

Trabajo de final de grado en Antropología social y cultural

M^a Carmen Peiró Canals

exotikcherry@gmail.com

Niub: 16004402

Curso 2013-2014

Tutora: Cristina Larrea Killinger

**Cuerpos e identidades cuestionadas:
la transexualidad como concepto biomédico**

Resumen

El presente artículo quiere invitar a la reflexión sobre el concepto de transexualidad que se traza en torno a las instituciones biomédicas. Las instituciones sanitarias tienen una enorme incidencia sobre el campo de la transexualidad ya que históricamente han sido y siguen siendo las que ponen las normas para, en el caso de aquellas personas que deciden empezar un proceso de reasignación de sexo, llegar a conseguirlo. En la otra cara de la moneda, sin embargo, existe un colectivo altamente fraccionado y heterogéneo al que en numerosas ocasiones se presenta con unas características similares que pueden hacer del concepto una definición errónea que se asume que debería adaptarse a todo el colectivo. Sin embargo, el mundo de la transexualidad cuenta con una gran variedad de discursos, entre los que destacaré el que denomino normativo; aceptación de la tríada impuesta por la institución médica: diagnóstico-hormonación-cirugía y el no normativo, basado en aquellas personas que desafían la lógica imperante de dichas instituciones y en numerosas ocasiones no aceptan dicha tríada, así como aquel discurso donde se cuestiona la definición de transexualidad impuesta por el sistema biomédico.

Palabras clave

Transexualidad, discurso, red semántica, identidad de género, cuerpo político, sexualidad periférica.

Índice

Introducción.....	1-3
Metodología.....	3-6
El poder de la biomedicina aplicada a la transexualidad: UTIG.....	6-11
Procesos no normativos: ¿la transgresión de la norma?.....	11-15
Fracturas y diferencias del colectivo transexual.....	15-17
Conclusión.....	17-18
Bibliografía.....	18-19

Introducción

Este artículo quiere dar a conocer la heterogeneidad de la transexualidad y la importancia de la medicalización dentro de ella, así como la amplia variedad de los discursos que se encuentran dentro de las prácticas médicas dirigidas a los procesos de reasignación de sexo donde el acceso es regulado mediante unas normas concretas (Bergero et al; 2010). Haré referencia sobre todo al campo de la psiquiatría que ha normativizado el acceso a la modificación corporal para llegar a los tratamientos hormonales y las cirugías de reasignación genital a través del método diagnóstico de la disforia de género (Mas, 2010). Se mostrará la presencia de tres discursos por parte de los transexuales y profesionales que están implicados dentro de estos procesos: por una parte el discurso no normativo caracterizado por la no aceptación de la psiquiatrización para regular el acceso a estos tratamientos, por otro lado el discurso normativo que acepta la regulación por parte de la psiquiatrización aunque matice ciertos aspectos de la misma, y por último el discurso que cuestiona la definición marcada por la tradición biomédica de la transexualidad.

Para hacer referencia a estas prácticas médicas, así como a los discursos insertos dentro de ellas haré referencia al concepto de género como un proceso que se construye y se encuentra en medio de las relaciones de poder (Stolcke, 2004) así como es a la vez un acto performativo, entendiéndose por performatividad la repetición de unas reglas concretas sobre las que se definen los actores sociales (Butler, 1990). Así pues, el género se entenderá como un acto performativo porque es considerado como el efecto de un sistema que delimita las diferencias de género de manera represiva y exige que se repitan las formas específicas de conducta que están insertas en dicho sistema, algo que está íntimamente relacionado con los procesos normativos y la regulación por parte de la institución sanitaria a los tratamientos tanto quirúrgicos como hormonales para las personas transexuales.

Haré referencia a las sexualidades periféricas (Fonseca & Quintero, 2009) para referirme a aquellas sexualidades que traspasan la frontera de la sexualidad aceptada socialmente, basada en la resistencia a los valores tradicionales; algo que es comúnmente rechazado, estigmatizado y motivo de discriminación. Hablaré de cómo estas sexualidades periféricas son rechazadas por los manuales de psiquiatría por parte de la Asociación de Psiquiatría Americana (DSM IV-V) donde se niega cualquier proceso de cambio de sexo por tener una sexualidad que en teoría no es acorde con el género en el que dice sentirse la persona transexual. Esta identificación de género con una sexualidad concreta se encontrará dentro de los discursos no normativos, bien por decisión propia o porque se les es denegado el acceso a él.

Por otra parte, el cuerpo será comprendido como un territorio político estableciéndose como un campo de control sociopolítico donde se inscriben los valores

sociales y culturales (Lock & Scheper-Hughes, 1987). Se tendrá en cuenta que es en él donde se crea el efecto del género estableciéndose como performativo (Butler: 1990), y donde los discursos normativos se inscriben teniendo en cuenta la importancia que tiene el control corporal dentro de los mismos por parte de las instituciones sanitarias (Bergero et al, 2010; Mas, 2010).

El concepto de red semántica (Good, 2003) lo utilizaré en este artículo para referirme a las estrategias narrativas insertas en los discursos de las personas transexuales que hacen alusión a sus propias visiones sobre la transexualidad y su experiencia vivida en torno a ella y los procesos medicalizadores. En este sentido, tal y como este autor:

La estrategia narrativa es una forma mediante la que la experiencia es representada y relatada, en la que los acontecimientos son presentados con un orden significativo y coherente, en lo que las actividades y acontecimientos son descritos junto a experiencias asociadas a ellas y la significación que les aporta sentido para las personas afectadas. Pero la experiencia excede siempre con mucho a su descripción o narrativización.

(Good, 2003; 255)

La red semántica que expone Good hace referencia a los relatos que giran en torno a la enfermedad estableciéndose como un símbolo en un léxico médico aunque en apariencia aparezca como un ente natural. Las redes semánticas son asociaciones culturales que aparecen como naturales, encontrándose dentro de las estructuras hegemónicas de la sociedad y pueden ser entendidas como un conjunto de sistemas bien definidos. La enfermedad se constituye como una red semántica que se encuentra dentro de una realidad socio-histórica, convirtiéndose para Good en “un síndrome de significado y experiencia”. En última instancia, esta red semántica se asocia con un conjunto de valores, creencias, emociones y vivencias (Gaona, 2007) que unen la experiencia con el significado. Los factores socioculturales aparecen unidos de forma semántica durante un episodio de la enfermedad (*illness*) estructurados mediante un símbolo central; en este caso el episodio será la experiencia al acceso al tratamiento hormonal y el símbolo central se estudiará en torno al cuerpo como instrumento de control sociopolítico.

Si bien el concepto va a ser utilizado en este artículo, no considero la transexualidad como una enfermedad pero lo considero útil al ser una experiencia medicalizada ya que hace referencia al relato que se construye donde tienen especial importancia el conjunto de valores, experiencias, creencias y emociones que giran en torno a un determinado grupo social, que en el caso que me ocupa es el colectivo transexual.

Por último, la teoría *queer* (Butler, 1990) será contrapuesta a la tradición biomédica que se basa en la teoría de la diferenciación entre sexos asignándole un rol específico para cada uno. La teoría cuestiona estos argumentos criticando la rigidez del género y la sexualidad a la vez que es contraria a la heterosexualidad impositiva por parte de la sociedad occidental (Foucault, 1976). Haré referencia a como la teoría *queer* ha construido un

discurso *queerizado* donde se encuentra el discurso no normativo que se basa en estos parámetros, así como la tradición biomédica y su teoría de la diferenciación sexual de acorde a los roles de género específicos ha marcado a los discursos normativos.

