



Disforia de género: la psicopatologización de las sexualidades alternas

Gender dysphoria: psychopathology of alternative sexualities

Otomie Vale Nieves

Universidad de Puerto Rico

Resumen

En este artículo examino críticamente la categoría disforia de género publicada por la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos (APA por sus siglas en inglés) en el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM 5 por sus siglas en inglés) en el año 2013. Para alcanzar este objetivo analizo los discursos dominantes sobre la sexualidad dentro de las sociedades patriarcales, binarias y heteronormativas occidentales y sus efectos al producir la categoría disforia de género. Argumento que las identidades de género se han construido socialmente, no determinadas biológica o naturalmente, y que estas tienen efectos sobre cómo cada persona vive su subjetividad. Cotejo el vínculo imperceptible entre las transgresiones a las normas sexuales dominantes y la psicopatologización de la transexualidad, al denominarla, en algunos casos, disforia de género. Concluyo proponiendo que las identidades, incluyendo la transexual, son fluidas y polimorfas.

Palabras clave: **DSM 5; Psicología; Transexualidad; Disforia de género**

Abstract

In this article I critically examine the gender dysphoria category published in the Diagnostic and Statistical Manual (DSM 5) produced by the American Psychiatric Association in 2013. I analyze the dominant discourses about sexuality in the patriarchal, binary and heteronormative societies and the different effects these have on the production of gender dysphoria category. I argue that gender identities are socially constructed, not biological or naturally determined, and that those constructions have effects on how people experience their subjectivity. I analyzed the imperceptible link between the transgression of the sexual dominant rules and the psychopathologization of transsexuality. I conclude proposing the idea that identities, including transsexuality, are fluids and polymorphous.

Keywords: **DSM 5; Psychology; Transsexuality; Gender Dysphoria**

INTRODUCCIÓN

En este artículo examinaré críticamente la categoría disforia de género incorporada al DSM 5, publicado por la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (APA, acrónimo en inglés) en el año 2013. Esta se refiere a personas

transexuales que tienen profunda incomodidad asociada a su proceso de reasignación de género. Analizaré la relación entre esta categoría diagnóstica y los modos en que se propone la sexualidad dentro de las sociedades patriarcales, binarias y heteronormativas occidentales. Partiré de la teoría constructio-

nista social como modelo teórico. Haré énfasis en la construcción social de la sexualidad y la importancia del lenguaje al examinar categorías psicopatológicas.

La metodología que habré de usar es cualitativa, teniendo como técnica el análisis crítico del discurso (ACD). Esta técnica me permitirá rastrear las relaciones de poder y el dominio de la sexualidad heteronormativa y binaria que le sirve de telón de fondo a la APA para producir la categoría diagnóstica de disforia de género. Esto es así porque, como argumenta Teun Van Dijk (2016), el ACD versa sobre el lugar del poder social de grupos o instituciones y los mecanismos mediante los cuales se lleva a cabo el ejercicio de dicho poder.

REVISIÓN DE LITERATURA

Hay diversos debates asociados a la categoría disforia de género. Uno, el cual suscribo, argumenta que la inclusión en el DSM 5 de la categoría disforia de género es el producto de la puesta en marcha de la patologización de las prácticas sexuales que contravienen la heteronormatividad compulsoria en la mayoría de las sociedades actuales. Su producción opera, al decir de John Austin (1962), como actos del habla. Es decir, su enunciación e incorporación a dicho manual hace posible su existencia en tanto categoría psicopatológica, no porque exista fundamento anatómico que la pueda explicar, sino por su carácter simbólico. Jema Tosh (2014, 2016) afirma que tanto la psicología como la psiquiatría han tenido un papel importante al momento de establecer lo que es lo “normal” o “anormal” al referirse al género. Afirma la autora que estas disciplinas han medicalizado la experiencia humana colocando ese conocimiento como la autoridad y la verdad. En ese sentido, la psiquiatría y la psicología producen aquellas categorías psicopatológicas que pretenden explicar (Braunstein, 2011; Burns, 2004; Foucault, 1986; García Porta, 2006; Parker, Georgaca, Harper, McLaughlin y Stowell-Smith, 1995). Es por ello que Antar Martínez-Guzmán, Marisela Montenegro y Joan Pujol (2014) plantean que las identidades trans¹ han desafiado el discurso psi (psiquiatras, psicólogos,

psicoanalistas) que ha contribuido históricamente a asentar y perpetuar las nociones dominantes sexuales.

De otro lado, dicha categoría ha contado con la anuencia de grupos como *The World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) que se origina en Estados Unidos. El Grupo de Consenso, Griet De Cuypere, Gail Knudson y Walter Bockting (2010), plantea que las variaciones de género no son en sí mismas patologías y que tener una identidad transgénero no constituye un desorden psiquiátrico. Sin embargo, afirman que no se alcanzó un acuerdo en cuanto a si el diagnóstico debe mantenerse o removerse. Como consecuencia, se producen tensiones entre los grupos feministas y trans que quieren despatologizar la categoría, y aquellos que entienden que el diagnóstico es la forma para poder cubrir los gastos médicos asociados a la reasignación de género (Adrián, 2013; Dreger, 2013; Irwin, 2016).

No obstante, mucha de la literatura revisada, aboga por la despatologización de la transexualidad cuando se aplica la categoría disforia de género (Elliot, 2009; 2010; Kelleher, 2009; Martínez-Guzmán e Íñiguez, 2010; Mas Grau, 2010, 2015, 2017; Roselló, 2013; Sennott, 2010; Stroumsa, 2014; Tosh, 2016; Useche, 2005). Como sostiene Mas Grau (2017, p. 10) “la inclusión de la transexualidad en la clasificación de trastornos mentales... es contraproducente”. “la persona diagnosticada puede interiorizar que su condición es patológica. A nivel social, el diagnóstico no ayuda en modo alguno a que entendamos que no es una disfunción o un error, sino una expresión más del ser humano”. Miquel Missé y Gerard Coll-Planas (2010) proponen que la despatologización trans supone, además de la desclasificación de los manuales, que se mantenga el derecho de este sector a la atención médica requerida. Estela Serret (2009) lo resume cuando sostiene que el debate trans actúa sobre cualquier visión esencialista.

