernardi y Fabris, 2015, p. 229). Sin embargo, también se ha encontrado que, tal como lo relatan las mujeres *detrans*¹³, muchas veces ni siquiera en las mismas clínicas se les informa lo suficiente de los riesgos o cambios irreversibles que la terapia de reemplazo hormonal puede tener.

Incluso, se han encontrado testimonios de personas comienza la TRH sin haber consultado a un especialista.¹⁴ Lo cual deja fuera cualquier tipo de acompañamiento, ya sea médico o psicológico. Hay que mencionar que una de las

¹³ Puede consultarse el Anexo en donde se encuentran 20 testimonios de mujeres *detrans*.

¹⁴ Sobre todo las mujeres *detrans* han hecho énfasis en esta situación y muchas de ellas iniciaron de esa forma su transición.

recomendaciones durante la TRH, es que después de un tiempo en ella para evitar la osteoporosis y problemas en los senos y/o útero y ovarios, hay que realizarse intervenciones quirúrgicas, tales como la mastectomía y la histerectomía. Las cuales se abordan a continuación.

3.4.3.2 Mastectomía

La mastectomía es la técnica quirúrgica mediante la cual se procede a la extirpación del tejido glandular mamario. Esta intervención tiene como objetivo conseguir un pecho liso y simétrico dando como resultado una masculinización del tórax. Usualmente es la primera cirugía en el proceso de FtM y no requiere necesariamente estar en tratamiento hormonal (IM Clínica, 2021; Ramella, Papa y Marij Arnez, 2015, p.81-82) Se ha propuesto el término de *adenectomía mamaria subcutánea* para diferenciarla de la cirugía realizada a mujeres con cáncer de mama (Morales y Stevens, 2019, p. 420). Incluso hay un debate ético acerca de considerar a la mastectomía como una cuestión *estética* o como una cuestión *reconstructiva*, pues en este procedimiento, los tejidos glandulares mamaros que se retiran son tejidos sanos. Cuestión que no sucede desde el campo de la oncología.

La historia de esta intervención quirúrgica se remonta a finales del siglo XIX, con personajes como Vincenz Czerny, quien fuese un cirujano alemán al que se le atribuye una participación importante en el campo de la oncología y de la ginecología, al desarrollar técnicas como la mastectomía y la histerectomía (Willeke y Lehnert, 1997, p. 253) y con William Halsted, quien en 1889 realizó por primera vez una mastectomía radical para controlar el cáncer de mama.

De igual forma, Halsted desarrolló la técnica que sería utilizada durante 100 años, la cual se basaba en: una amplia escisión de piel, extirpación del pectoral mayor, disección axilar y extirpación en bloque de todos los tejidos, con un amplio margen (Escudero, 2005). Puede notarse que esta intervención quirúrgica fue pensada específicamente para el campo de la oncología, sin embargo, en años posteriores fue retomada como recomendación para *aliviar* la disforia de género en las mujeres.

En la séptima publicación del SOC (2012) se hace hincapié en algunas de las complicaciones que puede haber, tales como la necrosis del pezón, irregularidades del contorno y una cicatrización antiestética (p. 72). El tamaño de los pechos es fundamental para elegir la técnica de la mastectomía, así como para conocer las probabilidades de éxito¹⁵. Al igual que para la Terapia de Reemplazo Hormonal, institucionalmente se plantea que las solicitantes de una mastectomía deben tener conocimiento de los riesgos, las complicaciones durante y posterior a la cirugía así como expectativas realistas sobre los resultados del procedimiento.

Esta se plantea como una intervención en la adultez, sin embargo, hay casos que se han llevado a cabo en mujeres adolescentes. Tal es el caso de Keira Bell, una de las voces más importantes del movimiento de mujeres *detrans*, quien se sometió a una mastectomía a los 16 años. Este caso se retomará más adelante.

La mastectomía, puede acompañarse o no, de otras intervenciones quirúrgicas tales como la histerectomía y la anexectomía. No obstante, dichas intervenciones se recomiendan para evitar mayores riesgos con la testosterona aplicada en la TRH. Lo cual significa que, aunque no se quisieran llevar a cabo cirugías para retirar el útero y los ovarios, son necesarias para evitar riesgos mayores a largo plazo.

3.4.3.3 Histerectomía y anexectomía

La histerectomía y la anexectomía son técnicas quirúrgicas que tienen la finalidad de extirpar el útero, las trompas de Falopio así como los ovarios. Hay al menos tres vías para realizarlas: vía abdominal, en la cual se realiza una incisión abdominal baja; vía laparoscópica, en la cual se introduce un gas (anhídrido carbónico) para inflar el abdomen; y vía transvaginal, en la cual, como su nombre lo menciona, es desde la cavidad vaginal que se extirpan el útero y los ovarios.

De acuerdo con Michael Sohn (2015), estas cirugías son *necesarias* en todas las pacientes en Terapia de Reemplazo Hormonal, pues la exposición permanente a la testosterona exógena pone en riesgo el desarrollo de carcinoma endometrial u ovárico (p. 303). Es decir, que no sólo estas cirugías se recomiendan para *aliviar* la

¹⁵ Por “éxito” se hace referencia a conservar piel, el pezón y la aureola de los pechos.

disforia de género y mantener la masculinización fenotípica, sino para *evitar* más complicaciones a la larga.

De estas intervenciones se tienen datos desde el año 120 a.C, cuando se realizó la primera histerectomía con la finalidad de extraer un útero prolapsado gangrenoso. Sin embargo, fue hasta el siglo XIX con París Recamier que se pudo realizar con éxito. Y posteriormente, con Friedrich Schauta quienes desarrollaron la histerectomía con un *criterio oncológico* para el cáncer de cuello uterino. (Yovarone, et al., 2002, p. 86) La histerectomía se recomienda para tratar el cáncer de útero, los fibromas, la endometriosis, el prolapso uterino, así como el dolor pélvico crónico. Algo similar a lo que sucede con la mastectomía y su recomendación desde el campo de la oncología.

Algunas de las complicaciones que pueden presentarse, de acuerdo con Geller y Clarke-Pearson (2013): “pueden categorizarse como infecciosas, tromboembólicas venosas, lesiones del tracto genitourinario (GU) y gastrointestinal (GI), hemorragia, lesiones neurológicas, y dehiscencia del manguito vaginal” (p. 1), las cuales deben ser tratadas para no generar mayores problemas. En el caso de las mujeres que transicionan (FtM), se ha investigado que, al tener un útero y ovarios sanos, las complicaciones pueden ser *menores* en comparación con las mujeres con cáncer o problemas similares. Al igual que la mastectomía, esta cirugía no se inició con el objetivo de *tratar* a mujeres con disforia de género, por ello, también existe un debate ético sobre extirpar órganos y tejidos sanos.

Finalmente, una de las cirugías que se recomiendan para “terminar” la transformación física y asimismo, el alivio “por completo” de la disforia de género en mujeres, es la faloplastia.

3.4.3.4 Faloplastia

La faloplastia puede definirse como “la intervención quirúrgica que permite la reconstrucción de un falo (pene) de dimensiones anatómicas”¹⁶. Según Sohn (2015) con ésta “se busca construir un pene y escroto estético, preservar o reconstruir la

¹⁶ Pueden consultarse más especificaciones en:

<https://www.cirugiadegenero.com/hombre-transexual/cirugia-de-reasignacion-genital/tipos-cirugia-reasignacion-genital-paciente-transexual-masculino/faloplastia/> (Consultado el 9 de noviembre del 2020)

sensibilidad y la sensibilidad al tacto, así como la posibilidad de tener una erección para uso sexual” (p.304).

La técnica mayormente utilizada es la llamada *radial forearm free flap* (RFF por sus siglas en inglés), en la cual se corta un aproximado de 10 cm de piel del antebrazo o de la pierna para usarla en la reconstrucción genital. Se eligen estas zonas como donantes pues la piel de esos lugares le da una mejor calidad cosmética y mayores probabilidades de funcionalidad.

Inicialmente esta técnica fue desarrollada, según Trombetta et al (2015), para “la liberación de la contractura de la piel cervical en pacientes con quemaduras, y hoy en día es frecuentemente usada en la reconstrucción de la cabeza y el cuello, así como en la cirugía reconstructiva del pene” (p.250) En otras palabras, su origen no fue inicialmente para las cirugías de reasignación sexual, la técnica fue re-apropiada tanto por el ámbito psiquiátrico y médico, como por el mismo colectivo trans, al pasar los años.

Fue en 1984 cuando por primera vez se sabe del uso de la técnica RFF específicamente para una faloplastia, y se sabe de cinco casos en 1988 de los cuales dos tuvieron un éxito inicial pero complicaciones al poco tiempo y los otros tres fracasaron completamente, pues incluso desarrollaron trombosis vascular (Trombetta et al, 2015, p. 250, 254). Actualmente es una de las cirugías con una alta tasa de complicaciones: de acuerdo con Sohn (2015), las limitaciones posteriores a este procedimiento incluyen principalmente problemas con el tracto urinario y morbilidad del sitio donante de piel. Incluso pueden subdividirse en grupos según las complicaciones que existen: las relacionadas con el pedazo de piel cortado, las relacionadas con el lugar donante de piel, las relacionadas con la uretra y las relacionadas con la prótesis (pp. 305, 306).

Según escribe este mismo autor, “las tasas de complicaciones como infecciones, erosión o mal funcionamiento son significativamente más altas que en los hombres *biológicos* impotentes” (Sohn, 2015, p. 307). Y se han registrado algunas complicaciones de la cirugía, sin embargo, todavía no hay datos de las complicaciones a largo plazo, es un vacío de información existente. Lo cual también puede reflejar un sesgo androcéntrico en la investigación acerca de estos

procedimientos que son específicos para las mujeres, pues en comparación con los procedimientos a hombres (MtF), existen mayores investigaciones.

Pese a todo lo anterior, la técnica de RFF es considerada como el “estándar dorado” de las faloplastias, por lo cual es la técnica mayormente usada en pacientes FtM (Female to Male). Hay que mencionar que para poder llevar a cabo esta cirugía existen requerimientos importantes, los cuales son el previo inicio en el tratamiento hormonal para el crecimiento del clítoris, así como dos cirugías: una histerectomía (extracción del útero) y una ovariectomía (extirpación de los ovarios). Sin estos no es posible realizar la cirugía de reasignación sexual a través de la RRF.

De acuerdo con Trombetta et al (2015), la faloplastia es considerada como la cirugía *reconstructiva* más desafiante (p.229), pues además de implicar el corte de piel del brazo y/o pierna, está la reconstrucción misma de un miembro genital que pueda ser funcional y además tenga sensibilidad. Por estas razones la WPATH en su séptima publicación (SOC) recomienda que el equipo de cirugía esté conformado además de un cirujano plástico, por al menos un especialista en urología y otro en ginecología (Sohn, 2015, p.303). La faloplastia puede durar entre 10 y 12 horas, por ello, debe ser un equipo altamente capacitado con experiencia previa.

Como se ha revisado, la faloplastia es una cirugía de reasignación sexual para mujeres que realizan el tránsito de FtM desde aproximadamente los años 80. Hay que recordar, que tal como en el primer apartado se describió, para estos años una parte fundamental en el tratamiento para la disforia de género eran las reasignaciones sexuales y hormonales, pues de esta forma, la angustia causada por la discrepancia entre el sexo anatómico y la “verdadera” identidad de género, se podía reducir.

Lo cual, podemos ver que no ha cambiado mucho. Aún desde el ámbito médico y social, las Terapias de Reemplazo Hormonal, así como las cirugías de reasignación sexual son una recomendación básica para poder calmar la angustia entre el cuerpo sexuado, las asignaciones sociales y la construcción de la subjetividad de forma individual. Esto también es parte fundamental del debate, pues se cuestiona la necesidad de “alinearse” individualmente a los parámetros

aceptables para poder vivir dentro de la “normalidad” heterosexual: mujeres femeninas o bien, hombres masculinos.

A continuación, después de haber hecho este recorrido por las tecnologías corporales que se recomiendan desde el campo médico para *aliviar* la disforia de género, se presentan tres principales formas de categorizar la relación entre sexo, género y sexualidad. Pues la postura que se tome respecto a la disforia de género está intrínsecamente relacionada con esto. Posteriormente, en el último capítulo se presentan los actuales debates que existen respecto a cómo se ha categorizado la disforia y en consecuencia los “tratamientos”. Ya que, sobre todo desde la corriente feminista radical y las mujeres *detrans* se han cuestionado severamente todas las intervenciones quirúrgicas. Y al mismo tiempo, desde la epistemología feminista, se ha puesto en evidencia la omisión, la minimización y/o la exageración acrítica de las experiencias que vivimos las mujeres, lo cual resulta en una reducción de alternativas.

Capítulo 4. Tríada conceptual: sexo, género y sexualidad

4.1 Conceptualización de sexo, género y sexualidad: tres modos

El análisis y la categorización del cuerpo sexuado y de la sexualidad no son temas meramente del campo de la medicina o de la psiquiatría. Desde las ciencias sociales y otros campos del conocimiento también se han transformado o planteado teorías acerca de esta tríada conceptual. A continuación, con base en el texto de Nicole Claude Mathieu (1989), estableceré la diferencia entre las tres principales formas de conceptualizar la relación sexo/género/sexualidad así como una breve introducción a las críticas y movimientos a favor de cada una.

Cabe mencionar que, aunque la conceptualización de Claude Mathieu se hizo a finales de los 80, continúa muy vigente en pleno siglo XXI pues según cómo se categorice esta tríada (sexo, género y sexualidad) será como se plantee la disforia de género. Y aún más particularmente la disforia de género en las mujeres.

4.2.1 Modo 1: Identidad “sexual”

En este primer modo la referencia principal es *el sexo*. Se otorga una relación de *correspondencia homológica* entre el sexo y el género, por lo cual se dice que “el género traduce al sexo” (Mathieu, 1989, p. 134). Desde esta conceptualización debe haber una *adecuación* entre el sexo y los rasgos personales psico-sociales (lo que podría llamarse el *género* y la *identidad de género*). Se plantea como: “una bipartición absoluta del sexo [...], un destino individual anatómico que hay que seguir por medio de la identidad de género correspondiente”. (p. 141)

En otras palabras, desde esta visión de la “biología” el hecho de “nacer macho” corresponde a lo masculino, mientras “nacer hembra” a lo femenino.¹⁷ Se vuelve una obligación individual que lo “biológico” corresponda a lo “social”. Asimismo, bajo esta conceptualización la *heterosexualidad* es la expresión natural de deseo y de la sexualidad misma por excelencia.

¹⁷ Se escriben aquí los términos “macho” y “hembra” para hacer énfasis en aquello planteado desde esta perspectiva como “lo biológico”. Como autora de esta tesis rechazo el uso de dichas categorías, sin embargo son necesarias para el análisis propuesto pues desde esta posición así se describen.

Por tal motivo, todo fuera de ello se convierte en una anomalía, o bien, en una patología que hay que tratar para *curar* con la finalidad de *acomodar* la convergencia existente. Un ejemplo que la autora plantea es el de la homosexualidad, la que se considera como una “inadecuación entre el sexo y el género” (p. 137) pues no se cumple la “naturaleza” de la heterosexualidad, y muchas veces, tampoco el deber ser de la masculinidad o de la feminidad.

Sin embargo, para tratar de contrarrestar dicha “inadecuación” y su inevitable rechazo social, desde este primer modo se sostiene que la homosexualidad también *es natural* (p.136). La sexualidad y las orientaciones sexuales se plantean como algo innato y desde el campo científico se ha buscado dar respuesta a su origen, tal como las tesis -ya cuestionadas- sobre el *gen homosexual*¹⁸.

Otro ejemplo donde se refleja esta primera forma de conceptualización, de acuerdo con Nicole Claude Mathieu, es en la transexualidad. Pues, si una mujer no cumple con la feminidad, y además es lesbiana, su nuevo *deber ser* será alinearse a través de la transición. Así, su identidad de género, su género, su sexualidad y posteriormente, con cirugías, su sexo, parecerá lo más cercano al de un hombre. Ya que un hombre, con su respectivo rol de la masculinidad, es el único que sí puede y tiene permitido desear y amar a una mujer. Puede decirse que socialmente de ser una *lesbiana masculina* se pasa a un *hombre heterosexual*. Sobre este planteamiento, sobre todo desde el feminismo radical y las mujeres *detrans* se ha cuestionado la manera de plantear la disforia de género específica en las mujeres, pues comienzan a nombrar a la misoginia como un factor primordial en la angustia por el cuerpo y por no cumplir con el deber ser de la heterosexualidad y la feminidad.

Nicole Claude-Mathieu (1989) hace una breve crítica sobre la transexualidad “clásica” pues menciona que:

“en su mayoría [los transexuales] rechazan con horror la idea de ser considerado(a)s como homosexuales y quieren por medio de la modificación

¹⁸ Se puede ahondar más en artículos como el siguiente “No existe el ‘gen gay’, apunta estudio sobre el ADN”, el cual puede encontrarse en el siguiente link: <https://www.forbes.com.mx/no-existe-el-gen-gay-apunta-estudio-sobre-el-adn/> Consultado el 29 de abril del 2021.

de su sexo lograr una “verdadera” heterosexualidad. La insistencia que ponen la mayoría de los transexuales en volverse “normales” se acompaña generalmente de su tradicionalismo respecto a los roles de género (división del trabajo, apariencia, etc.)” (p.138).

