

Mujeres *trans*: medicalización y proceso de adecuación sexo-genérica

*José Arturo Granados Cosme** / *Pedro Alberto Hernández Ramírez***
*Omar Alejandro Olvera Muñoz****

RESUMEN

En este trabajo se analiza la respuesta social a la transexualidad mediante un abordaje crítico del proceso de reasignación sexo-genérica. Para lo anterior se recurre al concepto de medicalización y a las premisas teóricas de la construcción social del género y la sexualidad. Mediante un estudio cualitativo, se analiza el discurso de nueve mujeres *trans* de la Ciudad de México, se discute la influencia de la medicina científica en la patologización de las identidades no heterosexuales y su oferta de intervenciones para ajustar a las personas *trans* al orden social. Dicha paradoja permite caracterizar el papel de la medicina en la imposición de identidades sexo-genéricas y sus actividades de regulación y normatividad social, para la funcionalidad en el esquema heteronormativo.

PALABRAS CLAVE: transexualidad, heteronormatividad, género, *trans*, patologización.

ABSTRACT

This paper analyzes the social response to transsexuality through a critical approach to the process of gender reassignment. For the above, the concept of medicalization and the theoretical premises of the social construction of gender and sexuality are used. Through a qualitative study analyzing the discourse of nine *trans* women from Mexico City, we discuss the influence of scientific medicine on the pathologization of non-heterosexual identities, and its offer of interventions to adjust the social order to trans people. This paradox allows us to characterize the role of medicine in the imposition of sexo-generic identities and their activities of regulation and social regulation that acquire functionality in the heteronormative scheme.

KEYWORDS: transsexuality, heteronormativity, gender, *trans*, pathologization.

*Profesor Investigador Titular de la Licenciatura en Medicina, la Maestría en Medicina Social y el Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM-X.

**Coordinador de la Unidad de Transparencia y Acceso a la Información del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED).

***Estudiante de la Maestría en Medicina Social de la UAM-X, y profesor de la Licenciatura en Psicología en la Universidad Milenium.

Fecha de recepción: 24 de enero de 2017

Fecha de aprobación: 06 de febrero de 2017

Introducción

La Medicina Social es un campo del conocimiento científico que estudia los procesos sociales relacionados con la salud-enfermedad (PSE) de los grupos humanos, y tiene dos objetos de estudio: la distribución y los determinantes del PSE y la respuesta social organizada a dicho proceso. El presente trabajo se inscribe como una temática particular del segundo objeto, en virtud de que busca profundizar en el análisis de la forma en que la sociedad enfoca a las personas *trans* y el papel que juega el proceso de medicalización y sus prácticas propias al plantear su identidad como problemática. Esta investigación buscó obtener un discurso social que da cuenta de la experiencia de un grupo de mujeres *trans*¹ en torno a la medicalización.

La Clínica Especializada Condesa de la Ciudad de México atiende casos de VIH-SIDA, pero además brinda atención a personas *trans* que buscan iniciar el proceso de reasignación sexo-genérica. Se trata de un servicio sin precedentes en el país sobre todo porque es una institución que forma parte del sistema público de salud local de la ciudad. Si bien esta forma de respuesta institucionalizada al fenómeno *trans* se da bajo un enfoque estrictamente clínico marcado por la histórica patologización de las identidades sexo-genéricas no heterosexuales, la atención que se otorga en este centro forma parte de los avances, aun limitados, en materia de reconocimiento de los derechos de las personas LGBTTTI² que se han dado en las últimas décadas en esta ciudad. Lo anterior adquiere

mayor relevancia en virtud de que representa una posibilidad para personas de escasos recursos o sin seguridad social. Reconociendo estos alcances, este trabajo busca mantener una mirada crítica de esta práctica médica.

Las investigaciones sobre el tema *trans* provienen básicamente de su categorización como trastorno psiquiátrico, por lo que frecuentemente se siguen reproduciendo abordajes con un discurso biomédico heterocentrista que patologiza todo aquello que no represente una identidad, subjetividad, significación o práctica que se derive de la heterosexualidad.

Existen al respecto estudios centrados en aspectos biomédicos muy representativos. Entre ellos, cabe destacar el trabajo realizado por Becerra-Fernández (2003) que aborda el fenómeno *trans* intentando explicar su existencia a partir del proceso de diferenciación sexual tanto del cuerpo como del cerebro humano, estableciendo entre otras cosas, que la orientación y el deseo sexual están ligados estrechamente a la genética, dando por hecho que las conductas sociales, sexuales y psíquicas dependen de factores biológicos predeterminados.

Mercader (1997) por su parte, hace una breve narrativa histórica de los aspectos que han sido del interés de la psicología y la psiquiatría, mencionando que el enfoque del fenómeno *trans* ha transitado hacia el estudio de sus aspectos sociales con contribuciones de la antropología y el derecho, desarrollando así reflexiones que permiten la crítica al determinismo biologicista con el que tradicionalmente se había estudiado.

Otros análisis sociológicos han estado encaminados a generar una nueva comprensión del contexto que rodea a las personas transexuales, intentando visibilizar el proceso de construcción de las

¹ En este estudio hemos delimitado la población de estudio a mujeres transexuales y transgénero.

² Las siglas LGBTTTI corresponden a personas lesbianas, gays, bisexuales, travestis, transgéneros, transexuales e intersexuales.

identidades creadas a través del ideario colectivo. Por ejemplo, Frignet (2003) describe que el fenómeno *trans* comienza a ser explicado a través de la categoría de género, la identidad sexual y la sexualización de los cuerpos, separándose radicalmente del abordaje clínico, considerando a éste y a la medicina, como elementos estructurantes de las identidades de género y sexual con un impacto sustancial en la vida de las personas. Nieto (1998) realiza una serie de análisis diversos que van desde la historia de la transexualidad, su medicalización, su concepción como una problemática psíquica, la búsqueda de tecnologías del género y la sexualidad relacionadas con la adquisición de la identidad sexual y de género. También analiza la autodefinición de la transexualidad, haciendo una crítica a su construcción sociomédica y las implicaciones políticas en las estructuras sociales más generales. El trabajo de Vélez-Pelligrini (2008) ayuda a comprender los aspectos sociales relacionados con las denominadas “minorías sexuales”, al analizar el proceso identitario de las personas a través de la sexualidad, el género, la subjetividad y las relaciones sociales reflejadas en el cuerpo, así como el papel que juegan las instituciones sociales como modeladoras de la conducta.

Gran parte de los documentos revisados destacan los temas referidos al género, el cuerpo y la medicina, como por ejemplo, Carrillo (2008); Sandoval (2006) y Vargas (2008), visibilizan a través de las vivencias de las personas *trans*, la experiencia de vivir en la Ciudad de México auto identificándose como personas *trans*. Otro trabajo similar es el de Missé y Coll (2010) que tratan las identidades *trans* a través de las vivencias de las mismas. Robles y colaboradores (2016) por su parte, señalan que la experiencia de las personas *trans* relacionada con la violencia y la exclusión va en aumento, por lo que consideran urgente la

gestión de políticas y programas que contribuyan a la disminución de su estigmatización.

En el caso de la Ciudad de México, Colchero (2013) menciona que la comunidad *trans* enfrenta muchas dificultades, pero enfatiza la posibilidad de llevar a cabo las transformaciones sexo-genéricas de forma segura. Destaca como principal obstáculo la falta de documentación oficial respecto a las nuevas identidades sexuales y de género que limitan el procedimiento de adecuación, y recomienda acercar la atención médica a la comunidad *trans* ya que ésta suele no acercarse por sí misma a los servicios de salud debido al temor de sufrir prácticas discriminatorias.

Hasta el momento, la transexualidad es considerada en el DSM-IV-T-R³ (American Psychiatric Association, 2009), un Trastorno de Identidad de Género (TIG) en el que una persona de un sexo biológico siente pertenecer al contrario. En este sentido el Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (2010), argumenta la existencia de dos identidades *trans*: las mujeres *trans* y los varones *trans*. Desde esta óptica, las mujeres transexuales son quienes habiendo nacido con un físico y/o genitales del sexo masculino, desde la niñez sienten que su sexo es femenino. El proceso y la transición médica, psicológica y social al que frecuentemente se someten las personas *trans* para adecuar el cuerpo a su identidad de género ha conducido a denominar a las transexuales femeninas como HaM (de hombre a mujer); mientras que, por otra parte los varones transexuales, son

³ Por sus siglas en inglés: Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, documento en el que la comunidad epistemológica de la salud mental define y redefine periódicamente los criterios para categorizar y clasificar las enfermedades mentales.

quienes naciendo con un físico y/o genitales del sexo femenino, desde la niñez sienten que su sexo es masculino y serían denominados como MaH (de mujer a hombre).