Por su parte, Patricia Elliot (2010) llama nuestra atención para que reflexionemos sobre la diversidad que existe al interior de la propia comunidad transexual. Esta produce saberes diversos que resisten explicaciones monolíticas. Elliot (2010), reconociendo toda esa diversidad, llama a las teorías trans fugitivas en la medida en que no se pueden aprehender bajo una sola categoría. Son grietas difíciles

¹ Utilizo el concepto trans para referirme al abanico de personas que, con sus prácticas y formas de llevar el cuerpo, quiebran las lógicas identitarias de género dominantes.

de “corregir” porque esto, de alguna manera, supondría la homogenización de lo diverso, incluso dentro de dicha comunidad.

MARCO TEÓRICO: CONSTRUCCIONISMO SOCIAL

Kenneth Gergen (1996, 1997, 2011) plantea que los modos como concebimos lo que nos rodea pueden ser explicados a partir de su consideración como productos de las relaciones sociales de las que formamos parte. De ahí la importancia que le adscribe a la consideración contextual-histórica. Como consecuencia, lo que denominamos conocimiento del mundo y de nosotras mismas tiene su origen en las relaciones humanas (2011). Lo que él denomina “juegos del lenguaje”, los modos de explicación sobre el mundo, están gobernados en grados significativos por las convenciones del uso del lenguaje (2011, p. 109). Como consecuencia, es razonable argumentar que lo que denominamos *self* (yo), así como las concepciones que tenemos de nosotras y de otros, están socialmente producidas (1996, 2011).

Gergen (2011) afirma que para poder obtener una concepción profunda de que las explicaciones que producimos están histórica y contextualmente situadas podemos comparar las creencias y las explicaciones producidas por otras culturas y por otras épocas. En síntesis, como expone Tomás Ibáñez (2001), “los conocimientos que producimos sobre los seres sociales revierten necesariamente sobre sus características puesto que afectan el magma simbólico que constituye en parte a estos seres” (p. 256).

Construcción social de la sexualidad

La ciencia moderna, incluyendo a la psiquiatría, se ha erigido sobre el principio de lógicas binarias u oposicionales (hombre/mujer; masculino/femenino; sexo/género) desde las cuales se producen imaginarios que le sirven de base a las subjetivaciones que hacemos sobre nosotras. Fernando Mires (1996, p. 162) indica que la lógica dicotómica (uno de los principios de la modernidad) “deduce la afirmación de un hecho a partir de la negación del otro. Por lo mismo, la dicotomía se basa en la irreconciliación de los opuestos”. Frida Saal (2011, p. 300) también se encarga de consignar (en el caso de la Psicología) que esta está atravesada por lo que ella llama “falsas antinomias”,

tal es el caso de “heredado/adquirido, temperamento/carácter, organismo/medio, individuo/sociedad, constante/variable, rígido/flexible, natural/natural, etc.”.

Sobre este tema Judith Butler (2002, p. 17) sostiene que “las diferencias sexuales son indisociables de las demarcaciones discursivas”. Dice la autora que:

El “sexo” no solo funciona como norma, sino que además forma parte de una práctica reguladora que produce los cuerpos que gobierna, es decir, cuya fuerza reguladora se manifiesta como una especie de poder productivo, el poder de producir —demarcar, circunscribir, diferenciar— los cuerpos que controla. De modo tal que el “sexo” es un ideal regulatorio cuya materialización se impone (o no) mediante ciertas prácticas. En otras palabras, el “sexo” es una construcción ideal que se materializa obligatoriamente a través del tiempo. (p. 18)

Como consecuencia, la idea de sexo asociada a la anatomía, asumida como dato biológico a priori, queda emplazada y deconstruida. A pesar del cuestionamiento de Butler, y de muchas autoras y autores, los discursos dominantes preservan los binarismos entre natural/cultural y masculino/femenino, entre otros. Se perpetúa, además, un alineamiento entre las características anatómicas y el género (masculino o femenino). No se admite como “normal” que una persona que nace con una anatomía identificada como de mujer elija ser hombre o viceversa. Eso queda patentizado en la categoría disforia de género a partir de la cual se produce un “desorden” o “trastorno” asociado a una incomodidad (disforia) profunda de la persona en la medida en que no alinea su identidad con su anatomía y procura llevar a cabo cambios a tenor con el género con el que se identifica.

El uso de esta categoría tiene como una de sus consecuencias más notables que la psicología y la psiquiatría aborden la conducta (y los problemas que presenta la persona) desde un referente individualista (Adcock y Newbigging, 1990; Braunstein, 2011, 2013). Como sostiene Laura Huerta-Muñoz (2017), “los trastornos mentales, son vistos así como problemas individuales, inherentes a la persona” (p. 24). Esta mirada ocluye las demandas sociales que se vierten sobre cada cual y las maneras mediante las cuales cada sujeto, subjetivando esas demandas, las significa y las hace suyas. En otras palabras, localiza “el problema” en la persona y no puede/quiere dar cuenta de las condiciones sociales asocia-

das a las expectativas de género que hacen posible dicha profunda incomodidad. Como señalé previamente, el DSM 5 destaca una incomodidad desde la cual se desdibuja la dimensión social que la hace posible. Acá se pone en marcha una de las múltiples formas de lo que Michel Foucault llamó el biopoder. Una de sus funciones es moldear las subjetividades, puesto que son prácticas de poder ejercidas sobre el individuo y sus cuerpos. Foucault plantea que “en realidad, su articulación no se realizará en el nivel de un discurso especulativo sino en la forma de arreglos concretos... el dispositivo de la sexualidad es uno de ellos, y de los más importantes” (1986, p. 170).

Por su parte, Anne Fausto Sterling (1993, 2000, 2012), afirma que las diferencias biológicas son social y culturalmente producidas y varían de grado según la cultura. Sostiene que también varían con el tiempo en una misma cultura. La autora llama nuestra atención cuando rompe las lógicas lineales para afirmar que es porque la mayoría se identifica con su sexo (genitales femeninos o masculinos) que es lo más común. Una vez esto ocurre, lo común se convierte en lo normal. Entonces, lo normal se asume como natural y a eso llamado natural se le adscribe un carácter biológico. Indica que, incluso aquello que se puede observar en la neurofisiología, puede ser más una consecuencia que una causa.