Vale decir, que desde este modo de conceptualización surgen las posturas esencialistas sobre el *ser mujer* o el *ser hombre*. La bipartición dual no permite cuestiones fuera de la heterosexualidad y de sus asignaciones femeninas o masculinas según el sexo. De ahí la necesidad de “alinearse” individualmente el sexo, el género y/o la sexualidad.

En resumen, desde el modo 1 con la identidad “sexual” se desprenden al menos dos tesis principales: (1) que la heterosexualidad es *lo natural* y, por lo tanto, el *deber ser* en la sexualidad; (2) que el sexo, el género y la identidad de género deben estar *alineadas* a la heterosexualidad con sus respectivos roles de feminidad o masculinidad; todo fuera de ello será patologizado, rechazado socialmente y visto como una anomalía. Tesis que son retomadas por la mayoría de las instancias socializadoras, ya sean los medios de comunicación, la Iglesia, la escuela, la familia o bien, la sociedad en general.

Asimismo, dentro de estos sectores se encuentra en gran parte la investigación científica, por ello la epistemología feminista apuesta por visibilizar los sesgos que continúan reproduciendo visiones, precisamente, como las del modo 1. También se encuentra una parte del activismo LGBT al plantear la homosexualidad, y las orientaciones sexuales, como una cuestión natural, así como por una parte del activismo trans, al reproducir los estereotipos de género para poder afirmar su “normalidad”.

Incluso se plantea el término de *cisgénero*, desde el cual se combina el prefijo *cis*, que significa “de este lado”, con género, en contraste a lo *transgénero*, donde el prefijo *trans* señala que algo está “del otro lado”. De acuerdo con Avery Dame (2017) esta dicotomía ya desde 1914 se usaba en el campo de la sexología alemana, pues se usaba *cis/trans* como referencia a la no-conformidad de género.

Hay que mencionar que el concepto de *cisgénero* se retoma en 1994 con Dana Leland Defosse quien desde un grupo de discusión virtual llamado “Usernet” –en donde principalmente participaban personas trans–, planteó el concepto como forma estratégica para reconocer el derecho al acceso a Cirugías de Reasignación Sexual, así como a Terapias de Reemplazo Hormonal, pues éste podía servir para “identificar a cualquiera que su presentación de género y su sexo esté *alineado*, incluso transexuales que se habían sometido o deseado una Cirugía de Reasignación Sexual (CRS)” (Dame, 2017).

Actualmente, la categoría de *cisgénero* se utiliza para “definir a las personas que se identifican con la asignación de sexo/género que recibieron al nacer” (Serano, 2007 p. 2). Este término se ha vuelto muy popular dentro del ámbito del activismo trans, así como dentro de algunas corrientes teóricas del feminismo. La escritora trans Julia Serano (2007) sostiene que existe lo que llama un *privilegio cissexual*, el cual define como:

“El doble estándar que promueve la idea de que los géneros de las personas transexuales son distintos y menos legítimos que los géneros de las personas cissexuales [...] pues se genera un *sobreentendido cissexual* de que la forma en que ella (la persona cissexual) experimenta la relación entre su sexo físico y su sexo subconsciente (es decir, el hecho que no se sienta mal con el sexo físico en que nació, ni se sienta a sí misma como perteneciente al otro sexo, ni tampoco que desearía poder vivir en ese otro sexo) se aplica a las demás personas en el mundo” (pp. 3,5).

En otras palabras, se plantea que el no transicionar implica que, por lo tanto, estás *completamente cómoda con tu sexo, tu identidad de género, así como con el rol social que se te asigna*, lo cual es un “privilegio” pues se te *generiza*¹⁹ correctamente. Esto es problemático pues nuevamente se plantea que las mujeres sólo podemos y *debemos* ser femeninas, si no, no seríamos *cisgénero*, sino *trans*.

¹⁹ Julia Serano lo define como “el proceso de distinción social automático entre mujeres y hombres que se basa principalmente en las características sexuales secundarias (la forma y el tamaño del cuerpo, la textura de la piel, el vello facial y corporal, la voz, los senos, etc.), y en menor medida, la expresión de género y los roles de género (el vestido de la persona, los gestos, etc.)” (p. 4).

Por ello, lo he puesto bajo este primer modo, pues el concepto de *cisgénero* refiere a una *alineación* corporal, psicológica y social. Lo cual es duramente cuestionado desde perspectivas feministas como la lésbica y la radical, pues pese a las constantes presiones sociales sobre los cuerpos sexuados de las mujeres por ser femeninas y heterosexuales, hay resistencias y eso no nos hace automáticamente trans. De manera que queda el cuestionamiento sobre si la categoría de 'cisgénero' de hecho puede abarcar a las mujeres y delimitarlas únicamente como "no trans".

Hay que enfatizar que, bajo esta primera forma de conceptualización, la disforia de género se plantea como una especie de síntoma por no estar cumpliendo el deber ser heterosexual y estar "desalineada". De manera que su paso "lógico" deberá ser la transición, en el caso de las mujeres, a hombres trans. Y que se refleja en el planteamiento sobre lo *cis/trans*. Esto es importante de mencionar, pues desde la "identidad sexual" es que se desprende ver la disforia de género como una patología mental o bien, como una cuestión innata en donde las Cirugías de Reasignación Sexual y las Terapias de Reemplazo Hormonal son la única solución posible, como expuse antes.

4.2.2. Modo 2: Identidad "sexuada"

El segundo modo de conceptualización tiene como referencia principal al *género*. La correspondencia que existe entre el sexo y el género es una *correspondencia analógica*, donde "el género simboliza el sexo (y viceversa)" (Claude-Mathieu, 1989, p. 134) Se basa en lo que esta autora llama "una *consciencia de grupo*", pues el género se percibe como una especie de modo de vida colectivo.

Nicole Claude-Mathieu lo llama el "modelo de la diferencia heterosocial", pues la bipartición del género ya no se ve como una expresión de la naturaleza, como en el primer modo, sino como un *símbolo de la cultura*. También, bajo esta segunda perspectiva, puede haber toma de consciencia política sobre cómo los dos grupos de sexo son injustamente socializados. Sin embargo, tiende a la "*anatomización de lo político*". Lo cual significa que: "puede ser concebida cierta contestación del orden

social elaborado sobre el orden biológico, a la vez que la referencia sigue siendo la bipartición biológica” (p. 142)

En esta forma de conceptualización se cuestiona la concepción de naturaleza respecto a la heterosexualidad y a las asignaciones sociales a partir de lo “biológico” (*genitales, cromosomas y hormonas con los que se nazca*). La bipartición biológica es fundamental, pues de esta forma se puede separar lo “construido socialmente” como lo es el género y lo heterosocial, de lo “dado por la naturaleza” como el sexo.

Esta conceptualización históricamente es importante pues tal como lo escriben Birgit Riegraf y Brigitte Aulenbacher (2012):

“eliminar la supuesta correspondencia entre el género y la naturaleza fue la que por primera vez permitió hacer visibles como históricamente transformables y modificables a las diferencias y desigualdades entre los sexos, e hizo posible preguntar por las razones de su persistencia. La introducción de la categoría analítica de género en el sistema científico reveló *male bias* [parcialidad a favor del género masculino] [...] la crítica del androcentrismo se convirtió en el punto de referencia de la polémica con la ciencia tradicional” (p. 534)

En otras palabras, a partir de este segundo Modo fue posible comenzar a visibilizar los sesgos masculinos en la ciencia, los cuales siguen siendo importantes de señalar desde la epistemología y la crítica feminista. Sin embargo, plantear “lo biológico” como alteridad de “lo social” causa problemas al analizar de forma integral cuestiones como la disforia de género. A lo largo de este capítulo se comprenderá mejor.

Hay que mencionar que en el Modo 2 se acomoda la divergencia entre sexo y género a través de las “transgresiones del sexo por el género”. Además, la homosexualidad ya no es una patología ni tampoco una cuestión natural, sino que se convierte en una “cultura de grupo que fundamenta la identidad sexuada y el predominio del género sobre el sexo” (p. 146) Claude Mathieu (1989) describe el caso del travestismo (el cual no es igual al transexualismo) con dos ejemplos:

(1) El caso del “hombre lésbico”, quien fuese un hombre travestido en mujer que negaba unirse a los homosexuales masculinos durante las marchas e intentaba

que un grupo de lesbianas se hiciera cargo de él. Pues iba a buscar en un grupo lésbico, su identidad de mujer: “sintiéndose, según sus propias palabras, *aún más mujer cuando se enamoraba de una mujer*” (p. 146, 148)

(2) El caso de Marie-Aude Murail quien, en su autobiografía, aunque no menciona ninguna cirugía, se describe como un “hombre afeminado”, “un tipo con senos que coge con homosexuales”: ya que a ellos les gustan los hombres, ella es, por tanto, un hombre” (p. 147).

En ambos casos para confirmar su identidad se hace un intento de integrarse en el mundo de las lesbianas o de los homosexuales como cultura de grupo. Ya que a las lesbianas les gustan las mujeres, el “hombre lésbico” en consecuencia, es una mujer. Y si a los homosexuales les gustan los hombres, el “tipo con senos”, en consecuencia, es un hombre. Por ello, el centro desde esta forma de conceptualizar es el *género* y la consciencia de grupo en cuanto a las construcciones sociales alrededor de él, lo cual incluye a la sexualidad.

También bajo este modo de conceptualización puede observarse la reproducción de la heterosexualidad en parejas homosexuales o lésbicas. Como los matrimonios entre mujeres, en los cuales, pese a ser dos mujeres, se nombra a una como el “marido femenino”. Ante esto Nicole Claude-Mathieu (1989) menciona:

“la diferenciación de las tareas y de las funciones sociales, atributo principal del género, se reproduce incluso en los matrimonios del mismo sexo, hecho que testimonia, a manera de reflejo, que el matrimonio no se define principalmente por la función reproductiva entre sexos opuestos, sino que en cambio garantiza siempre un conjunto de derechos del sexo/género “hombre” sobre el sexo/género “mujer” (p.150-151).

En virtud de lo cual, y bajo el tercer modo de conceptualización, Monique Wittig (1992), feminista materialista y lesbiana genera un planteamiento acerca de la heterosexualidad, no sólo como un modelo “heterosocial”, sino como un régimen político. Con la finalidad de realizar análisis y críticas a la reproducción de la heterosexualidad dentro de parejas del mismo sexo, así como de comprender de forma más amplia el impacto de las asignaciones heterosexuales en las mujeres.

En conclusión, bajo esta conceptualización hay dos tesis principales: (1) el género es una construcción social y cultural que da pertenencia de grupo, mientras que el sexo es una cuestión *biológica*; (2) la heterosexualidad y la homosexualidad, así como el género, se vuelven una cuestión meramente social, ya no como algo innato. Sin embargo, existe una tendencia a insertarse en el modelo “heterosocial”.

El modo 2 se encuentra principalmente en la investigación con perspectiva de género²⁰ así como en trabajos feministas desde la academia con una visión postmoderna. Se plantea la bipartición social a causa de construcciones sociales (el género), como en el caso del texto considerado clásico “El tráfico de mujeres. Notas sobre la “economía política” del sexo” de Gayle Rubin escrito en 1986. En ese texto ella plantea el concepto de “sistema sexo-género”, el cual refiere: “al conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad *biológica* en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (p. 97). Es decir, se afirma que existe una cuestión *biológica* (sexo) a la cual se le otorgan asignaciones sociales específicas (género).

De igual forma, autoras como Judith Butler que se adhieren al pensamiento posmoderno y que son base para la *teoría queer* (la cual surge a partir del pensamiento de Gayle Rubin y de planteamientos como el de *biopoder*²¹ de Michel Foucault) plantea al género como una construcción social *performativa* donde la puesta en escena o *performance* es fundamental y la cual no tiene correlación alguna con la sexualidad. De acuerdo con Butler (2007):

“no se puede establecer ninguna correlación, por ejemplo, entre el travestismo o el transgenerismo y la práctica sexual, y la distribución de las inclinaciones heterosexual, bisexual y homosexual no puede determinarse de manera previsible a partir de los movimientos de simulación de un género ambiguo o distinto [...] El género no es un acto único, sino una repetición y un ritual que consigue su efecto a través de su *naturalización* en el contexto de

²⁰ La cual no es sinónimo de la perspectiva *feminista*.

²¹ El biopoder es “el conjunto de mecanismos por medio de los cuales aquello que, en la especie humana, constituye sus *rasgos biológicos* fundamentales podrá ser parte de una política, una estrategia política, una estrategia general del poder (...)” Foucault en Ávila Fuenmayor y Ávila Montaña (2010, p.3) Dicho autor y autora también hablan del biopoder como una estatalización-de-lo-biológico (2010, p.4) en donde la natalidad, la vejez, la muerte misma son usadas como una herramienta de control por parte del Estado.

un cuerpo, entendido, hasta cierto punto, como una duración temporal sostenida *culturalmente*” (pp. 16, 17)

Esta autora, en crítica del modo 1, intenta desnaturalizar tanto el sexo, como el género y la sexualidad dividiendo estas tres cuestiones y construyendo específicamente el género como una cuestión performativa para “contrarrestar la violencia normativa que conllevan las morfologías ideales del sexo, así como eliminar las suposiciones dominantes acerca de la heterosexualidad natural” (p. 24).

Asimismo, Butler se opone a la universalidad del concepto de ‘mujer’ pues reclama una *exclusividad negativa y excluyente*. Lo cual, nuevamente retomando la Teoría del Punto de Vista, es cuestionado. Plantear a una sujeta mujer, no universaliza ni esencializa, sino que refleja cómo la materialización que de hecho se refleja en el cuerpo sexuado, tiene un papel histórico muy específico.

Cabe mencionar que, aunque sus conclusiones y razones son diferentes, desde el feminismo radical también se cuestiona el modo 1. Sheila Jeffreys (2021), plantea que: “el género en el pensamiento tradicional patriarcal prescribe falda, tacones altos y amor por el trabajo doméstico no remunerado a aquellas con *biología* femenina, y ropa cómoda, emprendimiento e iniciativa para aquellos con *biología* masculina” (p. 20). Esta cita refleja la crítica al modo 1 y la *anatomización de lo político* del modo 2.

Para Jeffreys, en contraposición con Butler, existe una relación directa entre la “*biología*”, las construcciones sociales (el género) y la sexualidad. A través de su análisis, plantea que ser una mujer lesbiana tendrá consecuencias sociales de estigma, de rechazo y de violencia (como los lesbicidios y las violaciones correctivas). Pues lo que se busca es que, tal como en el modo 1, se cumpla la *alineación* de la heterosexualidad. Dichas consecuencias también deberían ser tomadas en cuenta cuando se habla de mujeres que sienten angustia con ellas mismas, así como con su cuerpo y realizan la transición de FtM.

Personalmente comparto este punto, pues como pudo leerse en el apartado de “Mujeres y *crossgender identification*”²² el análisis histórico y social respecto a las

²² Capítulo 2, subapartado 2.2.1.

causas del travestismo específico en las mujeres es pilar para comprender que más allá de un origen determinista biológico o social, la disforia de género es una experiencia compleja donde no basta mirar un sólo lado de la moneda.

4.2.3 Modo 3: Identidad “de sexo”

El tercer modo, que es el que más comparto, es un análisis materialista que tiene como referencia principal la *heterogeneidad* del sexo y del género, pues la relación que se propone entre estos dos es *sociológica*. Desde este planteamiento, el *género es el que construye al sexo*. en el sentido, en el que:

“la bipartición del género es concebida como ajena a la “realidad” biológica del sexo (que de hecho se vuelve cada vez más compleja delimitar) pero no a la *eficiencia de su definición ideológica*. [...] El sexo ya no es un simple dato biológico natural. [...] La atención se reorienta hacia la construcción cultural del sexo y de la sexualidad.” (Claude Mathieu, 1989, p. 157,159).

Aunque no se tiene como punto de partida “lo biológico” se comprende la importancia y diferencia de tener un cuerpo sexuado específico, pues es a partir de éste que las imposiciones sociales sobre el *deber ser* se llevan a cabo. Desde este modo se cuestiona qué tanta influencia tiene la ideología de la definición biológica del sexo, que permite la opresión de un sexo por el otro; también se cuestiona el nivel de manipulación que puede haber en una realidad biológica del sexo para la diferenciación social. Como en el caso de las investigaciones de la diferencia sexual, descritas en el capítulo 2, de las cuales se desprendieron justificaciones para construir a los hombres como los verdaderos seres pensantes y críticos, y a las mujeres como seres meramente emocionales sin razonamiento.

Por ello, se pasa de la idea de la diferencia a la de la *diferenciación social de los sexos*, la de la construcción social de la diferencia. Nociones de “desigualdad”, de “jerarquía” entre los sexos, o de “dominancia” de los hombres se sustituyen por las de opresión y explotación *de las mujeres por los hombres*. (Claude Mathieu, 1989, pp.157, 158) Pues la desigualdad que la diferencia de los cuerpos sexuados ha conllevado históricamente, no es un hecho natural sino social.