Metodología

Este artículo se basa en el trabajo de campo hecho a lo largo de estos dos últimos años académicos donde he entrevistado ¹a ocho personas transexuales de edades que oscilan entre los 22 hasta los 40 años (ver anexo). Entre ellas cabe destacar que solo hay un hombre transexual por la dificultad en la que me he encontrado al acceder a realizar entrevistas a hombres transexuales. Además he entrevistado a tres personas que forman parte del colectivo médico y llevan a cabo servicios médicos que giran en torno a la transexualidad así como a un trabajador social. Concretamente se hablará del servicio brindado por la UTIG (Unidad de Trastorno de Identidad de Género) del Hospital Clínic de Barcelona donde se ha entrevistado a la psiquiatra responsable de la unidad y del servicio de tránsito para personas transexuales del Institut Català de la Salut, a la ginecóloga responsable de este servicio y a la psicóloga que da soporte emocional a las personas transexuales dentro del mismo.

Mi propuesta ha sido comparar estos dos servicios en torno a las concepciones que se tienen de la transexualidad y ver cómo afecta a la práctica y al discurso de los servicios médicos que prestan a este colectivo. A su vez, de las ocho personas transexuales entrevistadas, cuatro de ellas se benefician de los servicios que propone el servicio de tránsito, así como algunas de ellas han combinado los dos servicios, mientras que otras tres de ellas han pasado por el otro servicio, la UTIG.

Estas experiencias vividas por los transexuales que han pasado por dichos servicios servirán para corroborar el breve trabajo de campo que he realizado para mostrar cómo afecta a las personas transexuales las concepciones que tienen de la transexualidad los servicios descritos y cómo incide a su vez en su medicalización. Por otra parte, la octava persona transexual entrevistada no ha pasado por ninguno de estos servicios y considero relevante incluirla porque es otra vía posible dentro de la multiplicidad de discursos existente dentro de la transexualidad: aquellas personas que se consideran transexuales pero sin embargo no desean pasar por ninguna operación y que desafían la división estricta propuesta por el sistema biomédico entre travestismo y transexualidad. Con ello quisiera dejar claro que no considero que lo que es descrito en este artículo es exclusivo y excluyente; es decir, que la multiplicidad de discursos es tal que es imposible abarcarlos todos. No obstante, me

¹ Para comprender mejor el perfil de las personas entrevistadas y la manera en que son divididas en tres grupos que articulan discursos diferentes se incluye un anexo donde se explicita las características de cada persona entrevistada.

centraré en tres discursos que describiré con más detalle adelante para matizar el problema del concepto de la transexualidad biomédico actual: el discurso normativo, el no normativo y aquel que desafía los dos anteriores creando una nueva lógica discursiva en torno a la transexualidad.

Por desgracia, ya que considero que la observación participante es crucial para desarrollar un buen trabajo de campo antropológico, durante mi etapa de investigación no he podido llevarlo a cabo por las dificultades que se me han planteado: si bien es cierto que conseguí entrevistar a la psiquiatra que coordina la UTIG, me llevó meses conseguir dicha entrevista y tuve que dejar de lado cualquier posible observación participante en el servicio por el tiempo perdido. Por otra parte, si bien intenté hacer observación participante en el otro servicio en las sesiones terapéuticas grupales que proporciona la psicóloga del servicio de tránsito, no se me dio acceso para estar en dichas sesiones porque consideraba que mi presencia podía influir en las mismas. Por estos motivos mi trabajo de campo se basa únicamente en las entrevistas anteriormente mencionadas que han constituido la base sobre la transexualidad que será definida a lo largo de este artículo.

Las entrevistas se distribuyen en tres grupos caracterizados por el discurso que transmiten: el discurso normativo se encuentra dentro de aquellos procesos clínicos fuertemente medicalizados que giran en torno a la transexualidad. Se caracteriza por la aceptación de la medicalización, incluyendo el proceso psiquiátrico de evaluación que da derecho a los tratamientos clínicos para acceder a un cambio de sexo, y por la visión de la transexualidad dividida entre aquellos que se les cataloga por “verdaderos” y aquellos “falsos”² (Bergero et al., 2010). El discurso no normativo se encuentra en el otro polo: se caracteriza por la oposición al control corporal llevado a cabo por el personal sanitario y por una resistencia a la medicalización haciendo más hincapié en el tema psiquiátrico: rechazan el hecho de la evaluación psiquiátrica que regula el acceso a estos tratamientos, basándose en que el diagnóstico psiquiátrico se basa en unos prototipos de feminidad y masculinidad (gestualidad, físico, vestimenta, maquillaje, etc.) que no cumplen “ni la mayoría de mujeres biológicas” (Ylenia). Por último, el tercer discurso sirve para dar cuenta de la heterogeneidad del colectivo transexual y se caracteriza por desafiar la división estricta entre travestismo y transexualidad.

La teoría *queer* será contrastada con los procesos normativos. Dicha teoría postula que el género se produce bajo los efectos de un régimen que regula, exigiendo que los modelos de conducta existentes sean repetidos bajo el régimen heterosexual, dejando en

² Aquellos considerados verdaderos son los que pasan por la tríada completa (diagnóstico-hormonación-cirugía), y son asociados en contra de lo *queer* por aceptar la medicalización impuesta por el sistema biomédico que perpetúa el sistema de sexo/género impuesto.

los márgenes aquellas identidades que cuestionan dicho régimen perpetuando así las estructuras binarias de género, las relaciones sexuales normativas, etc. (Butler, 1990).

Además de las entrevistas expuestas, pude hacer una entrevista a un trabajador social que trabaja para la Fundació Enllaç de Barcelona para saber las problemáticas que planteaban las personas transexuales en su vida diaria. Saqué en claro que se puede hablar difícilmente de un colectivo transexual en sí porque las posturas dentro del mismo son muy diversas y sobre todo muy opuestas con lo que difícilmente pueden formar parte de un mismo colectivo. Lo que caracterizaría a este colectivo es el malestar que sienten en algún momento de su vida por querer actuar con un rol de género que no es el preestablecido al del sexo biológico dentro del sistema heteronormativo³ (Spargo, 2004). Lo que en numerosas ocasiones no comparten es la manera de vivir y sentir la transexualidad así como el cuerpo y la sexualidad ni las maneras de mirar al sistema biomédico que en algunos casos sienten que ejerce un poder demasiado grande que desbanca a sus propios intereses y les relega a los márgenes, siendo en ocasiones tratados en base a otras patologías con las que no se sienten identificados.

En este sentido se tendrá importancia a la teoría del cuerpo descrita por Nancy Scheper-Hughes y Margaret Lock (:1987) donde se identifica el cuerpo en tres esferas íntimamente relacionadas; el cuerpo individual donde la experiencia vivida es fundamental, el cuerpo social donde se representan las relaciones sociales en el cuerpo y por último el cuerpo político donde se establece el cuerpo como una herramienta de control sociopolítico. Es en el cuerpo social y en este último ámbito del cuerpo donde quiero remarcar la importancia que tiene el cuerpo en torno a la transexualidad, sobre todo en aquellos procesos médicos donde es la biomedicina quien establece las normas sobre cómo estos cuerpos deben ser moldeados representando lo más fielmente posible a los cuerpos sexuados femeninos y masculinos para poder “pasar mejor” (Teseo). No obstante, esto solo se aplica en el caso de los procesos normativos, ya que en aquellos no normativos la sexualidad, la manera de vivir el cuerpo y la manera de ver el género es diferente a los procesos médicos que proponen las unidades de trastorno de identidad de género.

