



**“ME GUSTARÍA SER
MILITAR”.
REPRODUCCIÓN DE
LA MASCULINIDAD
HEGEMÓNICA EN
LA
PATOLOGIZACIÓN
DE LA
TRANSEXUALIDAD**

**“I WOULD LIKE TO BE
A SOLDIER”.
REPRODUCTION OF
THE HEGEMONIC
MASCULINITY IN THE
PATOLOGIZATION OF
TRANSSEXUALITY**



**Gerard Coll-
Planas**

Grup d'Estudis de
Gènere: traducció,
literatura, història i
comunicació
(GETLHIC), Universitat
de Vic-Universitat
Central de Catalunya
(UVic-UCC), España

Miquel Missé

Sociólogo y activista
trans

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud y la Asociación de Psiquiatría Americana catalogan la transexualidad como una patología bajo el nombre de 'trastorno de identidad de género' y 'disforia de género', respectivamente. En el contexto español, la Ley 3/2007 establece que para poder modificarse la mención de sexo hace falta presentar, entre otros, un certificado de dicho diagnóstico. Las Unidades de Trastornos de Identidad de Género, ubicadas en las unidades de psiquiatría de diferentes hospitales públicos, son las encargadas de expedir este tipo de certificados una vez pasado un proceso que puede durar dos años. En este artículo, tras analizar la construcción del género que subyace en el discurso médico oficial sobre la transexualidad se concluye que se establece una visión patologizadora, binarista, biologista y que fomenta, en el caso de los trans masculinos, los estereotipos de la masculinidad hegemónica.

Palabras clave

Género; masculinidad; trans; patologización.

ABSTRACT

The World Health Organization and the American Psychiatric Association categorize transsexuality as a pathology, under the names of "gender identity disorder" and "gender dysphoria" respectively. In the Spanish context, Ley 3/2007, also known as the "Gender Identity Law", establishes that in order to change one's official gender, one must provide, among other requirements, a certificate for such diagnoses. UTIGs (Units for Gender Identity Disorder), located in the psychiatric division of several public hospitals, are responsible for the expedition of such certificates, once undergone a process that can take up to two years. In this article we analyze the construction of gender and masculinity underlying the official medical discourse about transsexuality. We conclude that those discourses establish a pathologizing, binarist, biologicistic gaze, which, in the case of trans men, foments hegemonic masculinity stereotypes.

Key words

Gender; masculinity; trans; patologization.

1. Introducción

Actualmente la transexualidad se clasifica como un trastorno mental que requiere tratamiento psiquiátrico. Así lo recogen el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) de la American Psychiatric Association (APA) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el Estado español la "Ley de rectificación registral de la mención de género" (3/2007) establece que una persona trans que desee cambiar su mención de sexo en el Registro Civil debe presentar un certificado de diagnóstico de disforia de género. El certificado de trastorno mental es expedido en las Unidades de Trastornos de la Identidad de Género (UTIG) que hay en varios hospitales públicos.

La clasificación como trastorno mental tiene un gran impacto en la construcción social de la transexualidad, puesto que establece el marco desde el cual Estados como el español han regulado el acceso a las intervenciones quirúrgicas, a los tratamientos hormonales controlados y al cambio de nombre. Varios estudios apuntan que las personas trans hacen un uso estratégico de la patologización, la instrumentalizan para conseguir su objetivo: la hormonación y la reasignación sexual (Coll-Planas, 2010). En esta línea, Soley-Beltran (2005: 214) muestra que la comunidad trans está muy bien informada sobre cómo 'performar' la transexualidad hábilmente para satisfacer los requisitos de psiquiatras y psicólogos, por ejemplo, fingiendo un total rechazo hacia los genitales originales o escondiendo una tendencia homosexual. Este es el efecto que se consigue:

Aunque el objetivo declarado de la diagnosis es averiguar si un individuo puede adaptarse con éxito a la vida según las normas de otro género,

parece que la verdadera prueba que plantea el GID [trastorno de identidad de género, por sus siglas en inglés] es si uno puede definirse en el lenguaje de la diagnosis. En otras palabras: puede que no sea una cuestión de si puedes conformarte a las normas que rigen la vida del otro género, sino si puedes conformarte al discurso psicológico que estipula lo que son dichas normas (Butler, 2006: 137).