Fausto Sterling (1993) acota que no existen solo dos sexos (masculino y femenino, si bien es lo más que abunda) sino que existen al menos cinco. Estos cinco sexos son a su vez un abanico amplio. Nos dice la autora que, “hablando estrictamente del nivel biológico, existen muchas gradaciones entre lo que es femenino y lo que es masculino; y dependiendo de cómo se organicen se puede argumentar que dentro del espectro pueden haber cinco sexos, e incluso más” (p. 20, traducción propia). Aclara que cada una de estas categorías es en sí misma muy compleja y que, por ejemplo, el porcentaje de características masculinas o femeninas puede variar dentro de los miembros de un mismo grupo (Fausto Sterling, 2000, 2012).

Dentro del amplio espectro de la construcción social de la sexualidad asumo que la transexualidad también está socialmente producida. Como lúcidamente plantea el sociólogo Miquel Missé, al ser entrevistado por Marta Borraz

(2019), los temas asociados a la transexualidad han pasado por alto que ésta es producto de entendidos culturales y no de bases biológicas. Igualmente afirma que el tema de ser hombre o mujer es un asunto relativo. Entiende que hay que re plantearse el asunto del cambio de cuerpo —donde se ha asumido que se origina el malestar— como referente primario cuando se aborda dicho tema. Cuestiona la naturalización y la biologización de la transexualidad cuando se invoca que se está en el cuerpo equivocado o que se nació de esa forma. Como expone sobre el origen del malestar, “creo que tiene mucho que ver con unos códigos culturales muy concretos respecto a la identidad y al cuerpo, con la creencia de que la identidad de hombre o mujer está asociada a una corporeidad biológica y a unos valores muy concretos” (p. 2). Agrega, para consolidar su argumento, que:

A las personas trans nos han dicho, y hemos aprendido, que nuestro cuerpo es un problema y que tenemos que ponerlo en juego y cambiarlo. ...Y, de alguna manera, todos esos discursos nos lo han robado, nos han robado la posibilidad de vivir el cuerpo de otra manera. (p. 2)

METODOLOGÍA: ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO

El análisis crítico del discurso (ACD) “se ha centrado en el estudio de aquellas acciones sociales que se ponen en práctica a través del discurso, como el abuso de poder, el control social, la dominación, las desigualdades sociales o la marginación y la exclusión social” (Íñiguez, 2003, p. 93).

Como argumenta Íñiguez, el ACD:

La práctica analítica opera, simultáneamente, con tres dimensiones: a) el discurso en tanto que texto (el resultado oral o escrito de una producción discursiva), b) el discurso como práctica discursiva enmarcada en una situación social concreta y, c) el discurso como un ejemplo de práctica social, que no sólo expresa o refleja identidades, prácticas, relaciones, sino que las constituye y las conforma. (2003, p. 94)

Por su parte Van Dijk, (2016) afirma que el ACD “estudia, principalmente, la forma en la que el abuso de poder y la desigualdad social se representan, reproducen, legitiman y resisten en el texto y el habla en contextos sociales y políticos” (p. 204). En ese sentido, mediante el ACD, se asume una postura crítica explícita dentro de las relaciones de poder que existen en el entramado social (Van Dijk, 2016). Según él hay unas propiedades genera-

les que le son propias a la investigación crítica de discurso:

- Se enfoca, principalmente, en *problemas sociales y cuestiones políticas*, en lugar de solo estudiar las estructuras discursivas fuera de sus contextos sociales y políticos.
- Este análisis crítico de problemáticas sociales es, usualmente, *multidisciplinario*.
- En lugar de meramente describir estructuras discursivas, trata de *explicarlas* en términos de sus propiedades de interacción social y, especialmente de estructura social.
- Más específicamente, el ACD se centra en las formas en las que las estructuras discursivas, representan, confirman, legitiman o reproducen o desafían las relaciones de abuso de poder (*dominación*), en la sociedad. (Van Dijk, 2016, p. 204)

Una dimensión importante destacada por Van Dijk, (2002, 2016) y que es de gran relevancia para mi análisis, versa sobre el lugar del poder social de grupos o instituciones. La APA se inscribe de forma importante dentro de una estructura de poder a nivel del discurso psiquiátrico estadounidense y mundial. Van Dijk (2016) define ese poder social en términos de control. El DSM 5 es utilizado para ejercer control sobre ciertos sectores sociales cuya conducta no está alineada con los parámetros sexuales dominantes, como veremos más adelante. Él le llama hegemonía (citando a Gramsci, 1971) cuando ese poder adquiere o se transforma en un “consenso general” (p. 207). Aclara, como es sabido, que ese poder no tiene que ejercerse de forma coercitiva sino que puede naturalizarse, como es el caso de la heteronormatividad, de las lógicas binarias y de los supuestos de que cada cuerpo tiene un género que le corresponde. El autor añade que, cuando hablamos de discurso-poder, los grupos que controlan o tienen más acceso los discursos dominantes, tendrán más oportunidades de ejercer control indirecto sobre “las mentes y las acciones de otros” (p. 208).

ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO: DISFORIA DE GÉNERO

La adherencia imperceptible de los discursos psiquiátricos y psicológicos a los discursos heteronormativos y patriarcales queda plasmada en la producción de los Manuales, desde el DSM I (American Psychiatric Association, 1952) hasta el DSM 5 (APA, 2013), donde han abundado lo que Bernardo Useche-Aldana (2005, p. 36) denomina una “medicalización de la sexualidad”. El discurso médico, con todo el poder que está investido, ha tenido un rol protagónico en la producción y circulación de estas categorías. Destaca Useche-Aldana (2005) que el reduccionismo biológico es una característica que todavía persiste en las últimas ediciones del DSM. Esto se constata cuando continúan sosteniendo que existe el sexo (adscrito al nacer) y el género como categorías separadas, perpetuando así las lógicas binarias por partida doble: porque asume una como biológica (sexo) y la otra como social (género) y al naturalizar la existencia de las categorías hombre y mujer.