Por otra parte, la teoría *queer* se utilizará para comprender la otra cara de la moneda; aquellos discursos que encajan dentro de los procesos no normativos que ven en la transexualidad algo que no se puede encasillar en los regímenes heteronormativos en torno al sexo, el género, la sexualidad y sus relaciones que sin embargo sí es comprendido en el sistema de psiquiatrización que regula el diagnóstico que permite que algunas personas que demandan estos servicios puedan beneficiarse del sistema médico y otras queden fuera de él.

³ Foucault (1976) describió la heteronormatividad haciendo referencia a la sexualidad como producto cultural que no debe ser considerado como la extensión de un proceso biológico, haciendo hincapié en que la heterosexualidad debe ser referida como una categoría de análisis así como la homosexualidad. La heterosexualidad normativa a su vez dependerá siempre de la contraposición de la homosexualidad estigmatizada.

Desde esta perspectiva el binomio hombre/mujer es criticado, así como la marcada dualidad que rige el sistema heterosexual/homosexual. A su vez, el sexo es considerado el resultado de la producción de género y no a la inversa y pretende aportar cierta resistencia a la normalización así como dar a conocer las sexualidades relegadas a los márgenes e incidir en la desnaturalización en torno al género y la sexualidad.

A pesar de que la metodología que sigue este artículo está basada en la teoría *queer*, cabe recalcar que si bien es la base para referirme a aquellas identidades que son descartadas por el sistema biomédico, sólo tiene incidencia en dichas identidades. Como bien he mencionado anteriormente el colectivo transexual es tremendamente heterogéneo y dicha teoría no refiere a todas las personas que tienen trayectorias y experiencias muy diferenciadas dentro del colectivo. Tal como expone J. Vartabedian (2012: 345)

Lo queer no sólo corre el riesgo de convertirse en una perspectiva inherentemente “transgresora” que se pone de *moda*, sino que incurre en el peligro de colonizar identidades trans que no pretenden ni quieren subvertir: sólo buscan la “normalidad”.

El poder de la biomedicina aplicada a la transexualidad: UTIG

El concepto de transexualidad que popularizó Benjamin en 1953 (Rodríguez, 2002) hacía referencia a aquellas personas que tienen el deseo de vivir como si fueran del sexo contrario; durante aquella época cuando el caso de Jorgensen⁴ se dio a conocer propulsó la existencia de un fenómeno que hasta la fecha se había mantenido oculto. La popularización de la transexualidad trajo consigo la invención de tres paradigmas que se establecerían sobre la transexualidad: el primero de ellos refería a la transexualidad como la expresión de un tercer género donde se ponía de relieve que las categorías de hombre y mujer no eran universalmente válidas, mientras que el segundo mantenía que la transexualidad servía para reforzar las identidades genéricas: la transexualidad se establecería como una copia del otro sexo, reforzando la dicotomía sexual basada en una polaridad biológica sexual. Y por último, como género performativo donde el cuerpo es modelado y construido de acuerdo a las exigencias normativas de la sociedad.

El segundo paradigma representa la expresión que la biomedicina utiliza para definir a sus pacientes transexuales siendo la dicotomía sexual (macho/hembra) la característica principal que lo define. Dentro de él se inscriben los procesos normativos actuando como refuerzo de las identidades genéricas en tanto que se perpetúa la dicotomía sexual basada en la diferencia entre los machos y las hembras. La Unidad de Trastorno de

⁴ Transexual femenina que popularizó la transexualidad en los Estados Unidos, su caso llegó a ser tan conocido que a partir de entonces transexuales de todo el mundo empezaron a pedir un cambio de sexo.

Identidad de Género de Barcelona (UTIG) actúa dando soporte a este sistema de sexo/género ya que exige que sus pacientes pasen por un proceso normativizado con unas fases concretas para conseguir un cambio de sexo que consisten en la tríada de diagnóstico psiquiátrico-hormonación-cirugía o simplemente para acceder al tratamiento hormonal sin necesidad de pasar por la fase de la operación.

La UTIG ha sido el único servicio médico público ubicado en el Hospital Clínic de Barcelona a la que han podido acudir las personas transexuales de Barcelona y alrededores que querían pasar por un proceso de cambio de sexo hasta hace dos años, cuando nació otro servicio denominado Tránsito inaugurado en el año 2012 para promocionar la salud de las personas transexuales y prestar servicios médicos para este colectivo. Se ha caracterizado a lo largo de estos años de funcionamiento por trabajar mediante unos protocolos que se basan en lo establecido en los manuales de trastornos psiquiátricos (DSM III-IV-V), con un equipo que combina su horario laboral con otros campos médicos y que consta de una psiquiatra que dirige la unidad, una psicóloga, una psiquiatra y una psicóloga infantil, dos endocrinos, dos cirujanos y una ginecóloga. La demanda de servicios por parte de las personas transexuales a este servicio es bastante alta, siendo pocas las personas transexuales a las que pueden atender por la falta de tiempo asignado a los profesionales para tratar con estas personas, algo que Esther denomina como un “problema de recursos”. Si bien los servicios que propone la UTIG van desde el proceso diagnóstico hasta el momento de la cirugía, para esta última hay una larga lista de espera (200 pacientes en lista aproximadamente) porque solo hay quince cirugías aprobadas al año por parte del Estado con lo que muchas personas transexuales a pesar de pasar por este servicio cuando llega el momento de la cirugía deciden acudir a centros privados por dicha lista. Si bien existe en esta unidad una profesional que se dedica a la psicología y una profesional que se dedica a la psiquiatría, Esther dice:

Aquí en el clínico hacemos lo que hacen los psicólogos y tal porque no hay tanta diferencia entre lo que hacen los psicólogos y lo que hacemos los psiquiatras, prácticamente hacemos lo mismo, quizá el psiquiatra sí que tiene más experiencia en diagnóstico diferencial de diagnósticos psiquiátricos mayores pero, la mayor actuación es una mayor ayuda en el proceso de transición, y eso es pues bueno, no hay grandes diferencias entre uno y otro hacemos más o menos lo mismo.

En este sentido, he encontrado en el discurso de mis informantes que todos coinciden en remarcar mucho más la importancia del apoyo psicológico; de acompañamiento del paciente en todo el proceso clínico, más que la necesidad de un diagnóstico, aunque en aquellos procesos normativos se está de acuerdo con su existencia. De esta manera, Zenia expone:

Lo que se necesita es apoyo porque es muy duro para muchas personas tener que ser diferente cuando es más fácil ser normal. A nadie nos gusta tener que batallar con todo esto,

pero yo se que para mí es necesario, yo si no lo hago es que no quiero seguir viviendo, estaba harto de ser Alex, y me da igual perder lo que tuviera que perder, perdía hasta la vida, me daba igual, y bueno, pues eso, creo que es apoyo y es innecesario que a mi me diagnostiquen disforia de género.

No obstante cabe preguntarse cómo se consolidó este modelo biomédico en torno a la transexualidad antes de seguir con el análisis. Cuando en la época de los 50 del siglo XX se consideró al sexo psicológico independiente del sexo biológico por parte de aquellas personas que estudiaban la sexualidad y las anomalías sexuales (Mas, 2010) empezaron a surgir las primeras clínicas de identidad sexual donde quedó legitimada la cirugía para este colectivo ya que se estableció que la transexualidad solo podía ser modificada mediante cirugía. Fue en esta época donde surgió el término que hoy se conoce como disforia de género definido como el sufrimiento que siente una persona por no corresponder su identidad de género con su sexo biológico. Se empezaron a crear una serie de criterios diagnósticos que hacían hincapié en que no se debía tener ninguna patología psiquiátrica asociada ni tendencias antisociales y que los roles debían ser constantes; este último criterio sentó las bases psiquiátricas para diferenciar la transexualidad del travestismo y otras patologías psiquiátricas.