Un enfoque radicalmente crítico cuestionaría más bien, ¿por qué la transexualidad ha sido considerada por la ciencia médica como una patología? En consecuencia, habría que analizar hasta donde esta consideración se deriva de un proceso de patologización social en tanto que el fenómeno *trans* representa una ruptura con el orden social de sexo y de género impuesto (Martínez y Montenegro, 2010), categorizando a estas personas como enfermos mentales (Naciones Unidas, 2012).

Como efecto de lo anterior, las personas *trans* que buscan la adecuación sexo-genérica se ven obligadas a someterse a una evaluación psiquiátrica para acceder a un tratamiento hormonal y/o quirúrgico (Missé y Coll, 2010). Esto significa que dicho proceso se concibe como un mecanismo de restauración del orden biológico basado en la existencia de dos sexos, dos identidades de género y una sola orientación sexual. Así es como la medicina científica construye su respuesta social al fenómeno *trans*, proveyendo a dicho proceso de los insumos “necesarios” para las distintas fases de reasignación: atención psicológica, tratamiento hormonal y finalmente, las intervenciones quirúrgicas (Rubio, 2009). En la difusión de estos procedimientos, se ha asumido que las personas transexuales adoptan las formas de vestir, las conductas sociales y, “normalmente”, la orientación sexual “típicas” del sexo opuesto, y también, que todas buscan utilizar hormonas y desean someterse a una operación de cambio de sexo para modificar su apariencia física (Trejo, Arámbula y Álvarez, 2006), sin mayor cuestionamiento del sistema

sexo-género prevaleciente en la cultura dominante del género⁴. Por el contrario, en la realidad existen diversas identidades *trans*, expresiones muy variables, donde la transición puede o no incluir feminización o masculinización del cuerpo a través de hormonas y otros procedimientos médicos. Por lo tanto, el inicio, la naturaleza y duración de la transición debe ser considerada variable e individualizada (Ministerio de Salud, 2016).

Al ser construido como categoría médica, el fenómeno *trans* es “atravesado” por múltiples intervenciones procedentes de diversos ámbitos de la sociedad y su sola presencia ha creado categorías médicas patologizantes que operan como productoras y reguladoras de la “verdad” del género (Soley, 2014). En este sentido, las primeras intervenciones con que respondió la sociedad a través de la medicina científica a este fenómeno, tuvieron como propósito “curar” a las personas que se asumían como transexuales (Rodríguez, 2013), pero ésta implicaba revertir su identidad de género al sexo biológico, restaurando el orden heterosexual. Desde la teoría del *Conflicto de Rol de Género*, se afirma que el conflicto entre el género y el sexo, afecta la salud mental de las personas *trans* y se relaciona con baja autoestima, ansiedad, estrés, depresión, problemas de intimidad y actitudes negativas para buscar ayuda (Wester *et al.*, en Verástegui, 2013).

⁴ Basado en dicho sistema sexo-género, la sociedad hace *lecturas* significantes (que se dicen “técnicas”) de los genitales de las personas y a éstas le siguen expectativas acerca de la identidad, las habilidades, la posición social, la sexualidad y la moral de cada persona. Así también, se considera que a un cuerpo con un pene seguirá una subjetividad masculina y a un cuerpo con una vagina seguirá una subjetividad femenina (Bareiro, 2016), por lo que se omite la particular experiencia de la identidad *trans* que pueda desarrollar cada transexual.

Investigaciones como las de Rodríguez y colaboradores (2010), reportan que las personas transexuales podrían desarrollar durante su vida diversos problemas de tipo psicológico como ansiedad, depresión, disfunciones sexuales o aislamiento social, encontrando con mayor frecuencia alteraciones emocionales, como son la ansiedad, estrés y la depresión (Rodríguez, Asenjo, Becerra y Lucio, 2015). Aunado a los mayores trastornos ansiosos y depresivos, autores como Hurtado, Gómez y Donat (2007), sustentan la presencia de conductas autodestructivas directas (conducta suicida) e indirectas (consumo de sustancias) en población trans, los cuales están más asociados a los varones biológicos que se asumen mujeres. Por otra parte, autores como De la Hermosa, Rodríguez y Polo (2013), sostienen que la población trans presenta dificultades para afrontar algunas situaciones sociales, porque se aproximan a ellas con miedo, malestar y soledad. Además, experimentan niveles más bajos de apoyo de la familia y sus pares (Ministerio de Salud, 2016), situaciones generadoras de angustia que ocasionan que opten por llevar una doble vida simulando lo que no son: mujeres trans viviendo como hombres y hombres trans, como mujeres (Movimiento de Integración y Liberación Homosexual, 2011). Además de problemáticas familiares y laborales, también muestran problemas de pareja (Rodríguez, 2013), algunas relacionadas con el disfrute de la sexualidad, por ejemplo, antes de la cirugía de reasignación sexual, la sexualidad no es disfrutada ni explorada (Noseda, 2012), (De la Hermosa, Rodríguez y Polo, 2013).

Aunque se plantea que es “necesario” realizar un proceso de ajuste psicológico mente-cuerpo, la psicoterapia para este fin ha resultado ineficaz, y la reasignación sexo-genérica mediante terapia hormonal y/o cirugía ha demostrado mayor efectividad (Hurtado, Gómez y Donat, 2007), permitiendo una mayor coherencia de significados en

la persona transexual, mejorando su auto estima y calidad de vida (Noseda, 2012). También se ha observado un aumento de la autonomía en todas las áreas (Asenjo, Portabales, Rodríguez, Lucio y Becerra, 2013) incrementando los niveles de bienestar físico, mental y emocional, así como una sexualidad más plena en términos de placer sexual (Noseda, 2012).

La naturalización cultural de estas argumentaciones y protocolos psico-médicos ha condicionado así a muchas personas *trans* para construir sus propias narrativas e identidades desde diagnósticos psico-médicos (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2015:34). En suma, la ciencia estaría asegurando y normando que los cuerpos se coincidan con el objetivo de la reproducción y la heterosexualidad (Noseda, 2012). La transexualidad es, antes que una identidad, una etiqueta definida como “diagnóstico”, y en tanto entidad nosológica, desde el enfoque médico requiere de un “tratamiento” que haga que las personas que lo “padecen” se integren al modo de vida dominante, ajustando su identidad sexual a las opciones binarias ofrecidas y validadas por la cultura, estableciendo procedimientos “reparativos” del orden social sobre el cuerpo de las personas para “armonizar” su rol dentro de la sociedad.

La comunidad *trans* es sumamente heterogénea y a su interior suele estar fragmentada. Por ello, hablar de las personas *trans* es una generalización externa que puede contribuir a intensificar los efectos de un discurso “normalizador” y eminentemente medicalizado de la sexualidad con el cual se busca la adecuación del sujeto *trans* al sistema sexo-género vigente y su subsecuente integración en la sociedad. El proceso de adecuación sexo-genérica al que recurren frecuentemente las personas *trans* puede en el fondo, estar legitimando

el papel normativo y de regulación social que la sociedad asigna a la medicina, la cual desde un enfoque biologicista, asume al fenómeno *trans* como algo patológico, antinatural y problemático *a priori*. Lo anterior puede observarse en el DSM-V, al referirse al fenómeno *trans* como “disforia de género”, que se define como “el malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por un sujeto y el género asignado (APA, 2014).