Nicole Claude Mathieu (1989) afirma la conformación de dos grandes *clases sexuales*: “la de las mujeres y la de los hombres. [...] En donde el género ya no es concebido como el marcador simbólico de una diferencia natural, sino como el operador de poder de un sexo sobre el otro” (p. 160)

Esta es una de las grandes diferencias con los dos modos anteriores, pues ya no es ni una cuestión innata (modo 1), ni tampoco sólo una construcción social (modo 2.) Para que quede más claro, en este tercer modo se plantea el concepto de *sexaje* acuñado por Colette Guillaumin (1978), en donde el sexaje se define como: “la apropiación material de la clase de las mujeres por parte de la clase de los hombres.” (p. 44). Apropiación que se refleja en al menos cuatro expresiones particulares:

“(a) la apropiación del tiempo, como es el caso de la obligación en los deberes domésticos sin retribución económica alguna; (b) la apropiación de los productos del cuerpo, tales como los hijos, lo cual se refleja en políticas anti-aborto eliminando la posibilidad de elección; (c) la obligación sexual, como en el caso del matrimonio y la imposibilidad de ver, hasta años recientes, una violación por parte del novio o esposo; y (d) la carga física de los miembros inválidos del grupo (inválidos por la edad -bebés, niños, ancianos)- o enfermos y minusválidos) así como los miembros válidos de sexo masculino.” (Guillaumin, 1978, p. 26-36)

Por ello, el cambio de palabras de “jerarquía de los sexos” a dominación, opresión y explotación *de las mujeres por los hombres* se vuelve pertinente. Asimismo, como anteriormente se mencionó, la heterosexualidad ya no es una cuestión natural ni meramente un sistema social. De acuerdo con la feminista materialista y lesbiana Monique Wittig, la heterosexualidad no es una “orientación sexual” innata, sino un *régimen político*, el cual se basa en la sumisión y la apropiación de las mujeres”. (1992, p.15) Apropiación que se refleja en los cuatro puntos ya planteados por Colette Guillaumin.

Con esta tercera conceptualización se permite analizar el sesgo de la heterosexualidad incluso cuando se habla de investigaciones por parte de hombres

gays o mujeres lesbianas, pues al ser un régimen político, va más allá de una “orientación sexual”.

La identidad de “sexo”, este tercer modo, es una identidad de resistencia al género. Ya que se construye una consciencia de clase de sexo, tal como desde la Teoría del Punto de Vista Feminista se apuesta. Lo que, al mismo tiempo, conlleva una “politización de la anatomía” (contraria a la “anatomización de lo político” del modo 2), desde la cual: “La “mujer” ya no es concebida como *fémellité*²³ traducida en femineidad (modo 1), ni como *fémellité* elaborada en feminidad, buena o mala según opiniones (modo 2), sino que como una *fémellité* construida: como mujer objetivamente apropiada e ideológicamente naturalizada” (Claude Mathieu, 1989, p. 161).

En este trabajo de tesis, como anteriormente mencioné, no hablo de “hembras” como sinónimo de mujeres pues me parece conflictivo analíticamente. Sin embargo, comparto el punto central de señalar la apropiación de los cuerpos de las mujeres a través de la naturalización de la heterosexualidad y del mandato de la maternidad. Por ello apuesto por el concepto de *cuerpo sexuado* de mujer desde la corriente teórica del feminismo radical de la diferencia con Margarita Pisano. Tal como Pisano (2001) apunta:

“La historia de la especie humana está demarcada con cuerpos sexuados diferentes, cuerpo-mujer/cuerpo-hombre. Sobre estos cuerpos se construye todo un sistema de significaciones, valores, símbolos, usos y costumbres que normalizan no sólo nuestros cuerpos, sino la sexualidad y, por ende, nuestras vidas, delimitándonos exclusivamente al modelo de la heterosexualidad reproductiva” (p. 87)

De ahí la importancia de hablar desde las experiencias que se viven, como en el caso de la disforia de género, pues, aunque la diferenciación de los sexos sea social, es un hecho que por pertenecer a la *clase sexual de las mujeres* vivimos cuestiones muy específicas. Asimismo, la antropóloga feminista Marcela Lagarde

²³ No hay un consenso sobre la traducción de la palabra francesa *fémellité*. Sin embargo, en contexto y con base en el feminismo radical de la diferencia, podría traducirse como referencia a los cuerpos sexuados de mujer.

(2005) desarrolla el concepto de “condición de género” para poner énfasis en esa diferenciación histórica. En palabras de la autora:

“La condición genérica de las mujeres está estructurada en torno a dos ejes fundamentales: la sexualidad escindida de las mujeres, y la definición de las mujeres en relación con el poder -como afirmación o como sujeción-, y con los otros. [...] La condición genérica de la mujer ha sido construida históricamente, y es una de las creaciones de las sociedades y culturas patriarcales. El poder define genéricamente la condición de las mujeres. Y la condición de las mujeres es opresiva por la dependencia vital, la sujeción, la subalternidad y la servidumbre voluntaria de las mujeres en relación con el mundo (los otros, las instituciones, la sociedad, el Estado[...])” (p. 35).

Por ello es de suma importancia el Modo 3, pues hablar de cuerpos sexuados es hacer énfasis en la carga histórica y política que conllevan los cuerpos y que se refleja en sesgos e invisibilizaciones de experiencias en la creación de políticas públicas y de salud, así como en investigaciones científicas con perspectiva social. Asimismo, cabe resaltar que desde la “identidad de sexo” la disforia de género puede analizarse como una consecuencia del contexto social, político y económico de la heterosexualidad obligatoria, lo cual permite abordar diversas aristas y abrir alternativas que no sólo sean las CRS y las TRH.

En el siguiente capítulo abordaré algunas posturas principales sobre el origen, las causas y, por ende, el tratamiento de la disforia de género en las mujeres. Posturas que pueden comprenderse mejor después del análisis de los modos de conceptualización de la relación entre sexo, género y sexualidad, pues como pudo leerse, según la posición sobre estas categorías, serán distintas las conclusiones.

Capítulo 5. Disforia de género en mujeres: seis planteamientos

Los tres modos anteriores sobre las formas de categorizar la relación entre sexo, género y sexualidad permiten abrir un panorama conceptual y al mismo tiempo, realizar un análisis más profundo. Esto resulta pertinente para la investigación sobre la disforia de género en mujeres, ya que hay posturas que se contraponen respecto a cómo abordar el origen, las causas y el “tratamiento” de la disforia y que tienen su raíz en cómo se conceptualizan las tres categorías previamente descritas.

A través del trabajo de revisión e investigación desde la producción teórica de diversos campos como la historia y filosofía de la ciencia, la psiquiatría, la medicina así como de corrientes feministas como la radical, la materialista y la lésbica, y movimientos sociales como el de las mujeres *detrans*, el trans y el queer, propongo la existencia de seis planteamientos principales respecto a la disforia de género. Y no sólo dos perspectivas como en la hipótesis que dio pie a esta tesis. En esta división analítica puede que algunas compartan puntos en común pero el origen desde donde se desprenden es distinto. Algunas de estas posiciones son muy particulares en relación con lo que sucede con las mujeres, aquí las describo:

1. La disforia de género como una *cuestión patológica mental*, como un síntoma que da cuenta de la necesidad de alinearse a la heterosexualidad a través de Cirugías de Reasignación Sexual (CRS) y Terapias de Reemplazo Hormonal (TRH). Éstas se vuelven una necesidad para *curar* o al menos aliviar la disforia de género.
2. La disforia de género como una *cuestión innata*, al igual que las orientaciones sexuales desde el Modo 2, por lo que las CRS y la TRH también se consideran una cuestión vital. Pues deben llevarse a cabo para, básicamente, continuar con el curso de la naturaleza anatómica.
3. La disforia de género como parte de la diversidad sexo genérica, como una *construcción social* que va de la mano con la construcción social del género. Y que, desde una posición posmoderna, se concluye que la disforia de género, al igual que el género, es parte del espectro de diversidades

sexo-genéricas. Por lo que las CRS y la TRH más que una necesidad, deberían de ser un derecho para reafirmar la identidad individual deseada.

4. La disforia de género como una construcción social que tiene sus *orígenes en la misoginia y violencia* que se vive por tener un cuerpo sexuado de mujer. En consecuencia, la solución no debería de ser las Cirugías de Reasignación Sexual, ni las Terapias de Reemplazo Hormonal, sino, la reconciliación con el cuerpo principalmente a través del feminismo.
5. La disforia de género como una construcción social de grupo *específicamente en la adolescencia* que se genera a través de los medios de comunicación y de la popularización en grupo. Y que tiene como consecuencia el deseo colectivo de acceder a las CRS y a la TRH para contrarrestar esa incomodidad construida.
6. La disforia de género como una *experiencia corporal, emocional y psicológica* que tiene su base en las opresiones del cuerpo sexuado *por el régimen heterosexual*. Por lo que las Cirugías de Reasignación Sexual y las Terapias de Reemplazo Hormonal no deberían ser la *única vía* para tratar de aliviar la angustia con el cuerpo.

Si bien, después del recorrido histórico sobre las investigaciones de la diferencia sexual y de la categoría misma de disforia de género, así como del análisis de las conceptualizaciones respecto al sexo, al género y a la sexualidad, se puede intuir y rastrear desde dónde vienen cada uno de los puntos anteriores, en los siguientes subapartados los describiré con mayor detalle.

5.1 Disforia de género como una cuestión patológica mental

Una de las posturas principales respecto a la disforia de género, es que ésta es una *anormalidad*, un trastorno mental y, por lo tanto, una cuestión patológica que hay que *curar*. Este planteamiento tiene como base al Modo 1, desde el cual se afirma que existe “un destino individual anatómico que hay que seguir por medio de la identidad de género correspondiente”. (Claude-Mathieu, 1989, p. 141).

Esta tesis principalmente se sostiene desde el ámbito de la medicina y de la psiquiatría, pues como se leyó en el apartado “La anomalía y la naturalización”²⁴, uno de los objetivos principales de estos campos ha sido el de demarcar la normalidad social justificándose en la naturaleza de la heterosexualidad y de los comportamientos sociales (lo femenino y lo masculino según la anatomía del cuerpo de nacimiento). De acuerdo con Oliva López Sánchez (2005):

“El discurso de la medicina [...] impuso un estilo de vida y uso del cuerpo que fue detallando según su naturaleza. Los adjetivos médicos prontamente comenzaron a emplearse para evaluar el comportamiento de los individuos y desarrollo social, y con ello fue creciendo el proceso de la medicalización de la vida. El cumplimiento de los estereotipos corporales y de los imperativos sociales fue considerado como el desarrollo ideal, por lo tanto, se concibió como lo normal y lo sano, mientras que todo comportamiento que ocurriera fuera de las coordenadas sociales establecidas se consideró como anormal y patológico” (p. 369).

Por lo tanto, el sentir inconformidad respecto a las asignaciones sociales dadas por tener ciertos genitales, desde este punto de vista respecto a la disforia de género, sólo puede tener solución si esas inconformidades se arreglan de forma *individual*. De manera que la disforia de género se vuelve un paso previo obligatorio a la transexualidad. Pues las Cirugías de Reasignación Sexual y las Terapias de Reemplazo Hormonal son la solución más “obvia” para lograr *alinear* aquello que no está alineado a la heterosexualidad y a las imposiciones sociales de la feminidad o de la masculinidad.

Hay que recordar, que desde el campo de la medicina y de la psiquiatría surgen instituciones como la OMS, la APA y la WPATH, lo que conlleva que desde éstas se respalde y se recomienden las CRS y la TRH como la forma más efectiva y además necesaria para tratar la disforia de género (WPATH, 2012, p.62). Este planteamiento sobre las intervenciones quirúrgicas y el tratamiento hormonal como única vía de solución ante la angustia y la inconformidad de las personas, pone el foco del malestar en la individualidad, de tal suerte que deja fuera el contexto

²⁴ Capítulo 3, subapartado 3.3.

histórico, político, económico y social que pudiese influir en estas emociones y pensamientos.

Contexto que desde la epistemología feminista es de suma importancia, pues pretender que las situaciones históricas y sociales son las mismas para todas las personas es perpetuar los sesgos androcéntricos y las teorías masculinas que han justificado la opresión de las mujeres. Asimismo, pretender que la disforia de género es una patología *universal*, borra el proceso de patologización y medicalización específica que ha existido para los cuerpos sexuados de mujer.

De ahí la razón de un capítulo completo sobre las investigaciones de la diferencia sexual, ya que sólo de esta forma podemos rastrear los sesgos que desde siglos como el 1900 a.C. con documentos médicos como el Papiro Kahun atribuyen desórdenes en los comportamientos de las mujeres según cuestiones anatómicas y fisiológicas como la posición de la matriz o la menstruación (Maffía, 2008, p. 107).

De igual forma, conocer el contexto histórico de categorías como la de *identidad de género*, la cual médicamente ha sido un parámetro para establecer normalidades, permite hacer análisis, críticas y propuestas que dejen de perpetuar sesgos o, como en el caso del planteamiento siguiente, se dejen de normalizar teorías innatistas que justifican relaciones de poder con base en una supuesta naturaleza.

5.2 Disforia de género como una cuestión innata

La disforia de género vista como una cuestión innata se desprende del planteamiento anterior donde la disforia es una patología. Pues tal como sucedió con las “orientaciones sexuales”, en su intento de contrarrestar dicha inadecuación con la heterosexualidad y obtener aceptación social, desde el mismo colectivo LGBT se sostuvo que la homosexualidad -así como la heterosexualidad- son una cuestión natural (Claude-Mathieu, 1989, p. 136).

Se intenta dar respuesta a su origen desde una visión innatista. Tal como mencionan Birgit Riegraf y Aulenbacher Brigitte (2012):

“los procesos cognitivos de las investigaciones científicas estaban/están basados en representaciones cotidianas no cuestionadas y en supuestos esencializantes sobre la “esencia” de las diferencias entre los sexos” (p. 532). Lo cual se refleja en premisas populares socialmente como: “nacer en el cuerpo equivocado”.

Dicha premisa es la que se reproduce constantemente en medios de comunicación, así como en el discurso desde una parte del activismo trans, pues en diferentes testimonios encontrados en artículos periodísticos y plataformas como YouTube, narran, tanto mujeres trans como hombres trans, que su anhelo de obtener características sexuales primarias y secundarias del otro sexo provenía de *haber nacido en el cuerpo equivocado*. Tal como Jemma Tosh (2016) lo escribe, parece ser que, para validar este sentimiento de angustia entre el cuerpo, sus asignaciones sociales y los pensamientos internos respecto a él, es necesario enmarcarlo como una *anormalidad biológica*. (p. 14)

Tatis Rivera , *youtuber* trans, narra: “desde niño me sentía niña y soñaba con tener un cuerpo de mujer, por eso yo nací en un cuerpo equivocado” (2019). Se trata de dar respuesta al origen de la angustia por el cuerpo, nuevamente poniendo el foco en la individualidad. Y al igual que en el primer planteamiento sobre la disforia de género, ésta se ve como un paso previo a la transexualidad, pues las CRS y la TRH no sólo son recomendadas, sino que se busca acceder a ellas pues se vuelven una necesidad para que *el curso de la naturaleza* continúe y se logre el “cuerpo verdadero”. Incluso pueden leerse testimonios similares en el apartado Mujeres y transición²⁵, en donde Joanne Meyerowitz (2002) narra las experiencias de algunas mujeres que decidieron transicionar en el siglo XX.

Esto principalmente se justifica a través de estudios *científicos* que aseguran existe una diferencia en las estructuras cerebrales a causa del efecto de la exposición hormonal prenatal e incluso que la homosexualidad y la transexualidad son una cuestión “evolutiva” y por lo tanto, biológica. Tal como el médico Rafael Salín Pascual (2015) afirma con esta cita:

²⁵ Capítulo 3, apartado 3.4.3.

“Debido a que la reproducción sexual es tan indispensable y celosamente seleccionada, para continuar la combinación genética, la existencia de la homosexualidad y la transexualidad son una paradoja evolutiva. [...] También informaron de evidencia en los niveles de andrógenos prenatales, que se correlacionan con la diversidad de género, a partir de estudios de relaciones de longitud de los dedos (2D: 4D) de los transexuales, y de individuos que están más propensos a tener una identidad de género-variante o síndromes intersexuales y/o condiciones de ovario poliquístico.” (pp. 147, 152)

Exposición que tiene como consecuencia que incluso antes de nacer, la identidad sexo-générica (como el autor la llama), esté prescrita. Y, por lo tanto, al momento de nacer y crecer se sienta angustia entre el sexo y las imposiciones sociales, pues se nació en el cuerpo *incorrecto*.

Desde el feminismo radical y el activismo de mujeres *detrans*, se ha cuestionado este planteamiento, pues afirmar que se nace con el “cuerpo equivocado” es naturalizar las violencias por no encajar en los estándares de la heterosexualidad y perpetuar la visión individualista y sin contexto histórico sobre los cuerpos y su necesidad de transición.

Asimismo, desde el mismo activismo trans, sobre todo desde quienes se adhieren al pensamiento de la posmodernidad, se ha cuestionado este planteamiento, pues si se parte del género como una construcción social, como una performatividad lingüística y teatral (Butler, 2007, p. 31), la disforia de género ni siquiera debería ser vista como algo previo o como un requisito para la transexualidad. Ya que sólo refuerza la visión de “normalidad” hacia los cuerpos construyendo como incorrectos los que no se adhieren a la norma.

Y precisamente desde este tipo de críticas se desprende la siguiente categorización la cual plantea que la disforia de género, así como el género mismo son parte de un *espectro* muy amplio y lleno de *diversidad*.

5.3 Disforia de género como parte de la diversidad sexo-générica

La disforia de género vista como una construcción social dentro del espectro de la diversidad se desprende principalmente de teorías propuestas por Judit Butler y

Paul Preciado (2008), quienes se ubican dentro de la línea posmoderna de análisis, ya que rechazan la “universalidad” de categorías (como en el caso de -mujer-), y asumen como base el pensamiento de Michel Foucault, Jaques Lacan y Thomas Laqueur.