Cuando se crearon los manuales de trastornos psiquiátricos tales como el CIE-10 o el DSM-IV (Mas, 2010) estos estaban caracterizados por la creencia en el determinismo biológico, el modelo de identidad sexual dicotómico y en la sexualidad heterosexual basada en la reproducción. Por tanto la definición de la transexualidad se basaba en la convicción de que estas personas traspasaban el orden establecido y en que ello conllevaba un sufrimiento interno, lo que se traducía en la disforia. A pesar de que en el DSM I/II se abogaba por una orientación psicosocial de influencias psicoanalíticas, hubo una ruptura importante en el DSM III/IV de clara orientación biomédica dentro de la psiquiatría. La transexualidad se incluía como un Trastorno de Identidad de Género (TIG) y se establecían cuatro variables dentro de la diagnosis que incluían: 1) la identificación persistente de la pertenencia al otro sexo; 2) malestar persistente con el propio sexo e inadecuación con el propio rol de género; 3) la alteración no debe coexistir con una enfermedad intersexual y 4) el malestar interno que provoca así como el deterioro de las relaciones que provoca. Así se establecieron unas características específicas dentro de la etapa diagnóstica que consistiría en conocer la historia individual del desarrollo de la identidad de género, en el análisis de la situación personal, en el descarte de psicopatologías y en el apoyo psicoterapéutico. Finalmente, todo ello derivó en un informe diagnóstico que capacitaría al paciente para las siguientes fases: el tratamiento hormonal y la cirugía.

El diagnóstico en la UTIG se establece a partir de unas pruebas sobre las que las personas transexuales que pasan por este servicio deben pasar si quieren acceder al

tratamiento hormonal. Así como en el diagnóstico sobre el que Esther dice que no existen pruebas específicas, la valoración que hacen las profesionales acerca del descarte de otras posibles patológicas, así como si el tratamiento va a beneficiar o va a perjudicar a la persona en cuestión ya que “no hay vuelta atrás” (Esther). Dichas pruebas consisten en el conocimiento de la historia clínica y en una serie de entrevistas y cuestionarios que tienen unas preguntas que incluyen:

Aspectos sobre todo aquellos más relacionados con las diferencias que hay a nivel de gustos, preferencias, de partes corporales que son diferentes en hombre y mujer, y tal, como lo han vivido y percibido. Entonces, ¿del cuerpo qué preguntamos? Pues aquellas partes en las que nos diferenciamos: pechos, genitales, aspectos de barba, vello corporal, tal, aspectos de la infancia: juegos, intereses, aspectos psicológicos: sentimientos, percepciones, como se ven con respecto a los demás. [...] y preguntándole a la persona pues aspectos íntimos: como se relacionan, tal.

Todos estos aspectos son relevantes para establecer la visión integral que se basa en la coherencia del discurso que plantea la persona transexual y la intensidad del mismo, lo que establecerá las bases para ver el cúmulo de circunstancias que rodean a la persona y el denominado grado de disforia que tiene la persona transexual que permitirá tomar la decisión que dará paso o no para participar de la siguiente fase. El hecho de establecer unos grados de disforia sobre la transexualidad implica una diferenciación entre personas que supuestamente pertenecen a un mismo colectivo, ya que se establece una única definición para todas las personas transexuales y un mismo protocolo para trabajar con ellas en caso de reasignación sexual; así Esther dice:

Tu puedes variar en hacer más preguntas o menos, en ampliar más la información o no, y no te sabría decir porque yo creo que en los casos más claros a veces preguntamos menos, como tu tienes ya más seguridad, ya bueno, pues preguntas un poco por preguntar pero ya lo ves claramente. Y en cambio con los casos más turbios pues hemos preguntado más, y siempre investigamos más, vamos más turbios, con menos intensidad de la disforia [...]. Depende de la necesidad de la persona que tenemos delante.

Una de mis informantes, Alexandra, hizo referencia a este tema: si bien expone que vivió todo el proceso psiquiátrico como un problema este fue debido a la presión que sintió porque no quiso empezar a vestir de una manera considerada más femenina para la profesional que la visitaba porque “no quería parecer un travesti: cuando tenía forma masculina vestía más andrógina para no parecer nada raro” (Alexandra). No obstante, opina que el proceso diagnóstico es relevante ya que “si es considerada un trastorno lo tienen que evaluar para saber qué valor/grado tienes o si realmente lo es”, pero incide en que no está de acuerdo en su forma de evaluar porque opina que la visión de la transexualidad que se tiene es estanca. Dentro de este discurso se puede ver la influencia que la biomedicina y en concreto el campo de la psiquiatría ha instaurado dentro de algunas personas transexuales: Alexandra, como Esther, hace referencia a esos grados de disforia, así como a la división

entre travesti y transexualidad. Sobre este proceso psiquiátrico otra de mis informantes, Lluisa, me comentaba:

Es una vía que no va mal que esté, pero no puede ser la única, ni lo determinante. Te etiquetan, ¿y si no entro en esa etiqueta? No soy una Barbie. No me puedes pedir algo que se que no cumple nadie.

A lo que Lluisa se estaba refiriendo es que si bien defiende que el protocolo puede ser necesario en algunos casos para descartar otras posibles patologías, tal como defiende la UTIG, los parámetros en los que se basan están idealizados; se tienen en cuenta las características de un ideal femenino basados en la corporalidad (gestualidad, en el maquillaje, en la vestimenta, etc.) y en la sexualidad⁵ y se queda en el olvido en ocasiones el deseo que tiene la persona de cambiar su sexo. Teseo, por su parte, hizo referencia a su paso por la UTIG como un “proceso muy normativo”, remarcando que la autonomía no existía en dicho centro porque está determinado por la normatividad a la que uno debe someterse.

Mis tres informantes acudieron a la UTIG por el mismo motivo: por empezar con la hormonación cuanto antes y para arreglar los papeles del DNI. Ahora bien, mientras mis dos informantes transexuales femeninas me dijeron que se sintieron atacadas por los estereotipos de feminidad anteriormente expuestos, Teseo, por el contrario no sintió ninguna presión por encajar dentro del rol masculino que se esperaba que tuviera cuando abandonase la clínica con todo el tratamiento realizado.

La red semántica que se inscribe dentro de las estrategias narrativas que engloban los discursos insertos dentro del proceso normativo está compuesta de unas formas simbólicas concretas: 1) la restricción de las identidades de género transexuales; 2) el poder de decisión que se inscribe en torno al control corporal, orientación sexual y sexualidad de este colectivo. Esta red de significados de la transexualidad se inscribe dentro del léxico médico que incide en el diagnóstico psiquiátrico de la UTIG. Entre los informantes que engloban el discurso normativo, todos están de acuerdo con la ejecución del proceso diagnóstico psiquiátrico ya que tal como expone Lluisa:

Es cierto que hay dos partes importantes: una asegurar que la persona puede aguantar, y dar soporte [...] y segundo sobre todo es que se tienen que asegurar que nadie haga este proceso sin que le convenga, más que nada esto ya es que se tienen que cuidar que nadie meta la pata en este sentido, más que ayudar, es en plan mejor que no, que mejor que si.