En este trabajo se analiza el proceso de medicalización en un grupo de personas de la población *trans* de la Ciudad de México, que es altamente estigmatizada debido a que su identidad y forma de vida no se corresponde a los estereotipos y roles que constituyen la cultura de género dominante en México. A pesar de los avances registrados en materia de derechos humanos y de la existencia de organizaciones en pro de los derechos de la población LGBTTTI, estas identidades siguen siendo depositarias de prácticas de exclusión social que afectan sus vidas vulnerando su salud, y entre ellas, la *trans* es una de las más afectadas. Ello se expresa en su perfil patológico caracterizado por mayores riesgos y daños a ciertos padecimientos, especialmente los mentales, los derivados del proceso de adecuación sexo-genérica y el homicidio, así como mayores dificultades para acceder a los servicios de salud. La cultura prevaleciente en las estructuras de la sociedad actual, determinan la dinámica de sus relaciones sociales y sus propias necesidades de salud/enfermedad/atención. La estigmatización, como forma de exclusión social, ha provocado también que prevalezcan grandes vacíos en torno al conocimiento de la realidad *trans* por parte de la sociedad, incluso de la comunidad médica, que frecuentemente carece de claridad en torno a la diversidad de identidades sexuales y de género.

El estudio de una población como la *trans* desde un enfoque sociomédico resulta relevante por diversas razones. En primer lugar, porque puede ser considerada minoría entre las minorías, excluida no solo de la cultura de género dominante sino incluso de ese conjunto que ha venido denominándose genéricamente personas de la diversidad sexual, pudiendo ser víctimas entonces de la homofobia como rechazo social a la homosexualidad (categoría en la que las personas *trans* son ubicadas por el imaginario social) y adicionalmente, del rechazo por parte de gays, lesbianas y bisexuales que asumen una identidad de género socialmente más aceptable. Adicionalmente, las condiciones de salud de este grupo, han sido investigadas en conjunto con las que comparten con lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, travestis e intersexuales, sin profundizar en sus especificidades. Más claramente que los anteriores, el tema *trans* es paradigmático para el conocimiento científico porque permite profundizar en las relaciones de dependencia y autonomía entre el sexo, el género y la sexualidad, en contraposición a la cultura de género dominante que articula ideológicamente el sexo y el género con la reproducción, imponiendo el esquema heteronormativo en el que somos socializados. Por otro lado siguen siendo pocos los estudios sobre las personas transexuales y transgénero en las que éstas no sean consideradas “el problema” y aborden más bien su propio proceso o los efectos del rechazo social. En tal sentido, el fenómeno *trans* no sólo aporta conocimiento sobre sí mismo, sino que por su radical transgresión a la triada heteronormativa (sexo-género-heterosexualidad) (Granados, 2013), es susceptible de dar cuenta de la relación entre la cultura de género ya que puede aportar evidencias sobre las respuestas que la sociedad despliega a los sujetos que no se ajustan al orden social. Existen cuerpos que se resisten a la inscripción del género,

sea voluntariamente o como inevitabilidad de su propia identidad, el cuerpo de la persona *trans*, es en ese sentido, un territorio que se niega a la inscripción de los significados y prácticas que constituyen el género socialmente asignado, pero ¿acaso el proceso de adecuación sexo-genérica no implica una neoesclavitud a esa misma cultura dominante del género? El objetivo del presente trabajo es describir la experiencia que muestra un grupo de mujeres *trans* de la Ciudad de México, en relación a éste proceso de medicalización.

Medicalización e identidad sexo-genérica

La teoría de género ha permitido identificar el carácter de construcción social de las identidades de género, evidenciando que la configuración de significados sobre lo que representa ser un hombre o ser una mujer en una determinada sociedad, deviene de una valorización de las diferencias anatómicas, de las jerarquías que se establecen sobre quienes muestran uno u otro sexo, donde en general, lo masculino resulta sobrevalorado en el espacio público, en la sexualidad, en el ámbito económico y en el político, mientras que lo femenino supone una alta valoración social en el espacio privado, la afectividad y la prodigalidad. En consecuencia, no existen rasgos inherentes a la constitución biológica de las mujeres y los hombres, sino que son identidades sociales y culturales que se construyen, renuevan, revisan y reafirman a lo largo de la historia a través de reglas basadas en la sanción de aquellos que no las sigan.

Es en este propósito que contribuye la medicina científica mediante complejos procesos de patologización de las diversas identidades sexo-genéricas no heterosexuales que pueden observarse en la realidad. La medicina científica jugó un papel fundamental en la configuración de las sociedades modernas al instaurarse como

instancia de poder, ahora revestida de verdad y razón, validando prejuicios y creencias características de formas previas de poder. El concepto de medicalización es el proceso mediante el cual la medicina moderna convierte algunos objetos en sus objetivos (Foucault, 1978), abarcando en su ámbito de intervención, fenómenos no vinculados ni inmediata ni necesariamente a la salud o la enfermedad pero que, para justificar su apropiación, requieren de un proceso de anormalización, es decir, construirlos ya no como simples hechos infrecuentes o vergonzosos para la moral predominante, sino como verdaderas patologías. De tal manera que, aquellas conductas que resultaban incomprensibles a primera vista, concentraron la atención de los primeros clínicos. Los objetos a medicalizar no son necesaria ni solamente el cuerpo y las enfermedades; pueden ser también las cosas, las conductas, la población, los hábitats, los elementos del ambiente, las rutas de las mercancías, la disposición de los animales, los hábitos, el trabajo, el vestido, y toda técnica asociada a la vida y la muerte. Cada cultura define el ámbito de los sufrimientos, las anomalías, las desviaciones, las disfuncionalidades, los trastornos, pero la sociedad moderna atribuyó su definición y manejo a la medicina, apelando a su conocimiento, ahora científico, asignándole funciones de control, erradicación o restauración de los cuerpos anómalos (Foucault, 1977), o más correctamente dicho: anormalizados. En tanto práctica resultante de la ciencia positiva, la medicina aspiró a erigirse en la emisora legítima de las normas para la definición de lo patológico y lo saludable, mediante la búsqueda de las leyes universales de la enfermedad. Fue entonces que comenzó a considerar otros campos distintos de los enfermos, se interesó por otros aspectos que no eran las enfermedades. Dejó de ser clínica, para empezar en su eminente carácter social y de intervención (Foucault, 1996), a regir y dar forma a la respuesta social frente al sujeto anómalo.

La práctica médica ejerce su poder sobre el cuerpo social e individual, cosificando el cuerpo y fragmentándolo para su estudio e intervención, y haciéndolo depositario de normas. Se trata del modelo del “cuerpo máquina”, susceptible de mostrar una avería que anula o disminuye su funcionalidad, un cuerpo acorde a la filosofía mecanicista de Descartes, que al igual que la naturaleza, se asemeja a una máquina que puede “descomponerse” en sus partes o procesos, “descompostura” y “disfuncionalidad”, y que resultan en los criterios inherentes a la categorización de la condición de enfermo. Pero se trata de condiciones redefinidas con respecto a algo, y ese algo, es un orden social previamente jerarquizado y organizado mediante relaciones de poder. Este modelo se sustenta además en prácticas sociales que la burguesía y el capitalismo inauguraron en su desarrollo (Le Breton, 2002), para la sociedad capitalista cuya dimensión fundamental es el cuerpo es su biología, lo somático, lo corporal y en su fuerza productiva; el cuerpo se configura así en una entidad biopolítica y la medicina es, en ese sentido, una estrategia biopolítica (Foucault, 1977).

El propósito de la exclusión que se consigue mediante la categorización de anormalidad o patología, es la purificación del medio urbano. Patologizar y medicalizar a un individuo significaba separarlo o aislarlo de la sociedad, y de esta manera, purificarla. Las tecnologías disciplinarias propusieron una medicalización basada en la modificación del espacio del cuerpo, en la cuadruplicación del espacio social para implementar una vigilancia constante del mismo, procedimientos que requirieron de lugares para el aislamiento de los enfermos como los hospitales o en el caso de las cuarentenas, en las casas. Las tecnologías de poder de las sociedades de control proponen una medicalización completamente nueva, ya no basada en la concentración y en el encierro, sino en

modulaciones temporales regidas hoy por las lógicas del mercado y el consumo (Márquez, 2010).

Desde otra perspectiva, Menéndez (2004) reafirma en lo general el planteamiento de Foucault, y menciona que casi todas las actividades de las diversas formas de atención actúan básicamente respecto a los padecimientos y enfermedades, y no sobre la promoción de salud. Precisa que es así, porque lo proponen e impulsan los curadores pero también porque así lo demandan los sujetos y grupos sociales, explicando que tanto la forma en que operan los agentes de la medicina científica se corresponde dialécticamente con la que espera de ellos la sociedad. Se trataría de una articulación aparentemente coherente, proveniente de un mecanismo ideológico que oculta tras la apariencia de complementariedad de intereses, una contradicción fundamental que genera relaciones de hegemonía y subordinación.