Es en el DSM² III (APA, 1980) donde aparece por primera vez el trastorno de identidad sexual (en inglés *gender identity disorder*). El Manual plantea que la característica fundamental de este trastorno es “una incongruencia entre el sexo anatómico y la identidad de género” (p. 261). Dentro de esta categoría aparece la transexualidad (302.5x). Indica que:

Las características esenciales de este trastorno heterogéneo son un sentido persistente de incomodidad e inapropiación en cuanto al sexo anatómico y el deseo persistente de deshacerse de sus genitales y vivir como un miembro del otro sexo. Este diagnóstico solo se hace si la incomodidad o molestia ha sido continua (no se limita a períodos de ansiedad) de por lo menos dos años, y no se debe a otro trastorno mental. (p. 262)

En el DSM IV TR (APA, 2002, p. 645) se continuaba utilizando la categoría trastorno de identidad sexual para referirse a las personas transexuales que: “se identifican de modo intenso y persistente con el otro sexo, lo cual constituye el deseo de ser, o la insistencia de que uno es, del otro sexo” (Criterio A). “Esta identificación con el otro sexo no es únicamente el deseo de obtener las supuestas ventajas relacionadas a las costumbres cultura-

² En lo sucesivo estaré traduciendo del inglés al español las distintas ediciones del DSM a las que haga referencia.

les. Deben existir también pruebas de malestar persistente por el sexo asignado o un sentido de inadecuación en el papel de su sexo” (Criterio B) (APA, 2002, p. 645).

A través de la elaboración de dichas categorías se naturalizan las lógicas binarias hombre/mujer, masculino/femenino, natural/adquirido. El significante “otro sexo” se utiliza en reiteradas ocasiones a través de éstas. Como sostienen Antar Martínez-Guzmán y Lupicinio Íñiguez-Rueda (2010), se implica que la transexualidad es una práctica que emplaza y resulta problemática para las normas de sexo y de género instauradas en las sociedades patriarcales en la medida en que quiebra la idea difundida de que el género debe corresponder de manera natural a un cuerpo biológico. Desde esta perspectiva se asume que:

El género —siempre en relación a un cuerpo con determinadas características sexuales—: a) es un atributo personal estable y coherente a través del tiempo y los escenarios sociales; b) es una suerte de fenómeno natural que existe con independencia de las categorías y los discursos que dan cuenta de él; y c) debe comprenderse fundamentándose en el reconocimiento de dicotomías como naturaleza-cultura, sexo-género y hombre-mujer. (Martínez-Guzmán e Íñiguez-Rueda, 2010, p. 32)

Es a partir de estos referentes, y de la idea de las lógicas patriarcales y heteronormativas, que el DSM construye la categoría trastorno de identidad sexual, primero y disforia de género, luego. Además de mantener y perpetuar un sistema binario, dicha categoría da por sentado que la identidad sexual es algo personal, que surge del interior de la persona. Esta premisa esencializa y desarraiga de su origen social a la identidad sexual.

Transcurridos aproximadamente once años desde la última edición del DSM IV TR (APA, 2002), aparece la primera publicación del DSM 5 en el 2013. Ya no se habla del trastorno de identidad sexual, sino de disforia de género. Una introducción, producto del insumo de paneles de especialistas en el tema del género y de las críticas al diagnóstico trastorno de identidad sexual, les lleva a hacer un abordaje atemperado —mínimamente— a los debates más recientes. Esto es importante porque se pretende atender una serie de demandas formuladas por las comunidades LGBTTIQ.

Veamos las nuevas definiciones que comparan antes de proceder al diagnóstico. El cambio del uso de sexualidad por el de género les

permite reconocer el carácter “social” de este último. Dicho esto, lo social aparece como dato, no se explica ni se elabora. Reconocen que “el área sobre sexo y género es muy controversial y ha llevado a una proliferación de términos cuyos significados varían con el paso del tiempo y de una disciplina a otra” (APA, 2013, p. 451). Hecha la aclaración, proceden a plantear que en ese capítulo emplearán los términos tal como lo hacen los clínicos de distintas disciplinas que trabajan con el tema. Acotan que:

Sexo y sexual se refiere a los indicadores biológicos de masculino y femenino... *Género* se usa para denotar el rol público (y usualmente legalmente reconocido) que vive una persona como niño o niña, hombre o mujer, pero, en contraste con algunas teorías construccionistas, se reconoce que los factores biológicos pueden contribuir en interacción con factores sociales y psicológicos al desarrollo del género. (APA, 2013, p. 451, cursivas del original)

Por otro lado, indican que la “asignación de género se refiere a la asignación como masculino o femenino” (p. 451). Ocurre usualmente durante el nacimiento y sustituye lo que se conocía como “género de nacimiento”. Dicha introducción continúa con la definición, identidad de género, la que denominan como “una categoría de identidad social a la identificación individual de la persona como masculino o femenino y en ocasiones alguna otra categoría además de masculino o femenino” (p. 451). Sobre el tema de la identidad, Alberto Palomo (2017) entrevista a Marina Garcés, quien asume la identidad como una acción derivada, un efecto, nunca una causa. Desde su perspectiva, la identidad tiene un carácter temporal y precario. Advierte que si la esencializamos podemos convertirnos en sus víctimas. Afirma que las identidades dominantes no soportan que no haya centro. Como consecuencia, cuando hay centro, muchas identidades antes periféricas o minoritarias aspiran a ocuparlo. De este modo, se propone una noción de identidad nómada y fluida, no fija y localizada. También cabe destacar la frase “alguna otra categoría” además de masculino o femenino. Se implica la otredad, lo inabordable que enfrenta la lógica binaria y que habrá de ser patologizado. Es lo que llama Julia Kristeva (1989) lo abyecto. Sobre la transexualidad acotan que:

Denota a un individuo que busca o ha llevado a cabo una transición social de hombre a mujer o de mujer a hombre, lo que involucra en muchos casos —pero no en todos— una transición somáti-

ca mediante tratamiento con hormonas del otro sexo y cirugía genital (cirugía para la reasignación de sexo). (APA, 2013, p. 451)

