

# PROBLEMAS DE DIAGNOSTICO EN LOS CASOS DE TRANSEXUALIDAD

Cristina Garaizabal Elizalde

Psicóloga del Programa de Transexualidad de la Clínica Isadora de Madrid

*Transsexualism must be considered in the light of new definitions and prospects developed by surgical advances that permit genital changes. These anatomic alternatives question their psychological and social significance in contrast to the traditional perspectives that consider this phenomenon as an error of nature.*

Key words: *transsexualism, genital changes, surgery.*

---

## INTRODUCCIÓN

En casi todas las sociedades conocidas han existido personas que se vestían con ropa considerada como del sexo contrario y que, incluso, desarrollaban trabajos o se relacionaban socialmente como si fueran de un sexo diferente al que marcaba su biología. Ahora bien, la problemática de la persona transexual -tal y como se da hoy en nuestra sociedad- debe ser considerada al calor de las nuevas definiciones y de expectativas que se abren a partir de los avances médico-quirúrgicos que posibilitan la realización de operaciones de cambio de genitales. La existencia de transexuales en otras culturas nos sirve para ver que no estamos ante un “capricho postmoderno” y, obviamente, los estudios transculturales pueden ayudarnos a entender mejor cómo se construye la identidad de género en relación con una cultura dada. Ahora bien, las vivencias de las personas transexuales aquí y ahora tienen poco que ver con lo que les puede suceder a los fa’afafine de Samoa o a los seguidores del culto de Yellamma al sur de la India. Y para entenderlas es necesario recurrir a las definiciones modernas de la transexualidad, ya que este término como tal es de reciente creación, apareciendo por primera vez en los años 50 y popularizándose en la década de los 60, al calor de los avances médico-quirúrgicos.

El mismo propósito que lleva este artículo es deudor de esa medicalización de la transexualidad que se da actualmente en nuestras sociedades occidentales. ¿Por qué es necesario abordar los problemas del diagnóstico? Es más ¿realmente es

necesario diagnosticar a las personas transexuales?, ¿con qué objetivo?. ¿Se hace igualmente necesario diagnosticar a los hombres o las mujeres “verdaderos”?

Si me planteo este tipo de preguntas no es por un mero ejercicio literario, sino porque considero que muchas de las situaciones que viven las personas catalogadas como transexuales no dejan de ser variables posibles del desarrollo de la identidad de género. Desarrollo que no sería considerado patológico ni disfórico (“disforia de género” es el concepto utilizado actualmente en el DSM-IV para referirse a la transexualidad), si la conceptualización de los géneros en masculino y femenino, de manera dicotómica y sin *continuum*, no fuera tan normativa como lo es en las sociedades occidentales.

La transexualidad es vista y conceptualizada como una “anormalidad” porque estamos en una sociedad que considera que existe “un sexo verdadero” -como dice Foucault- y que es aquél que viene determinado por la biología. Como los estudios transculturales demuestran, esta idea es una exigencia de las sociedades modernas que no siempre ha existido de la misma manera. Dice Foucault en el escrito. El sexo verdadero:

*“Las teorías biológicas de la sexualidad, las concepciones jurídicas sobre el individuo, las formas de control administrativo en los Estados modernos han conducido paulatinamente a rechazar la idea de una mezcla de los dos sexos en un solo cuerpo y a restringir, en consecuencia, la libre elección de los sujetos dudosos. En adelante, a cada uno un sexo y uno solo. A cada uno su identidad sexual primera, profunda, determinada y determinante; los elementos del otro sexo que puedan aparecer tienen que ser accidentales, superficiales o, incluso, simplemente ilusorios (...). Desde el punto de vista del derecho, esto implica evidentemente la desaparición de la libre voluntad de elegir.” (2)*

Las conceptualizaciones tan rígidas que se hacen de los géneros (entendiéndolos como polaridades alternativas) es fundamental para entender el rechazo que sufren las personas que manifiestan roles, aptitudes o deseos que son atribuidos socialmente al sexo contrario. Asimismo, las concepciones subyacentes a los géneros y al proceso de adquisición de la identidad de género constituyen uno de los principales problemas del diagnóstico de la transexualidad y de su propia definición.