Con el concepto de modelo médico hegemónico, Menéndez (2004) analizó el papel que juega la medicina en el orden social general e identifica los diversos rasgos constituyentes de la medicina científica y su coherencia con las economías de mercado. De esta definición, nos interesa particularmente destacar los siguientes: biologismo, eficacia pragmática, orientación curativa, concepción de la salud/enfermedad como mercancía y, en coincidencia con Foucault, tendencia a la medicalización de los problemas sociales. Según Menéndez (1990), la medicalización consiste en el proceso a través del cual, toda una serie de episodios vitales que hasta en ese momento fueron parte de los comportamientos de la vida cotidiana, se convierten en enfermedades. Es decir, que dichos eventos pasaron a ser atendidos y explicados a través de técnicas y concepciones biomédicas caracterizadas por la racionalidad científica moderna y la centralidad explicativa que

le otorga la biología. Con su cada vez mayor y más compleja articulación con el mercado, se generan estrategias de publicidad que son subjetivadas y que conforman un biomercado marcado por la compulsión, en el cual el cuerpo y sus procesos serán intervenidos para el lucro. La medicalización y su énfasis curativo o restaurador del orden social va más allá del espacio clínico y permea todas las relaciones sociales, planteamiento que se vincula con la noción del primer nivel de atención que propone Menéndez (1981), que no corresponde al planteado por los servicios médicos sino al basado en la autoatención, es decir, el diagnóstico y la atención que la propia persona o personas inmediatas de sus grupos parentales o comunales realiza en torno a los malestares. Estas prácticas de autoatención van desde el hecho de no hacer nada, hasta el uso de tecnologías con alto grado de complejidad.

Este tipo de prácticas son recurrentes en las personas *trans* e implican una serie de riesgos y daños a la salud, pero no hay que olvidar que están determinadas por las imposiciones del sistema sexo-género prevaleciente, los estereotipos de género y modelos de belleza que le corresponden. Por otra parte, dichas intervenciones también están determinadas por las condiciones socioeconómicas y el acceso a servicios de la persona *trans* y pueden variar desde la automedicación hasta la cirugía. En el caso de la respuesta que la medicina científica tiene para la adecuación sexo-genérica, puede observarse como en algunos casos, una expresión particular de la medicalización es una completa entrega a los estándares de belleza y estereotipos de identidades que imperan en orden social hegemónico heterocentrista.

Las evidencias y su reflexión

Para la descripción y análisis de la medicalización en la construcción de la identidad del sujeto *trans* y su proceso de adecuación sexo-genérica, se realizó un estudio cualitativo para recuperar la experiencia como objeto de análisis y el discurso como dato empírico. Para lo anterior, se realizaron entrevistas semiestructuradas a un grupo de nueve mujeres *trans* de la Ciudad de México, quienes mediante su propia capacidad reflexiva y mediante la evocación retrospectiva de la conformación de su identidad, reconstruyeron su relación con el orden heterocentrista y la medicina científica. La entrevista irrumpe en la vida cotidiana del entrevistado como una interrupción que abre paso a su reflexión para reinterpretar el mundo, definirse y transformarse en sujeto activo, de tal manera que en tanto sujeto de discurso, la persona *trans* nos habla de su posición en el sistema de relaciones sociales pero a su vez de éste mismo, en un sentido más general.

Debido a la estigmatización prevaleciente de las personas *trans* y la subsecuente imposibilidad de contar con datos que nos aproximen al tamaño real de esta población, se asumió la recomendación metodológica de partir de un informante que reuniera las características de mayoría de edad, definirse como persona *trans* o estar en proceso de adecuación sexo-genérica; que tuviera disposición de narrar ampliamente su experiencia y obtenido su consentimiento para ser grabada, y que tuviera conocimiento de otras personas con las que se pudiera entrar en contacto que reunieran los mismos criterios. El primer contacto se realizó a través de una usuaria de los servicios de la Clínica Condesa que brinda atención en materia de VIH-SIDA en la Ciudad de México.

Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad, y fueron analizadas a través de las siguientes fases (Amezcuza y Gálvez, 2002): a) distinguiendo conceptos y términos clave mediante la lectura repetida de las transcripciones, identificando aquellos tópicos que las informantes declararon como significativos en su experiencia y aquellas categorías discursivas que durante la entrevista fueron enfatizadas por las informantes o que, dado lo observado por el entrevistador, emergieron como significativas y ante lo cual se les solicitó expresamente dar más detalles; b) posteriormente se codificaron de forma abierta las categorías discursivas destacadas en la fase anterior, relacionando los contenidos que las entrevistadas dieron a una misma categoría discursiva significativa, estableciendo sus semejanzas y diferencias, distinguiendo si éstas últimas se debían a particularidades provenientes de la experiencia personal o de compartir la misma experiencia; c) los fragmentos codificados de las distintas entrevistas fueron “reunidos” generando subtemáticas procurando establecer relaciones entre dos o más categorías discursivas. Una vez generados los nuevos apartados subtemáticos, se realizó la interpretación de los datos recuperando los referentes teórico conceptuales que se presentan a continuación.

Medicalización, ¿recurso o imposición?

La medicalización es un proceso funcional a una estructura heterocentrista estrechamente ligada al modo de producción capitalista, ajustando los cuerpos individuales al cuerpo social, para hacerlos funcionales a las necesidades del mercado. La medicina científica, convierte al cuerpo en su objetivo, y en ese proceso, objetiva sus propios procesos, objetiva también a las poblaciones, las conductas compartidas por los grupos humanos, el trabajo, el vestido, todo aquello que rodee y

controle los aspectos biológicos, incluyendo los actos performativos del género, redefiniendo así la vida e incluso la muerte de los individuos. El sexo, la sexualidad y la identidad de género, al estar alojadas en el cuerpo, son abarcadas por el ámbito de intervención de la medicina, es decir, medicalizadas. La asignación del sexo es una construcción social derivada del esquema heterocentrista de percepción con el cual interpretamos la realidad. Decir que un recién nacido tiene un sexo o el otro, es resultado de la filtración del cuerpo a través de ese esquema de percepción heterocentrista con que interpretamos y significamos al otro, y es una función claramente normativa y regulatoria que asignada a la medicina y sus agentes, forma parte del amplio poder que ejercen de forma cotidiana los médicos al definir la identidad y el destino de las personas, asignándoles un sexo y con ello, un género en el marco de la heterosexualidad.

A partir de ahí comienza todo un proceso de pedagogización del género⁵ (Granados, 2013) y la sexualidad, que tiene por fin último la inscripción en el cuerpo individual, de las estructuras sociales. Dicho proceso tiene por medios a la performatividad del género y la heteronormatividad, en él que se espera que el individuo dé cumplimiento a las expectativas que constituyen el estereotipo de género que le “corresponde” al sexo que le fue

⁵ En tanto el género es una construcción social que asigna estereotipos y roles de género, requiere ser aprendido y en tanto es considerado la realización de una representación, requiere ser enseñado. Entonces, el género se reproduce en la sociedad mediante un permanente proceso de enseñanza-aprendizaje en cuyas estrategias didácticas el disciplinamiento, el juego y las valoraciones diferenciadas de la conducta derivadas de la jerarquización propia del sistema sexo-género, resultan la calificación de dicho aprendizaje. Por eso consideramos que el género se pedagogiza, en el sentido en que se enseña y se aprende.

asignado al nacer, haciendo del estereotipo subjetivado en la sociedad una práctica corporal sobre cada individuo, adoptando conductas establecidas y realizando actos “propios” de su sexo y género. La pedagogía del género incluye el reconocimiento e incorporación de la norma, pero también el conocimiento de la alteridad de la norma (Granados, 2013). Su aprendizaje se realiza con un mecanismo de exclusión corporal, de rechazo social que requiere de una justificación ideológica que proviene de una argumentación que se instala como científica (Granados, 2006). Es decir, saber la norma implica conocer la alteridad y rechazarla, construirla como patología para recurrir al argumento de sus potenciales peligros para la salud del cuerpo social y justificar su estigmatización.