Este planteamiento surge, según Lin Fraser (2015), como apuesta por la despatologización pues “la expresión de las características de género, incluidas las identidades que no están asociadas de forma estereotípica con el sexo asignado al nacer, es un fenómeno común y culturalmente diverso, que no debe considerarse intrínsecamente patológico o negativo” (p. 28). Bajo este planteamiento, el concepto de *identidades* (en plural) se vuelve importante, pues, así como se apuesta por la despatologización, se apuesta por romper la dicotomía de género y convertirla en un *espectro* en donde más que categorías cerradas hay matices.

En consecuencia, las Cirugías de Reasignación Sexual y las Terapias de Reemplazo Hormonal ya no son una necesidad médica, sino un *derecho* para construir la identidad deseada como forma de libre expresión. Incluso Preciado (2008) apuesta por usar hormonas sexuales “como biocódigos libres y abiertos cuyo uso no debe estar regulado ni por el Estado ni confiscado por las compañías farmacéuticas” (p. 47). En otras palabras, la testosterona debería estar al alcance de todas las personas para uso libre y lúdico, así como las intervenciones quirúrgicas, como en el caso de las cirugías estéticas. Asimismo, no debería ser una cuestión exclusiva de la transexualidad, sino de las diversas identidades que pueden conformarse en la sociedad y que -idealmente- ya no forman parte de una dicotomía.

Recordemos que autoras como Donna Haraway (1991) incluso plantean la categoría de “ciborg” como propuesta política ante un sistema tecnocientífico, tal como ella lo plantea: “los ciborgs que pueblan la ciencia ficción feminista hacen muy problemáticos los estatutos del hombre o de la mujer en tanto que humanos, artefactos, miembros de una raza, de una entidad individual, de un cuerpo” (p. 35). Es decir, que la reapropiación de las tecnologías forma parte indispensable de la construcción de la identidad individual.

Este planteamiento, aunque es una apuesta por desnaturalizar la heterosexualidad y los roles asignados, implica borrar todo el contexto histórico y político que categorías como “hombre” y “mujer” conllevan, las cuales son de suma importancia desde la Teoría del Punto de Vista. Asimismo, al pretender que no existe una relación de opresión entre los sexos, los sesgos androcéntricos de la ciencia y de las investigaciones en general, ya no tienen sentido, pues incluso decir “sesgo androcéntrico” sería visto como un planteamiento *esencialista*.

De igual forma, apostar por intervenciones quirúrgicas y terapias hormonales como forma de “liberación” olvida el papel que han tenido las cirugías en los cuerpos de las mujeres. Tal como plantea Eulalia Pérez Sedeño (2012):

“el sistema patriarcal pretende regular y controlar los cuerpos de las mujeres a través de tecnologías como el aborto o la anticoncepción, a la vez que se objetivan esos mismos cuerpos para consumo y deleite sexual por diferentes medios [...] Una mujer que no reproduzca los cánones estéticos de belleza, es decir, que no sea deseable, apetecible para el hombre, será incompleta y defectuosa, no natural, no se ajustará a lo que la sociedad espera de ella” (pp. 131, 149).

Las intervenciones quirúrgicas y la medicalización han jugado un papel importante en el control de los cuerpos sexuados de las mujeres y en perpetuar los estándares de la heterosexualidad con la feminidad y masculinidad, por ello pretender usar esas mismas herramientas como única forma de liberación no resulta lo más pertinente.

Incluso autoras como Anne Fausto-Sterling son escépticas cuando se trata de las CRS y la TRH para construir la identidad deseada en niñas/os y adolescentes, pues lo que llama la *estabilidad de género* llega hasta la adultez. De acuerdo con ella: “los/as niños/as menores de dos años no pueden identificar el género [...] A los tres años, pueden autoidentificarse muy bien. Pero todavía no lo consideran un estado permanente” (Fausto-Sterling en Torricella, 2019, pp. 11, 12)

Considerar la disforia de género como parte de la diversidad sexo-genérica más que romper la dicotomía podría reforzarla al otorgarle desde una mirada adulta una interpretación de *identidad de género* a una niña o niño. Las “infancias trans” y

la posibilidad de una disforia de género en edades tempranas son también un debate actual, sin embargo, no es el tema de esta tesis.²⁶

Retomando las palabras de la poeta feminista y lesbiana negra Audre Lorde (2003): “[...] las herramientas del amo nunca desmontan la casa del amo. Quizá nos permitan obtener una victoria pasajera siguiendo sus reglas del juego, pero nunca nos valdrán para efectuar un auténtico cambio” (p. 118)”. De ahí el cuestionamiento sobre si invisibilizar el contexto histórico y político que puede llevar a desear modificar el cuerpo realmente rompe la dicotomía de género.

Por ejemplo, en la historia de vida de Preciado narrada en *El Testo Yonqui* (2008), puede leerse una gran violencia vivida por ser mujer y por ser lesbiana, lo que, desde Sheila Jeffreys (2021) incluso podría ser un indicador de lo que causa su fuerte deseo de usar testosterona y tener características sexuales masculinas como bigote y pene. Pues socialmente no es igual ser una mujer y un hombre, y quizás al obtener un fenotipo masculino a través del uso de hormonas, se escaparía de esa violencia. Y es precisamente esta crítica la cual lleva al cuarto planteamiento sobre la disforia de género vista como una construcción social pero esta vez generada en las mujeres por la inmensa misoginia²⁷ y violencia sexual en la que históricamente nos encontramos inmersas.

5.4 Disforia de género como consecuencia de la misoginia

Este cuarto planteamiento se sostiene principalmente desde la corriente del feminismo radical con una de sus mayores exponentes: Sheila Jeffreys, quien ha sido severamente cuestionada y, al igual que Janice Raymond –precursora de su

²⁶ Hay un arduo debate sobre las llamadas “infancias trans”, por una parte se afirma que sólo se refuerzan los estereotipos sexistas al llamar *trans* a un niño que juega con muñecas y quiere usar vestido o bien, a una niña que juega deportes y quiere usar el cabello corto. Por otra parte, se defiende que las infancias también tienen derecho a construir su identidad, por lo cual, *ser trans* es una posibilidad. Para mayor información puede consultarse el siguiente artículo: <https://eldiariodelaeducacion.com/2021/09/13/infancias-trans-entre-la-realidad-y-el-debate/> (Consultado el 30 de mayo del 2022)

²⁷ De acuerdo con Victoria Ferrer y Esperanza Bosch (2000) la misoginia “está formada por la raíz griega “miseo”, que significa odiar, y “gyne” cuya traducción sería mujer, y se refiere al odio, rechazo, aversión y desprecio de los hombres hacia las mujeres y, en general, hacia todo lo relacionado con lo femenino.” (p.14)

pensamiento—, llamada *transfóbica* al cuestionar posturas como las descritas por Preciado y Butler.

Hay que recordar que Jeffreys (2021) teoriza desde el modo 2 descrito por Nicole Claude Mathieu, pues para ella, la *existencia biológica* es la base del sistema político que permite la subordinación de las mujeres por los hombres: “las bebés hembra son identificadas por la biología al nacer y colocadas en la casta sexual de las mujeres, que les asigna un estatus inferior para toda la vida” (2021, p. 25) En otras palabras, es a partir de *lo biológico* que existe una diferenciación social y que da pie a justificar la misoginia hacia las mujeres.

Hablar de “lo biológico” se vuelve problemático analíticamente pues deja fuera las críticas hechas hacia la medicina y su insistencia en categorizar y naturalizar a partir de “la biología”. Por ello, en este trabajo no se utiliza esa categorización, sin embargo, se comparten otros puntos, como el hecho de hacer énfasis en los efectos que la misoginia tiene para nuestros cuerpos y vidas. Y que uno de ellos es la angustia por el cuerpo que se tiene y el anhelo de transición.

Sheila Jeffreys (2021) menciona cómo se ha creado “un contexto en el que no caben importantes cuestionamientos dado que dejan fuera la posibilidad de que la violencia y los abusos sexuales y físicos puedan ser las causas del deseo de “transicionar” (p. 108). Ya que dar respuesta a la depresión, a la ansiedad y a la angustia como una cuestión meramente individual y no como algo causado sistemáticamente, sólo deja como vía de solución una modificación individual.

Teóricas como Jemma Tosh han criticado el hecho de poner el foco en la violencia, incluso equipara la postura del feminismo radical, y en específico de Sheila Jeffreys, con la perspectiva clásica de la psiquiatría la cual afirmó que la homosexualidad sólo podía ser consecuencia del abuso sexual. Tosh (2016) afirma:

“incluso si el abuso sexual fuera un factor causal del desarrollo de las identidades trans, no aborda la victimización de por vida de las personas trans [...] en lugar de ofrecer un desafío radical a los sistemas opresivos y sexistas, se promueven ideologías conservadoras de género” (pp. 93, 94, 96).

Aunque es un cuestionamiento válido, me parece que las razones por las que Jeffreys plantea poner el foco en la violencia se malentienden, pues es precisamente porque realiza una crítica a los planteamientos de la psiquiatría y de la medicina, que hace énfasis en no olvidar el contexto social, político, económico e histórico de los cuerpos de las mujeres, en los cuales, la violencia sexual ha sido una herramienta poderosa.

Recordemos lo ya descrito en el apartado “Mujeres y *crossgender identification*”, en el cual se describe a partir del trabajo histórico de Rudolf M Dekker y Lotte Van de Pol (2006), cómo las razones de travestismo femenino han sido principalmente la protección, el acceso a mejores condiciones de vida, así como el poder amar a otra mujer libremente. En el caso de la protección:

“Hay numerosos ejemplos de mujeres que se disfrazaban de hombre para viajar. Se consideraba una medida de seguridad, sobre todo en los viajes más largos, porque en una época en la que los bandoleros aún proliferaban en Europa, la mujer que viajara sola se enfrentaba a un peligro considerable, Además la ropa masculina era más cómoda para el viaje que las faldas largas” (pp. 10, 11).

Y aunque ya no estamos en los siglos XVII y XVIII, en la actualidad ser mujer y viajar sola representa un peligro considerable. Como el caso de las turistas argentinas María José Coni y Marina Menegazzo²⁸, o de la fisioterapeuta hindú Jyoti Singh Pandey²⁹, quienes se encontraban viajando y por resistirse al acoso sexual por parte de hombres, fueron asesinadas. Incluso en el caso de Jyoti, ante su resistencia un grupo de hombres la violó múltiples veces hasta dejarla en coma, y posteriormente, murió.

²⁸ Quienes se encontraban viajando juntas en Ecuador, y fueron asesinadas por resistirse a una violación. Puede encontrarse el caso completo en el siguiente link: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/03/160304_america_latina_turistas_argentinas_montanita_ecuador_viajosola_ppb (Consultado el 9 de mayo del 2021)

²⁹ Jyoti fue víctima de violación grupal y feminicidio por un grupo de hombres en Dheli. Incluso se realizó el documental “La hija de la India” para narrar lo sucedido. Puede encontrarse más información en: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2012/12/121224_india_violaciones_mujeres_brutalidad_lp (Consultado el 9 de mayo del 2021)

Por ello, el planteamiento de Jeffreys sobre tomar en cuenta el contexto misógino en el que nos encontramos las mujeres, me parece pertinente (aunque no el único). Pues ver la disforia de género como una consecuencia de esa misoginia, daría respuesta a la depresión, a la angustia y al anhelo por pertenecer al sexo y género contrario. Ya que -ser hombre- resulta beneficioso en muchos sentidos, comenzando por el escape al constante acoso sexual, así como ser considerados seres pensantes y no sólo seres emocionales y sexuales. También hay que recordar que el travestismo femenino fue concebido como el único modo de concebir el amor lésbico en esa época:

“Hasta finales del siglo XVIII los sentimientos sexuales de una mujer hacia otra eran casi inconcebibles. El sexo se veía como un acto exclusivamente heterosexual, en el que el pene era indispensable. Por eso, las mujeres enamoradas de otras a menudo dudaban de su género, y la tradición del travestismo femenino les brindaba la solución de -pasar a ser un hombre-, elección que también conllevaba otras ventajas sociales y económicas” (Dekker; Van de Pol, 2006, p. 90).

Sobre esto, en su texto Sheila Jeffreys también hace hincapié en la forma en que la misoginia y la discriminación repercuten específicamente en las mujeres lesbianas, pues afirma que la mayoría de mujeres que transicionan FtM se relacionan sexualmente con mujeres, e incluso antes de la transición ya llevaban tiempo dentro de la comunidad lésbica (2021, p. 165). Sobre este punto voy a volver en el planteamiento seis, pues sobre todo las mujeres *detrans* han puesto en evidencia la presión que la heterosexualidad obligatoria les generó en sus cuerpos y en su sexualidad.

Este cuarto planteamiento tiene como base la construcción social, pues Jeffreys (2021) también afirma que la transexualidad es una construcción social de la segunda mitad del siglo XX, pues la transición sólo se vuelve concebible como el resultado de los avances en la medicina de ese siglo (pp. 39, 47). Lo que en consecuencia resulta que así como la transexualidad, la disforia de género sea también concebida meramente como una construcción social que surgió debido a un

contexto histórico y político específico donde la medicina y la psiquiatría establecieron patologías y anormalidades sociales.

De acuerdo con Oliva López Sánchez (2005): “la enfermedad es una construcción social; es decir, las formas en las que las enfermedades son vivenciadas, explicadas y tratadas, están condicionadas por las ideas y las representaciones sociales vigentes en la época en que se producen” (p. 368) Por lo que el planteamiento de Jeffreys es pertinente en el sentido, en el que si la disforia de género es una construcción social, necesariamente está condicionada por las representaciones sociales de lo que es *ser mujer* y por el contexto mismo. Por esta razón, recomendar las CRS y las TRH como *única vía* de solución y de cura para la angustia con el cuerpo termina respaldando la delimitación de “lo normal” planteada por la medicina y la psiquiatría.

Estos planteamientos han sido retomados por distintos grupos de mujeres que han destransicionado, y es precisamente desde ellas, que se desprende la última postura rastreada respecto a la disforia de género. Antes de profundizar en lo que han teorizado ellas, quiero mencionar otro de los planteamientos que han sido severamente cuestionados, pero al que también las mujeres *detrans* han dado validez a través de sus propias experiencias con la disforia y con la transición FtM: el de la disforia de género como una construcción de grupo en la adolescencia.

5.5 Disforia de género como una construcción de grupo en la adolescencia

Este eje se desprende principalmente del trabajo realizado por la médica e investigadora Lisa Littman (2018), quien acuña la categoría de *rapid-onset gender dysphoria*, la cual refiere a una aparición rápida de disforia de género, que describe a partir de la lectura de lo que relatan padres y madres en foros en línea sobre cómo sus hijas/os, pese a no dar indicios de inconformidad sobre su cuerpo durante la infancia, de forma repentina en la adolescencia experimentaron disforia de género.

Un factor en común que se detectó es que dentro del grupo de sus hijas/os, una/o o varias/os comenzaron a identificarse como transgénero y a darle mucha importancia a los medios y blogs sobre la transición (pp. 2, 3). Es decir, que a partir de los discursos mediáticos populares sobre la disforia de género y la transición

estas niñas/os y adolescentes comenzaron a experimentar angustia por su cuerpo, aunque previamente no la sentían, y a identificarse de forma grupal como *trans*.

Algo similar a lo narrado por Joanne Meyerowitz acerca de la revista *Sexology* en el siglo XX, de acuerdo con esta historiadora los relatos en este medio abrieron paso a que personas que se veían a sí mismas como hombres femeninos o mujeres masculinas confirmaran y nombraran su *crossgender identification*, por lo que, la mayoría comenzó a buscar información y tratamiento médico. (2002, p. 36)

La autora lo llama un *contagio social*: una propagación de comportamientos a través de una población. Y hace un paralelo con lo que sucede con la anorexia y la bulimia, pues se ha encontrado que los síntomas y comportamientos se comparten y difunden a través de influencias de sus compañeros/as (p. 4) Por ejemplo, en una de las experiencias citadas por Littman, una adolescente de 12 años describió odiar sus senos, poco después encontró en internet que odiar los pechos era sinónimo de ser *trans*, por lo que comenzó a identificarse como trans (p. 16). Este testimonio reafirma que la concepción social más aceptada, y en consecuencia más mediatizada, sobre la disforia de género tiene como base el modo 1 de concebir lo que es *ser mujer*, siendo crucial la heterosexualidad y la feminidad. Por lo que todo fuera de eso, ya no sería -una mujer-, sino algo que hay que *alinear* a través de Cirugías de Reasignación Sexual y Terapias de Reemplazo Hormonal. Algo similar a lo planteado con la categoría de *cisgénero*, pues si no estás conforme con tu cuerpo, automáticamente eres *trans*.

Asimismo, Littman narra el caso de otra adolescente de 14 años la cual tomaba clases junto con tres de sus amigas con un entrenador popular; tiempo después el entrenador transicionó y en menos de un año, las cuatro anunciaron que también eran trans. Otra adolescente de 14 años junto con 3 amigas discutía constantemente acerca del género y la sexualidad, tiempo después sus 3 amigas hicieron la transición de FtM y en unos meses esta adolescente anunció que ella -ahora él- también era trans (p. 17). Por ello la autora concluye que la hipótesis sobre una especie de contagio social, sobre todo para las mujeres, puede ser potencialmente una *subcategoría* de la disforia de género.