Aunque la patologización pueda utilizarse de una forma estratégica, ésta supone una cierta sujeción, una internalización del sentido de trastorno mental, el fortalecimiento de la percepción social de la transexualidad como enfermedad y, en definitiva, el reforzamiento de la concepción binaria y reificada del género. Para Butler (2006: 122-4) estos elementos ponen en entredicho la posibilidad de utilizar el diagnóstico de una forma enteramente estratégica, desvinculada de sus connotaciones:

debemos cuestionar si el diagnóstico es, de una forma no ambigua, parte del "apoyo" que los individuos necesitan para ejercitar su autodeterminación con respecto al género. Después de todo, la diagnosis efectúa muchas presunciones que minan la autonomía trans. Aprueba ciertas formas de asesoramiento psicológico que asumen que la persona diagnosticada está afectada por fuerzas que él o ella no entienden. Asume que esta gente viven en un engaño o en una disforia. Asume que ciertas normas de género no han sido encarnadas apropiadamente y que han tomado su lugar el error y el fracaso. (...) Asume el lenguaje de la corrección, de la adaptación y de la normalización. Busca apoyar las normas de género del mundo en su composición actual y tiende a patologizar cualquier intento de producir el

género de formas que no se conformen con las normas existentes (...)

(Butler, 2006: 115).

En este sentido, Butler (2006: 135-6) considera que el precio a pagar para acceder a los instrumentos que proporciona la patologización es renunciar a hablar en primera persona sobre la propia experiencia y verse obligado a asumir un discurso que te “borra” en el acto de representarte. En palabras de la autora, el discurso patologizador funciona como un “chantaje” ya que ofrece a las personas trans la promesa de conseguir una nueva vida con el cuerpo y el género deseados a cambio de apoyar y reforzar el poder de la diagnosis.

Entre las personas trans que acceden a entrar en el proceso de diagnóstico encontramos una creciente deslegitimación del poder que tienen los y las profesionales de la salud mental, por lo que se generan más resistencias (Soley-Beltran y Coll-Planas, 2008). En cualquier caso, la conveniencia o no de cuestionar la patologización es un debate abierto dentro de la comunidad trans. Pues hay un sector del colectivo que considera que no ser reconocidos por una categoría médica puede poner en riesgo la obtención de tratamientos y operaciones financiados públicamente (Coll-Planas y Missé, 2015).

El interés por el tema de la patologización se inscribe en la voluntad de ahondar en la situación en que se encuentra el colectivo trans, pero, al mismo tiempo, pretende ir más allá mostrando la relevancia que tiene en la reproducción del género normativo (Butler, 2006; Missé y Coll-Planas, 2010). En este sentido, la cuestión de la patologización interpela a las personas trans muy directamente, pero también al conjunto de la población, ya que la patologización sirve para establecer una forma

normal y saludable de experimentar la identidad de género, en oposición a una forma considerada patológica (Rubin, 1989).

En los siguientes apartados se describen los objetivos y el trabajo de campo llevado a cabo. A continuación se plantea la perspectiva teórica adoptada y se introducen los diferentes actores que participan en el proceso. Después se presenta el análisis y finalmente se sintetizan las principales aportaciones del artículo.

2. Objetivos

Partiendo de la concepción del género como una construcción que es producto de la intervención de varias tecnologías sociales (ver apartado 4), en este artículo se centra la atención en las que intervienen en el proceso de patologización de la transexualidad. En esta línea, el objetivo general del artículo es analizar cómo el conjunto de actores sociales que intervienen en la patologización de la transexualidad construyen una determinada concepción del género.

Este objetivo general se concreta en tres específicos que permiten centrar el foco de atención en esta construcción discursiva del género por parte de los diferentes agentes que intervienen en la patologización:

- Analizar si el género es construido de forma binarista.
- Investigar cómo explican el origen de la identidad de género.
- Analizar la concepción de la masculinidad que se desprende de los discursos de los agentes estudiados.

3. Metodología

Este artículo se basa en el análisis de dos tipos de documentos. En primer lugar, aquellos que establecen las pautas internacionales en las que se circunscribe la regulación española al respecto:

- Los epígrafes referentes a la transexualidad de los catálogos de enfermedades mentales DSM-V, de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA, 2013), y CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010).
- El protocolo para el tratamiento de personas trans, *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género*, publicado por la World Professional Association for Transgender Health (WPATH, 2012) y que guía el tratamiento que reciben las personas trans en las UTIG.
- La escala de masculinidad/feminidad del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (o MMPI, por sus siglas en inglés: Minnesota Multiphasic Personality Inventory), test utilizado en el diagnóstico en las UTIG.