Habiendo definido la transexualidad, sin hacerlas sinónimo, pasan a explicar que la “*disforia de género* se refiere a una incomodidad que puede acompañar a la incongruencia entre el género que se expresa o se siente con respecto al que fue asignado” (APA, 2013, p. 451, cursivas del original). Nótese que dice que puede acompañar, no que acompaña, con lo cual no equipara la transexualidad con la disforia de género. Aclara que, “aunque no todos los individuos van a experimentar la incomodidad como resultado de dicha incongruencia”, “muchos sienten incomodidad si las intervenciones deseadas mediante hormonas o cirugías no están disponibles” (APA, 2013, p. 451). Argumenta que el término actual es más preciso que el previo que aparecía en el DSM IV, trastorno de identidad de género, puesto que “se enfoca en la disforia y no en la identidad” (APA, 2013, p. 451). Es decir, se implica que no se está patologizando a la identidad transexual sino a la incomodidad que puede acompañar a esta en algunos casos. Pareciera que ese desdoblamiento produce el efecto de borramiento sobre la patologización de ciertas formas de experimentar la transexualidad. Como argumento retórico es lo suficientemente ambiguo como para establecer un vínculo indisoluble entre transexualidad y disforia de género.

Veamos lo que se desprende de estas definiciones/aclaraciones hechas en el DSM 5 hasta ahora. En primer lugar, hay un intento por “definir” determinadas categorías tales como sexo/sexual, género/identidad de género, transgénero, transexual y disforia de género. Esas definiciones tienen como finalidad aparente aclarar dudas y disminuir confusiones. De modos más implícitos, considerando el lugar del poder desde el cual se articula dicho discurso, van trazando y pavimentando los linderos para la clasificación de la disforia de género, es decir para la psicopatologización de la transexualidad. Como propone Van Dijk (2016) el poder social en este caso, ejercido por la APA, se traduce en términos de control sobre determinados sectores sociales que aparecen (son ubicados) desde la otredad.

Comienzan por situar el sexo y lo sexual como los indicadores biológicos de lo masculino y de lo femenino. Arraigarse a la ideología de

que el sexo y lo sexual son indicadores biológicos les ubica desde un referente extra cultural y extra discursivo. Bien lo ha aclarado Butler (2002) cuando sostiene que tanto el sexo como el género son producidos socialmente. Igual postura sostienen Antar Martínez-Guzmán y Marisela Montenegro (2010). Como he reseñado previamente, mantener dichas distinciones resulta hartamente problemático en la medida en que no reconocen la dimensión simbólica que atraviesa la propia categoría de lo biológico convirtiéndose en una producción socio-cultural-discursiva.

Cuando se refieren al género lo designan como el rol público que vive una persona como niño o niña, hombre o mujer. Aclaran que, distinto de las teorías construccionistas, ellos reconocen que los factores biológicos pueden intervenir conjuntamente con los sociales y los psicológicos. Notemos, mediante la retórica elaborada, la aparente desconexión entre las tres dimensiones a las que hacen referencia (biológica, social y psicológica). Su discurso sugiere —a tenor con las corrientes dominantes— que los factores biológicos operan desde una esfera exterior a la social y a la psicológica. No obstante, las propias teorías construccionistas a las que aluden, así como muchas corrientes feministas, han dejado claro que todos esos procesos están imbricados en la medida en que los recursos del discurso (y su consecuente simbolización) son los que lo hacen posible (Butler, 2002; Fox Keller, 1985, 1992, 1995/2000; Gergen, 1996, 1997, 2011).

Cabe destacar también que, en la medida en que el proyecto implícito de la APA es mantener el orden social incólume mediante la adaptación de los sujetos a los espacios sociales que se le han designado, un criterio diagnóstico importante es que la incomodidad que muestra la persona interfiera con sus actividades cotidianas (Burns, 2004; Braunstein, 2011, 2013; Foucault, 1986; Parker et al., 1995; Saal, 2011). Esta es una de las diversas formas en que los otros, y la propia persona, pueden detectar su “problemática”. Van Dijk (2016) llama a esto consenso general. Dicho consenso general se interioriza y opera como una forma de auto-regulación. La persona “reconoce” que tiene algún problema y lo asume como personal e individual sin poder trazar el vínculo con los sectores de poder o con el orden social vigente. Esto opera tam-

bién cuando reflexionamos sobre la transexualidad.

La psiquiatría (y la psicología) comienzan a llamar “síntomas” a las angustias y a las incomodidades que experimentan las personas transexuales. Éstas, a su vez, comienzan a sentir incomodidad y pueden experimentarla desde un referente biológico o natural (“siempre he sido así”). No obstante, su origen radica en las contradicciones entre lo que los discursos dominantes esperan del sujeto y las acciones que éste lleva a cabo. En la medida en que los/as psicólogos y psiquiatras no advierten dicho origen, su función es de ortopedas morales, como les llamó Foucault (1986). En ese sentido, deberían hablar de disforia social puesto que la incomodidad que puede llegar a sentir una persona transexual proviene de un entorno hostil e insensible. Missé destaca este ángulo cuando reflexiona sobre los modos como se ha articulado socialmente lo que es la propia transexualidad (Borraz, 2019). Enfatiza que ésta ha sido referida casi exclusivamente al cuerpo.

Los discursos psiquiátrico y psicológico no están reflejando las identidades sexuales existentes (para lo cual invocarían su neutralidad) sino que las producen (emergiendo su función de control social). Estas identidades dominantes se diseminan a través del entramado social, imaginarios sociales, concepción de la infancia, representaciones de las formas de expresión de afecto, entre otras, y se corporizan en los sujetos. Esto no ocurre de forma prístina, sino que existen grietas, fisuras, quiebres y contradicciones. En las reflexiones en torno a la transexualidad encontramos, como he planteado, esa gama y diversidad que recorre el espectro de quienes afirman que nacieron así, hasta posturas como las de Missé, quien afirma que es una manera de asumirse (y de asumir las contradicciones con el cuerpo) que está dirigida por el orden social vigente y por los consensos que se interiorizan (Borraz, 2019).