Este planteamiento fue duramente criticado, sobre todo desde el activismo trans con el argumento de “reflejar una agenda antitrans” (Wadman, 2018, p. 958). Mayormente por la idea del *contagio social* y su posible mal uso para estigmatizar a la población trans. Sin embargo, tal como narra la reportera Meredith Wadman, “La controversia se produce después de varios años de rápido crecimiento en el número de adolescentes que se remiten a clínicas especializadas en disforia de género en América del Norte y Europa” (p. 958). Por lo que Littman además de críticas, también recibió apoyo desde el campo médico y psicológico por personajes como Michael Bailey y Ray Blanchard quienes hacen una diferenciación entre hombres gays y hombres heterosexuales que deciden transicionar³⁰.

Debo mencionar que dichos personajes también han sido cuestionados por sus planteamientos acerca del origen de la transexualidad en hombres, sobre todo heterosexuales, pues la plantean como una parafilia categorizada como *autoginefilia*. No voy a profundizar en ello, pues ni la disforia de género en hombres ni la transexualidad en general son foco de mi investigación, sólo me parece pertinente mencionar lo controversial de algunas teorías tan específicas como la planteada por Bailey y Blanchard³¹.

Lisa Littman tuvo que realizar una segunda publicación para aclarar lo cuestionado en su primer artículo. Ella describe: “El término no debe usarse de manera que dé a entender que explica las experiencias de todas las personas jóvenes con disforia de género, ni debe usarse para estigmatizar a las personas vulnerables” (2019, p. 1). Sin embargo, le parece pertinente indagar en las causas del incremento, sobre todo de mujeres, que son canalizadas a las clínicas de identidad de género. Así como el papel de los medios de comunicación respecto a la construcción de la identidad.

³⁰ De forma muy general y breve estos autores plantean que mientras los hombres gays transicionan para poder tener una pareja hombre y ajustarse a la heterosexualidad, los hombres heterosexuales suelen transicionar por una cuestión de autoginefilia, como una excitación erótica con la fantasía de tener rasgos femeninos. El libro *El hombre que podría ser reina: la ciencia de la flexión de género y la transexualidad* publicado en el 2003 y escrito por Michael Bailey ahonda en dicho planteamiento.

³¹ Puede consultarse de forma muy general su planteamiento y las críticas en la enciclopedia online: <https://es.wikipedia.org/wiki/Autoginefilia> (Consultado el 13 de mayo del 2021)

Este quinto planteamiento acerca de la disforia de género como una construcción de grupo también ha sido aceptada por mujeres *detrans*. Quienes al leer la teoría de *rapid-onset gender dysphoria* se sintieron identificadas con sus mismas experiencias. Hay que enfatizar en que las personas que han destransicionado han abierto el panorama de análisis y de críticas respecto a cómo se ha planteado históricamente la disforia de género y cómo se han respaldado las Cirugías de Reasignación Sexual y las Terapias de Reemplazo Hormonal como *únicas vías* de solución. Y en específico las mujeres *detrans* han señalado los sesgos androcéntricos que en el campo médico se reproducen.

Por ello, este último planteamiento sobre la disforia de género en las mujeres es precisamente desde ellas, las mujeres *detrans*, pues más allá de una teoría, ellas han hablado a partir de sus experiencias. Lo cual es sumamente valioso para este trabajo de investigación, pues una de las apuestas de la Teoría del Punto de Vista de la epistemología feminista es visibilizar cuestionamientos, críticas y propuestas desde las mismas experiencias y contextos de las mujeres.

5.6 Disforia de género como experiencia del régimen heterosexual

La disforia de género planteada como una experiencia corporal, emocional y psicológica que tiene su base en las opresiones del cuerpo sexuado causadas por el régimen heterosexual es resultado de un análisis desde los testimonios de las mujeres *detrans*, así como desde el Modo 3 de categorización de acuerdo con Nicole Claude-Mathieu (1989). Hay que recordar que desde el Modo 3 la relación entre el sexo y el género es *sociológica*, pues se cuestiona el nivel de manipulación y de intereses que puede haber en los planteamientos acerca de la supuesta *realidad biológica* del sexo para la construcción social de la diferencia sexual. Y que, además, justifican la opresión de las mujeres por los hombres.

Asimismo, bajo el Modo 3 la heterosexualidad ya no se ve ni como una cuestión natural, ni como una norma, sino como un *régimen político* (Wittig, 1992) que construye aspiraciones y deseos en la vida. Tal como lo escribe la feminista lesbiana Ochy Curiel (2013):

“Monique Wittig definió la heterosexualidad como un régimen político cuya ideología está basada fundamentalmente en la idea de que existe (LA) diferencia sexual [...] El potencial explicativo de los argumentos de Monique Wittig es innegable y aporta significativamente a nuestro propósito: mostrar cómo el pensamiento *straight* está conectado con el campo político” (pp. 50, 51, 55, 56).

Es decir, que para Wittig, al ser una feminista materialista y lesbiana, analizar la heterosexualidad ya no como una “orientación sexual” sino como un régimen intrínsecamente relacionado con lo político permite cuestionar las teorías innatistas respecto a lo que es ser mujer, el *deber ser* de la feminidad así como sobre el papel de la reproducción.

Cuestionamiento que ha sido abrazado por muchas de las mujeres que han destransicionado. En este apartado tomo como base 20 testimonios de mujeres detrans compartidos desde el proyecto *Post-Trans*, un proyecto de Elie y Nele, dos mujeres *detrans* europeas. Este proyecto surge como vía de apoyo y visibilización para otras mujeres que también estén o quieran destransicionar.³² Dentro de los 20 testimonios (Ver Anexo) encontré puntos importantes respecto a las causas que ellas dan sobre el origen de la disforia de género y su transición FtM:

- El impacto de pensar que ser mujer únicamente puede ser posible desde el Modo 1: heterosexual y femenina. Lo que en consecuencia da como resultado que ser lesbiana y/o no ser femenina hace pensar que, por lo tanto, se es un hombre. Y ser un hombre heterosexual socialmente resulta ser mejor que una mujer lesbiana, pues, amar y desear a otra mujer siendo mujer es castigado socialmente, mientras que si fenotípicamente se es un hombre, el permiso de amar y desear a una mujer no se pone en cuestionamiento.
- El impacto de la profunda misoginia que se vive por tener un cuerpo sexuado de mujer, tales como el acoso constante, la sexualización del cuerpo, la violencia sexual, así como el menosprecio social reflejado en menores salarios y mayor precarización. Tal como desde el concepto de *sexaje* por

³² Página oficial del proyecto: <https://post-trans.com/About-Us> (Consultado el 13 de mayo del 2021)

Colette Guillaumin (1978) sobre la apropiación del tiempo y de nuestro propio cuerpo ya se planteaba. Por ello, es más común que sean lesbianas (y no mujeres heterosexuales) quienes a partir de las violencias misóginas vivamos con disforia de género pues al ser vistas como “no mujeres” pero vivir las violencias por de hecho sí ser mujeres puede parecer más práctico “ser hombre”. Incluso desde el lesbofeminismo se plantea hablar de específicamente *lesbomisoginia*, para tratar de visibilizar las violencias y las consecuencias que tienen raíz en vivirse lesbiana.

- El impacto de la presión por cumplir los mandatos de la feminidad para ser validada como mujer, resultando en vivir con depresión, ansiedad y/o trastornos alimenticios como la anorexia o la bulimia. Pues la feminidad al ser construida desde la masculinidad, se convierte en una cuestión con fines de aprobación masculina. Si bien no todas las mujeres viven con disforia de género, es un hecho que la dismorfia corporal³³ sí está presente en la vida de todas y que la disforia de género conlleva en sí misma cierta dismorfia.
- El impacto de los medios de comunicación y las redes sociales para auto-confirmar la disforia de género y/o el ser trans. Algo similar a lo que Lisa Littman cuestionaba al plantear la categoría de *rapid-onset gender dysphoria*.
- La poca seriedad médica para tratar la disforia de género y su facilidad en recetar a la TRH y a las CRS como la solución³⁴.

Por lo tanto, esta perspectiva es la que más comparto, pues la disforia de género ya no es ni una *cuestión meramente innata*, ni sólo una *construcción social*, sino una *experiencia* que atraviesa la cuestión emocional, psicológica y corporal que tiene como origen las imposiciones desde el régimen heterosexual. Y por ello, la Teoría del Punto de Vista Feminista es adecuada, pues las experiencias de las mujeres

³³ La dismorfia corporal es la preocupación por la constitución física (peso, altura, color de piel, etc.).

³⁴ Sobre esto, Keira (testimonio 20) ha llevado todo un proceso legal para demandar a la clínica que llevó su transición, pues después de tan sólo 3 sesiones asumieron que la TRH y las CRS eran la solución. Puede leerse el caso completo en: https://www.abc.es/sociedad/abci-britanica-keira-bell-gana-juicio-contra-clinica-trato-para-transicion-mujer-hombre-202012031419_noticia.html?ref=https:%2F%2Fwww.google.com%2F (Consultado el 14 de mayo del 2021)

tienen un privilegio epistémico que debe tomarse en cuenta para el planteamiento de alternativas, sobre todo para otras mujeres con experiencias similares.

Asimismo, ver a la disforia de género como una experiencia emocional, psicológica y corporal a causa del régimen heterosexual tiene como consecuencia que las Cirugía de Reasignación Sexual y las Terapias de Reemplazo Hormonal ya no sean vistas ni como una *necesidad*, ni como un *derecho a la identidad*, sino como una vía más, -ya no como la única- para tratar de lidiar con la angustia por el cuerpo y su relación con las asignaciones sociales. Asimismo, al igual que en el planteamiento 4 sobre la disforia de género desde el feminismo radical, el feminismo se vuelve eje fundamental para tener en cuenta otras alternativas que no impliquen la intervención quirúrgica individual. Pues conocer sobre el contexto histórico, político y social que resulta al tener un cuerpo sexuado de mujer, permite no sólo verlo como una cuestión individual sino también como algo estructural. Además de que permite ver lo complejo de las interrelaciones entre lo corporal, lo social, lo cultural y lo psicológico.

Incluso algunas de las mujeres *detrans* en sus testimonios cuentan que el hecho de adentrarse al feminismo y analizar el impacto de la lesbo-misoginia, de la violencia sexual así como de la discriminación en sus vidas fue primordial para tomar la decisión de destransicionar. Poner el foco en lo estructural y ya no en lo individual les permitió a muchas de ellas plantearse alternativas más allá de las CRS y la TRH, y llevar a cabo acciones concretas como cuestionar la categoría misma de *disforia de género* y analizar una por una aquellas incomodidades con su cuerpo así como las causas específicas de dicho disgusto.

Desde el colectivo Post-Trans (2021) se plantean alternativas como la terapia psicológica feminista, la meditación, la desconexión con los juicios externos, la explicación de estereotipos de género y la lesbofobia interiorizada, e incluso el pensar la disforia de género de otra manera (pp. 40-46) De acuerdo con ellas: “[la categoría de] disforia de género [ha sido] un término paraguas para una serie de experiencias de género desagradables. Reconocerlo y explorar activamente las sensaciones que provocan este malestar puede ser una fuente de alivio” (p. 46). De ahí la importancia de priorizar las experiencias de las mismas mujeres, pues, a

través de lo vivido ellas mismas han generado diversas opciones y recomendaciones para otras en una situación similar.

A modo de cierre quiero resaltar nuevamente la importancia de generar investigaciones que tengan como base las experiencias de las propias mujeres para poder visibilizar sesgos y así, evitar reproducirlos. Tomar en cuenta las experiencias como una fuente de conocimiento válido es primordial para transformar las nociones de *objetividad* en donde sólo lo teórico y lo meramente racional tiene cabida. De ahí también la importancia de la epistemología feminista y de la Teoría del Punto de Vista Feminista, pues centrar la atención en las mujeres y en sus experiencias ha permitido crear metodologías de investigación y al mismo tiempo, generar alternativas más críticas fuera de la teoría, tal como lo he planteado con el caso de la disforia de género específica en las mujeres, en donde aparentemente podía existir sólo una vía eficaz para aliviar la angustia con el cuerpo.

Conclusiones y propuestas desde la epistemología feminista

A lo largo de este trabajo de tesis he descrito el impacto que el discurso médico, así como los avances tecnológicos y científicos, han tenido para la categorización institucional y social de la disforia de género, sobre todo desde posiciones biológicas deterministas y teorías innatistas que naturalizan imposiciones sociales como la heterosexualidad y la feminidad.

Por ello, primero abordé el eje teórico-metodológico fundamental de mi tesis: la epistemología feminista y la Teoría del Punto de Vista. Al incluir como herramienta metodológica la Teoría del Punto de Vista Feminista, desde la filosofía de la ciencia pueden articularse dilemas éticos y epistemológicos significativos y actuales, pues discutir el contexto desde donde surgen justificaciones y afirmaciones científicas y/o filosóficas, abre camino a rastrear los sesgos que invisibilizan o estigmatizan las experiencias de las mujeres. Lo cual tiene como consecuencia, abrir la posibilidad de generar no sólo análisis en abstracto, sino propuestas concretas que se reflejen, por ejemplo, en políticas públicas y en mejor atención médica que permitan un mayor bienestar en la vida de las mujeres.

En la hipótesis inicial de esta tesis creía que sólo existían dos posturas respecto a la disforia (innatismo vs construcción social). A través del análisis desde la epistemología feminista, encontré matices y diferencias que dan como resultado al menos seis diferentes perspectivas sobre la disforia de género, algunas de forma general y otras de forma muy específica en las mujeres:

1. Como una cuestión patológica mental
2. Como una cuestión innata
3. Como parte de la diversidad sexo-genérica
4. Como consecuencia de la misoginia
5. Como una construcción de grupo en la adolescencia
6. Como una experiencia a partir del régimen heterosexual

Como ya lo mencioné, el visibilizar la existencia de dichas visiones amplía el panorama de análisis, y, en consecuencia, de las alternativas que fuera de la teoría

pueden implementarse para las mujeres que experimentamos disforia de género, lo cual hace que la posibilidad no se reduzca únicamente a las Cirugías de Reasignación Sexual y a la Terapia de Reemplazo Hormonal.

El análisis histórico y social es pilar para comprender que más allá de un origen determinista biológico o social, la disforia de género es una experiencia compleja donde no basta mirar un sólo lado de la moneda. De ahí la razón del capítulo dos sobre el panorama histórico acerca de las investigaciones de la diferencia sexual. Ser mujer socialmente ha sido diferente a ser hombre y las investigaciones desde incluso el 1900 a.C. con el Papiro Kahun (Maffía, 2014, p. 107) son prueba histórica de ello. De modo que la disforia de género también tiene especificidades entre hombres y mujeres y fue lo que a lo largo de este trabajo de maestría traté de plasmar: la urgencia de analizar desde nuestras experiencias como mujeres para, sobre todo, otras mujeres. Pero también para abrir y transformar la metodología de investigación en los diversos campos de conocimiento. Igualmente, cabe resaltar que la importancia de realizar análisis desde la epistemología feminista, y específicamente desde la Teoría del Punto de Vista, permite que la filosofía de la ciencia se convierta en *socialmente relevante*. Tal como Harding lo menciona (2010):

“la epistemología del punto de vista puede proveer herramientas a las epistemologías tradicionales [... pues] varios temas centrales en las cuentas de puntos de vista proporcionan una imagen más completa de tales recursos. [Por ejemplo] cómo las sociedades están estructuradas y tienen consecuencias epistemológicas. El conocimiento y el poder están intrínsecamente relacionados; se co-constituyen y se co-mantienen mutuamente” (p. 50)

Asimismo, el análisis conceptual permite ver con mayor claridad desde dónde se está teorizando y hacia dónde se dirige una investigación, de ahí la importancia de todo el cuarto capítulo acerca de la tríada sexo-género-sexualidad, pues aunque se tenga una postura “feminista” los debates sobre cómo analizar la relación de estos tres conceptos van por caminos diferentes. Ejemplo de ello son las seis propuestas ya descritas acerca de la disforia de género, las cuales comparten puntos en común

pero el origen desde donde se desprenden es distinto, como en el caso de ver la disforia de género como una construcción social ya sea desde los estudios *queer* con Judith Butler o bien desde el feminismo radical con Sheila Jeffreys.

El sexto planteamiento sobre la disforia de género como una *experiencia del régimen heterosexual* es con la que personalmente coincido más, no sólo porque tiene como base las propias experiencias de mujeres *detrans*, sino porque este planteamiento apuesta al igual que la Teoría del Punto de Vista Feminista por des-individualizar las vivencias y poner el foco en el contexto histórico, político, económico y social que da pie de forma *colectiva* a experiencias específicas. Lo que al mismo tiempo permite tener consciencia grupal de lo que se vive por habitar un cuerpo sexuado de mujer.

Si bien la subjetividad es importante, somos seres insertas en un sistema y contexto particular, recordemos que la condición de tener un cuerpo sexuado específico permite la colectividad, pues como Margarita Pisano (2001) lo describió, hablar de *cuerpos sexuados* es hacer énfasis en la carga histórica y política que estos llevan consigo. *Ser mujer* históricamente ha sido relegado a la reproducción y a la feminidad, lo cual respalda la heterosexualidad como un régimen político y al mismo tiempo, cuestiones como la lesbomisoginia³⁵ específica para mujeres que aman a otras mujeres, la cual refleja los mecanismos de la heterosexualidad para *castigar* todo aquello fuera del *deber ser* como mujer.