No obstante, remarcan que este debería ser reciclado ya que se incide en unos ideales en torno al género que se “han quedado anticuados” (Alexandra) y donde se debería incidir más

⁵ Se propone que tanto la sexualidad como la orientación sexual correspondan a la heteronormatividad. La orientación sexual debe ser siempre heterosexual, y no se deben tener deseos de penetrar en caso de la transexualidad femenina, así como no se acepta el uso de la genitalidad femenina en caso de la transexualidad masculina.

en el apoyo psicológico que en el diagnóstico (a pesar de que esto no implica el descarte de la ejecución del mismo) ya que lo consideran algo clave en torno al bienestar de las personas transexuales.

Este último punto coincidirá con la red semántica que se inscribe dentro del discurso que gira en torno a procesos no normativos que se expondrá en el siguiente apartado, pero se diferenciará a su vez por la no aceptación de la ejecución del proceso diagnóstico psiquiátrico, con lo que se establece una diferencia explícita y una división entre los discursos.

Procesos no normativos: ¿la transgresión de la norma?

El servicio de tránsito del Institut Català de la Salut (ICS) nació de la idea de una sola persona, Rosa, una ginecóloga que vio que las personas transexuales no eran bien atendidas por el sistema de salud público: si bien en un principio colaboraba con otra persona, el servicio actualmente funciona por la labor de esta ginecóloga y por la colaboración de una psicóloga, Soraya. Nació como un servicio para promocionar la salud de las personas transexuales y cubrir otras necesidades que tuvieran estas personas, así como un servicio donde este colectivo pudiese acudir para tener una red de recursos sociales. En sus inicios se coordinaba con la UTIG para ampliar el servicio y hacer prevención en materia de salud para este colectivo, pero a lo largo del último año hubo una ruptura importante por las diversas maneras de entender la transexualidad.

Si bien el servicio de Tránsito no comparte el protocolo de la UTIG porque lo considera anticuado, algo que tiene correspondencia con el discurso de aquellas personas que han pasado por un proceso normativo (Alexandra, Lluisa), también considera que el modelo médico cataloga y exige que las personas transexuales “verdaderas” pasen por un determinado camino. Rosa articula en su discurso en torno al proceso medicalizador y normativo que hay personas que seguramente habrán hecho el camino entero (tríada completa) por sumisión médica más que por necesidades propias y que el personal de la salud debe acompañar a la persona, sin necesidad de utilizar un método diagnóstico que se articula en torno a un modelo de transexual único, y expone que “cada transexual es una història única, és un desig” a la vez que da importancia al derecho a equivocarse que tienen las personas donde la transexualidad no es una excepción a ese derecho.

El modelo binario y estricto es un sistema que afecta a su modo de entender la transexualidad. Se acerca más al lado de la teoría *queer*: dentro de este servicio las personas no son excluidas en torno a ideales de feminidad/masculinidad, no existe un protocolo específico para diagnosticar, de hecho, se puede decir que el diagnóstico en sí no existe porque no se considera algo necesario ni relevante, ni para Rosa ni para Soraya, psicóloga del servicio. De esta manera Soraya expone:

Jo no diagnostico, només ho faig en el moment en que la persona m'ho demana i perquè per a ella és la única manera de poder accedir de sentir-se més plena amb ella, és a dir, que se'l reconegui així com vol que se'l reconegui. [...] A la fi no treballem amb qui eres tu, quina etiqueta, a quina categoria sexual i de gènere t'hem de posar, perquè això no és lo important, sinó que et passa i que es el que a tu no et deixa estar bé.

Las personas que acuden a este servicio lo han hecho por el boca a boca, el contacto es directo a través de un correo electrónico donde se pide una primera cita de más de una hora donde se explica el caso personal y donde se prestará especial atención al deseo de la persona para acceder al cambio de sexo. Es en este mismo punto donde los puntos de vista sobre la transexualidad difieren de la UTIG: mientras en el servicio de Tránsito se aboga por la intensidad del deseo, por un modo de comprender la transexualidad de tal manera que no se estanca en los viejos ideales de feminidad/masculinidad ni en las sexualidades normativas, se tiene en cuenta a aquellas sexualidades periféricas (Fonseca & Quintero, 2009) que no encajan dentro de los procesos normativos y son excluidos por ellos. Aquí el cuerpo es construido en base al deseo que tiene la persona viéndose influenciado siempre en última instancia por la sociedad.

En este sentido estas sexualidades periféricas transgreden la norma, como es el caso de Saya y Alice, dos de mis informantes transexuales femeninas que en la actualidad son pareja y se sitúan dentro del polo no normativo. Les gusta su genitalidad masculina, no tienen ningún inconveniente con ella y por lo tanto no desean operarse ya que la utilizan a la hora de practicar su sexualidad; algo que no es aceptado en el proceso normativo. En este sentido cabe destacar la historia de Alice, pues durante la entrevista me comentó la problemática que había vivido en torno al servicio de la UTIG. En un principio Alice quería pasar por un proceso normativo completo hasta el punto de llegar a la cirugía de reasignación sexual, si bien empezó a hacer sesiones en el servicio de la UTIG había cosas que no encajaban en su discurso para dicho servicio: el rol íntimo, el deseo de penetrar era lo que no encajaba. Si bien Alice empezó por el servicio de tránsito, fue derivada a la UTIG por su deseo de operarse ya que el ICS al ser atención primaria no contempla la operación, con lo cual combinaba las dos vías: el discurso que Alice encarna es el de una persona que ha sido excluida de un servicio médico que tendría que haber podido responder a sus necesidades y ha sido integrada en otro servicio donde se ha sentido segura. La problemática de Alice no acaba ahí: si bien ha pasado por un proceso duro, sigue siéndolo porque sus padres no la apoyan y en las sesiones con el personal de la UTIG no hacen más que repetirles que los deseos de penetrar corresponden al rol masculino y que por tanto es algo pasajero. A pesar de haber intentado llevar a los padres a la psicóloga de tránsito, de orientación constructivista donde lo que se propone es ayudar a la persona a partir del deseo de la misma para construirse una identidad propia y es contraria al diagnóstico, para los padres la visión que importa es la de la UTIG porque “es lo que vale” (Alice). De esta manera se demuestra

el poder que tiene el campo de la psiquiatría, la manera en que ha conseguido legitimarse dentro de la sociedad y cómo cualquier posible reacción a la norma puede ser considerada como algo que subvierte la misma y que forma parte de un comportamiento *desviado*.

El caso de Zenia también cuestiona el modelo de transexualidad seguido por la UTIG, Zenia pasó por un proceso psicológico antes de acudir al centro, proceso que consideraba que debía seguir porque debía prepararse internamente antes de dar el paso ya que quedaban atrás 40 años de vida con un rol y una apariencia masculina, una pareja, un trabajo y una vida en un barrio pequeño en las afueras de Barcelona. Cuando decidió que estaba preparada, me comentó que a los quince minutos de exponer el caso a las profesionales de la UTIG el diagnóstico fue claro: “eres travesti”, a lo que ella respondió que estaba en contra de ello para lo que la respuesta de la profesional fue clara “pues serás travesti con no sé qué” (Zenia). A la cita fue vestido de hombre, porque como ya se ha explicado Zenia tenía unas circunstancias personales que aún no le habían permitido dar el paso a actuar plenamente con el rol de mujer. Este caso es similar al que planteaba Alexandra, quien exponía que:

Yo por ejemplo el que fue mi problema es que yo no quería parecer un travesti en ningún momento, sino que yo cuando tenía apariencia masculina vestía bastante andrógina en plan tejanos y camisetas anchas y esto lo quise mantener para no parecer nada raro. De hecho, gracias a que yo me lo impuse y vestía así pues realmente nunca he tenido rechazo.