Más adelante, dentro de la categoría, distinguen la disforia de género durante la niñez, la adolescencia y la adultez. El criterio A para realizar el diagnóstico durante la niñez establece “una marcada incongruencia entre el género que se experimenta/expresa y el asignado” (452). Debe tener al menos seis meses de duración durante los cuales se deben ha-

ber manifestado al menos seis de los siguientes (uno de los cuales debe ser el criterio 1A):

1. Un deseo fuerte de ser del otro género o una insistencia de que es el otro género (u otro género alternativo diferente del asignado).
 2. En los niños (género asignado), una fuerte preferencia para vestirse con la indumentaria de las niñas (género asignado), una fuerte preferencia de vestir la ropa típicamente masculina y una fuerte resistencia a vestir la ropa típicamente femenina.
 3. Una fuerte preferencia hacia los roles del otro género (cross gender) en los juegos imaginarios o de fantasía.
 4. Una fuerte preferencia por los juguetes, juegos, o actividades que estereotípicamente corresponden al otro género.
 5. Una fuerte preferencia de compañeros de juego del otro género.
 6. En los niños (género asignado), un fuerte rechazo a los juguetes, juegos y actividades típicamente masculinas y una tendencia fuerte a evitar juegos rudos; o, en las niñas (género asignado), un rechazo fuerte a los juguetes, juegos y actividades típicamente femeninos.
 7. Un fuerte rechazo de la propia anatomía sexual.
 8. Un fuerte deseo de tener las características sexuales primarias y/o secundarias que vayan acorde con el género experimentado.
- B. Dicha condición está asociada a una angustia clínicamente significativa o a una discapacidad en el ámbito social, escolar u otra área importante de su funcionamiento. (p. 453)

Especificarse si:

Con un trastorno de desarrollo sexual (p. ej. un trastorno adrenogenital congénito o 255.2 (E25.0) hiperplasia adrenal congénita (E34.50) síndrome de insensibilidad androgénica).

Nota de codificación: Codificar el trastorno de desarrollo sexual y la disforia de género (APA, 2013, p. 453).

En el caso de la disforia de género en adolescentes y adultos aparecen básicamente las mismas conductas que en el de niños/as (se resumen a seis), excepto que en vez de seis solo debe mostrar dos. Además de la especificación que aparece para la niñez se añade la siguiente:

Post transición: El individuo ha hecho la transición a una vida de tiempo completo al género deseado... y se ha sometido... a por lo menos una intervención o tratamiento médico de cambio de género... o una intervención quirúrgica de cambio

de género para confirmar el género deseado. (APA, 2013, p. 453)

Como he reiterado, los criterios diagnósticos para la disforia de género se mantienen sobre la base de lógicas binarias, aun cuando sustituyen las categorías sexo por género. De hecho, su manejo continúa perpetuando la idea de que el sexo son atributos biológicos (extra discursivos) y el género son atributos sociales que se desarrollan sobre los primeros. La reiteración del “otro género” en cada criterio diagnóstico sirve de soporte discursivo al binarismo bajo la premisa de que existen dos sexos; masculino o femenino, lo que llama Mauro Cabral una “ontología binaria” (2003, p.117). Además, el DSM 5 indica que, al hacer el diagnóstico de disforia de género, debe especificarse si se presenta con un trastorno de desarrollo sexual lo que supone doble patología; por ser transexual e intersexual. Nuevamente, esta doble patología ubica “el problema” en la persona. Es decir, dicha problemática es y está en el sujeto.

Como sostiene Butler (2002), las prácticas que no se circunscriben a estos registros de la reiteración reforzada de las normas son las excluidas, las invivibles y las inhabitables. Es la puesta en práctica de las normas las que garantizan la heteronormatividad compulsoria y naturalizada. Claro está, también es esa reiteración la misma que puede subvertir las prácticas prescritas. ¿Cuál es el lugar de la transexualidad en estas prácticas? Sobre este particular Butler (2002) argumenta que “aquello que habrá de incluirse dentro de las fronteras del “sexo” estará determinado por una operación más o menos tácita de exclusión” (p. 33). En tanto la transexualidad parece poner en jaque las lógicas binarias sobre las cuales descansa las formas de concepción de la sexualidad, aparece como lo invivible e inhabitable.

Otra dimensión importante que debemos considerar (como he sugerido previamente) es que, una vez la persona reconoce y asume su transexualidad, este proceso puede desembocar en la perpetuación de las lógicas binarias en la medida en que quiera llegar a ser mujer u hombre, tal como está predicado en los discursos dominantes. Más aún, como comenta Missé al ser entrevistado por Borraz (2019), el debate se restringe a la anatomía, con los cambios correspondientes, y se deja fuera del espectro la dimensión social que hace posible

ese foco particular. Como sostiene Serret (2009) el discurso trans, o al menos un gran sector de este, invoca que nacieron así, que no eligieron ser transexuales. Podemos escuchar con mucha frecuencia frases como “es mi verdadera identidad”, “por fin pude ser yo misma”, “mi identidad estaba atrapada en el cuerpo equivocado”, “encontré mi verdadero ser”, entre otras expresiones, que reproducen la idea de que la identidad es algo personal y coherente. Si el debate sobre la transexualidad se asume a partir de las incomodidades asociadas al cuerpo, tenemos que reflexionar sobre el origen de ese malestar. Plantea Missé que “yo tengo una relación con mi cuerpo problemática y lo vivo con conflicto, pero creo que esta idea está basada en un conjunto de creencias que en un momento aprendí. No creo estuviera determinado a no estar a gusto con mi cuerpo” (Borraz, 2019, p. 2).

CONCLUSIÓN

Sostengo, tomando como fundamento el marco teórico construccionista social, que debemos considerar el origen social de lo que nos rodea, de las conductas que manifestamos, de las formas como vivimos nuestras sexualidades y nuestros cuerpos. Destaco que los discursos que producimos, y que nos producen, tienen un lugar importante al momento de dar cuenta de el origen social de nuestras conductas, destacándose las dimensiones simbólicas de éstas.

Esta aproximación conceptual, junto con el ACD, me ha permitido examinar críticamente la producción del diagnóstico disforia de género trazando su raigambre en las lógicas binarias, patriarcales y heteronormativas vigentes en las sociedades occidentales. A su vez, he podido rastrear el efecto de dichas construcciones en los propios sujetos que se auto-denominan transexuales en la medida en que su adherencia y adscripción emana de las representaciones sociales que se hacen de la propia categoría transexual. Esto ha tenido, como una de sus consecuencias, que se asuma la transexualidad como natural y que, en la mayoría de los casos, la persona desee profundamente conformar su cuerpo al género con el que se identifica.