En un primer momento la transexualidad, tal y como la definió el endocrino estadounidense Harry Benjamin en 1954, era vista como una “enfermedad” que no podía ser “curada” por psicoterapia y que por lo tanto exigía la adecuación del cuerpo a la convicción psicológica de pertenencia al género opuesto al sexo biológico. Las discusiones sobre la legalidad o no de las operaciones de cambio de sexo ocuparon los principales debates científicos de esta primera época, deteniéndose bastante poco en profundizar sobre la propia transexualidad. Con la popularización de las intervenciones de cambio de sexo, fundamentalmente en EEUU, la

literatura médica profundiza en la propia definición de transexual así como en el diagnóstico, la etiología y el tratamiento de ésta.

Aquí en el Estado español las operaciones de cambio de sexo son un fenómeno muy reciente. Hasta la reforma del Código Penal de 1983 eran consideradas como mutilaciones graves y perseguidas penalmente. Por otra parte, con el gobierno socialista y siendo ministra de sanidad Angeles Amador, las intervenciones de cambio de sexo quedaron explícitamente excluidas de la lista de prestaciones de la sanidad pública..

En la actualidad, únicamente el Servicio Andalucía de Salud las tiene incluidas entre sus prestaciones sanitarias, gracias a un reciente Decreto del Parlamento de Andalucía. Ante este panorama, lógicamente, casi todas las intervenciones de cambio de genitales se realizan en las clínicas privadas, no existiendo legislación que unifique cómo deben desarrollarse éstas. Los protocolos utilizados en los cinco centros que se sabe que realizan este tipo de intervenciones (dos en Madrid y el resto en Zaragoza, Valencia y Barcelona) son diversos y, en lo que yo conozco, en los foros médicos, psiquiátricos o sexológicos apenas se ha iniciado la discusión sobre estos asuntos.

En la Clínica Isadora de Madrid se inicia el Programa de Transexualidad en 1994 a partir de la demanda de un colectivo de transexuales que tenían contactos con la cátedra de Transexualidad de la Universidad Libre de Amsterdam. Para ello se monta un equipo profesional multidisciplinar que pueda abarcar todo el proceso de transexualización. Los protocolos que se siguen son los definidos por la Asociación Internacional “Harry Benjamin”. Dichos protocolos son los siguientes:

- Información sobre el proceso y los protocolos que rigen en la Clínica Isadora.
- Visita con la psicóloga que constata que efectivamente se trata de un caso de transexualidad. Esta constatación está basada en los criterios del DSM-IV:

Persistente disconformidad e inadecuación respecto al propio sexo anatómico.

Persistente preocupación durante al menos dos años por deshacerse de las características sexuales primarias y secundarias del propio sexo y por adquirir las del otro sexo.

La persona ha alcanzado la pubertad.

*Esta preocupación no es debida a una enfermedad mental como, por ejemplo, la esquizofrenia.*

- Una vez constatado esto se da paso a la terapia hormonal y se continúa con el apoyo terapéutico.

- Terapia Hormonal durante al menos 1 año y medio o 2 previo a la intervención de cambio de genitales. Durante esta fase pueden realizarse otras intervenciones de cambio de características sexuales como la mastectomía o la histerectomía.

- La intervención de cambio de genitales

## LA DECISIÓN SOBRE QUIÉN PUEDE OPERARSE

El papel atribuido al profesional de la psicología, tanto en la literatura médica, en la jurisprudencia, así como por parte del propio colectivo transexual que acude a la clínica suele ser el de decidir si se puede acceder o no a la operación, según se reúnan los requisitos que determinen quién es “verdadero” transexual y quién no lo es. Desde mi punto de vista la idea de atribuir al profesional de la psicología el poder de decisión sobre la operación es errónea por diferentes motivos.

Por un lado, porque no existen pruebas diagnósticas objetivas ni fiables que determinen quién es verdaderamente transexual. De hecho casi todos los protocolos están basados en las condiciones que Stoller (uno de los teóricos de la transexualidad) definía como imprescindibles en su libro *Sex and Gender*, escrito en 1968. Estas condiciones eran:

- Ser afeminado.
- No haber pasado por etapas de masculinidad ni haberse considerado hombre.
- Haber expresado la femineidad desde etapas tempranas.
- No dar valor al pene.
- No haber estado casado ni tener hijos.
- No tener delirios.