Y es que la experiencia no empieza al acudir a la clínica, sino que ha empezado mucho antes de acudir a ella; es en este sentido donde Rosa se opone al poder que ejecuta el personal médico así como al proceso diagnóstico clínico y donde exponía que:

Tu com personal de la salut has de acompanyar a aquesta persona en aquest procés perquè no empitjori o no agreugi problemes de salut però no hi veig la necessitat de que hi hagi un diagnòstic, si a més aquest diagnòstic passa per una rigidesa absoluta en el model de transsexual únic, com havíem dit abans que per mi, cada persona transsexual és una historia, és un desig, és un sentir-se, és un viure de manera diferent, jo seria incapaç, jo ara em ve una persona aquí i em diu: m'agradaria que em fessis un diagnòstic de transsexualitat i jo el primer que li diria seria: bueno, i tu com et sents? Que sents?

Como Rosa y Soraya, así como Alexandra y Lluisa, Zenia incide más en la importancia terapéutica psicológica que en la necesidad de diagnosticar, y remarca el apoyo que ha recibido por parte de Soraya para “encontrarse a sí misma”. Encontrar una identidad para estas personas es algo fundamental que según la experiencia de mis informantes no se ha cubierto desde el servicio de la UTIG. El apoyo se cubrió a través de sus redes familiares, amistades o redes de apoyo que han encontrado dentro del colectivo transexual y fuera de él. Pero de las cuatro personas entrevistadas del servicio de Tránsito, todas han hablado favorablemente de la red de apoyo que se establece tanto en las sesiones con la psicóloga, como con las sesiones grupales que hacen dos veces al mes con otras personas transexuales.

En este sentido quiero matizar las diferencias existentes entre la psiquiatría y la psicología que se han articulado entre los discursos de las personas transexuales de los procesos no normativos y la diferencia entre los dos servicios. Como ya se ha comentado, tanto la psicóloga como la psiquiatra de la UTIG supuestamente hacen prácticamente el mismo trabajo (diagnosticar), a pesar de catalogarse como una competencia médica, mientras que en el servicio de tránsito la psicóloga trabaja desde una perspectiva constructivista donde lo que importa es la construcción de una identidad para la persona a partir de sus propios deseos, tal como expone Soraya:

Es tracta de construir o deconstruir lo que hem construït malament i lo que fa sentir-nos malament per posicionar-nos en un lloc on jo pugui parlar de mi i poder-me sentir be i això és difícil perquè no hi ha models externs. Una part important del nostre aprenentatge ve per models, i una part important de la nostra identitat et positiva des de una perspectiva més construccionista, vindria a ser que vull pertànyer amb un grup que tingui una identitat positiva, però es que jo no em sento ni amb una ni amb l'altra perquè tinc aquesta carència, i es una carència important, vull dir, és una carència important i és amb la que treballem en un procés terapèutic.

Los informantes del servicio de Tránsito están en contra del proceso diagnóstico diferencial. Aunque se les diga que es para descartar otras patologías no observan la necesidad de la existencia del mismo y al control que ejercen los profesionales sobre sus cuerpos y la capacidad de decisión que tienen sobre los mismos. Consideran que el cuerpo es un ámbito donde solo ellos deben ejercer el control que consideran necesario y bajo sus propios deseos; exponen una manera distinta de entender la sexualidad, la corporalidad y los roles de género y que con ello no dañan a nadie siempre que se haga desde los márgenes del respeto. No obstante, consideran especialmente útil el hecho de que haya un profesional que te ayude a encontrar una identidad personal bajo tu propia dirección: el profesional en este sentido no impone una lógica sino que ayuda a la persona a encontrar su propia lógica, que se considera que esta difusa por los cambios que se experimentan tanto a nivel emocional como corporal. Por tanto, no se establece como una ayuda que cuestiona, ni etiqueta (tal como exponen mis dos informantes femeninas que pasaron por el servicio de la UTIG), sino que “és un procés que tanca una etapa i que es situa al pol contrari al diagnòstic” (Soraya).

Las formas simbólicas insertas en la estrategia narrativa que componen la red semántica que se inscribe en torno al discurso que gira en torno a aquellos procesos no normativos se caracterizan por: 1) una mayor apertura en torno al control del cuerpo; 2) mayor libertad para comprender las identidades transexuales, la sexualidad y la orientación sexual y 3) el derecho a la equivocación. Así, mis informantes coinciden en pensar que el cuerpo no es un ámbito donde un profesional sanitario tenga el poder de decidir, más bien son ellos mismos quienes tienen el poder de decisión sobre su corporalidad y sexualidad y manifiestan el deseo de que se les trate bien, sin ser cuestionados y con derecho al apoyo terapéutico durante todo el proceso clínico. Descartan el diagnóstico diferencial por

considerarlo poco útil para la persona transexual que en ocasiones se siente atacada y cuestionada por las normas que lo rigen, tal como expone Ylenia en relación con el método diagnóstico de la UTIG: “te hacen preguntas, si entras en su prototipo de mujer transexual, bienvenido, sino eres una persona un poco puteada”.

Fracturas y diferencias del colectivo transexual

En este punto del artículo ya se ha mostrado en qué consisten los discursos que rodean los procesos normativos y aquellos no normativos. Cuando tuve ocasión de entrevistar a Javier, trabajador social de la Fundació Enllaç, salió el tema de la división existente dentro del colectivo transexual. Este colectivo está altamente fraccionado entre aquellos que consideran que las personas transexuales son aquellas que pasan por la tríada completa y entre aquellos que consideran que son tanto los que deciden pasar por la tríada como los que se detienen en algún momento del tratamiento clínico. Los motivos para ello pueden variar según la persona: pueden ser por decisión propia, por querer tener una apariencia más andrógina, por cuestiones personales como la reproducción, para querer disfrutar de la genitalidad con la que han nacido, etc.

El discurso medicalizador y el discurso *queer* han tenido una gran incidencia en la fractura de este colectivo, plasmándose tanto en el servicio que ofrece la UTIG como en el servicio de tránsito. Parten de dos miradas hacia la transexualidad completamente opuestas: uno defiende la correspondencia entre sexo/género que relega a una sexualidad heteronormativa, así como el rechazo de la desviación de la norma. Esta mirada tiene en sus raíces el discurso biomédico que asentó las bases para regular la transexualidad y los cuerpos de las personas trans en tanto que se establecía un poder para su control corporal. A través de las normas fijadas sobre las características que una persona transexual debía tener para ser considerada como tal, se redujo la realidad del colectivo propiciando el descarte de aquellas identidades que no se han ajustado a las normas expuestas en los manuales de trastornos psiquiátricos como el DSM IV.

Por otra parte, dentro del servicio de Tránsito las sexualidades periféricas son bienvenidas, las diferentes maneras de vivir el cuerpo son aceptadas así como cualquier tipo de orientación sexual. La teoría *queer* incidió mucho sobre este punto de vista cuando se definió al género de manera performativa (Butler, 1990) al decir que el sistema de género se perpetúa a través de la repetición de las conductas específicas del mismo; de esta manera se proponía desafiar el sistema de género existente abriendo la posibilidad a un gran abanico de identidades que lo desafiaban para dar a conocer su existencia y dejar de estar relegadas en los márgenes de la sociedad. En este sentido, el servicio de tránsito ha llegado a un punto en el que lo que busca es la normativización de estas identidades mediante la descentralización del servicio: se ha propuesto dar conocimiento a la amplia red de profesionales de la salud

que trabajan en diferentes ámbitos para que las personas transexuales puedan acudir a cualquier punto de la salud pública y no sean tratados de manera transfóbica, y para que se descongestione el servicio de la UTIG para poder dar un mejor servicio a dichas personas a la vez que consigan lo que desean sin pasar por largas listas de espera.