La medicalización de la sexualidad y la consecuente patologización de las expresiones no heterosexuales, incluye la asignación social a la medicina para ejercer los procedimientos socialmente contruidos para la reparación de los daños o la disminución de los riesgos a la salud con que han sido históricamente significadas todas las prácticas sexuales no reproductivas. Toda “anomalía” sexual “requiere” de los procesos terapéuticos necesarios para ajustar el cuerpo individual al cuerpo social, para ajustar la identidad sexual a la identidad de género. Si bien la persona *trans* es construida como enferma en un primer momento, secundariamente, la misma medicina le ofrece la posibilidad de materializar la integración de su identidad mediante la intervención psicoterapéutica y quirúrgica.

[...] En ese momento es cuando ya empiezo la terapia psicológica, dura seis meses, después de seis meses te empiezan, si es que el psicólogo lo autoriza, a dar tu tratamiento hormonal. Fíjate que yo llegué a la segunda

sesión, me pasaron a endocrinología, fue súper rápido a pesar de mis traumas. [...] voy a empezar a modificar mi cuerpo y es lo que yo quiero **[Entrevistada A]**.

[...] yo no creo que sea enfermedad. Yo creo que es diversidad. Lo que pasa es que la gente está acostumbrada a que cuando ve algo que no es muy común o algo que no va mucho o bueno que no se ha visto antes, se le pone un nombre; en este caso enfermedad **[Entrevistada B]**.

El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo y con el cuerpo como realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica para ejercer el poder (Foucault, 1996). El campo de la medicina se ha vuelto entonces un medio proveedor de normas sobre lo patológico, sobre lo “normal” y lo “anormal”, un modulador de conductas, saberes y comportamientos; aquél juez que determinará las interacciones entre los individuos e incluso entre las subjetividades.

Todavía no voy con endocrinólogo, ‘namás fui con la psicóloga y pues bueno las veces que me ha dado terapia, pues es contarle cómo ha sido el transcurso, el paso de mi vida y pues bueno, me ha ayudado bastante, al menos para empezar con el ámbito psicológico que es importante para seguir después con las hormonas [...] las hormonas muy a final de cuentas es medicamento químico, y el cuerpo también es químico. [...] Sí vi también que había mucho mucha advertencia, mucho énfasis sobre que mejor se recomendaba una vigilancia médica. [...] El sistema endocrino es un sistema mmm bastante delicado, como todos ¿no? pero

yo creo que sí es uno de los más eh complicados dentro de la química del cuerpo y si tú le metes algo y si no sabes, o alguien que te esté supervisando no te dice que es exactamente lo que te estás metiendo, pues tú mismo puedes acabar con tu vida. Y tu sueño puede terminar en una pesadilla, y por eso fue que no... me quise mejor esperar pero sí estuve a punto de automedicarme. **[Entrevistada B].**

[...] llevo muchos años en terapia, como 10 años y ya como mujer transexual como dos o tres. Estoy en la Clínica Condesa. [...] es que el mío no es un caso de disforia de género, hablando de lo médico. Y me han hecho pruebas⁶ y todo, es decir, yo también creo honestamente que mi caso, como otros, no es el de una persona que tiene una discordancia o malestar específico de su sexo con su género [...] por ejemplo, a mí me falta la cirugía de reasignación de sexo porque no está en la salud pública de México **[Entrevistada C].**

De esta manera el saber médico va ampliando sus métodos de intervención no sólo en el cuerpo sino también en el comportamiento de los individuos, concibiendo y haciendo concebir como necesarios sus procedimientos de “corrección” de la

6 Cuestionario Multifásico de Personalidad de Minnesota, MMxPI. Su objetivo es identificar los principales problemas personales, sociales y conductuales, así como la psicopatología del individuo. El MMPI registra 3 escalas de Validez y 10 escalas clínicas básicas para la elaboración de un perfil básico. Después tiene 15 escalas suplementarias. El contenido de los ítems varía cubriendo áreas como la salud general, afectiva, neurológica, síntomas motores, actitudes sexuales/políticas y sociales, aspectos educativos, ocupacionales, familiares y maritales y manifestaciones de conductas neuróticas y psicóticas.

“anomalía”, estratificando sus niveles, realizando pruebas clasificatorias y aprobatorias para poder realizar alguna interacción con el mismo cuerpo, haciendo de la medicalización un recurso necesario y obligatorio en las actividades de la sociedad, las cuales validarán y despojarán al individuo de cualquier capacidad autónoma para decidir libremente con respecto a su cuerpo.

[...] desde chica, desde los 5 o 7 años yo quería ser mujer pero te digo nunca quise intentarlo por miedo a meterme cualquier cosa o que te vayas con cualquier doctor y te meta cualquier porquería. Fue hasta que supe de la clínica de que te llevan un tratamiento de que te dan seguimiento, o sea te checan bien todo. Fue hasta que llegué aquí que dije “pues de aquí soy ¿no?” porque aquí tienen lo que yo estoy buscando y de forma sana **[Entrevistada D].**

La expresión “delatante” puede estar expresando la incorporación en el discurso de las personas trans de la noción de estar incumpliendo la norma al considerar que ciertos rasgos corporales no modificados “delatarían” o su “verdadera” biología o la “falsedad” de sus actos, hecho que reafirma el carácter performativo del género.

[...] Me dijeron que me iban a hacer unos estudios, un examen psicológico y un examen médico. De ahí iban a procesar para ver con qué cantidad de hormonas iban a comenzar conmigo. [...] Tienen que abrir un expediente ahí en la clínica. Tienen que hacer un examen psicológico y un examen médico. El psicológico básicamente es para detectar que realmente haya una disforia de género y para asegurarse que la persona no se vaya a arrepentir en el proceso. [...]

Ya cumplí un año que se supone que es el tiempo estándar para empezar a operarse, entonces de ahí lo único que estoy viendo es costear para la primera operación. Sería facial, modificación completamente de la cara para eliminar todos los rasgos delatantes. Desde mi punto de vista después de eso, sólo podría costear ya directamente para la vaginoplastia **[Entrevistada E]**.

[...] haciendo un test por internet me di cuenta de que efectivamente yo era transexual [...] yo quiero ir a terapia porque realmente quiero hacer bien mi transición, o sea pus yo siento que todavía hay muchas cosas que me faltan por trabajar” y me mandaron con el terapeuta. [...] Para que el médico, al menos el que a mí me trata, mi médico tratante, necesitas tener el aval de mi terapeuta para darme el tratamiento hormonal. [...] La primera sesión como que fue sesión de evaluación [...] en la cual el terapeuta decide que es lo que necesitas, qué es lo que quieres, o sea te pregunta algunas cosas y tiene un mecanismo, desconozco cuál, para diagnosticar si eres o no transexual, si eres o no transgénero o si sólo eres travesti⁷. [...] tienen que pasar dos semanas en lo que el terapeuta evalúa las respuestas que le diste,

7 Recuérdese que dentro de la diversidad de expresiones del sexo, el género y la sexualidad, travesti denominaría a la persona que viste una indumentaria que en su cultura se considera corresponde al sexo opuesto; el transgénero por su parte, sería la persona que expresa con su apariencia o conducta, atributos considerados del sexo opuesto (no sólo la indumentaria), mientras que el transexual tiene una identidad de género que no corresponde con el sexo asignado. La diferencia fundamental de los dos primeros con el último, radica en que el transexual considera que la anatomía de su cuerpo no se corresponde con lo que es, frecuentemente se definen como mujeres en cuerpos de hombres u hombres encerrados en cuerpos de mujeres.

ya entonces a la siguiente sesión, a la segunda sesión me dice: “pues sí efectivamente hija, eres transexual, entonces pues vas a estar tomando terapia cada semana conmigo **[Entrevistada F]**.”

[...] yo me quería automedicar. Llegaron varias chicas que llegaron a decir “métete esta hormona que es buenísima, métete esto, métete lo otro, has esto, ¿quieres buenos pechos? acá está este lugar **[Entrevistada A]**.”