En segundo lugar, se han analizado tres elementos que nos permiten ver cómo los principios internacionales se aplican al caso español:

- La entrevista realizada a una psicóloga clínica, especialista en transexualidad que trabaja en una UTIG, llevada a cabo en septiembre de 2008 en el marco de una investigación previa (Coll-Planas, 2010). La entrevista, semi-estructurada, duró una hora y se estructuró según los siguientes bloques: presentación de su trabajo, idea de la transexualidad, concepción del trabajo de la unidad especializada, concepción del tratamiento que se ofrece a las

personas trans y visión sobre las voces que desde el activismo critican la patologización de la transexualidad.

- El libro *Ser transexual* (Gómez y Esteva de Antonio, 2006a), una compilación escrita por profesionales de la salud que trabajan en distintas UTIG del Estado y que, por lo tanto, refleja la forma en que profesionales de distintas disciplinas (psicología, psiquiatría, endocrinología, cirugía...) entienden y aplican los criterios internacionales. Este material es especialmente relevante porque es el libro de referencia a nivel estatal y por ser el primero que aborda el tratamiento médico en su conjunto en castellano.
- La ley 3/2007 , de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Establece que para efectuar el cambio de mención de sexo en el Registro Civil hay que presentar un “diagnóstico de disforia de género” y haber recibido un tratamiento, durante al menos dos años, “para acomodar sus características físicas a las correspondientes al sexo reclamado” (art. 4), siendo el tratamiento de hormonación el único que cumple estas características.

Este material se ha analizado atendiendo a la concepción del género que construyen en relación: al binarismo, a la atribución del origen del género y a la masculinidad.

4. Perspectiva teórica

A nivel teórico, el artículo se ubica en una corriente construccionista, que parte de una crítica al esencialismo. Éste último supone que existe una esencia real, auténtica de aquello que es inmutable y constitutivo de una persona o cosa. Dicha esencia se considera presocial: la organización social la puede fomentar o reprimir, pero no modificar (Fuss, 1999). El biologismo es el tipo de esencialismo que más fuerza tiene actualmente en la reificación de la diferencia sexual. Su argumentación básica es que las diferencias entre mujeres y hombres responden a propiedades bioquímicas de las células cuyas características están determinadas por los genes (Goldberg, 1976; Fisher, 2000; Agacinski, 1998). De esta forma, establece un marco en el cual las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres aparecen como inmodificables (Lewontin y otros, 1987).

Mientras que el esencialismo afirma que la diferencia sexual es "natural" e inevitable, desde el construccionismo se mantiene que lo natural mismo es una construcción social y que se puede transformar (Hacking, 1999). Así, desde la aproximación construccionista se argumenta que no hay nada esencial o natural en el ser humano, sino que todo está construido social e históricamente. Para la psicóloga construccionista Vivien Burr (1996), los rasgos básicos de esta corriente son el antiesencialismo (las personas no tenemos ninguna naturaleza determinada sino que somos fruto de procesos sociales), el antirrealismo (la relatividad histórica y cultural de todas las formas de conocimiento) y la concepción de que el lenguaje nos constituye como seres sociales y, por lo tanto, no es un medio de expresión sino una forma de acción. En relación al género, desde el construccionismo se sostiene que la

masculinidad y la feminidad no son producto de aspectos presociales sino de prácticas discursivas (Butler, 2001a; 2001b).

En relación a la masculinidad, desde este marco, la pregunta que se plantea en el presente artículo es qué tipo de masculinidad se construye desde el discurso médico. En este sentido, un objetivo específico del artículo es ver hasta qué punto se reproduce la masculinidad hegemónica, entendida como la forma dominante de la masculinidad que sigue los cánones patriarcales y que supone la subordinación de las mujeres (Connell, 1997). Como señalan Olabarría y Parrini (2000) la masculinidad hegemónica o dominante se caracteriza porque los hombres sean importantes, activos, autónomos, fuertes, potentes, racionales, emocionalmente controlados y heterosexuales.

5. Contexto: los actores de la patologización

Con el propósito de situar el marco en que se produce la patologización, en este apartado se presentan a sus actores principales.

La Organización Mundial de la Salud y la Asociación de Psiquiatría Americana tienen un papel muy relevante, ya que establecen las reglas de juego al considerar que no identificarse con el género atribuido al nacer en función del sexo constituye una patología. Así lo recogen en sendos catálogos de enfermedades (CIE y DSM, respectivamente).