Desde mi punto de vista estos criterios adolecen de partir de una idea excesivamente determinista y monolítica de la identidad de género. Las teorías explicativas del proceso de adquisición de género en las personas transexuales son discusiones abiertas que distan mucho de haber llegado a conclusiones comunes. Si bien, en casi todas ellas parece existir una confusión teórica y metodológica entre rol de género e identidad. Esta confusión ha llevado a que muchas veces se utilicen como pruebas diagnósticas escalas de femineidad y masculinidad ancladas en estereotipos de género absolutamente desfasados hoy en día (véase, como ejemplo, la escala de M-F del MMPI). El diagnóstico que podemos hacer, por lo tanto, es más para excluir cualquier patología que pueda ser agudizada bien por el tratamiento hormonal o por la intervención de cambio de genitales que para demostrar quién es “verdadero” transexual. Lo cual no significa que nuestra función acabe aquí, como más adelante explicaré.

En segundo lugar porque atribuir ese poder de decisión a los profesionales de la psicología implica reforzar el poder que, en general, todos nosotros tenemos para interpretar y crear realidades compartidas con las personas que acuden a nosotros. La buena disposición, las ganas de la persona transexual de “cooperar” para conseguir el “visto bueno” para la intervención les lleva muchas veces a la construcción de “biografías adecuadas”, escondiendo y camuflando la propia historia de manera que ésta resulte adecuada a los criterios previamente definidos por la clínica. En definitiva, la relación está mediatizada por una serie de implícitos que oscurecen -cuando no ocultan- las particularidades de la historia individual.

Todo ello dificulta la labor de acompañamiento y apoyo terapéutico. Cuando se ve al terapeuta más como juez, en cuya manos está la decisión sobre la intervención quirúrgica, es prácticamente imposible la creación del clima de confianza necesario e imprescindible para cualquier relación terapéutica.

Por todo ello, me parece importante que la decisión última sobre la intervención esté en manos de la personal transexual y no de los profesionales médicos o psicólogos. Tan sólo, en caso de existencia de una patología contraria a la intervención ésta debe ser claramente desaconsejada por nosotros. Si no hay patologías y nos encontramos ante la fuerte convicción de la necesidad de ser sometidos a la intervención de cambio de genitales, debemos aspirar -como profesionales- a que esta determinación sea lo más responsable posible y esté basada en márgenes de libertad más amplios, de manera que la operación no sea tanto una necesidad imperiosa y obligatoria, como una opción tomada después de poder valorar otras opciones posibles.

## **EL PAPEL DEL PSICÓLOGO**

Al calor de mi experiencia en la Clínica Isadora de Madrid he podido constatar que las personas que acuden demandando la intervención de cambio de genitales pueden encontrarse en fases muy diferentes del proceso de transexualización.

Por una parte, acuden personas transexuales que se encuentran en fases muy avanzadas del proceso (se manifiestan socialmente de manera permanente según el género deseado y están con tratamiento hormonal) y que desean la intervención quirúrgica como forma de culminar un camino empezado años atrás. Ante estos casos, además de excluir cualquier patología y de confirmar a través de la historia personal que nos hallamos ante un caso claro de transexualidad, lo más importante suele ser aclarar las expectativas que la operación despierta en estas personas.

La idea de que la operación significa un “volver a nacer” suele darse frecuentemente entre un sector de la población transexual. Esta idea lleva aparejada la negación de la historia anterior, historia plagada, generalmente, de ambigüedad y sufrimiento. Para muchas personas transexuales esta negación es frecuentemente imposible hacerla de manera fehaciente, pues, independientemente de la edad en la que se operen, existe siempre una historia anterior de vinculaciones y experiencias vividas que no puede ser borrada de un plumazo. Además, aun cuando esto fuera posible, no es, precisamente, un elemento que refuerce la autoafirmación personal y contribuya a la construcción de una identidad propia integrada, con una cierta línea de continuidad. Por el contrario, para conseguir esto último es necesario reconciliarse con uno o una misma y con su pasado, y esto no puede hacerse negando una parte del mismo, sobre todo cuando es vivido con vergüenza y como una “lacra”, como algo que debe ocultarse forzosamente, o mejor olvidarse.