En cierta manera este modo de brindar el servicio y de entender la transexualidad coincide con lo que la teoría postula: las identidades que se relegan a los márgenes deben ser comprendidas en todos los ámbitos de la vida. Mediante este servicio se conseguiría que las identidades trans que son cuestionadas se inscriban dentro de los servicios públicos de salud sin tener que pasar por una unidad especializada donde tengan que pasar rigurosamente por un proceso diagnóstico diferencial. A su vez, este hecho incidiría en la normalización de las identidades y sexualidades periféricas dentro de la sociedad donde no serían vistas como desviadas de la norma.

El título de este apartado abre un interrogante sobre si los procesos normativos transgreden la norma establecida. Pues bien, aunque se proponga que dichas identidades y sexualidades sean transgresoras, entre mis informantes se ha articulado un discurso que gira en torno a una red semántica similar: solo quieren que se les considere dentro de la normatividad en tanto que no son personas que padezcan ninguna enfermedad para que les cuestionen sus maneras de entender el género ni la sexualidad; apuntan a que su mentalidad sigue una lógica, tal vez diferente a la propuesta por la sociedad, pero que sigue una racionalidad lógica tal como se estipula la racionalidad heteronormativa. Así, Alexandra dice que “las personas trans somos personas totalmente coherentes, que tenemos nuestras vidas, hacemos nuestros estudios, tenemos nuestros trabajos” .

Tal como Rosa expuso en su entrevista:

Tots ens podem equivocar. I en la mesura de que hi ha alguns canvis que son irreversibles, pues es trobaran en un punt que no seran ni l'un ni el altre, però això és un dret.

Algo que la psiquiatría no concede ya que en torno al proceso diagnóstico se articula el discurso de que

Sobretudo es descartar que no se trate de un diagnóstico psiquiátrico que todavía lo pongas peor porque estás dándole una cirugía y que luego pues no vuelva atrás principalmente (Esther).

Por otra parte, al principio de este artículo expuse que el colectivo transexual es heterogéneo y que si bien estos dos tipos de discursos dentro del mismo existen, no son los únicos; considerar que lo son sería apelar a un reduccionismo que no tendría en cuenta la realidad tan compleja en la que vivimos. Teniendo esto en cuenta me gustaría exponer el caso de Nadia, persona que se considera transexual pero no tiene ningún deseo de realizar una operación de cambio de sexo, ni pasar por ningún proceso clínico para empezar un tratamiento hormonal. Nadia trabaja como profesora de matemáticas en una universidad,

pero sin embargo durante su jornada laboral, no viste como Nadia, viste de manera que no considera que corresponda a ningún tipo de género específico, por lo tanto no se considera hombre durante su jornada laboral. Cuando sale de trabajar, viste de manera que se podría considerar femenina, pero ella no apela a ningún calificativo de género para describirla. Por tanto, la historia de Nadia es significativa para cuestionar la definición rígida de la transexualidad así como es contrastada con el discurso biomédico hegemónico que la separa del travestismo de manera irreconciliable.

Conclusión

A lo largo de este artículo he pretendido mostrar la existencia de tres discursos (normativo, no normativo y cuestionamiento del concepto de transexualidad) sobre los que me he encontrado en mi trabajo de campo. Dichos discursos se encuentran insertos dentro de la lógica institucional inscrita dentro del campo de la salud biomédica: por una parte, en los procesos normativos que están dentro de la red de las unidades de trastorno de identidad de género y por otra parte, en la red semántica inserta dentro del discurso que se encuentra dentro de los procesos no normativos. Dentro de la red de UTIG's no se pone en cuestionamiento la ejecución del diagnóstico diferencial inscrito dentro del campo de la psiquiatría, pero sí los protocolos que inciden en la manera de llevarlo a la práctica con las personas trans. Mientras que en los procesos no normativos la red semántica se caracteriza por la no aceptación del diagnóstico. No obstante, ambos discursos presentan una similitud: la incidencia sobre el apoyo terapéutico; se considera de gran ayuda la existencia del mismo dentro de estas unidades así como en los servicios de salud que vayan destinados a estas personas por el beneficio que pueda aportarles.

Si bien se ha insistido en los discursos de estas personas sobre la unidad del Hospital Clínic y que tal como ha habido un abanico de personas que no se han sentido a gusto por la ejecución del método diagnóstico, también ha habido un amplio grupo de personas transexuales que se han sentido bien en dicha unidad.

Por otra parte, si bien se ha hablado de un colectivo transexual he querido insistir en mostrar la multiplicidad de discursos que se inscriben dentro de él: lo que tienen en común para considerarlo como colectivo es el malestar que sienten en algún momento de su vida por sentir que no pertenecen al género que se debería tener según la sociedad por pertenecer al sexo masculino/femenino según el caso. Las maneras de entender la sexualidad, la corporalidad, así como el género son tan diversas que en ocasiones chocan provocando la fractura del mismo colectivo. Así, he contrastado esta manera de ver la transexualidad con dos de las teorías que han ejercido mayor influencia en la manera de entender la transexualidad: mientras el sistema biomédico ha incidido en aquellos discursos

que remarcan el binomio sexo/género, apelando a una lógica heteronormativa donde se incide en que lo mejor para el paciente es pasar por la tríada de diagnóstico-hormonación-cirugía, la teoría queer ha tenido su influencia en aquellos procesos no normativos donde se considera la transexualidad como una manera propia de la persona de ver la sexualidad y la corporalidad, así como el género donde la institución médica no debe apropiarse de estos discursos y dictaminar unas normas que consideran restrictivas. Además, el último caso que he presentado corrobora que estos dos discursos no son lo único existente dentro de la transexualidad y que la marcada definición de la misma no debe ser un sistema de normas cerrado, sino que debe estar abierto a futuras remodelaciones siguiendo los deseos de las personas que se consideran transexuales.

Por tanto, quisiera remarcar que la definición de transexualidad no debería considerarse como un sistema de normas cerrado, debería estar abierto al cambio y a escuchar a aquellas personas que se forman unas identidades que se consideran a sí mismas como transexuales, así como no deberían sentirse presionadas por no encajar en una normatividad que no coexiste con la realidad establecida. No se debe olvidar que se trata de personas que expresan unos deseos concretos; olvidar estas demandas por parte de las personas trans no hará que estas realidades dejen de existir, sólo propiciará que queden relegadas en unos márgenes donde la incompreensión estará garantizada.

Bibliografía

- BERGERO, T. et al. (2008). “Una reflexión sobre el concepto de género alrededor de la transexualidad”. *Rev. Asoc, Esp, Neuropsiq.* Vol XXVIII, 101: 221-226.
- BERGERO, T. et al. (2010). “¿Hacia la despatologización de la transexualidad? Apuntes de una lógica difusa”, *Norte de salud mental.* Vol. VIII: 38; 56-54.
- BUTLER, J. (2006). *Deshacer el género.* Barcelona: Paidós.
- BUTLER, J. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad.* Barcelona: Paidós.
- CÓRDOBA, P. (2003). “Identidad sexual y performatividad”. *Athenea Digital*, 4.
- GAONA, C. (2007). “Los procesos comunicativos de la salud: la construcción de la experiencia de salud en el análisis concreto del desarrollo local del municipio Campo de Níjar (Almería). *Intersticios: revista sociológica de pensamiento crítico.* Vol. 1(2): 60-81.
- GARCÍA, A (2009). “Tacones, siliconas, hormonas y otras críticas al sistema sexo-género”. *Revista colombiana de antropología*, 45 (1): 119-146.
- MAS, J. (2010). *Identidades gestionadas: un estudio sobre la patologización y la medicalización de la transexualidad.* Tesis de máster: Universidad de Barcelona.