El impacto de esta consideración patológica se evidencia, en el contexto español, en la Ley 3/2007 ya que fija como uno de los requisitos para cambiar la mención de sexo

haber obtenido un certificado de disforia de género. Por un lado, este requisito da carta de legitimidad al paradigma patologizador y, por otro, refuerza el lugar que ocupan las UTIG como lugares en que se expide dicho certificado. Si bien este diagnóstico no tiene porque emitirse exclusivamente en estas Unidades, en la práctica, los médicos del sistema público de sanidad y también muchos psicólogos privados derivan allí a los pacientes trans, ya que se trata de las unidades de referencia especializadas en la temática.

En el marco de estas Unidades, trabaja un equipo interdisciplinario. Los y las profesionales de la salud mental se encargan de diagnosticar, de guiar los grupos de ayuda mutua, de hacer la terapia, de entrevistarse con familiares si lo consideran conveniente y de supervisar la experiencia de la vida real.¹ A parte de estos profesionales también se encuentran especialistas en ginecología, urología, endocrinología (para el seguimiento de la hormonación), y cirugía en el caso de las UTIG que incluyen reasignación sexual, mastectomías, implantes mamarios y/o histerectomías.

En las UTIG, el proceso es guiado por los principios establecidos por la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) y recogidos en las *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género*. El objetivo de este documento es establecer un consenso sobre el tratamiento psiquiátrico, psicológico, médico y quirúrgico de la transexualidad basado en evidencias científicas y que sirva como guía a profesionales que trabajan sobre el tema a nivel internacional (WPATH, 2012).

¹ La llamada "experiencia de la vida real" es el período en que la persona debe vivir acorde con el género sentido habitualmente previo a la transformación corporal.

Para el diagnóstico, uno de los tests que utilizan este tipo de profesionales es el MMPI, que sirve para descartar otras “patologías” y que incluye una escala de masculinidad-feminidad para conocer el grado de adecuación de la persona trans respecto al género que reclama. La escala se construyó a partir de los síntomas que presentaban varones que buscaron ayuda psiquiátrica para controlar sus sentimientos homosexuales o para hacer frente a la confusión acerca de su rol de género. Los ítems hacen referencia a intereses en el trabajo, aficiones, pasatiempos, preocupaciones, temores, actividades sociales y preferencias religiosas. La utilización de este test ha sido ampliamente criticada por mantener una visión del género muy estereotipada (Garaizabal, 2006).²

6. Análisis: Binarismo, origen de género y concepción de la masculinidad

En todos los documentos analizados se construye una concepción binarista del género, esto es, el género se reduce a solo dos categorías excluyentes entre sí. Así lo recoge la Ley 3/2007 que, en vez de considerar irrelevante el sexo de la persona a nivel de documentación oficial³, o de ofrecer varias alternativas⁴, establece que la mención de sexo del Registro Civil (y, por consiguiente, del Documento Nacional de Identidad) se reduce a masculino o femenino. En el discurso de la comunidad de profesionales también aparece reiteradamente este enfoque binarista, por ejemplo:

² Recientemente, se observa que algunas UTIG están dejando de utilizar el test MMPI.

³ De la misma manera que la profesión dejó de figurar en el DNI y tampoco figuran otros elementos como la raza, es una elección política hacer constar el sexo de la persona en el carné.

⁴ A raíz del caso de Norrie May-Welby, Australia es el primer país que reconoce la existencia de una posibilidad de identificación al margen del binarismo masculino/femenino: “non-specified gender” (Davidson, 2014).

“El término ‘género’ hace referencia a la identificación psicológica de la persona con ser hombre o mujer” (Gómez y Esteva de Antonio, 2006: 33).

Dentro de este marco binarista se patologizan dos posibilidades. En primer lugar, que la identidad de género no coincida con la atribuida al nacer en función del sexo. En este caso, las clasificaciones de enfermedades establecen un abanico de posibilidades, en el CIE 10: transexualism, dual-role transvestism, fetischistic transvestism, gender identity disorder of childhood.