Pretender iniciar una nueva vida totalmente distinta de la anterior después de la operación, es no tener en cuenta que el género no es el único elemento que

configura nuestra identidad personal, sin negar, por ello, que para todo el mundo en nuestras sociedades sea un elemento importante en su construcción y particularmente para aquellas personas que han sufrido por no adecuarse a lo prescrito socialmente. Tampoco en él pivota toda nuestra existencia. Que el entorno social niegue formas particulares de desarrollo de la identidad de género que no sean las que acaban pudiendo ser clasificadas como hombre o mujer, tiene, frecuentemente, serias repercusiones. Especialmente para las personas transexuales que sufren grandes presiones, que provocan que su vida acabe girando alrededor del género, convirtiéndolo en el elemento organizador de su identidad y sus experiencias. Pero la experiencia de vivir lleva aparejada la conjunción de muchos factores y significa desarrollar toda una serie de predisposiciones y características que, si bien tienen una relación con los géneros, no necesariamente se deducen de ellos. Posponer, como hacen algunas personas transexuales, el desarrollo personal y de la propia vida para después de la operación significa depositar en ésta unas expectativas exageradas que sólo acarrearán inadecuaciones, angustias y depresiones post-operatorias.

En otros casos las personas que acuden al Programa de Transexualidad lo hacen sin haber empezado el proceso. En estos casos lo más importante es el diagnóstico. Pero éste debe ser entendido, en muchos casos, como un proceso a través del cuál la persona va definiendo su propia identidad.

A veces nos encontramos con personas que tienen una clara conciencia de pertenencia al género opuesto al que socialmente marca su biología. Poder determinar sin prejuicios qué significa esto, en qué se manifiesta y qué instrumentos diagnósticos son los más adecuados es una tarea no exenta de dificultades. Desde mi punto de vista, el elemento fundamental a considerar es la convicción personal de pertenencia a un género y la necesidad de ser considerado socialmente como tal. Elementos tales como la orientación sexual o las características y aptitudes personales que tan frecuentemente acompañan las definiciones teóricas que se hacen de lo masculino y lo femenino deben ser sometidas a una mirada crítica. Primero, porque responden al sistema de géneros patriarcal, puesto en cuestión por el feminismo y por los cambios que se han dado en nuestras sociedades. Pero, también, porque podemos caer en el error de exigir a las personas transexuales una reproducción fidedigna de los rasgos más estereotipados de la masculinidad o la femineidad, rasgos que a estas alturas la mayoría de hombres y mujeres biológicos ya no reproducen y que se ha demostrado que no son precisamente una garantía para el desarrollo de una buena salud mental (ver estudios de Sandra Bem sobre la androginia para profundizar en esto).

Otra parte de la población que acude a la Clínica Isadora sin haber empezado el proceso de transexualización lo hace presentando una gran confusión sobre su identidad. La literatura clínica existente sobre estos temas (en los que se entrecruzan el género, el sexo y las prácticas sexuales) acostumbra a diferenciar muy claramente las categorías diagnósticas de travestismo y transexualidad. Sin pretender cuestio-

nar en este artículo la existencia de estas categorías, sí que me parece necesario tener en cuenta que, en la práctica, estas categorías no son tan estancas, cerradas e impermeables entre sí como la perspectiva clínica pretende demostrar. La riqueza y variedad de la experiencia humana difícilmente puede ser encerrada en los estrechos márgenes que estas categorías establecen. La vida de muchas personas que acuden al Programa de Transexualidad está llena de momentos de dudas y de confusión. Confusión que, en algunos casos, se va aclarando después de haber pasado por colectivos de lesbianas, de homosexuales o de travestis.