Propongo entonces que las reflexiones en torno a la categoría disforia de género se abran a las consideraciones antes expuestas,

específicamente al reconocimiento de la construcción social de la sexualidad, y, específicamente de la transexualidad. Estas consideraciones deben admitir que cada sujeto transexual vive y experimenta su transexualidad de forma específica y singular. No obstante, debe evitarse la esencialización, reconociéndose el efecto importante de la interiorización en las personas transexuales de las formas como se ha producido socialmente dicha categoría. Importa atender dos asuntos: la idea interiorizada de que es natural (se nace así) y de que hay que cambiar (parcial o totalmente) el cuerpo para atemperarlo a la identidad de género que se vive o experimenta. Sugiero que esta mirada se redirija a otro cuerpo, en este caso el cuerpo social, para desde allí problematizar y re plantearse los contenidos de la propia categoría transexual.

REFERENCIAS

- Adcock Christine & Newbigging Karen (1990). Women in Shadows: Women, Feminism And Clinical Psychology. En Erica Burman (Ed.), *Feminism and Psychological Practice* (pp. 173-188). London: Sage Press.
- Adrián, Tamara (2013). Cuadrando el círculo: Despatologización vs Derechos a la salud de personas trans en DSM 5 y CIE 11. *Comunidad y salud*, 11(1), 58-65.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM I*. Washington D. C.: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSMIII*. Washington D. C.: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM IVTR*. Washington D. C.: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM5*. Washington D. C.: American Psychiatric Publishing.
- Austin, John (1962). *How to do things with words*. London: Oxford Press.
- Borraz, Marta (2019, 12 de enero). Entrevista a Miquel Missé sociólogo trans. “No hay nada biológico en ser trans, como no hay nada biológico en ser hombre o mujer”. *El diario.es*. Recuperado de [https://www.eldiario.es/sociedad/problema-](https://www.eldiario.es/sociedad/problema-discurso-hegemonico-diciendo-biologico_0_856015014.html)
- [discurso-hegemonico-diciendo-biologico_0_856015014.html](https://www.eldiario.es/sociedad/problema-discurso-hegemonico-diciendo-biologico_0_856015014.html)
- Burns, Maree (2004). Eating like an Ox Femininity and Dualistic construction of Bulimia and Anorexia. *Feminism & Psychology*, 2(14), 269-295. <https://doi.org/10.1177/0959353504042182>
- Butler, Judith (2002). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Buenos Aires: Paidós.
- Braunstein, Néstor (2011). El encargo social y las premisas operantes en la psicología clínica. En Néstor Braunstein, Marcelo Pasternac & Gloria Benedito (Eds.), *Psicología: ideología y ciencia* (pp. 385-402). México D. F.: Editorial Siglo XXI.
- Braunstein, Néstor (2013) *Clasificar en psiquiatría: deeseeme*. México D. F.: Editorial Siglo XXI.
- Cabral, Mauro (2003). Pensar la intersexualidad hoy. En Diana Maffia (Ed.), *Sexualidades migrantes: Género y Transgénero* (pp. 117-126). Buenos Aires: Feminaria Editora.
- De Cuypere, Griet; Knudson, Gail & Bockting, Walter (2010). *Response of the World Professional Association for Transgender Health to the Proposed DSM 5 Criteria for Gender Incongruence*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/233455777_Response_of_the_World_Professional_Association_for_Transgender_Health_to_the_Proposed_DSM_5_Criteria_for_Gender_Incongruence
- Dreger, Alice (2013). *Why Gender Dysphoria Should no longer be considered a medical disorder*. Recuperado de <https://psmag.com/social-justice/take-gender-identity-disorder-dsm-68308>
- Elliot, Patricia (2009). Engaging Trans Debates on Gender Variance: A Feminist Analysis of Sexualities. *Sexualities*, 12(1), 5-32. <https://doi.org/10.1177/1363460708099111>
- Elliot, Patricia (2010). *Debates in Transgender, Queer and Feminist Theory: Contested Sites*. London: Routledge.
- Fausto-Sterling, Anne (1993). The Five Sexes: Why Male and Female Are Not Enough. *The Sciences*, 2(33), 20-24. <https://doi.org/10.1002/j.2326-1951.1993.tb03081.x>
- Fausto-Sterling, Anne (2000). The five sexes revisited; the varieties of sex will test medicine and social norms. *The Sciences*, 4(40), 18-23. <https://doi.org/10.1002/j.2326-1951.2000.tb03504.x>
- Fausto Sterling, Anne (2012). *Sex/Gender. Biology in a Social World*. New York: Routledge.
- Foucault, Michel (1986). *Historia de la sexualidad 1 La voluntad del saber*. Madrid: Siglo XXI.