En segundo lugar, se patologiza las personas que no se sienten identificadas con ninguna de las dos categorías mediante el llamado Trastorno de la maduración sexual. Éste diagnostica “las personas [que] tienen dudas y se sienten inseguras bien sobre su identidad o bien sobre su orientación sexual, y ello les produce ansiedad y depresión” (Gómez, Godàs y Peri, 2006d: 140). De esta manera, se presenta la identidad de género como algo inmutable, estable y que divide en dos. En ningún momento se contempla el binomio masculino/femenino como una construcción cultural que no tiene por qué dar cuenta de la complejidad y la singularidad individual en el terreno de la identificación. Así, estas categorías son reificadas en el sentido que fenómenos sociales (la definición y regulación de las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres) se presentan como si fueran naturales e inmodificables. Y cuando las personas no se adaptan a los rígidos contornos que establecen, en vez de cuestionar la capacidad de dichas categorías para dar cabida a la compleja realidad individual, se pone en duda la salud mental de la persona.

En relación al origen del género, es un aspecto que no se menciona en las clasificaciones de enfermedades ni en las *Normas de atención*. En el libro *Ser transexual* y en la entrevista a la psicóloga clínica, el origen de la identidad de género se construye desde la perspectiva del determinismo biológico. En *Ser transexual*, por ejemplo, se encuentran varios ejemplos de explicaciones biológicas del origen de la identidad de género:

Durante el primer trimestre del embarazo las hormonas sexuales (y quizá otros factores aún desconocidos) producen una serie de efectos irreversibles sobre la estructura cerebral, que condicionará probablemente la identidad y el comportamiento sexual del individuo a lo largo de toda su vida (Esteve de Antonio y Gómez, 2006: 40).

Esta afirmación fue respaldada de forma aún más contundente por la psicóloga clínica, que declaró que en la configuración de la identidad de género “de [factores] culturales y de aprendizaje no hay”. A pesar del convencimiento mostrado, en un anexo incluido en el libro *Ser transexual* se incluye la siguiente consideración:

Es cierto que los autores estamos convencidos del sustrato biológico de la transexualidad, a pesar de que los estudios al respecto son limitados y no concluyentes, como ocurre en la mayoría de los trastornos mentales y en muchas enfermedades médicas. Que existan estudios concluyentes es prácticamente imposible porque, ¿cómo evaluar el desarrollo cerebral y la influencia hormonal durante la época fetal, si para ello se debería estudiar cerebros de fetos fallecidos, y no sabemos cuáles habrían desarrollado este

trastorno? (Gómez y Peri en Gómez, Esteva de Antonio y Fernández-Tresguerres, 2006c: 124).

Por lo tanto, no hay –ni puede haber en el estado actual del conocimiento científico– resultados concluyentes que permitan sostener con tanta fuerza esta explicación biológica.

El biologismo subyacente en el discurso de esta comunidad científica se hace evidente en la descripción de los efectos que atribuyen al tratamiento hormonal. Por ejemplo, la psicóloga clínica narra de la siguiente forma los efectos de las hormonas en los trans masculinos:

Los transexuales masculinos, que eran mujeres y pasan a hombres, a veces me río porque me dicen 'ahora sí que entiendo yo a las mujeres, a sus quejas'. Y digo ¿por qué?. 'Ah, todos vamos salidos'. Claro, la testosterona te pega un chute a la libido brutal, claro, la actividad sexual aumenta, pero también aumenta la agresividad, un poco, en los hombres, y sobre todo el bloqueo emocional. Hay pacientes que me dicen 'escucha, que no lloro, ya no lloro', se vuelven más asertivos, se vuelven más seguros de sí mismos. Cambian unas características muy importantes (Entrevista psicóloga clínica).

Respecto a esta cita hay dos elementos a comentar. En primer lugar, numerosos estudios evidencian que las personas trans tienden a decir a los profesionales lo que esperan oír para conseguir que les diagnostiquen (Soley-Beltran, 2005: 214). En segundo lugar, es interesante constatar la conexión que elabora la psicóloga entre las hormonas y el comportamiento, y la forma en que construye la masculinidad

vinculada a la agresividad, la excitación sexual, el bloqueo emocional, la asertividad y la seguridad en uno mismo; características todas ellas vinculadas a la construcción social hegemónica de la masculinidad (Connell, 1997). Además, se puede argumentar que al atribuir estos rasgos exclusivamente a los niveles de testosterona, se naturalizan las características tradicionalmente asignadas a la masculinidad, presentándolas como no modificables por la persona ni por el entorno cultural.