Asímismo estamos asistiendo últimamente a una presencia cada vez mayor de transexuales masculinos (3) (a diferencia de la literatura clínica sobre el tema trato como transexual masculino a aquella persona que teniendo un sexo biológico femenino se siente hombre y a la inversa con las transexuales femeninas). Entre otros motivos por las expectativas que despierta la posibilidad de ser intervenidos quirúrgicamente con mayores garantías que antaño. Frecuentemente acuden al programa en una fase muy temprana del descubrimiento de su “diferencia”, llenas de dudas sobre su identidad. En algunos de estos casos la resolución del conflicto no está dada de antemano, ni responde a una historia personal (como la que se define como propia de los transexuales) ni mucho menos a características intrínsecas de la persona. Por el contrario, las ideas que la persona tenga sobre la homosexualidad y la transexualidad (en algunos casos se considera más aceptable ser transexual porque se tiene la idea de que responde a causas biológicas, mientras que la homosexualidad se vive más como opción y, en otros, es lo contrario); los referentes personales y sociales; la identidad sexual de la pareja con quien se relacionen (me he encontrado a veces con personas que quieren un cambio de sexo porque sus parejas –de su mismo sexo- tiene una fuerte identidad heterosexual), y otros muchos factores de orden social suelen jugar un papel más importante en la definición personal que la propia dinámica interna. Ayudar a clarificar cuál es el deseo y la convicción personal íntima de quien acude a nosotros es una tarea a la que frecuentemente solemos enfrentarnos los profesionales de la psicología y que para que, en estos casos, sea fructífera es necesario despojarnos de esquemas mentales cerrados y pretendidamente seguros y atrevernos a ahondar en las vicisitudes del deseo haciéndonos cargo de las incertidumbres que ello conlleva.

Un último aspecto que quiero señalar es que tenemos que ser conscientes que no todas las personas que se transexualizan e inician el tratamiento hormonal desean llegar a la operación de cambio de genitales. Suelen personas que no sienten aversión hacia su genitalidad y que piensan que la operación puede suponerles perder parte del placer y del deseo sexual que experimentan. Desde mi punto de vista, esta posibilidad es tan legítima como la contraria y debe ser respetada por parte de los profesionales que debemos apoyar este deseo y ayudar a la persona a autoafirmarse en ello frente a las posibles incomprendiones y discriminaciones que, con toda probabilidad, sufrirá.

## A MODO DE CONCLUSIÓN

Espero que estas reflexiones, fruto de mi experiencia profesional, mis lecturas, y, sobre todo, mis relaciones personales, amistosas con gentes transexuales y mi participación en diferentes colectivos, sean de algún interés para quienes lo lean. Igualmente deseo que puedan servir de acicate para un intercambio de ideas y opiniones sobre la transexualidad, debate del que, en mi opinión, estamos muy necesitados en nuestra profesión.

He intentado plasmar a lo largo de este artículo las lagunas e interrogantes que el diagnóstico de la transexualidad suscita. El poco tiempo que llevamos los profesionales con esta experiencia, las elaboraciones teóricas excesivamente deudoras de viejos prejuicios sobre los géneros y la existencia de grupos organizados de transexuales que están revisando las definiciones que, desde la clínica, se han hecho de la transexualidad, todo ello colabora a que la realidad sea bastante más compleja y contradictoria que lo que a veces parece. Poder intervenir sobre ella de manera que ayudemos a mejorar la calidad de vida y la salud de miles de personas discriminadas y, en muchos casos, angustiadas por su identidad de género, implica abrir vías de debate entre los profesionales, pero un debate que, en parte, para ser realmente fructífero debe contar también con las organizaciones de transexuales pues en ellas se mueven muchas personas transexuales que no acuden a las Clínicas, entre otras cosas, porque no viven mal su transexualidad. Contar con ellas es imprescindible para conocer la realidad transexual de una manera más abierta y amplia que lo que permite la perspectiva estrictamente clínica y poder, así, reflexionar sin prejuicios.

---

*La problemática actual de la transexualidad debe ser considerada a la luz de las nuevas definiciones y expectativas que se abren a partir de los avances médico-quirúrgicos que posibilitan la realización de operaciones de cambio de genitales. Estas alternativas anatómicas plantean de forma acuciante la cuestión de su significación psicológica y social frente a una perspectiva más tradicional que las considera un error de la naturaleza.*

Palabras clave: *transexualismo, cambios genitales, cirugía.*

## Referencias bibliográficas:

FOUCAULT, M. *Introducción a la historia de Herculine Barbin*. Editorial Revolución