Y que incluso, como pudo leerse en los testimonios de las mujeres *detrans* pueden ser factores que influyen para generar la condición de disforia de género. Pues al negar el *deber ser* ya propuesto desde el Modo 1 y la heterosexualidad, ya sea elegir estar sexoafectivamente con mujeres, no ser femenina y/o no anhelar ser madre, posibilita que la mayoría de quienes experimentamos disforia de género precisamente seamos lesbianas. Con esto no quiero decir que no existan mujeres heterosexuales que experimenten disforia o que todas las lesbianas vivan con disforia de género, sin embargo, es un hecho que negar los mandatos de la heterosexualidad conllevan ciertos castigos sociales (como los lesbicidios o las

³⁵ Concepto desde el lesbofeminismo para visibilizar que la raíz de las violencias hacia las lesbianas no son algo irracional como una *fobia*, sino algo muy tangible y específico por ser mujeres, como la misoginia. Ejemplo de esto son las violaciones correctivas y los lesbicidios.

violaciones correctivas) de los cuales, como las mujeres detrans lo expusieron, algunas intentan escapar a través de la transición y *alinearse* así a la heterosexualidad.

Así pues, la disforia de género en las mujeres ya no se ve como una mera cuestión *innata* sino como parte de esas experiencias a causa del *régimen heterosexual*. Tampoco la disforia de género puede verse sólo como una simple construcción social pues los efectos emocionales, psicológicos e incluso físicos que vivimos las mujeres con disforia de género es un hecho. Negar su existencia sólo negaría poder hablar de estas experiencias, así como de nuevas alternativas a las propuestas sesgadas y androcéntricas de la medicina, la psiquiatría y algunos activismos sociales.

En virtud de lo cual, la apuesta por ver la disforia de género como una experiencia compleja que integra lo corporal, lo emocional y lo psicológico que tiene su base en las opresiones del cuerpo sexuado por el régimen heterosexual pone en jaque:

(a) las concepciones innatistas que convierten todo aquello fuera de la heterosexualidad y sus asignaciones de la feminidad y masculinidad como *anormales*, y por ende, *erróneas* y como algo que hay que corregir. Como el ser lesbiana y/o no ser femenina.

(b) las concepciones constructivistas que ponen el foco únicamente en lo social y dejan fuera las repercusiones emocionales, psicológicas y fisiológicas que de hecho se viven.

Lo que al mismo tiempo hace posible la creación de nuevas alternativas que no se reduzcan a las CRS y a la TRH para poder acompañar a otras en el mismo proceso e incluso cuestionar la categoría misma de *disforia de género* tal como el proyecto de Post-Trans (2021) lo ha hecho con los testimonios y su reciente publicación “La detransición de género, un camino hacia la autoaceptación”, anteriormente citada.

De igual forma, la sexta visión visibiliza los tres tipos de sesgos (García Dauder; Pérez Sedaño, 2018) que son base de análisis en este trabajo, pues a través del enfoque específico en las mujeres se pueden encontrar con mayor facilidad:

- a) los planteamientos generales de la medicina que toman como base únicamente la experiencia de los hombres, aunque se digan como “objetivos” y “neutrales”
- b) los planteamientos de la medicina que sólo enfatizan en la diferencia sexual cuando se quieren justificar jerarquizaciones sociales y
- c) la indistinción de los contextos sociales y la intersección de categorías como la clase, la etnia y la sexualidad.

También quiero mencionar que en este trabajo, contrario al planteamiento postmoderno de rechazar la categoría de “mujer” para no *generalizar*, como lesbiana y feminista me parece una apuesta política importante continuar con su uso y su delimitación. No desde una visión esencialista y hegemónica donde se cree que todas las mujeres vivimos en el mismo contexto sin tomar en cuenta otras categorías como la etnia, la clase socioeconómica o la sexualidad, sino para transformar de raíz su significado y el impacto material que tiene el Modo 1 sobre el *ser mujer*. Ser mujer debe dejar de validarse a través de la heterosexualidad y de la feminidad, pues es un hecho que no todas las mujeres somos heterosexuales, ni femeninas y eso no nos hace “menos mujeres” o “no-mujeres”.

Es necesario tener una base sobre lo que es *ser mujer*, pues fragmentar la categoría infinitamente le resta peso político que se refleja en las luchas jurídicas, económicas y sociales en las que desde hace años las mujeres estamos inmersas. Incluso quitar de políticas públicas la categoría de mujer y reemplazarla por “personas gestantes” o “personas menstruantes” ha abierto toda una línea de debates en los cuales por una parte se apuesta por la “inclusividad” (para incluir a todas las identidades sexo-genéricas) y por la otra porque no haya un “borrado histórico”.³⁶ Y que incluso, personalmente pienso que pueden existir ambas categorías, sólo que no son reemplazables unas por otras.

Tal como Audre Lorde (2003) menciona: “En un mundo de posibilidades para todas, nuestras visiones personales contribuyen a poner los cimientos de la acción política” (p. 118) De ahí que las experiencias sean territorio de disputa política, pues

³⁶ En este sitio web pueden encontrarse textos que profundizan sobre dicho debate: <https://contraelborradodelasmujeres.org/> (Consultado el 18 de octubre del 2021)

como ya mencionaba Joan Scott (2001) lo que cuenta como experiencia no es ni evidente, ni claro, ni directo (p. 73). Por eso la importancia de politizar e historiar las experiencias en lugar de individualizarlas, pues al colectivizar experiencias surgen y se crean nuevas posibilidades, y además, se cuestionan las ya planteadas desde instituciones o disciplinas en campos de la salud, o en la academia misma.

En el caso de la disforia de género, las mujeres detrans en Post-Trans (2021) comparten que: “Algunas explicaron que sencillamente dejaron de usar el término disforia de género y empezaron a llamar a cada sentimiento por lo que realmente era. Por ejemplo, “malestar de ser vista como una mujer” o “incomodidad por mis pechos” (p. 46) Es decir, no sólo se proveen alternativas prácticas, sino que incluso ya se plantea la posibilidad de abandonar la categoría de *disforia de género*, lo cual al mismo tiempo abre la oportunidad de analizar si es analíticamente posible o no, cómo podría ocurrir ese cambio en instituciones de salud y/o en las políticas públicas y cómo desde la filosofía de la ciencia y la epistemología feminista se podría aportar para sostener o defender el uso de esa categoría.

El punto central es notar que esas alternativas no serían posibles de plantear si no se tomaran en cuenta las experiencias mismas de nosotras las mujeres como puntos válidos para la creación de conocimientos, de investigaciones y de propuestas nuevas. Tal como Martha Patricia Castañeda (2008) lo describe:

“Centrar la investigación feminista en las mujeres, en sus experiencias (asumidas como recursos teóricos y empíricos), así como en su situación en el contexto de la organización social de género, tanto en estudios contemporáneos como históricos y filosóficos, ha traído consigo una creciente complejidad metodológica” (p.81).

Complejidad metodológica que al mismo tiempo transforma (a) la investigación clásica que apuesta por una supuesta objetividad y una neutralidad que responde a lo masculino, (b) en consecuencia, el cuestionamiento de categorías como “objetividad” o “conocimiento”, (c) la apuesta de dejar de ver a las mujeres sólo como objetos de estudio y comenzar a vernos como sujetas que de hecho realizamos investigaciones para, con y por otras mujeres. Es decir, que no sólo es

visibilizar las experiencias, sino que al hacer esta visibilización de hecho ocurre una transformación epistemológica, metodológica y axiológica que desde campos como la filosofía de la ciencia es tan necesaria.

Cabe mencionar que aún quedan muchas preguntas por responder y áreas que profundizar acerca de la disforia de género en las mujeres. Por ejemplo, en el caso de las mujeres que han destransicionado hay muy poca visibilidad de ellas en Latinoamérica y las pocas que han querido abrir espacios han sido censuradas. Tal como el caso de “Destransición Chile”, una plataforma de dos mujeres chilenas que cerró a causa del acoso cibernético.³⁷ La literatura y las investigaciones en la región latinoamericana son muy pocas, de ahí que los testimonios que tomé fueran de mujeres europeas e inglesas. Como al principio mencioné, la mayoría de la producción teórica no está disponible en español, sólo en idiomas como inglés, francés o alemán, lo que resulta no sólo en una barrera de acceso sino en una profunda invisibilización de lo que sucede en contextos como México.

Por otra parte, el análisis de la disforia de género en las mujeres podría ser investigado desde la filosofía de las ciencias cognitivas con respecto a la relación entre la subjetividad y el malestar corporal, incluso en edades tempranas: ¿las niñas experimentan disforia de género? El tema de la infancia y la disforia es un gran campo de análisis con aún poca profundización. También queda por ahondar desde la psicología la relación entre la autoestima y la autopercepción e incluso analizar desde los estudios filosóficos y sociales de la ciencia y la tecnología la relación entre la disforia y la dismorfia en las mujeres. Por ejemplo: ¿El avance tecnológico ha tenido algún impacto sobre las inseguridades corporales en las mujeres? (Como el caso de las cirugías plásticas). Incluso desde el campo de la antropología, podría realizarse una investigación de campo entrevistando a mujeres con disforia de género en el contexto latinoamericano y rastreando similitudes y diferencias con las experiencias de las mujeres estadounidense y europeas.

Se espera que este trabajo de investigación filosófico y epistemológico no sólo sirva como material bibliográfico feminista, sino como un trabajo reflexivo para

³⁷ Pueden encontrarse algunas entrevistas en:
https://www.instagram.com/tv/CCI9MOLDhUv/?utm_medium=copy_link
(Revisado el 3 de diciembre del 2021)

otras mujeres, para continuar investigando sobre nuestras experiencias. Y particularmente para otras lesbianas, que, como yo, hemos experimentado la disforia de género y poco a poco vamos encontrando respuestas y generando alternativas críticas desde una mirada feminista.

Bibliografía

Adaury, Arlette; Sandoval, Jorge; Ríos, Rafael; Cartes, Alejandra; Salinas, Hugo (2018) Terapia hormonal en la transición femenino a masculino (ftm), androgénica para trans masculino o para hombre transgénero. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 83, No. 3, pp. 318-328.

Adán, Carme (2006) *Feminismo y Conocimiento. De la experiencia de las mujeres al cibernético*. Coruña, Spiralía Ensayo.

Alcántara, Eva (2013) "Identidad sexual/rol de género". *Debates feministas*. Vol. 47, pp. 172-201

Ávila, Francisco y Ávila, Claudia (2010) "El concepto de biopolítica en Michel Foucault". *A Parte Rei*. Vol. 69, No. 5, pp 1-6

Bauer, Heiker (2009) *English Literary Sexology. Translations of Inversion, 1860-1930*. Nueva Inglaterra, Palgrave MacMillan.

Benjamin, Harry (1999) *The transsexual phenomenon*. Düsseldorf, Symposium Publishing.

Bernardi, Stella y Fabris, Bruno (2015) "The Female-to-Male Medical Treatment" pp. 229-239 en Trombetta, Carlo; Liguori, Giovanni y Bertolotto (2015) *Management of Gender Dysphoria: A Multidisciplinary Approach*. Italia, Springer.

Blazquez Graf, Norma (2010) "Epistemología feminista: temas centrales" en Blazquez, Norma; Flores, Fátima; Ríos, Maribel (2012) *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*. México, CEIICH-UNAM. pp. 21-38

Butler, Judith (2007) *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. España, Paidós.

Castañeda Salgado, Martha Patricia (2008) *Metodología de la Investigación Feminista*. Guatemala: Fundación Guatemala-CEIICH, UNAM.

Chapa, Ana (2018) "Género y salud" en Blazquez, Norma y Chapa, Ana (2018) *Inclusión del análisis de género en la ciencia*. México, UNAM. pp. 15-29.

Claude Mathieu, Nicole (1989) "¿Identidad sexual / sexuada /de sexo?" en Curiel, Ochy; Falquet, Jules (2005) *El patriarcado al desnudo. Tres feministas materialistas*. Bogotá, Brecha Lésbica. pp. 130-175.

Curiel, Ochy (2013) *La Nación Heterosexual. Análisis del discurso jurídico y el régimen heterosexual desde la antropología de la dominación*. Bogotá, Brecha Lésbica.

Dame, Avery (2017, 22 mayo). *Tracing Terminology: Researching Early Uses of "Cisgender"*. The Newsmagazine of the American Historical Association. Perspectives on History. Disponible en: <https://www.historians.org/publications-and-directories/perspectives-on-history/may-2017/tracing-terminology-researching-early-uses-of-cisgender>

Dekker, Rudolf y Van de Pol, Lotte (2006) *La doncella quiso ser marinero. Travestismo femenino en Europa (siglos XVII-XVIII)*. España, Siglo XXI.

Escudero, F (2005) Evolución histórica de la reconstrucción mamaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Vol. 28, Suplemento 2, pp. 7-18.

Faderman, Lillian (1981) *Surpassing the love of men. Romantic Friendship and love between women from renaissance to the present*. Nueva York, Quill William Morrow.

Fausto-Sterling, Anne (2006) *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*. España, Ed. Melusina.

Ferrer, Victoria; Bosch, Esperanza (2000) Violencia de género y misoginia: reflexiones psicosociales sobre un posible factor explicativo. *Papeles del Psicólogo*. No. 75, pp. 13-19.

Flores, Javier (2001) *El paradigma sexual*. México, Ed. Lectorum.

Fraser, Lin (2015) "Gender Dysphoria: Definition and Evolution Through the Years" en Trombetta, Carlo; Liguori, Giovanni y Bertolotto (2015) *Management of Gender Dysphoria: A Multidisciplinary Approach*. Italia, Springer. pp. 19-31.

García Dauder, D; Pérez Sedeño, Eulalia (2018) *Las 'mentiras' científicas sobre las mujeres*. Madrid, Ed. Catarata.

Geller, Elizabeth; Clarke-Pearson, Daniel (2013) *Complicaciones de la histerectomía*. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Vol. 121, No. 3, pp. 654-673.

Guillaumin, Colette (1978) "*Práctica del poder e idea de Naturaleza*" en Curiel, Ochy; Falquet, Jules (2005) *El patriarcado al desnudo. Tres feministas materialistas*. Bogotá, Brecha Lésbica. pp. 19-56.

Haraway, Donna (1991) *Manifiesto Ciborg. El sueño irónico de un lenguaje común para las mujeres en el circuito integrado*. Edición en línea: https://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/beatriz_suarez/ciborg.pdf

_____ (1995) *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. España, Cátedra.

Harding, Sandra (1996) *Ciencia y feminismo*. Madrid, Edición Morata.

_____ (2010) “¿Una filosofía de la ciencia socialmente relevante? Argumentos en torno a la controversia sobre el Punto de vista feminista” en Blazquez, Norma; Flores, Fátima; Ríos, Maribel (2010) *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*. México, CEIICH-UNAM. pp. 39-65.

_____ (2012) “Feminist Standpoints” en Hesse-Biber, Sharlene N. (ed.) (2012) *The Handbook of Feminist Research. Theory and Praxis*. Estados Unidos, 2ª Edición Sage. pp. 45-69.

Hembree, Wylie; Cohen-Kettenis, Peggy; Gooren, Louis; Hannema, Sabine; Meyer, Walter; Murad, M; Rosenthal, Stephen; Safer, Joshua; Tangpricha, Vin; T'Sjoen, Guy (2017) *Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Personas: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline*. J. Clin Endocrinol Metab. Vol. 102, No. 11, pp. 3869-3903

IM Clínica (2021) Hombre Transexual. Recuperado de: <https://www.cirugiadegenero.com/hombre-transexual/>

Jeffreys, Sheila (2021) *El género daña. Un análisis feminista de las políticas del transgenerismo*. México, Labrys Editorial.

Jorge, J. (2014). Disforia de género: un diagnóstico contumaz destinado al olvido. *Fuentes Humanísticas*, Vol. 51, pp. 41-56.

Lagarde, Marcela (2005) *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México, UNAM.

Littman, Lisa (2018) Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS ONE*. Vol. 13, No. 8, pp. 1-44.

_____ (2019) Correction:Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS ONE*. Vol. 14, No. 3, pp. 1-7.

López Sánchez, Oliva (2005) “Las representaciones técnico-médicas del cuerpo femenino en el discurso de la gineco-obstetricia en el siglo XIX” en Blazquez, Norma; Flores, Javier (2005) *Ciencia, tecnología y género en iberoamérica*. México, CEIICH-UNAM. pp. 367- 376.

Lorde, Audre (2003) *La hermana, la extranjera. Artículos y conferencias*. Madrid, Ed. Horas y horas.

Maffía, Diana y Cabral, Mauro (2008) "Los sexos ¿son o se hacen?" en Maffía, Diana (comp), *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Buenos Aires, Feminaria Editora. pp. 86-96.

Maffía, Diana. (2014) Epistemología feminista: la subversión semiótica de las mujeres en la ciencia. *Revista feminismos*. Vol. 2, N. 3, pp. 103-121.

Magalhães, Cristina y Magalhães, Ellen (2017) "Gender Dysphoria" en Nadal, Kevin (ed) *The SAGE Encyclopedia of Psychology and Gender*. EU, SAGE Publications. pp.651-654.

Meyerowitz, Joanne (2002) *How sex changed. A history of transsexuality in the United States*. E.U, Harvard University Press.

Millet, Kate (1995) *Política sexual*. Valencia, Ed. Cátedra.

Missé, M y Coll-Planas, G. (2010) "La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas". *Norte de salud mental*. Vol. VIII, No. 38, pp. 44-55.

Morales, Luisa; Stevens, Patricio (2019) Mastectomía subcutánea con reconstrucción inmediata del complejo aeromamilar en transexuales masculinos. *Revista de Cirugía*. Vol. 72, No. 5, pp. 418-426.