- Fox-Keller, Evelyn (1985). *Reflections on Gender and Science*. New Heaven: Yale University Press.
- Fox-Keller, Evelyn (1992). *Secrets of Life, Essays on language, gender and science, Secrets of Death*. New York: Routledge.
- Fox-Keller, Evelyn (1995/2000). *Metáforas de la biología en el siglo XX*. Buenos Aires: Manantial.
- García Porta, Magda (2006). Síndrome pre menstrual: aproximación crítica. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 1, 80-102. <https://doi.org/10.11156/aibr.010107>
- Gergen, Kenneth (1996). *Realidades y relaciones*. México D. F.: Paidós.
- Gergen, Kenneth (1997) *El yo saturado*. Barcelona: Rubí.
- Gergen, Kenneth (2011). The self as social construction. *Psychological Studies*. 56(1) 108-16. <https://doi.org/10.1007/s12646-011-0066-1>
- Huerta-Muñoz, Laura (2017). Psicopatología e identidad. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 6(1), 13-22.
- Ibáñez, Tomás (2001). *Psicología Social Construcionista*. Guadalajara: Editorial Universidad de Guadalajara.
- Íñiguez-Rueda, Lupicinio (2003). El análisis de discurso en las ciencias sociales: variedades, tradiciones y prácticas. En Lupicinio Íñiguez-Rueda (Ed.), *Análisis de discurso: Manual para las Ciencias Sociales*, (pp. 83-124). Barcelona: Editorial UOC.
- Irwin, Jay A. (2016). Transgender Identities: Do we Need Diagnostic Criteria? *Gender and Society* [comentario de post]. [https://www.academia.edu/27559525/Transgender Identities Do we Need Diagnostic Criteria Blog Post](https://www.academia.edu/27559525/Transgender_Identities_Do_we_Need_Diagnostic_Criteria_Blog_Post)
- Kelleher, Cathy (2009). Minority Stress and Health Implications for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Questioning (LGBTQ) Young People. *Counseling Psychology Quarterly*, 22(4), 373-379. <https://doi.org/10.1080/09515070903334995>
- Kristeva, Julia (1989). *Poderes de la perversión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Martinez-Guzmán, Antar & Íñiguez-Rueda, Lupicinio (2010). La fabricación del trastorno de identidad sexual: estrategias discursivas de la patologización de la transexualidad. *Discurso y sociedad*, 4(1), 30-51. Recuperado de [http://www.dissoc.org/ediciones/v04n01/DS4\(1\)Martinez&Iniguez.html](http://www.dissoc.org/ediciones/v04n01/DS4(1)Martinez&Iniguez.html)
- Martinez-Guzmán, Antar & Montenegro, Marisela (2010). Narrativas en torno al trastorno de identidad sexual: De la multiplicidad transgénero a la producción del trans-conocimiento. *Prisma Social*, 4, 1-44.
- Martinez-Guzmán, Antar; Montenegro, Marisela & Pujol, Joan (2014). Towards a Situated Approach to sex/gender identities. *Gender and Sexuality*, 11, 5-21. Recuperado de https://www.academia.edu/5960139/Towards_A_Situated_Approach_To_Sex_Gender_Identities_Mart%C3%ADnez-Guzm%C3%A1n_Montenegro_and_Pujol_2014
- Mas Grau, Jordi (2010). *Identidades gestionadas: Un estudio sobre la patologización y la medicalización de la transexualidad*. Trabajo de Máster sin publicar, Universidad de Barcelona.
- Mas Grau, Jordi (2015). Transexualidad y transegenerismo. Una aproximación teórica y etnográfica a dos paradigmas enfrentados. *Revista de Dialéctica y Tradiciones Populares*, 70(2), 458-501. <https://doi.org/10.3989/rntp.2015.02.009>
- Mas Grau, Jordi (2017). Del transexualismo a la disforia de género en el DSM. Cambios terminológicos, misma esencia patologizante. *Revista Internacional de Sociología*, 75(2), 2-12. <https://doi.org/10.3989/ris.2017.75.2.15.63>
- Mires Fernando (1996). *La revolución que nadie soñó o la otra Posmodernidad*. Caracas: Nueva Sociedad.
- Missé, Miquel & Coll-Panas, Gerard (2010). La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas. *Norte de Salud Mental*, 8(38), 44-55.
- Palomo, Alberto (2017). El saber y el poder se han desacoplado. Sabemos mucho, pero podemos muy poco. *Pikara*. Recuperado de <http://www.pikaramagazine.com/2017/11/marina-garces/>
- Parker, Ian; Georgaca, Eugene; Harper, David; McLaughlin, Terence & Stowell-Smith, Mark (1995). *Madness and Modernity. Deconstructing Psychopathology*. London: Sage Publ.
- Roselló-Penolaza, Miguel (2013). Entre cuerpos inacabados e identidades imposibles: La (psico) patologización de la Transexualidad en el discurso psiquiátrico. *Quaderns de Psicologia*, 15(1), 57-67.
- Saal, Frida (2011). Análisis crítico de la noción de personalidad. En Néstor Braunstein, Marcelo Pasternac & Gloria Benedito (Eds.), *Psicología: ideología y ciencia* (pp. 299-328). México D. F.: Editorial Siglo XXI.
- Sennott, Shannon (2010). Gender Disorders as Gender Opression: A Transfeminist Approach to Rethink the Pathologization of Gender non Con-

- formity. *Women and Therapy*, 34(1-2), 93-113. <https://doi.org/10.1080/02703149.2010.532683>
- Serret, Estela (2009) La conformación reflexiva de las identidades trans. *Sociológica*, 24(69), 79-100. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0187-01732009000100005>
- Stroumsa, Daphna (2014). The State of Transgender Health Care: Policy, Law and Medical Framework. *American Public Health Association*, 3(104), 31-38. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3953767/>
- Tosh, Jemma (2014). *Perverse Psychology: The pathologization of sexual violence and transgenderism*. London: Routledge.
- Tosh, Jemma (2016). *Psychology and Gender Dysphoria: Feminist and transgender perspectives*. London: Routledge.
- Useche Aldana, Bernardo (2005). Medicalización, erotismo y diversidad sexual: una crítica sexológica al DSM-IV-TR (I parte). *Reflexiones en sexología; Sexología Integral*, 2(1), 36-42. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/233389436_Medicalizacion_erotismo_y_diversidad_sexual_una_critica_sexologica_al_DSM-IV-TR_I_parte
- Van Dijk, Teun A. (2002). El análisis crítico del discurso y el pensamiento social. *Athenea Digital*, 1, 18-24. Recuperado de <https://atheneadigital.net/article/download/n1-van/22-pdf-es>
- Van Dijk, Teun A. (2016). Análisis crítico del discurso. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 30, 203-22. Recuperado de <http://revistas.uach.cl/index.php/racs/article/view/871>



OTOMIE VALE NIEVES

Catedrática, Departamento de Psicología

DIRECCIÓN DE CONTACTO

otomievalenieves@gmail.com

FORMATO DE CITACIÓN

Vale Nieves, Otomie (2019). Disforia de género: la psicopatologización de las sexualidades alternas. *Quaderns de Psicologia*, 21(2), e1478. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1478>

HISTORIA EDITORIAL

Recibido: 11/08/2018
1ª Revisión: 11/01/2019
Aceptado: 05/05/2019