Desde una visión mecanicista, el cuerpo es una máquina, susceptible de descomposturas y en eso, la medicina debe ser capaz de restablecer el funcionamiento mediante la sustitución de “piezas” o “refacciones”; el cuerpo debe ser reparado y en caso de que el procedimiento terapéutico no consiga la funcionalidad necesaria, es también posible que se considere, por supuesto, ser desechado. El proceso de reasignación sexo-genérica ejemplifica los rasgos de la medicalización y demuestra el carácter de construcción social del género y su independencia de la orientación sexual; se sustituyen unas hormonas por otras, se amputan fragmentos del cuerpo, se rediseñan y agregan nuevos, se verifica el ajuste psíquico y todas estas intervenciones pueden resolver la relación patologizada entre el cuerpo y la identidad sexual de la persona *trans*, pero con frecuencia la orientación del deseo sexual se mantiene revelando su autonomía.

[...] mi amiga me lo dijo, lo sugirió, que deberíamos buscar un psicólogo [...] me lo sugerían para ver si había algo que pudieran arreglar o para que yo me pudiera integrar a mi nueva forma de ser a la sociedad [...] **[Entrevistada F]**.

[...] estaban todos mis tíos y mis primos y mi mamá [...] y yo llego y saludo a todos

[...] mi tío me dice; “a ver a ver a ver, ¿cómo está eso? [...] ya nos dijo tu mamá que eres un fenómeno [...] mi mamá en ese momento me gritó: “en este momento yo pierdo ese ser que llegué a parir algún día, porque yo parí un hombre, no un fenómeno” [...] mi familia es muy machista. Entonces mis tíos empezaron a decir que tenía una enfermedad. [...] me lo decían: “es que tú estás enfermo, tú estás enfermo, esa es una enfermedad”. [...] mi mamá empezaba a decir que era el demonio, entonces que necesitaba una limpia *[Entrevistada A]*.

A partir de la década de los cincuenta, diversas ciencias señalan la importancia de la relación entre el médico y el paciente en el proceso salud-enfermedad y la necesidad de establecer relaciones más simétricas (Menéndez, 2003), para así poder llevar a cabo un mejor diagnóstico y tratamiento. La consecuencia de la falta de conocimiento del médico sobre los factores y procesos socioculturales, políticos y económicos (asocialidad, ahistoricidad y despolitización de los procesos sobre los que interviene -Menéndez, 1990-), desencadenan una incompreensión de ciertos fenómenos y un cierto impulso por establecer una serie de diagnósticos encaminados a patologizar todo aquello que no comprendemos bajo el esquema heterocentrista que, en muchos de los casos, se verá reproducido y legitimado por los propios pacientes.

[...] sí quería ir (con el psicólogo) porque yo veía que muchas travestis, transexuales se convierten en mujer y salen con hombres. Y yo decía: no es que yo me quiero convertir en mujer y salir con mujeres [...] Pero yo decía: no entons sí estoy loco porque pues debo de... o sea ¿cómo voy a querer ser mujer y salir con mujeres? pero ya con el tiempo dije: no es que yo soy así y resultó que pus

había mucha gente como yo también y dije: entons no estoy loca *[Entrevistada D]*.

[...] obviamente no fui con psiquiatras o psicólogos para que me dijeran que estaba enferma, que me dijeran tómame unos ‘chuchos’, que me dijeran toma antidepresivos, ansiolíticos. Entonces pues vas viendo, vas le preguntas a un endocrinólogo o endocrinóloga a un psiquiatra favorable y bueno pues ya te canalizan. [...] hay chicas siguen denunciando que sus papás los obligan a ir al psicólogo pero para curarlos, lo mismo que en la homosexualidad ¿no?, para que se arrepientan, para que se den cuenta que están mal *[Entrevistada C]*.

Al principio yo también consideraba eso (estar enferma), que estaba, que yo estaba mal por el cuerpo en el que estaba y que sólo me estoy medicando para estar como quiero. Ahorita estoy más consciente de que sólo de que no es tanto una enfermedad como tal, sino una situación en la cual la persona debe decidir si realmente lo necesita o no. No es cuestión de que uno se esté muriendo, pero en mi caso esto sí me hubiese matado *[Entrevistada E]*.

Gracias al análisis y al apoyo de las ciencias sociales sobre estos temas, es que muchas de las personas se están dando cuenta de que la medicalización no siempre da respuesta a sus necesidades, y que en algunos casos no es necesaria la legitimación de la medicina en la constitución de sus identidades.

[...] aquí la enfermedad no es ser transgénero o transexual, ¡es la ignorancia! porque hay muchos psicólogos que no saben lo que es el transexual, saben lo que es ser homosexual, pero nada más. Y los psicoanalistas y

psiquiatras pus muchos se casan con la idea de que, de que la homosexualidad no es una enfermedad, nada más la transexualidad [...] les conviene económicamente hablando, en dinero, que sea una patología, porque si le quitas el carácter de enfermedad pues es lógico que ya no vas a requerir los servicios de un psiquiatra, ya no vas a requerir el tomar una terapia, ya no van a tener pacientes, van a tener personas a las que les dan terapia, en pocas palabras clientes y muchas instituciones reciben subvenciones de organismos internacionales para la atención de personas transgénero y transexuales. Tonces si deja de ser una enfermedad... se acaban esas subvenciones **[Entrevistada F]**.

[...] yo no estoy loca y yo creo que las demás compañeras no estamos locas, simplemente es un sentir que realmente sientes adentro y no creo que realmente sea un trastorno psicológico o psiquiátrico. Y de hecho nada más lo dicen por decir porque no tienen fundamentos o realmente estudios que puedan comprobar que somos, que estamos locas, es lo que tratan de decir pero no, no, yo siento que no **[Entrevistada G]**.

No, claro que no es una enfermedad (la transexualidad). Creo que es decisión de cada persona, y mi decisión fue verme como mujer, hay personas que no se quieren ver como mujer [...] creo que eso no es una enfermedad, cuando tú decides qué es lo que quieres ser en tu vida, ¿no? **[Entrevistada H]**.

[...] dentro del contexto heteronormativo en el que te desarrollas o te desenvuelves pues el no cumplir con los estereotipos de ser hombre o ser mujer pues te llevan no, a

incluso a mí me llevó a pensar pues de que estaba enferma o loca ¿no? y me sentía sucia por querer ser algo que para los demás no era normal; digo no me gusta la palabra normal pero hay que enfatizarla porque para ellos cuando no cumples con estos estereotipos pues estás haciendo algo que no es normal, ¿no?. [...] mi mamá incluso me lo llegó a decir eh, que fuera con un médico e incluso mi mamá me llegó a decir que fuéramos con un este con un brujo que porque eso era cosa del mal [...] que a lo mejor mi papá por andar con un montón de viejas se metió con ella y yo salí así. [...] en la secundaria se manejaban tutores por grupo y mi tutora me llegó a mandar a trabajo social para que me canalizaran con el psicólogo no porque pues yo ya iba con mis blusas bien pegaditas así, o sea nada normal como los chicos, mis pantalones bien ajustados y trataba así como que siempre de tener las uñas así bien cuidadas y me peinaba diferente. [...] **[Entrevistada I]**.

El proceso de medicalización no sólo se lleva a cabo en consultorios u hospitales, forma parte del sistema de relaciones sociales, atraviesa además la subjetividad de los individuos, las instituciones y el ideario colectivo. Haciendo que las tareas asignadas socialmente a la medicina puedan ejercerse en cualquier lugar y situación, incluso ser llevadas a cabo por cualquier individuo. Prácticas como la automedicación y otras intervenciones sobre el cuerpo sin la intervención o la supervisión de un especialista, nos hablan de la colectivización de la idea clínica de “corregir” el cuerpo. El proceso que emprende la persona *trans* para integrar su identidad, incluye una serie de prácticas independientes de las indicaciones médicas, las cuales pueden implicar una serie de riesgos a la salud que son resignificados, adquiriendo una

nueva ponderación frente a su propia identidad. De este modo, el riesgo de sufrir alguna lesión o daño es reconsiderado como menor frente al imperativo de alcanzar los estándares sociales y las características físicas requeridas desde la cultura de género dominante para pertenecer al género “correspondiente”.