La percepción de la inextricable vinculación entre la vertiente biológica y el género, puede contribuir a explicar por qué en la entrevista a la psicóloga clínica y en *Ser transexual* se construye como necesario el cambio corporal. Por ejemplo, el cirujano Alberto Musolas (2006: 292) plantea que “La masculinización genital, (...) es el paso quirúrgico final en la reasignación sexual del individuo y le dota finalmente de aquellos genitales que la naturaleza le negó”. La posición mayoritaria, pues, se traduce en considerar que toda persona “verdaderamente transexual” se quiere operar los genitales, negando así la diversidad de posiciones personales al respecto. Así se observa en el siguiente fragmento de la entrevista a la psicóloga:

Entrevistador (E): - ¿Más o menos qué porcentaje de gente se resiste a operarse los genitales?

Psiquiatra (P): -Un mínimo.

(E): Mínimo.

(P): -Bueno, los hombres transexuales masculinos muchos, muchos, porque claro, como la operación no está aún muy lograda, pues no quieren correr el

riesgo. Y bueno, utilizan prótesis y tal. Lo que sí hacen siempre es la mastectomía. Ya con eso les cambia mucho la vida, mucho, mucho.

(E): También hemos encontrado transexuales femeninas que se resisten mucho a operarse los genitales, que se ponen pechos y...

(P):-Bueno, es que a lo mejor si trabajan en el mundo del espectáculo, o en el mundo del sexo y todo esto, pues claro, se quedarían sin... trabajo (Entrev. psicóloga clínica especialista en transexualidad).

Desde el punto de vista de la psicóloga clínica, solo se concibe que alguien no se quiera operar por ser trabajadora sexual, por falta de recursos, por miedo o porque la operación no está bien resuelta. Además, el capítulo de Becerra en *Ser transexual* (2006: 108) añade a la lista de motivos para no operarse la falta de información, la ausencia de profesionales y dificultades de acceso al sistema público. En ningún caso se contempla, como efectivamente ocurre en parte de la población trans, que la persona se sienta mujer pero no desee amputarse el pene o que alguien se sienta hombre y pueda disfrutar de su cuerpo sin necesidad de una reasignación sexual.

La conexión entre la vertiente biológica y el género también está presente en la Ley 3/2007. Además del certificado de disforia de género, requiere haberse sometido a un tratamiento de, al menos dos años, de cambio corporal (que se traduce en dos años de tratamiento hormonal en la mayoría de casos).⁵

Se esencializa la relación entre transexualidad y reasignación sexual al afirmar, por ejemplo, que "la histerectomía y anexectomía es una intervención *necesaria* en el

⁵ La Ley establece dos excepciones a la obligatoriedad de haber recibido dicho tratamiento: que por causas de edad o de salud no sea aconsejable llevarlo a cabo.

tratamiento del paciente transexual mujer a hombre” (Garrido, 2006: 288).⁶ Esta afirmación no tiene en cuenta que para algunos hombres trans no es en absoluto necesario extirpar órganos sanos y renunciar, además, a la capacidad de engendrar (Coll-Planas, 2010). En la misma línea, en las *Normas de atención* se considera que para las personas con un “trastorno de la identidad de género profundo”, la reasignación sexual y la terapia hormonal son “médicamente necesarias”, aunque se reconocen también otras alternativas (WPATH, 2001: 5). Esta concepción de la operación como necesaria se traduce en ocasiones en que los pacientes afirman sentirse presionados por profesionales de las UTIG a llevar a cabo la reasignación sexual (Coll-Planas, 2010).

En este marco, la excepción es el capítulo de la psicóloga Cristina Garaizabal (2006: 172) en el libro *Ser transexual*. En este plantea que es necesario “colocar en un lugar más apropiado [la operación] y despojarla de los mitos que hoy la rodean”, con el objetivo de dejar de alimentar la idea de que la operación acabará con el sufrimiento e implicará volver a nacer. Así, rompe con la idea de necesidad de la intervención quirúrgica para todo el colectivo.

Finalmente, se analiza cómo se construye la masculinidad en los documentos estudiados. Hay que destacar que el concepto de masculinidad (como el de feminidad) aparece constantemente, pero se da por supuesto: no se entra a detallar qué se entiende por ser, sentirse o comportarse como hombre. Lo que se transmite es que sentirse hombre es lo opuesto a sentirse mujer y que conlleva tener un determinado cuerpo, por lo que se reifica la necesidad del cambio corporal. Esto se debe a que la concepción biologista del género implica en la práctica el colapso de la distinción entre

⁶ Cursivas añadidas.

sexo y género ya que el género se concibe como una propiedad del primero (del cerebro sexuado, de las hormonas, de los cromosomas).