Pavan, Nicola; Vedovo, Francesca; Liguori, Giovanni; Trombetta, Carlo (2015) "Surgical Therapy: Possible One-Step Solutions" pp. 289-294 en Trombetta, Carlo; Liguori, Giovanni y Bertolotto (2015) *Management of Gender Dysphoria: A Multidisciplinary Approach*. Italia, Springer.

Pérez Sedeño, Eulalia (2012) "Ciencias y Tecnologías del cuerpo: la práctica de la tecnología de los implantes mamarios" en Pérez Sedeño, Eulalia; Ibáñez Martín, Rebeca (2012) *Cuerpos y diferencias*. México, Plaza y Valdés Editores. pp. 131-152.

Pisano, Margarita. (2001) *El triunfo de la masculinidad*. Chile, Fem-e-libros.

Preciado, Paul (2008) *Testo yonqui*. España, España.

Pujal, Margot; Calatayud, Marina; Amigot, Patricia (2020) Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: una relectura del DSM-V. *Revista Internacional de Sociología*. Vol. 78, No. 2, e155.

Ramella, Vittorio; Papa, Giovanni; Marij Arnez, Zoran (2015) "Surgical Therapy: Chest Wall Contouring for Female-to-Male Transsexuals" pp. 281-287 en Trombetta,

Carlo; Liguori, Giovanni y Bertolotto (2015) *Management of Gender Dysphoria: A Multidisciplinary Approach*. Italia, Springer.

Riegraf, Birgit y Brigitte Aulenbacher: "Investigación feminista, ¿quo vadis? Recuento metodológico histórico y perspectiva epistemológica a futuro", en De la Garza Toledo, Enrique y Gustavo Leyva (eds.): *Tratado de metodología de las ciencias sociales: perspectivas actuales*. México: Fondo de Cultura Económica-Universidad Autónoma Metropolitana, 2012. Pp. 567-584

Robles, Rebeca y Ayuso-Mateos, José (2019) CIE-11 y la despatologización de la condición transgénero. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Vol. 12, No. 2, pp. 65-67.

Rubin, Gayle (1986) El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva Antropología*. Vol. VIII, No. 30, pp. 95-145.

Salín-Pascual, Rafael (2015) La diversidad sexo-genérica: un punto de vista evolutivo. *Salud Mental*. Vol. 38, No. 2, pp. 147-153.

Schiebinger, Londa (2004) ¿Tiene sexo la mente? Las mujeres en los orígenes de la ciencia moderna. Valencia, Cátedra

Scott, Joan (2001) Experiencia. *La Ventana*. Vol. 2, No. 31, pp. 43-73.

Serano, Julia (2007) "Capítulo 8: El privilegio cissexual" pp. 1-30 en Serano Julia (2007) *La chica del látigo. Una mujer transexual opina acerca del sexismo y el chivo expiatorio de la feminidad* [traducción de Chrysallis]. Disponible en: <https://chrysallis.org/la-chica-del-latigo-desmontando-el-privilegio-cissexual/>

Serret, Estela (2009) Hacia una redefinición de las identidades de género. *Géneros*, No. 9, pp. 71-98.

Smith, Dorothy (2005) *Institutional Ethnography. A sociology for people*. Nueva Inglaterra, Altamira Press.

Sohn, Michael (2015) "Complications" pp. 303-309 en Trombetta, Carlo; Liguori, Giovanni y Bertolotto (2015) *Management of Gender Dysphoria: A Multidisciplinary Approach*. Italia, Springer.

Toricella, Andrea (2019) Tendiendo puentes entre la teoría feminista y la biología: sobre materialidad, sistemas dinámicos y plasticidad. Una entrevista a Anne Fausto-Sterling. Research Gate. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/330168891_Tendiendo_puentes_entre_la_teoría_feminista_y_la_biología_sobre_materialidad_sistemas_dinámicos_y_plasticidad_Una_entrevista_a_Anne_Fausto-Sterling

Tosh, Jemma (2016) *Psychology and Gender Dysphoria. Feminist and Transgender Perspectives*. Nueva York, Routledge.

Toulmin, Stephen (2001) *Cosmópolis. El trasfondo de la Modernidad*. Barcelona, Ediciones Península.

Trombetta, Carlo; Mazzon, Giorgio; Ramella, Vittorio y Marij, Zoran (2015) "Surgical Therapy: Forearm Free Flap Phalloplasty" en Trombetta, Carlo; Liguori, Giovanni y Bertolotto (2015) *Management of Gender Dysphoria: A Multidisciplinary Approach*. Italia, Springer. pp. 249-256.

Wadman, Meredith (2018) 'Rapid onset' of transgender identity ignites storm. *Science*. Vol. 361, No. 6406, pp. 958, 959.

Willeke, F; Lehnert, Th (1997) Vincenz Czerny: carrying concepts into the 21st century. *European Journal of Surgical Oncology*. Vol. 23, pp. 253-256.

Wittig, Monique (1992) *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Madrid, Egales.

Yáñez, Soledad (2011) Develando la propuesta de Dorothy Smith: aportes epistemológicos y metodológicos para el abordaje de lo social. *diáLogos. Revista Científica de Psicología, Ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias de la Salud*. Vol. 2, No. 1, pp. 111-126.

Yovarone, Rafael; Sotero, Gonzalo; Laborde, Alejandro; Sosa, Claudio; Domínguez, Álvaro; Martínez, Jorge (2002) La histerectomía vaginal en útero no prolapsado: una vieja 'nueva' opción. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Vol. 48, No. 2, pp. 85-92.

Documentos institucionales

American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.)*. Madrid, Editorial Médica Panamericana.

Post-Trans (2021) *La detransición de género, un camino hacia la autoaceptación*. [Edición en español] Recuperado de: <https://post-trans.com/Detransition-Booklet>

WPATH (2012) *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género (SOC)*. [7ma versión]. Recuperado de: <https://www.wpath.org/publications/soc>

Videos:

Rivera, Tatis (31 de diciembre de 2019) *En cuerpo equivocado*. Link: <https://youtu.be/ZJGMSI66uHE>

Anexo

A partir de la revisión y lectura minuciosa de testimonios de mujeres *detrans* de la organización Post-Trans, noté que compartían puntos en común, tales como: vivir lesbo-misoginia interiorizada, haber vivido violencia sexual, o bien vivir con episodios de ansiedad, de depresión, así como los impactos por creer que ser mujer sólo era posible a partir del Modo 1 (ser mujer como sinónimo de ser heterosexual y femenina), por mencionar algunos. Estos puntos en común ayudaron al análisis y a comprender mejor desde dónde y cómo es que impacta el régimen heterosexual en la vida de las mujeres.

Para ilustrar lo anterior, se presentan algunos de estos testimonios en los que señalo con un color específico los puntos más relevantes:

- Ser lesbiana: amarillo
- Haber vivido violencia sexual: naranja
- Haber vivido con ansiedad, depresión y/o algún trastorno alimenticio: verde
- Impacto de la misoginia por ser mujer: azul
- Reflejo de la conceptualización desde el Modo 1: morado
- Reflejo de la conceptualización del Modo 2: rosa fuerte
- Posible referencia a la categoría de *Rapid-Onset Gender Dysphoria* de Lisa Littman: rojo claro

Testimonios

1. Soy una chica *detrans* de 19 años de Canarias, España. Crecí en un hogar muy receptivo, recuerdo ir a los desfiles del orgullo gay desde que tenía 5 años, y he sido abierta sobre mi disforia desde que tenía 13 años. A los 14 salí del closet con mi hermana gemela y mi novia, como persona de género fluido. Un año después salí del armario como trans y comencé testosterona a los 15. Me sometí a una cirugía de la parte superior a los 18. Todo el tiempo

estuve dudando si había tomado la decisión correcta. Cuando cumplí los 19 me di cuenta de que no era lo que quería / necesitaba y dejé de tomar testosterona. Ahora llevo 11 meses sin Testosterona y casi 2 años postoperatorios. Esta es la versión corta de mi historia, directo al grano, pero he luchado mucho contra las dudas sobre mí misma y me encantaría ayudar a otras personas con su identidad si puedo.

2. Hola, mi nombre es Sky y soy un detransicionadora. Cuando tenía 14-17 años hice la transición respecto a mi apariencia. Me corté el pelo, vestía ropa masculina y hablé con una voz más gruesa que la que tenía. Estaba en octavo grado cuando decidí hacer la transición de FTM. Perdí a muchos amigos cuando salí del armario como transgénero. Fue muy duro para mí y comencé a vendarme el pecho. Le dije a mi madre y a mi hermano que era transgénero y mi madre se opuso a la transición médica. Mi mamá y mi hermano seguían diciéndome que yo soy mujer. Me negué en ese momento. Creía que era transgénero, pero cuando tenía 17 años me di cuenta de que no lo era. **Pensé que sería la "solución". Estaba muy deprimida en ese momento.** Pasé tres años siendo alguien que no era. Agradezco a mi mamá ahora por no dejarme hacer la transición médica. Me arrepentiría ahora si ella no lo hubiera impedido.

3. Después de terminar la escuela secundaria (hace 5 años) estaba agotada y sin rumbo, las cosas comenzaron a desmoronarse, y en ese momento también **admití que me atraían exclusivamente las mujeres (todavía estoy teniendo muchos problemas con esto)**. Saqué de mi vida a los amigos cercanos y dejé el deporte (que había sido mi obsesión). **Estaba deprimida y me atragantaba**, y para una persona que había estado viviendo en un cuerpo sin peso y sin sexo hasta los 18 años, subir de peso era esencialmente como enfrentar la pubertad por primera vez. Nunca antes había tenido que lidiar con los senos o el exceso de carne. Experimenté un sentimiento similar al descrito en este artículo: "He aumentado de peso, pero me he perdido a mí

misma", escribe Nancy Tucker sobre su propia recuperación. "¿Cómo puedo explicar que por dentro sigo siendo anoréxica, pero atrapada en un traje gordo?" ¿Cómo puede uno ser visto como un ser humano mientras se parece a una mujer? La anoréxica debe luchar con este interrogante ... Aunque solo puedo identificarlo retrospectivamente, este fue mi mayor acertijo existencial durante un tiempo. Me degradé a mí misma. Sentía tanta repugnancia por mi cuerpo femenino y asumí que otros también lo harían. No esperaba ni me sentía lo suficientemente merecedora para ser tratada como un ser humano, y asumí que los demás también veían poco valor en mí. He considerado cómo la vergüenza de mi sexualidad puede estar vinculada a la vergüenza de mi cuerpo femenino. Quizás de forma bidireccional. Específicamente: ¿Cómo puedo sentirme cómoda con mi atracción por otros cuerpos femeninos cuando no me gusta la forma en que aparece mi propio cuerpo y los significados implícitos que se le atribuyen (y viceversa)? Sigo sintiendo todas estas cosas, pero afortunadamente con menos intensidad. Todavía estoy aprendiendo a que me guste mi cuerpo. ¡Esto no acabará nunca! Pero estoy mejorando.

4. Me sentía demasiado fea y socialmente rara para ser mujer. Pensé que ser mujer era algo repugnante y me sentía avergonzada de eso. La transición fue una forma de escapar de esa vergüenza. Era más atractiva como hombre y me sentía menos disgustada por mi atracción por las mujeres. Ser hombre tenía sentido en cierto modo: tenía intereses masculinos, me veía masculina, me atraían las mujeres. Sólo después de un tiempo me di cuenta de que la transición no era la solución. Todavía me sentía avergonzada de mi atracción por las mujeres, pero ahora de una manera diferente. Me sentí depredador. Empecé a sentirme como una amenaza. Antes también me sentía como una lesbiana depredadora, pero mi masculinidad lo empeoró. El acoso no se detuvo. Ahora ya no era demasiado masculino, sino femenino. Ojalá pudiera decir que la detransición me hizo sentir mejor, pero realmente no fue así. Me sentí avergonzada por lo que hice. Siento que destruí completamente mi

propio cuerpo. Antes me veía masculina para ser una mujer, pero pasaba por mujer. Ya no parezco una mujer y tampoco sueño como una. Me siento mucho más fea y sin ningún valor. Arruiné todas las relaciones que tenía porque realmente pensé que la transición me haría feliz, me haría bien, y todos los que se interponían en eso también se interponían en el camino de la felicidad, así que tuve que sacarlos de mi vida. La peor parte es que me hice esto a mí misma. No tengo a nadie más a quien culpar. Y es muy difícil vivir con eso.

5. Crecí en un pueblo muy rural y conservador, y desde el momento en que pude hablar, me referí a mí mismo con el pronombre “él”. Nunca vi a una mujer masculina ni una sola vez en mi infancia. Pensé que mi preferencia por el pelo corto, el pecho plano y la ropa de hombre me descalificaban para ser mujer. Me identifiqué como un hombre desde los 5 años hasta los 18 años. Nunca tomé testosterona, ya que mi madre, después de haber visto mi anhelo por la libertad y la facilidad de la niñez, me habló muchas veces sobre el feminismo y cómo la femineidad era lo suficientemente grande como para sostenerme. En ese momento, no escuché muy bien; era feminista, sí, pero seguramente no podría haber sido MUJER. ¡Era masculina en todos los sentidos! Ahora tengo casi 21 años, y han pasado dos años de aceptarme como la lesbiana masculina que soy. Mi maravillosa hermana mayor ha sido una parte vital de mi viaje de regreso a la condición de mujer. Mis relaciones con las mujeres de mi vida son mi sustento. Es la mayor paz que he sentido.
6. Cuando tenía 13 años comencé a hacer dieta y ayunar. Muchos de mis problemas se centraban en mis senos y escuché que odiar tus senos te volvía trans, así que investigué un poco y decidí que era FTM. A medida que mi trastorno alimenticio empeoraba progresivamente, comencé a cortarme a mí misma, por lo que mis padres me pusieron en terapia. Les dije a mis padres, amigos y terapeuta que era trans porque pensé que esa era la razón por la que me odiaba. Mis amigos y la terapeuta estuvieron de acuerdo. Mi

mamá no lo estuvo. Los médicos vieron mi peso poco saludable, pero pensaron que era más urgente para mí hacer la transición. A la edad de 15 años, conseguí una reunión con la terapeuta de género. La terapeuta dijo que cuando tuviera 16 años podría empezar con hormonas. Mi mamá le preguntó a la especialista por qué no era una preocupación verme muriendo de hambre. Ella dijo que muchos niños trans lo hacen antes de la transición. Mi mamá me preguntó si sabía de algún efecto secundario de la TRH. Los busqué. La TRH te hace subir de peso. Eso me aterrorizó. Mi mamá me dijo que no me administraría hormonas y me sentí aliviada. Esto me envió en una espiral y lentamente todo se vino abajo. **Todavía estaba anoréxica, pero la detransición me permitió lidiar con eso.** Estoy agradecida de no haber tomado hormonas, pero todavía siento la secuela de mi transición social hasta el día de hoy. **Ser trans hizo que la gente afirmara y permitiera que mi trastorno alimentario dañara mi mente y mi cuerpo bajo la apariencia de apoyo y eso me afecta de vez en cuando.** Pero estoy bastante feliz y tengo gente que me quiere, así que creo que estaré bien.

7. Yo siempre me sentí separada de mi cuerpo desde que era pequeña. **Salí del armario como lesbiana a los 13 años y estaba muy feliz.** Pero mi cuerpo siempre se sintió mal y sucio para mí. A los 15 años salí del armario como un hombre trans, pensando que tenía disforia de género. Era más miserable como hombre trans que antes y entré en una relación extremadamente tóxica y abusiva un año después. Tomé hormonas durante 11 meses, y después de salir de esa relación **me di cuenta de que había pensado que era trans porque tengo síntomas de psicosis severos donde nada se siente bien** y por el **impacto de haber sido víctima de la trata de personas cuando era pequeña.** Ahora estoy trabajando para curarme a mí misma y estoy **viviendo felizmente como una lesbiana femme.**
8. Tengo 36 años. Soy mujer y soy heterosexual. Desde los 16 años me identifiqué como un hombre gay. No respeté los límites de otras personas, o

el derecho a la autodeterminación sexual, por ejemplo, **manipulé el modo de unirme a una organización solo para hombres homosexuales**. Eventualmente me cansé de vivir una mentira. Cuando detransicioné, estaba aislada y no sabía cómo ayudarme. Había pasado la mayor parte de una década obligando a amigos y familiares a "apoyar mi transición" y eliminando de mi vida a las personas que se negaban a seguir mis reglas. **No sabía cómo lidiar con el dolor y la culpa que sentía por haber dañado mi cuerpo, así que consumí drogas**. Con el tiempo abandoné las drogas y aprendí a meditar. Fue un gran alivio dejar de luchar contra mí mismo y luchar contra la realidad. En la última década he tenido la suerte de poder perseguir una variedad de intereses y de no estar constantemente preocupada por mi cuerpo y por lo que otras personas piensan de mí cada día. Ahora soy madre de un hijo de 10 meses y estoy muy agradecida de no haber perdido la fertilidad, aunque no poder amamantarlo ha sido difícil. Tengo problemas crónicos de salud que probablemente están relacionados con mi transición, y también me preocupan los efectos potenciales, que aún no han sido estudiados, que el hecho de haber tomado testosterona y haber pasado por la menopausia podrá tener en la salud de mi hijo. No me veo a mí mismo como una víctima y quiero responsabilizarme por mis errores. Parte de eso significa hablar en contra de esta ideología dañina, que ayudé a popularizar y a ganar aceptación, que ahora está resultando en un número cada vez mayor de niños esterilizados, perdiendo la capacidad de tener hijos propios.