[...] aquellas chicas que se automedican, que empezaron a vivir el crecimiento de las mamas pero lo hacen sin tratamiento médico y ahí está el problema porque no conocen a un médico que sea respetuoso, que conozca derechos humanos [...] también está el riesgo de la medicina privada mercenaria que no es toda pero que, sobre todo en situaciones como la nuestra porque ¿quién nos defiende? una intervención en la medicina privada no va a estar registrada como una cirugía o una reasignación de sexo sino como una cirugía estética, entonces sí hay muchos problemas **[Entrevistada C]**.

Una amiga que inyectaba ‘y infiltraba aceites en el cuerpo, ella fue que la que empezó a modificarme. [...] me sentía satisfecha, sentía que estaba logrando el cuerpo que realmente quería. [...] lógicamente al momento de que te infiltran el aceite el cambio es rápido no, o sea luego luego se ve la diferencia del antes y el después. Entons como que se empieza a inflar en donde te inyectas y totalmente el cambio se ve. [...] ella me dijo: “¿no te gustaría que te pusiera nalgas? para que las tuvieras más ricas, a los hombres les gusta de que te veas más femenina y más así”, pues sí, y yo me dejé y me las puso. [...] Yo tengo complicaciones en mis glúteos, en mis nalgas. Estamos hablando de eso de la infiltración de aceites sí, luego se me sube o se me baja el líquido o luego

se me ponen duras porque por lo mismo de que como que se junta o cuando hace mucho calor sube la temperatura, son dolores muy muy fuertes. He conocido amigas que se han muerto de eso, que el mismo líquido se les sube a los pulmones y les da una trombosis pulmonar, a los riñones, a los testículos, se le baja todo a los pies que se les hace un pie de elefante. Sí, yo he visto muchos casos de amigas que les explota el aceite y les deja las llagotas [...] Pues el aceite mineral, el aceite de cacahuete lo puedes conseguir en la farmacia París. [...] los biopolímeros precisamente tienes que tener un contacto para que puedan dártelos, es de lo más caro los biopolímeros. [...] en laboratorio o en lo que sea, tienes que tener un cuate. Hay muchas amigas que inyectan ya tienen su contacto, pero luego sí es riesgoso porque luego entre ellas mismas mezclan aceite mineral y el biopolímero, entonces sí es muy muy riesgoso. Y el aceite de comer pues en cualquier súpermercado o en cualquier tienda. [...] Hay mucha gente que se les pone el eh como piedra o no hay reacción y, no hay una reacción adecuada. Bueno de hecho te infiltras algo en tu cuerpo no es algo adecuado, tu cuerpo siempre lo va a rechazar. Pero también depende mucho del organismo de cada persona. Porque al menos a mí no sé, yo tengo aceite mineral en las nalgas y es de lo más feo que puede hacer una chica. Yo gracias a Dios, mi cuerpo no, sí tengo estos pequeños problemas pero no son tan graves y he visto a muchas que te digo la agarras y estás tocando piedra y después tienen que raspase, tienen que quitarse, es muy feo. [...] Antes en la farmacia nomás le decía: me da una prelután, me da una yec-tamen o me da cuerpo amarillo, me da eso, yo hacía mezclas de todas las hormonas,

sabiendo que podía correr mucho riesgo. [...] por decir algo, la perlutal me salía en 100 pesos pues no iba a tener para las otras aplicaciones, entonces compraba cuerpo amarillo que traía 5 de esas inyecciones y me salía más barata [Entrevistada G]

Conclusiones

En el campo del análisis social de la salud, se han distinguido los rasgos normativo, de regulación y control social de la medicina científica, que no solamente puede generar inequidades mediante la patologización y estigmatización sino que frecuentemente obstaculiza la plena comprensión de la realidad que enfrentan los denominados “pacientes” o “enfermos”. La relación asimétrica entre el médico y el “paciente” impide en algún grado, la idónea identidad de las personas que no observan la normatividad social y obstaculiza su libre acceso a la salud y a la sociedad. La figura estereotipada del médico lo simboliza como agente de la verdad sobre qué es salud y qué es enfermedad, y en consecuencia, es el autorizado para ejercer el control total de las decisiones sobre el cuerpo y el bienestar de las personas.

Para la armónica integración de la identidad, resulta necesario replantearnos los imperativos culturales que impone el sistema sexo-género. Desde una postura más radical, esto implica reconocer la variabilidad biológica y diversidad biopsíquica como parte de la realidad en la especie humana y despatologizar las distintas expresiones de la sexualidad, el género y el sexo. La impronta de la despatologización de la transexualidad se inserta en una paradoja constituida por una lado, por la funcionalidad con que había venido desarrollándose la medicina científica en relación con un orden social que produce inequidades en salud, entre ellas las que

se derivan de la reglamentación y regulación del género. Si bien puede observarse en las últimas décadas una tendencia de la medicina hegemónica a flexibilizar su ortodoxia en la categorización de las patologías y especialmente una tendencia a la despatologización de la sexualidad que comenzó con la orientación homosexual y avanza hacia la “disforia de género”, la transexualidad se mantiene como reducto de estas categorías patologizantes. Por otra parte, puede observarse en los testimonios recuperados en este trabajo que los recursos técnicos desarrollados por la misma medicina están siendo aprovechados por las personas *trans* para elevar sus niveles de bienestar. En ese sentido, la medicina hegemónica puede ser vista paradójicamente como una aliada de la transformación del sujeto *trans* lo cual enfatiza que la mayor sanción a la que se enfrentan es la social y la jurídica en aquellos lugares en que no haya procedimientos legales claros y accesibles.

La primera pastilla que tocó mi organismo, ¡yo hice una fiesta! ¡era feliz!, conforme me iban aumentando la dosis iba más feliz [Entrevistada A].

La misma medicina científica ofrece la posibilidad de una mejor realización del proyecto de vida que pueden plantearse para sí mismas las personas *trans*, y cuenta con una serie de recursos tecnológicos, quirúrgicos y farmacéuticos para contribuir con su bienestar. Al mismo tiempo, se trata de una ruta que implica una serie de riesgos y daños a la salud que mantiene a la población *trans* en un estado de vulnerabilidad. Quienes al “optar” o asumir la dicotomía impuesta del género, emprenden un sinuoso camino para la reafirmación de su identidad, poniendo en evidencia la fuerza del imperativo cultural en la especie humana por sobre su dimensión biológica.

Las experiencias compartidas por las mujeres *trans* que participaron en este estudio nos revelan con contundencia la autonomía entre el sexo, el género y la sexualidad que se opone a la unidireccionalidad basada en la reproducción biológica que constituye la norma social prevaleciente. Algunas entrevistadas mostraron deseo sexual por otras mujeres, contradiciendo así una supuesta correspondencia entre el género asignado socialmente y el deseo heterosexual.

La tecnología médica debe avanzar en materia de intervenciones farmacológicas y quirúrgicas más seguras, especialmente porque para las informantes, poder acceder a estos avances les ha significado una mayor armonía entre su cuerpo y su identidad, mostrando sentimientos de bienestar, aumentando la confianza y la seguridad en sí mismas. Esta paradoja de la medicalización que se observa en el caso del sujeto *trans*, patologiza y materializa la satisfacción personal del cumplimiento de la dicotomía del género.

Actualmente, muchas organizaciones civiles a nivel internacional trabajan por el reconocimiento de las distintas identidades de género y de las sexualidades alternas, contribuyendo a que la medicina despatologice ciertas expresiones de la sexualidad y el género. En el caso de la transexualidad aún hay mucho que avanzar al respecto,

Fue común que en el ámbito doméstico y laboral la mujeres entrevistadas fueran consideradas enfermas mentales o que se les sugiriera o indicara solicitar atención médica pero no para la reasignación sexo-genérica sino para una curación en términos del ajuste a la normatividad heterosexual, lo cual implícitamente transmite el mensaje de que son portadoras de una anomalía con todas las prácticas discriminatorias que le pueden acompañar a este proceso de estigmatización.

Mi hermana no me apoyó, me dijo que estaba mal. Ella según tenía una solución de llevarme a un, por seis meses me iba a estar llevando a antros y toda la cosa para llevarme con mujeres y que según eso se me iba a quitar. Hasta la fecha ella sigue creyendo que esto se me va a pasar [Entrevistada E].

Una de mis tías [...] me dijo que necesitaba ayuda psicológica porque lo que yo decía no era normal o lo que yo estaba haciendo no era normal. [...] [Entrevistada G].