Solamente se aborda la definición de la masculinidad en dos documentos: la entrevista a la psicóloga (en el fragmento referenciado anteriormente en que habla sobre los efectos de la hormonación) y en la escala de masculinidad y feminidad del test MMPI.

Como se puede ver en la siguiente tabla, los indicadores que se utilizan en el test responden a la forma hegemónica de entender la masculinidad y la feminidad (de ahí la elección del título del artículo).

Tabla 1. Ítems de masculinidad y feminidad en el MMPI

Ítems masculinidad	Ítems feminidad
Me gusta mucho cazar	Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario
Creo que me gustaría el trabajo de contratista de obras	Me gustaría ser periodista
Creo que me gustaría trabajar de guardabosques	Me gustan las novelas de amor
Me gusta reparar las cerraduras de las puertas	Si fuera periodista me gustaría mucho escribir sobre teatro
Me gustan las revistas de mecánica	Me gustan los dramas
Realmente me gustan los deportes bruscos (como el rugby o el fútbol)	Me gustaría ser florista
Me gustaría ser militar	Me gusta la poesía
Si fuera periodista me gustaría mucho hacer reportajes sobre deportes	Me gustaría ser cantante
En ningún momento de mi vida me ha gustado jugar con muñecas	
Me gustaría ser piloto de competiciones automovilísticas	

Fuente: MMPI

Como se aprecia en la tabla 1, del lado de lo masculino se encuentra la actividad, la agresividad, el espacio exterior, lo técnico, el deporte y la competitividad. Define lo femenino (por lo tanto, define lo masculino por oposición) el carácter ordenado, lo afectivo/romántico, el arte, la belleza, el narcisismo. Así, tanto el fragmento de la entrevista a la psicóloga sobre los efectos de la hormonación como los indicadores del test MMPI reproducen el modelo hegemónico de masculinidad (Connell, 1997; Olavarría y Parrini, 2000).

Además, coincidimos con Cristina Garaizabal en que este test muestra “una confusión teórica y metodológica entre el rol de género y la identidad de género” (2006: 167). Ya que presupone que la identidad de género (el hecho de sentirse hombre, en este caso) es equiparable al rol o expresión de género (llevar a cabo actividades consideradas masculinas).

7. Conclusiones

A modo de recapitulación, se ha observado que los diferentes actores que intervienen en el proceso generan un marco patologizador, desde el cual no sentirse del género atribuido al nacer en base al sexo, es considerado del lado de lo anormal. De esta forma, se refuerza la idea de que lo natural y lo sano es que el sexo (nacer en un cuerpo de macho o de hembra,) la identidad de género (sentirse hombre o mujer) y el rol o la expresión de género (actuar de forma masculina o femenina) estén articulados de un modo normativo.

Este marco reproduce, entonces, el binarismo. Esto es, la idea de que solo hay dos géneros (masculino y femenino), definidos en este caso desde unos patrones hegemónicos. Excepcionalmente se puede pasar de uno al otro, pero no se puede estar fuera de estas categorías.

En la base de estos planteamientos subyace el determinismo biológico, que establece la diferencia sexual como la causa de la identidad. Desde este paradigma, no se puede dar cuenta de la diversidad de itinerarios individuales en la configuración de la identidad de género, de las personas que viven al margen de las dos categorías establecidas ni de las personas trans que optan por no intervenir quirúrgicamente. De hecho, lo que se establece es una reificación del género que, al quedar enraizado en las diferencias biológicas, se presenta como ajeno al cambio individual y cultural.

De esta forma, desde el modelo hegemónico se pone énfasis en normalizar a las personas trans para que reproduzcan un género normativo, lo que incluye la presión para la transformación corporal ya que, como se ha mostrado, la modificación de las características sexuales es crucial para fundar la masculinidad y la feminidad en una base biológica. En este proceso de control social se pierde la posibilidad de aprovechar el potencial que ofrecen las vivencias de las personas trans para ayudar a repensar el género más allá del modelo dicotómico, la conexión entre el género y el sexo, y las formas de encarnar la masculinidad y la feminidad.

8. Bibliografía

Agacinski, S. (1998). *Política de sexos*. Madrid: Taurus.

APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM 5*. Washington, Londres: American Psychiatric Association.

erra, A. (2006). "Epidemiología de la transexualidad." pp. 103-12 en *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*, editado por E. Gómez e I. Esteva de Antonio. Barcelona: Glosa.

Burr, V. (1996). *Introducció al construccionisme social*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya, Proa.