- NIETO, J. Antonio (1998). *Transexualidad, transgenerismo y cultura: Identidad y género*. Madrid: Talasa.
- RODRÍGUEZ, R. (2001). “Análisis antropológico de la transexualidad, entre la realidad cultural y la resistencia social”. *Anuario de Filosofía, Psicología y Sociología*, 4-5: 239-248.
- RUBIO, FCO J. (2008). “¿El tercer género?: La transexualidad”, *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 17.
- SOLEY-BELTRAN, P. (2009). *Transexualidad y la matriz heterosexual: un estudio crítico de Judith Butler*. Barcelona: Bellaterra.
- SPARGO, T. (2004). *Foucault y la teoría Queer*. Barcelona: Gedisa
- STOLCKE, V. (2004). “La mujer es puro cuento: la cultura del género”. *Revista estudios feministas*, Florianópolis, 12(2): 77-105.
- VARTABEDIAN, J. (2007). *Cuerpos bajo sospecha: identidades transexuales en Barcelona*. Tesis de máster: Universidad de Barcelona.
- VARTABEDIAN, J. (2012). *Geografía travesti: cuerpos, sexualidad, migraciones de travestis brasileñas (Rio de Janeiro-Barcelona)*. Tesis de doctorado: Universidad de Barcelona.

ANEXO

Perfil de las personas entrevistadas

Teseo

- Hombre transexual, 28 años.
- Primer transexual al que entrevisté.
- Empezó el proceso de cambio de sexo a través de la UTIG hasta que consiguió el cambio de DNI.
- Se ha hecho una mastectomía pero no tiene intención de operarse de nada más.
- Motivo de entrevista: primer acercamiento hacia la cuestión de la transexualidad.

Lluisa

- Mujer transexual.
- Empezó el proceso de cambio de sexo (hormonación) por la UTIG, pero no lo finalizó por esa vía. Actualmente ha llevado el proceso de hormonación a cabo hasta el final hasta conseguir el cambio de DNI.
- Me informó de la existencia de otra vía para iniciar un proceso de cambio de sexo (servicio de Tránsito).
- No tiene intención de operarse.
- Motivo de entrevista: conocer más a fondo el funcionamiento de la UTIG y porqué no siguió por esa vía.

Alexandra

- Mujer transexual: aproximadamente 22 años.
- Empezó y finalizó el proceso de cambio de sexo (solo hormonación) a través de la UTIG hasta poderse cambiar el nombre en el DNI.
- Conoce bien el servicio de tránsito y ha colaborado con ellos.
- Tiene intención de hacerse una vaginoplastia fuera de Barcelona.
- Motivo de la entrevista: conocer el proceso que siguió en la UTIG hasta que consiguió el cambio de DNI.

Nadia

- Mujer "transexual": más de 40 años.
- Lleva una doble vida: en el trabajo actúa bajo el rol masculino, y fuera de él con el rol femenino.
- Motivo de la entrevista: conocer porqué no tiene intención de operarse ni empezar un cambio de sexo, pero sin embargo se considera mujer transexual.
- Cuestiona el modelo biomédico de la transexualidad.

Ylenia

- Mujer transexual, 22 años.
- Actualmente lleva cinco meses de hormonación a través de Tránsito.
- Desconoce si se querrá operar o no.
- Motivo de la entrevista: conocer más en profundidad como funciona el servicio de Tránsito y su descarte de la UTIG. Conocer la experiencia de una persona que lleva pocos meses de hormonación.

Zenia

- Mujer transexual, 38 años.
- Lleva un año de hormonación a través de Tránsito.
- No sabe si operarse o no.
- Motivo de la entrevista: conocer la experiencia de una persona que está en mitad del tratamiento hormonal, el descarte de la UTIG y la aceptación del servicio de Tránsito.

Saya

- Mujer transexual, 28 años aproximadamente.
- Lleva dos meses de hormonación a través de tránsito.
- No tiene intención de operarse.
- Motivo de la entrevista: conocer la experiencia de una persona transexual que ha empezado recientemente a hormonarse, así como su experiencia con el servicio de Tránsito y la percepción de los otros servicios (UTIG) por su vinculación con su actual pareja transexual, quien combina las dos vías.

Alice

- Mujer transexual, ronda los 30 años.
- Lleva poco más de un año hormonándose a través de Tránsito.
- Duda sobre la operación genital.
- Ha combinado las dos vías (UTIG y Tránsito) porque duda de si realizarse la operación genital.
- Motivo de la entrevista: comparación entre los dos servicios, su percepción y la experiencia vital sobre su proceso de cambio de sexo.
- Es la pareja actual de Saya, acudieron juntas a la entrevista (se mencionan mutuamente en las dos entrevistas; tanto en la suya como en la de Saya)

Rosa

- Fundadora del servicio de Tránsito para personas transexuales. Está vinculado al Institut Català de la Salut. Es ginecóloga.
- Plantea una alternativa al centro de la UTIG del Hospital Clínic de Barcelona y se centra más en el deseo de las personas transexuales de cambiar de sexo que en un proceso diagnóstico psiquiátrico para acceder a él.
- Actualmente no coopera con la UTIG, pero manifiesta su deseo de cooperar con ellos.
- Motivo de las entrevistas: conocer a fondo el servicio de Tránsito; cuales son los servicios que ofrece, si se da apoyo emocional o no a estas personas, los medios con los que cuenta, etc. así como conocer la percepción de la transexualidad que tiene que tendrá repercusión en como se ofrecen estos servicios.

Esther

- Persona encargada de dirigir la UTIG del Hospital clínic de Barcelona.
- Es psiquiatra y colabora con una psicóloga, dos endocrinos y una ginecóloga en la unidad. Actualmente también tienen dos psicólogos para el área de transexualidad infantil.
- El servicio se centra en el proceso diagnóstico de la disforia de género, bajo el que se sirve de unos parámetros para descartar otras posibles patologías mentales.
- Motivo de la entrevista: conocer la percepción de la transexualidad de la UTIG, conocer su funcionamiento y en que se basan para diagnosticar la disforia de género y descartar a algunas personas para que no continúen con el proceso de cambio de sexo deseado.

Soraya

- Psicóloga del servicio de Tránsito, lleva un año colaborando con ellos a través de un convenio con un máster que imparte la UB.
- Se centro en un tipo de terapia conductual para acompañar a la persona antes, durante, y después del proceso de cambio de sexo.
- Motivo de la entrevista: conocer la perspectiva de la transexualidad del servicio de Tránsito y las diferencias que se establecen entre él y el servicio que presta la UTIG.

Javier

- Trabajador social que lleva la Fundación Enllaç de Barcelona creada para el colectivo LGTB.
- Motivo de la entrevista: conocer cual es el soporte que da la fundación a las personas transexuales, su percepción de la transexualidad y si se da un tipo de asociacionismo entre las personas transexuales o existe una fractura tanto dentro del colectivo LGTB como dentro de las personas transexuales.