9. Cuando tenía 12 años, descubrí lo que significaba ser transgénero. Entonces exploré un poco la idea, pero no fue sino hasta mis 15 años cuando comencé la transición por completo. **Estaba empezando a descubrir que también era lesbiana**, **así que decidí que era un chico trans heterosexual**. Siempre sentí que mi cuerpo no era mío; como si fuéramos dos entidades separadas. Esto probablemente se deba a lo alta que soy (1,80m) y **al acoso debido a ello**. Empecé a tomar testosterona cuando tenía 18 años. Durante el año que comencé a tomarla, intenté dejarla varias veces. Sin embargo, **mi**

mejor amigo en ese momento, que también era un hombre trans, me presionaba de alguna manera para que la siguiera tomando. Finalmente, ese amigo salió de mi vida y me descubrí a mí misma. Dejé la testosterona no hace mucho y finalmente me siento libre. Finalmente he llegado a un acuerdo con mi verdadera identidad como lesbiana *butch*. No fue un camino fácil, pero valió la pena.

10. Soy una lesbiana *butch* de 25 años. Fui hombre trans por 6 años y transicioné médicamente por 3 años. Sufro de depresión, TEPT, disforia, y TLP lo que ayudó a impulsar mi transición. Fui violentada y violada por mi primer novia después de aceptar que era lesbiana. Sufri homofobia por parte de mi familia cuando era joven. Sufri abuso sexual por parte de hombres también. Eso causó que mi disforia se manifieste y no pude soportar la violencia y homofobia, así que encontré una forma de lidiar con ello de la mejor forma que pude. Encontré a la comunidad trans como mi salida. No pasó mucho tiempo antes de que me involucrara demasiado y pareciera encontrar una manera de escapar de todo. Después de todo lo que pasó, ya no quería ser mujer ni lesbiana y quería escapar de esos términos y convertirme en una nueva persona. Cuando fui a ver doctores y terapistas, tomó solo una cita para tener su aprobación y estaba con tratamiento de hormonas en un mes. Pensé que todo estaría bien hasta que me di cuenta de que no estaba siendo más feliz con las hormonas. Las hormonas causaron que me hiciera una histerectomía. Causó presión arterial alta. Me estaba dañando más que ayudarme. Estaba tan enfocada en ser reconocida como hombre que eso también me estresaba. Ya no estaba haciendo esto por mí. Estaba intentando probarle a los demás que era un hombre más que cualquier cosa. Me di cuenta de que nunca podría ser un hombre en realidad y ya no podía intentar escapar de ello. Escapar terminó. Detuve el tratamiento de hormonas y volví al estrógeno. Después de un año de pensar en mi proceso de detransición finalmente lo hice. Ahora estoy recuperando mi lesbiandad *butch* y volviendo a ser la mujer lesbiana que siempre fui.

11. Empecé a dejar de identificarme como mujer hace 5 años, **acabo de declararme (un poco tarde) como lesbiana. Sabía que lo era al menos tres o cuatro años antes de eso, pero nunca me declaré como una.** Como cualquier lesbiana feminista principiante, no me sentía con derecho de definirme como una. Entonces enfoqué mi atención en teorías que me decían que yo era alguien excepcional, única, que nunca sufrí un tipo de opresión en particular. No como las otras chicas. Llegué a la escena feminista justo en el momento de los movimientos de desidentificación de la clase social de "mujer". **Todo tipo de géneros no binarios ¿y por qué no neurogéneros, xenogéneros? Todo era posible!** **Era lindo creer en algo más, pensar que no era lesbiana sino "algo más".** **Algo super especial, lejos de esas "lesbianas mediocres" que me miraban de reajo...** Además de eso, tenía y sigo teniendo una fuerte **dismorfofobia**. Sufro gordofobia, y... pocas camisas me quedan a causa de mis senos! No me tomó mucho tiempo empezar con la testosterona. Primero con el gel. Un contacto me dio dos cajas de Testogel. No tuvo mucho efecto, así que me detuve. Entonces un pico de anorexia me hizo perder 30 kilos en tres meses. Empecé con el gel de nuevo gracias a otra gente, que resultaron ser cada vez más y más chicos trans. **En ese tiempo, el discurso principal de las redes sociales empezó a hacerse algo más peligroso: desidentificarse de la categoría de mujer significaba ser un chico trans, un chico, un hombre...** Entonces pensé que era un chico. Empecé con inyecciones de testosterona junto a otros chicos trans. Es muy usual ver grupos de 5-6 personas que empiezan su transición a la vez. Durante mis estudios, mi pareja me llevó con un doctor privado, quien fácilmente prescribe inyectables de testosterona. Sin estudios de sangre, nada. Desde ahí tuve 2 años de tratamiento sin parar. Hoy, feliz de mis cambios físicos, decidí detener mi transición. 4 años con testosterona en total, incluyendo 2 años sin parar. Poco a poco estoy abandonando el tratamiento hormonal, me afeito la barba, no me identifican como un hombre y me está bien por mi. **He aprendido a vivir con mi antiguo nombre y siendo lesbiana *Stone-Butch*.**

12. No sé si mi historia tiene algún valor aquí, porque yo no tomé testosterona. No fui violentada hasta donde sé. Siempre fui menos de lo que esperaba ser. Quería respeto y aumento de sueldo. Luego, cuando estaba investigando, me di cuenta de que siempre me comportaría como mujer. Que incluso si me veían como hombre, siempre esperaría que me pagasen menos, a tener menos autoridad, menos valor, menos respeto. Así que dejé de perder mi tiempo y energía en el proyecto de ser trans. A través de esta investigación descubrí que soy poderosa como mujer, tengo tanta autoridad como puedo, mi valor viene de mí, no de los demás.

13. Cuando tenía 14 o por así, aprendí sobre la existencia de las experiencias transgénero. Inicialmente pensé “no, claro que no puedo ser yo, después de todo, me gustaban las cosas de niñas en mi infancia, así que claramente soy una niña, cierto?” Aunque continuamente me atraía la idea y terminé buscando más y más sobre ello. Personifiqué partes de mi misma en mi cabeza, a una de ellas lo nombré “Andrew”, el nombre que tendría si hubiese nacido varón. Me puse un traje para el baile de bienvenida y me encontré más feliz de lo que esperaba de que alguien me confundiera con un chico antes de escuchar mi voz. Me sentía cada vez más atraída por ser visto como un hombre por razones que no podía identificar. Se trataba menos de un odio innato hacia mi cuerpo o mi existencia femenina, sino un anhelo de algo más. Un sentimiento para el que no tenía nombre. Querer ser un hombre era la descripción más cercana que tenía para ello. Recuerdo haber hecho cuestionarios online para saber si era trans. Recuerdo leer que “si te preguntas si eres trans o no, probablemente lo eres”. Recuerdo un centenar de validaciones online que me convencieron. Se lo dije a mis padres cuando tenía 15 o 16. Sólo hacía cosas así si estaba 100% convencida. Y lo estaba. Estaba muy, muy convencida. Había recopilado evidencia en mi cabeza, experiencias de niña que confirmaban que siempre había sido un niño por dentro. Cuando empecé con testosterona tenía 19. Cambié mi nombre legal

poco tiempo después. Todo mi entorno lo sabía. Cuando tenía 20, mi novio detransicionó, se convirtió en mi novia. Yo la apoyaba. Ella encontró su identidad como lesbiana. A través de ella me encontré con testimonios de más mujeres que detransicionaron. Leí sus experiencias. Y eso me destruyó. Es un dolor que apenas recuerdo ahora, pero tengo escritos del pasado, de cuando desesperadamente trataba de procesar esto. Aferrándome a mi identidad, a la defensiva y dolida, insistiendo en que mi experiencia no se parecía en nada a la de ellas. No era yo, no lo era, no lo era, no podía ser yo. Tanta energía autodestructiva, todo girando en torno a la idea de que podría haberme equivocado. Por supuesto que lo estaba. Admitirlo fue una de las cosas más angustiantes que tuve que hacer, no solo conmigo misma sino con los que me rodeaban. Nunca tuve ningún trauma sexual. No había sido víctima de algún tipo de misoginia en particular o de homofobia. Puedo señalar tal vez dos pequeños eventos distintos que incluso podrían haberlo sido. Simplemente nunca tuve palabras para describirme a mi misma. Simplemente nunca tuve una comunidad. No había ninguna lesbiana cerca de mí para guiarme, hablar conmigo. Para ayudarme a rever mi pasado, rever mi relación con el mundo. La compleja existencia que conlleva ser una mujer homosexual. Nadie me dijo nada sobre eso. Por supuesto que pensaría que soy un hombre ¿qué otras palabras tenía para describirme? Soy mujer, soy lesbiana. No por alguna sensación particular en mi pecho, no un deseo o una decisión. Simplemente es la verdad de mi existencia. Soy lesbiana, un caballero encantador en un cuerpo femenino, y mi cuerpo no necesita cambiar para albergarme feliz dentro de él.

14. Cuando tenía 14, me topé con la idea de ser trans. Me sentía realmente identificada con todo lo que los hombres trans describían y sentían, y yo sentía una conexión profunda con la masculinidad. Justo antes de cumplir 15, ya me identificaba como chico trans, usaba binder, corté mi cabello y me sentía mucho mejor. Siempre digo que el día que corté mi cabello, fue la primera vez que me sentí hermosa. No puedo expresar lo feliz que me sentía.

Me involucré mucho en la comunidad trans y defendí los derechos trans cada vez que tuve la oportunidad. Algo siempre se sintió mal, pero se lo atribuía a estar sin tomar testosterona porque tenía y sigo teniendo una disforia debilitante. Fuí hombre trans hasta principios de este año, cuando cumplí 18. Encontré blogs de feminismo radical y me di cuenta que podía amarme a mí misma, y mi cuerpo como mujer inconformista del género. En mi último tiempo como hombre trans, me di cuenta de que solo amaba a las mujeres. Pero me identificaba tanto con la identidad gay que decidí que, si era hombre trans, entonces sería bisexual. Esto se debió en gran parte al desequilibrio de poder entre hombres y mujeres, y a mi conocimiento de que soy homosexual. Aprendí que ser transgénero se derivaba de odiar la forma en que me percibían en la sociedad y de estar tan profundamente inmersa en la comunidad lgbt que pensé que la única forma de ser una lesbiana masculina era ser un hombre trans. Ser transgénero originó una gran brecha entre mi familia y yo. Mi mamá lloraba porque ella temía por mí. El día que les conté que no soy trans, mi hermana me dio el abrazo más reconfortante que tuve de ella en años. Soy lesbiana *butch* y nunca me sentí más feliz o más empoderada. Me di cuenta, a través del tiempo y sufrimiento, que yo puedo ser una mujer solo para las mujeres. No me tengo que depilar. Puedo tener cabello corto. Puedo tener disforia. Sigo siendo una mujer. Sigo siendo hermosa.

15. Mi transición fue una vía de escape. He tenido conflictos con dismorfia y trastornos alimentarios desde que tenía 12, y las hormonas parecían la cura milagrosa para todo. Una forma de huir de una gran disociación con mi cuerpo. Poco después de empezar mi transición, mi salud mental y física entraron en una espiral. Cambió mi vida de formas que ojalá pudiera retirarlo. Ahora sé que simplemente soy una lesbiana *butch*. Me siento como en casa conmigo, y he empezado a reparar la relación con mi cuerpo, Durante mucho tiempo pensé que eran dos cosas diferentes, pero ahora sé que mi cuerpo soy yo, y no soy una forastera en él. Estoy a punto de cumplir 21, y me he

encontrado involucrada en el mundo de formas que nunca antes había hecho, Me siento motivada y energizada. La detransición fue una conmoción en mi sistema que me despertó de una fantasía, y no podría estar más agradecida de haber encontrado la comunidad de mujeres que detransicionan en línea.

16. Me declaré trans cuando tenía 16, empecé con testosterona a los 18 y dejé de reidentificarme a los 20 años. Supongo que la razón por la que empecé a transicionar es porque siempre sentí que había algo mal conmigo como persona. Me odiaba muchísimo, y pensé que la vida sería mejor si fuera una persona completamente diferente. Tenía una disforia masiva y pensé que estaría mejor como hombre. Así que mentí a todo el mundo y a mi misma. De alguna forma hice click a los 20 años y dejé de ir a mis citas de hormonación y empecé a intentar entrar en contacto con mi cuerpo. Me di cuenta de que no importa lo que sea, soy mujer y aprendí a vivir con eso en vez de odiarlo. Fui asaltada y violada cuando era joven y me di cuenta de que esa es la razón que hace que odie mi cuerpo.

17. Soy una mujer de 22 años que no se ajusta al género, que se identificaba como un hombre trans gay. He luchado con la depresión, ansiedad, autismo y TEPT* durante muchos años. Cuando era trans sentía que ser un hombre gay sería la solución a algunos de mis problemas, como el odio a mí misma, no identificarme con la feminidad, y la tristeza general. Pensaba que la masculinidad gay se sentía más segura y respetable que ser una mujer que no seguía las normas de género. Me inyecté testosterona y tuve una mastectomía, se aprobó por mis doctores a pesar de que en su momento tenía tendencias suicidas. Pero la transición no me hizo sentir mejor. Sólo mediante Terapia Dialéctica Conductual empecé a aceptarme y quererme como una mujer y femenina. Para mí la detransición significa perdonarme por mis defectos, y aceptar mi cuerpo y mente por lo que son en vez de usar una máscara de identidad de género. Para mí la detransición es volverse estable

mentalmente y no estar retenido por las expectativas del género que nos da la sociedad o nosotros mismos. Para mi la detransición significa volverse completa queriendo cada parte de tu cuerpo, y no tratando de cambiar cosas que irracionalmente percibes como que no son suficientemente buenas.

18. Crecer en un cuerpo femenino no fue fácil para mi. Mis amigos me decían que debería perder peso, que **no podía salir de casa sin hombres silbándome y hablándome a mis pechos en vez de a mi cara.** Mi cuerpo no se sentía como si fuera mío. Cuando tenía 20 no me podía identificar como mujer ya, me rapé el pelo y **me mataba de hambre hasta tener bajo peso y de alguna forma deshacerme del cuerpo que tanto odiaba.** Descubrí el término transgénero y no pude dejar de pensar en ello. **Decidí o suicidarme o transicionar a hombre.** A lo mejor simplemente no se suponía que tenía que ser una mujer, tal vez **sólo había nacido transgénero.** Era la única explicación que podía encontrar. Transicionar me salvó y nunca me arrepentiré de esa decisión. Pero también me llevó a un lugar de reflexión sobre por qué realmente transicioné. **No creo que naciera trans, en cambio creo que me hice trans.** Estoy planeando dejar la testosterona y volver a una apariencia femenina. Para encarar la mala imagen de las mujeres que me enseñó la sociedad y adoptar una nueva y más fuerte.

19. La principal razón por la que empecé a transicionar físicamente fue **la gran desconexión y asco que sentía hacia mi cuerpo.** El tratamiento de testosterona parecía la única solución para mejorar. Nunca entendí porqué de repente empecé a odiar tanto mi cuerpo. Pensaba que era simplemente porque era trans, y que la disforia se iría con la Terapia de Reemplazamiento de Hormonas. (TRH) Y lo hizo. **El precio fue vivir y socializar como un hombre y renunciar a mi identidad como lesbiana.** Así que mentí a los terapeutas, mentí a los doctores, a mi familia y amigos, para tener acceso a lo que parecía la única solución para mi. Al final acabé mintiéndome a mí misma. Destransicionar para mi significa dejar de negar la experiencia como mujer

que tengo. Destransicionar para mí significa tomar control sobre mi disforia. Destransicionar para mí significa ir descubriendo mi cuerpo, el cual empecé a alterar desde la edad de 16, y trabajar finalmente aceptando mi cuerpo tal y como es. Destransicionar para mí no significa intentar volver a ser mi yo insegura de 16 años, pero avanzar y convertirme en la mujer fuerte que quiero ser.

20. La historia de Keira. Desde los 14 años comencé a sentirme desconectada de mi cuerpo y sabía que había algo malo acerca de mi fuerte inconformidad de género. **Transicionar a hombre se veía como la solución después de estar inmersa en una severa depresión y ansiedad,** mientras las chicas alrededor de mí se veían tan felices y contentas. Pensé que transicionar me ayudaría a navegar mejor el mundo y mi cuerpo, **ya no tendría que lidiar con los procesos corporales traumatizantes y las impracticalidades que vienen con ser mujer.** Me daría fuerza y control sobre mi vida, pues ya no tendría tantas expectativas que no quiero cumplir sobre mí. Me vería físicamente más atractiva y **ya no me sentiría rara e incómoda teniendo sexo lésbico.** Me dieron bloqueadores hormonales a los 16, testosterona a los 17, y una doble mastectomía a los 20. Un año después de mi cirugía fue cuando el humo comenzó a dispersarse y empecé a pensar claramente. Ni las hormonas, ni las cirugías me harían un hombre. Me di cuenta de que siempre tendría que hacer explícita mi transición a las personas, pues a pesar de lo mucho que *pasara* [por hombre], yo no era como mis amigos hombres. Siempre sería una mujer. Una mujer que ahora había sido alterada (lo recuerdo cada vez que me veo desnuda). **Yo estaba todavía alienada, deprimida y con ansiedad.** Detuve las inyecciones y comencé a analizar mi mente. No había nacido mal, no me había liberado e inconscientemente seguía atrapada en la noción de conformidad de género. Mi cuerpo está adolorido, roto y desorientado. Me faltaban modelos a seguir y un sentido de comunidad como chica de género inconformista. Me faltaba la educación sobre mi cuerpo femenino. Me faltaba amor y aceptación.