Butler, J. (2001a). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Ciudad de México: Paidós.

Butler, J. (2001b). *Mecanismos psíquicos del poder*. Madrid: Cátedra.

Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.

Coll-Planas, G. (2010). *La voluntad y el deseo. La construcción social del género y la sexualidad. El caso de gays, lesbianas y trans*. Barcelona, Madrid: Egales.

Connell, R. (1997). "La organización social de la masculinidad." pp.31-48 en *Masculinidades. Poder y Crisis*, editado por T. Valdés y J. Olavarría. Santiago de Chile: Ediciones de las Mujeres.

Davidson, H. (2014). "Third gender must be recognised by NSW after Norrie wins legal battle", The Guardian, 2 abril.

Fisher, H. (2000). *El primer sexo. Las capacidades innatas de las mujeres y cómo están cambiando el mundo*. Madrid: Taurus.

Fuss, D. (1999). *En essència: feminisme, naturalesa i diferència*. Vic: Eumo Editorial.

Garaizabal, C. (2006). "Evaluación y consideraciones psicológicas." pp. 163-74 en *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*, editado por E. Gómez e I. Esteva de Antonio. Barcelona: Glosa.

Garrido, J. (2006). "La cirugía abdominal: histerectomía y anexectomía." pp. 281-90 en *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*, editado por E. Gómez e I. Esteva de Antonio. Barcelona: Glosa.

Godàs, T. (2006). "Dirigido al paciente." pp. 375-82 en *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*, editado por E. Gómez e I. Esteva de Antonio. Barcelona: Glosa.

Goldberg, S. (1976). *La inevitabilidad del patriarcado*. Madrid: Alianza.

Gómez, E. y Esteva de Antonio, I. comp. (2006a). *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*. Barcelona: Glosa.

Gómez, E. y Esteva de Antonio, I. (2006b). "Presentación." pp. 19-22 en *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*, editado por E. Gómez e I. Esteva de Antonio. Barcelona: Glosa.

Gómez, E., Cobo, J. y Gastó, C. (2006a). "Aspectos históricos de la transexualidad." pp. 73-102 en *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*, editado por E. Gómez e I. Esteva de Antonio. Barcelona: Glosa.

Gómez, E., Esteva de Antonio, I., y Bergero, T. (2006b). "La transexualidad, transexualismo o trastorno de la identidad de género en el adulto." pp. 57-72 en *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*, editado por E. Gómez e I. Esteva de Antonio. Barcelona: Glosa.

Gómez, E., Godàs, T., y Peri, J. M. (2006c). "Los principales diagnósticos diferenciales." pp. 133-44 en *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*, editado por E. Gómez e I. Esteva de Antonio. Barcelona: Glosa.

Hacking, I. (1999). *The Social Construction of What?* Cambridge: Harvard University Press.

Lewontin, R. C., Rose, S., y Kamin, L. J. (1987). *No está en los genes. Racismo, genética e ideología*. Barcelona: Editorial Crítica.

Missé, M. y Coll-Planas, G. (ed.) (2010). *El género desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Madrid, Barcelona: Egales.

Musolas, A. (2006). "La cirugía genital masculinizante: la metaidioplastia y la reconstrucción escrotal." pp. 291-304 en *Ser transexual. Dirigido al paciente, a su familia, y al entorno sanitario, judicial y social*, editado por E. Gómez e I. Esteva de Antonio. Barcelona: Glosa.

Olavarría, J. y Parrini, R. comp. (2000). *Masculinidad/es. Identidad. sexualidad y familia. Primer Encuentro de Estudios de Masculinidad*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile/Universidad Academia de Humanismo Cristiano/Red de Masculinidad.

OMS (2010). *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Rubin, G. (1989). "Reflexionando sobre el sexo." pp. 113-190 en *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*, compilado por C. Vance. Madrid: Editorial Revolución.

Soley Beltran, P. (2005). "In-transit: la transexualidad como migración de género." *Asparkía. Investigación feminista* 15: 207-32.

WPATH (2012). *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género, 7ª versión*. New York: World Professional Association for Transgender Health.

Apéndice

Listado de abreviaturas

APA: American Psychiatric Association

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (las siglas vienen del nombre en inglés: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

GID: Gender Identity Disorder (en castellano, Trastorno de Identidad de Género)

MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory

OMS: Organización Mundial de la Salud

UTIG: Unidades de Trastornos de Identidad de Género

WPATH: World Professional Association for Transgender Health