Las mujeres *trans* buscan la reasignación no sólo como parte de su proceso de integración identitaria sino con finalidades más prácticas, como “sentirse mejor”, que su cuerpo exprese en su forma lo que “verdaderamente son”:

[...] dije, yo me siento mujer, yo quiero ser mujer y quiero ser completamente mujer. [...] Para mí una operación de vaginoplastia no es para mí ser completamente mujer, sino ser mujer es realmente lo que sientes por dentro [Entrevistada G].

Los testimonios aquí recogidos nos hablan de la apertura de posibilidades para su bienestar que las entrevistadas encontraron en la hormonización y que esperan encontrar en la cirugía. Refieren con emoción sentirse con mayor seguridad en sí mismas y en sus relaciones sociales, pero para acceder a estos beneficios, en el mismo proceso de medicalización, deben primero asumirse como enfermas por su transexualidad, independientemente de que no se sientan así. Entonces, no sólo hay que despatologizar su identidad sino despatologizar también su acceso a los servicios médicos. Éstos son los principales retos a enfrentar para la realización de la salud en las mujeres *trans*.

Referencias bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2009). *DSM-IV-TR, Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona, España: Masson.
- AMEZCUA, M. y Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Especializada Salud Pública*. Vol. 5, núm. 76, pág. 423-436.
- ASENJO, N., Portabales, L., Rodríguez, J., Lucio, M. y Becerra, A. (2013). Transexualidad: Evaluación e Intervención Psicológica. *Clinica Contemporánea*, 4(2), 161-170.
- BAREIRO, M. (2016). *La exclusión de las personas trans del sistema educativo: un análisis de la experiencia en la educación de personas jóvenes y adultas en Paraguay*. Argentina. CLACSO.
- BECCERRA- FERNÁNDEZ, A. (2003). *Transexualidad. La búsqueda de una identidad*. Madrid, Ediciones Díaz Santos. Madrid.
- CARRILLO, M. (2008). *Transgresión desde adentro. El caso del reconocimiento jurídico de las personas transgénero y transexuales en la Ciudad de México*. Tesis de Maestría. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Sede México. México.
- COLCHERO, A. (2013). *Mujeres trans en la Ciudad de México: hacia una visión integral*. Junio 2013. Boletín Informativo CIEE. Instituto Nacional de Salud Pública. Centro de Investigaciones en Evaluación y Encuestas. Recuperado de <https://cieeinsp.wordpress.com/2013/06/07/mujeres-trans-en-la-ciudad-de-mexico-hacia-una-vision-integral/>.
- DE LA HERMOSA, M., Rodríguez, B. y Polo, C. (2013). Género binario y experiencia de las personas transexuales y transgénero. *Norte de salud mental*, XI (45), 13-22.
- FOUCAULT, M. (1978). *Medicina e historia: el pensamiento de Michel Foucault*. Washington, OPS. Washington.
- FOUCAULT, M. (1966). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México, Siglo XXI. México.
- FOUCAULT, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*. Vol. 11, núm, 1. Centro Biomédico de la Universidad Estatal de Rio de Janeiro, Brasil. Págs. 3-25.
- FOUCAULT, M. (1996). *La vida de los hombres infames: Ensayos sobre desviación y dominación*. Altamira. La plata, Argentina.
- FRIGNET, H. (2003). *El transexualismo*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- GRANADOS, J. A. (2006). Medicina y homosexualidad: prácticas sociales en tensión. Cuicuilco, enero-abril, págs. 293-319.
- GRANADOS, JA. (2013). Salud en varones homosexuales de la Ciudad de México, contextos culturales y trayectorias individuales. Homofobia, sufrimiento psíquico y situaciones de riesgo para VIH-SIDA. Tesis de Doctorado en Antropología. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- HURTADO, F., Gómez, M. y Donat, F. (2007). Transexualismo y salud mental. *Revista de Psicopatología y psicología clínica*, 12(1), 43-57.
- LE BRETON, D. (2002). *La sociología del cuerpo*. Nueva Visión. Buenos Aires.
- MÁRQUEZ, J. (2010). *Técnica, medicalización y virtualización del cuerpo*. *Revista Ciencia Tecnología Sociedad*. Octubre, núm. 3, págs. 41-53.
- MARTÍNEZ, A y Montenegro, M. (2010) Narrativas en torno al Trastorno de Identidad Sexual. De la multiplicidad transgénero a la producción de trans-conocimientos. *Prismasocial Revista de Ciencias*, (4), 1-44.
- MENÉNDEZ, E. (1981). La automedicación y los medios de comunicación masiva. *En Cuadernos Médicos Sociales*. Núm. 15, págs. 23-32.
- MENÉNDEZ, E. (1990). Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. Alianza Editorial Mexicana - Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. México. D.F.
- MENÉNDEZ, E. (2004). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*. Vol. 14, págs. 33-96. México, D.F.
- MERCADER, P. (1997). *La ilusión transexual*. Nueva Visión.

- Buenos Aires.
- MINISTERIO DE SALUD. (2016). *Lineamientos técnicos para la atención integral en salud de la población LGBTI*. San Salvador. Ministerio de Salud.
- MISSÉ, M. y Coll, G. (2010). La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas. *Norte de salud mental*, VIII (38), 44-55.
- MOVIMIENTO DE INTEGRACIÓN y Liberación Homosexual. (2010). *Educando en la Diversidad Orientación sexual e identidad de género en las aulas*. Chile: Movilh.
- MOVIMIENTO DE INTEGRACIÓN y Liberación Homosexual. (2011). Asesorías y atención médica a personas transexuales en Chile, Propuesta para protocolo y circular de salud en Chile. Chile: Movilh.
- NACIONES UNIDAS (2012). *Nacidos libres e iguales. Orientación sexual e identidad de género en las normas internacionales de derechos humanos*. Nueva York – Ginebra: Naciones Unidas.
- NIETO, J. (1998). *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Talasa Ediciones. Madrid.
- NOSEDA, J. (2012). Muchas formas de transexualidad: diferencias de ser mujer transexual y de ser mujer transgénero. *Revista de Psicología*, 21(2), 7-21.
- PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL y Procreación Responsable (2015). *Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud*. Argentina. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- ROBLES R, Fresán A, Vega H, Cruz J, Rodríguez V, Domínguez T, Reed G. (2016). *Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11*. The Lancet Psychiatry. Vol. 3, núm. 9. págs. 850 – 859.
- RODRÍGUEZ, J. (2013). Guía de entrevista para el análisis funcional de conductas en personas Transexuales. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 150-154.
- RODRÍGUEZ, J., Asenjo, N., Becerra, A., Lucio, M., Rabito, M. y Pérez, G. (2015). Áreas de la entrevista para la evaluación Psicológica de personas transexuales. *Acción psicológica*, 12(2), 15-30.
- RODRÍGUEZ, J., Asenjo, N., Lucio, M. y Becerra, A. (2010). Elaboración de un instrumento de diagnóstico y diagnóstico diferencial en transexualidad. *Semergen*. 37(2), 61-68.
- RUBIO, J. (2009). Aspectos sociológicos de la transexualidad. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* (21) 1-20.
- SANDOVAL, E. (2006). *En diálogo con el propio cuerpo: la experiencia de la transexualidad en sujetos que habitan en la Ciudad de México*. Tesis de Maestría. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México, D.F.
- SOLEY, P. (2014). Transexualidad y Transgénero: una perspectiva bioética. *Revista de Bioética y Derecho*, (30), 21-39.
- TREJO, E., Arámbula, A. y Álvarez, M. (2006). *Transgéneros*. México. Cámara de Diputados.
- VARGAS, E. (2008). *De la imposición a la elección: Historias de vida de mujeres transgénero*. Tesis de grado. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza – Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- VÉLEZ-PELLIGRINI, L. (2008). *Minorías sexuales y sociología de la diferencia. Gays, lesbianas y transexuales ante el debate identitario*. Montesinos. España.
- VERÁSTEGUI, D. (2013). *Implicaciones Psicosociales de la Despatologización de la Disforia de Género para la Inclusión o Exclusión Social de las Personas trans en el Contexto Colombiano (tesis de magister)*. Bogotá, Colombia. Universidad Nacional de Colombia.